

GOVORNE MOTNJE V OTROŠTVU: RAZVRŠČANJE GOVORNIH MOTENJ PRI SLOVENSКИH OTROCIH SPEECH DISORDERS IN CHILDHOOD: CLASSIFICATION OF SPEECH DISORDERS IN SLOVENE CHILDREN

Valerija Marot, spec. klin. log., Nika Jelenc, mag. prof. logop. in surdoped., Barbara Korošec, spec. klin. log.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Izhodišča:

Pojavnost govornih motenj pri otrocih je v primerjavi z drugimi vrstami motenj v govorno-jezikovni komunikaciji velika. V zadnjem desetletju je interes za oblikovanje enotnega sistema za opredeljevanje posameznih podtipov motenj govornih glasov (MGG) vedno večji, tudi zato, ker odsotnost jasnih diagnostičnih smernic na tem področju v klinični praksi prinaša nemalo težav. Nejasnosti pri opredeljevanju motenj vplivajo na načrtovanje terapevtskih postopkov, oceno uspešnosti terapije in napovedovanje dolgoročnega izida glede na vrsto in stopnjo motnje. Namen raziskave je bil dobiti vpogled v diagnostični okvir opredeljevanja MGG ter uvid v aktualno uporabo modelov za razvrščanje MGG pri slovenskih otrocih.

Metode:

Pregledali smo logopedsko dokumentacijo 51 otrok, ki so bili napoteni na nadaljnjo specialistično logopedsko obravnavo ali na Komisijo za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (KUOPP). Iz poročil logopedov smo zbrali informacije o pomembnih področjih za opredelitev MGG ter o načinu razvrščanja motenj. Zbrane podatke smo prikazali v tabeli in jih kvalitativno ovrednotili, glede na to, kako pogosto in na kakšen način so o določenih področjih, postopkih in razvrščanju poročali logopedi.

Rezultati:

V končno analizo smo vključili 20 poročil 20 različnih logopedov za otroke med četrtem in sedmim letom starosti. Analiza podatkov je pokazala, da so se logopedi v manj kot polovici primerov odločili, da MGG razvrstijo glede na vrsto oz. tip motnje, kljub temu, da so jo opisno opredelili. Manj

Abstract

Background:

Compared to other types of speech, language, and communication disorders, the prevalence of speech sound disorders (SSD) is high. Over the past decades, the interest for designing an universal SSD classification system has been increasing. This can also be attributed to the lack of diagnostic guidelines, which causes various problems in the clinical practice. The uncertainties in classifying the type of the disorder have a direct impact on the therapy intervention planning, evaluation of therapy efficiency, and long-term outcome prediction regarding the type and degree of the SSD. Our goal was to get an insight into the SSD diagnostic framework and current use of the SSD classification models.

Methods:

We reviewed the documentation of 51 children referred either to a speech and language evaluation or to the Commission for Classifying Children with Special Needs (KUOPP). Based on the speech pathology reports, we collected the information important for the diagnosis of the SSD and the type of the SSD classification. The collected data is shown in a tabular form and qualitatively evaluated according to the frequency of the reported areas, procedures, and classification of speech disorders.

Results:

The final analysis contains data from twenty speech pathology reports for children between four and seven years of age. Reports were given by twenty different speech language pathologists. They decided to determine the SSD type in less than a half of the cases, even though they gave its description. Less than a quarter of speech language pathologists used the ICD-10 classifica-

kot četrtnina logopedov je uporabila pri nas in v svetu splošno uveljavljeno Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB-10). Drugih v svetu uporabljenih teoretičnih modelov za razvrščanje MGG logopedi, vključeni v raziskavo, niso uporabili.

Zaključek:

Na podlagi pregledanih poročil ugotavljamo, da je uporaba MKB-10 za namen opredeljevanja govornih motenj v našem okolju redka in pomanjkljiva. Njegova dosledna raba v javnih zavodih, ki obravnavajo otroke z motnjami govorno-jezikovne komunikacije, bi bila korak k poenotenemu razvrščanju otrok z MGG.

Ključne besede:

govorne motnje v otroštvu; motnje govorjenih glasov; razvrščanje motenj.

tion, which is well established in Slovenia and abroad. In our documentation there was no record of other SSD classification models frequently used abroad.

Conclusion:

According to the reviewed speech pathology reports, the research confirms that the use of the ICD-10 in our country is rare and insufficient. Its consistent use in public institutions that evaluate children with speech, language, and communication disorders would be a step towards the unified classification of children with SSDs.

Key words:

childhood speech disorders; speech sound disorders; classification.

UVOD

Govorno-jezikovna komunikacija je kompleksen, dinamičen in tesno prepleten sistem, ki ga v ožjem smislu sestavljajo komunikacijske veščine ter jezikovne in govorne zmožnosti. Čeprav se v razvoju komunikacija, jezik in govor stapljajo in prepletajo, je v kontekstu motenj govorno-jezikovne komunikacije pomembno, da razlikujemo in razumemo razlike med razvojem komunikacije, usvajanjem jezika in razvojem govora (1, 2). Medtem ko je jezik sistem sistematičnih, socialno sprejetih simbolov (besed in povedi), ki imajo za določeno skupino ljudi določen pomen (3), je vloga govora ožja. Z govorom opredeljujemo zmožnost tvorbe glasov z usti, jezikom, glasilkami in drugimi, z govorom povezanimi strukturami (4). Govor je najpogostejši način, s katerim pretvarjamo jezik in ga lahko za razliko od jezika neposredno opazujemo (2).

Govorne motnje v otroštvu

O govorni motnji govorimo, kadar posameznik ni zmožen tvoriti govora, če določene glasove ali skupine glasov izgovarja nepravilno ali ima slabo razumljiv govor, kar vpliva na učinkovitost komunikacije. Gre za obsežno skupino motenj, ki jih Rosenbaum in Simon delita v tri glavne skupine: motnje govorjenih glasov (*angl.* Speech Sound Disorders, SSD), glasovne motnje in motnje fluentnosti (2).

V nadaljevanju se bomo poglobljeno osredinili na skupino motenj govorjenih glasov (MGG), ki je zelo raznolika. Vanjo umeščamo artikulacijske motnje, dizartrične motnje in otroško apraksijo govora. Izraz motnje govorjenih glasov se v strokovni literaturi najpogosteje uporablja za artikulacijske ali fonološke motnje, ki se kažejo v pomanjkljivi izreki posameznih glasov in v zaporedju glasov (2) ter artikulacijske napake pri otrocih v predšolskem

in šolskem obdobju, kjer vzrok nastanka motnje ni znan (5). Ameriško združenje za govor, jezik in sluh (The American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) izraz motnje govorjenih glasov (*angl.* Speech Sound Disorders, SSD) opredeljuje kot krovni termin za katerokoli kombinacijo težav z zaznavanjem, izgovorjavo in/ali fonološko reprezentacijo posameznih glasov, besed ali delov besed (vključno s fonotaktičnimi pravili, ki urejajo obliko, strukturo, naglas in prozodijo), ki vpliva na razumljivost govora (6). V našem prostoru za motnje govorjenih glasov, kjer vzrok za nastanek motnje ni znan, uporabljamo izraz govorno artikulacijska motnja (GAM) oz. specifična motnja pri artikulaciji govora, kot je navedeno v slovenski različici Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-10) (7). Pod tem izrazom so zbrane razvojne fonološke motnje, motnje pri artikulaciji govora, dislalije, funkcionalne motnje pri artikulaciji govora in elkanje (7).

Pojavnost govornih motenj pri otrocih

Pojavnost govornih motenj pri otrocih je v primerjavi z drugimi vrstami motenj v govorno-jezikovni komunikaciji, visoka. Po nekaterih podatkih je v svetu več kot 70 % logopedskih obravnav usmerjenih v terapijo MGG (8, 9). Po podatkih združenja ASHA so MGG prisotne pri 10 do 15 % predšolskih in 6 % šolskih otrok (10). V študiji o pojavnosti govornih motenj, ki je bila opravljena v Veliki Britaniji leta 2004 (1), avtorici poročata, da ima 4,6 % otrok med drugim in 16. letom govorne motnje. V najširše citirani analizi pogostosti MGG avtorice Law s sodelavci poročajo, da se pri pet- do sedemletnih otrocih MGG pojavljajo v 2 do 25 % (12). Precejšnje razlike med podatki je možno pripisati najmanj dvema dejavnikoma, in sicer načinu vzorčenja ter uporabljenim merilom za opredeljevanje MGG (13, 14). Podatki se med avtorji razlikujejo tudi zato, ker je prepoznavanje govornih motenj v otroštvu zahtevno z različnih vidikov. Govorne in jezikovne

motnje so dinamična kategorija, njihove značilnosti se z razvojem in starostjo otrok ves čas spreminjajo.

Prepoznavanje in razvrščanje govornih motenj

Skladno z zavedanjem, kako heterogena je skupina otrok z MGG, je v zadnjem desetletju močno porastel interes za oblikovanje sistema, ki bi omogočil opredelitev posameznih podtipov MGG (15). Pomanjkanje jasnih diagnostičnih smernic za prepoznavo le-teh prispeva k nejasnosti na omenjenem področju (16). Kljub soglasju strokovnjakov, da potrebujemo enoten in dovolj širok model za razvrščanje oz. opredeljevanje MGG, tega do sedaj še niso razvili. Potrebovali bi univerzalen, splošno sprejet sistem, ki bi v celoti zadostil potrebam heterogene skupine otrok z MGG (16). V svetu se za opredeljevanje govornih motenj uporabljajo trije široko zasnovani sistemi razvrščanja: DSM-IV-TR (2000), ICD-10 (2010) in ICF-CY (verzija otroci in mladostniki, 2007) (15). Model ICD-10 (slovensko MKB-10) je v splošni uporabi tudi v našem okolju. Strokovnjakom omogoča, da lahko razlikujejo med specifičnimi motnjami govora in jezika. Pri otrocih z MGG je mogoče razlikovati med specifičnimi motnjami pri artikulaciji govora (koda F80.0), dizartrijo in anartrijo (koda R47.1), apraksijo (koda R48.2) ter drugimi razvojnimi motnjami pri govorjenju in izražanju (koda F80.8) (15). Na osnovi tega modela je mogoče opredeliti še afazijo (koda R47.0), pridobljeno afazijo z epilepsijo - Landau-Kleffner (koda R80.3), izgubo sluha (kode H90, H91), motnjo v duševnem razvoju (kode F70 do F 79) ter ekspresivne (koda F80.1) in receptivne (koda F80.2) jezikovne razvojne motnje, ki se lahko odražajo v govoru. Omenjena delitev ne zadosti potrebi po diferencialni diagnostiki znotraj same skupine GAM oz. specifičnih razvojnih motnjah pri artikulaciji govora po MKB-10. Zato se strokovnjaki pri njihovem opredeljevanju opirajo na različne sisteme za razvrščanje, ki temeljijo bodisi na etiološkem (medicinskem), opisno-jezikovnem ali procesnem pristopu (15).

Prvi poskusi razvrščanja govornih motenj so bili pod vplivom tradicionalnega, medicinskega pristopa. Ob podrobnejši analizi govora se je pojavila potreba po razvrščanju motenj glede na opis značilnosti govora, kar je v ospredje postavilo tri teoretične modele opredeljevanja MGG: na procesiranju govora temelječ psiholingvistični okvir (*angl.* Psycholinguistic Framework) avtorjev Stackhouse in Wells, opisno - jezikovni model diferencialne diagnostike (*angl.* Differential Diagnosis) B. Dodd in na etiologiji temelječ sistem za razvrščanje govornih motenj (*angl.* Speech Disorders Classification Systems) L. Shriberga (15).

Razvrščanje MGG pri otrocih glede na etiološke dejavnike

Razvrščanje MGG glede na etiološke dejavnike temelji bolj kot na razvojnih značilnostih na z boleznimi ali poškodbami povezanih znakov (16). V preteklosti so bili raziskovalci usmerjeni v razvrščanje govornih motenj glede na znane, domnevno znane in neznane etiološke dejavnike (15). Pred desetletjem je Ruscello na podlagi znanih oz. neznanih etioloških dejavnikov opredelil štiri podskupine govornih motenj:

1. motnje zaradi prisotnosti strukturnih nepravilnosti govoril,
2. motnje zaradi prisotnosti senzornih primanjkljajev (izguba sluha);
3. motorične govorne motenje (dizartrija in otroška apraksija govora) ter
4. artikulacijske/govorne motenje neznanega vzroka (18).

Izrazita pomanjkljivost razvrščanja motenj po etiološkem modelu je premalo natančna opredelitev heterogene skupine otrok z GAM (15). V skupino govornih motenj z znanimi etiološkimi dejavniki, kot so zmanjšane kognitivne zmožnosti, motnje sluha, strukturne nepravilnosti govoril in nevrološke motnje, je mogoče razvrstiti le majhno število otrok (11). Pri večini otrok ostaja vzrok nastanka motenj neznan (19).

Znani etiološki dejavniki

Dizartrija je nevro-muskulturna motnja govora. Odraža se v moteni moči in tonusu mišic, vpletenih v govor. Pri govorjenju so lahko moteni hitrost, obseg ter stalnost in natančnost gibov govoril, potrebnih za govorno dihanje, fonacijo in artikulacijo (20). Motnja ima globalen vpliv na respiratorni, fonatorni, artikulacijski in resonančni/odzvočni govorni sistem (21).

Otroško dizartrijo najširše delimo na prirojeno (razvojno) in pridobljeno. Medtem ko je pri prirojeni dizartriji bolezensko stanje prisotno že ob rojstvu (npr. cerebralna paraliza), je pridobljena dizartrija posledica bolezni ali poškodbe (npr. poškodba glave, možganska krvavitev, možganski tumor itd.), do katere je prišlo v otroštvu (od 0 do 15 leta), ob tem, ko je že potekal običajen govornojezikovni razvoj (22).

Glede na dejstvo, da sistem za razvrščanje podtipov dizartrične motnje pri otrocih še ne obstaja, se lahko strokovnjaki pri opredeljevanju motnje opirajo na razvojne modele govora, ki pa niso občutljivi oz. specifični za dizartrijo ali se odločijo za razvrščanje podtipov po modelu za odrasle (23). Sistem za razvrščanje dizartričnih motenj za odrasle, ki so ga razvili Darley, Aronson in Browen, znan tudi kot sistem za razvrščanje Mayo klinike (*angl.* Mayo Clinic Classification sistem) razlikuje med šestimi različnimi podtipi motnje: flacidna, spastična, hipokinetična, hiperkinetična, ataksična in mešana dizartrija (24). V strokovnih krogih, ob naraščajočem številu študij, usmerjenih v raziskovanje dizartrije v otroštvu, poteka razprava o primernosti oz. neprimernosti uporabe sistema za razvrščanje, ki je bil razvit za odrasle, tudi pri otrocih. Pomisleki glede uporabe obstoječega sistema pri otrocih so usmerjeni v primerljivost oz. neprimerljivost značilnosti otroškega, razvijajočega se dizartričnega govora z dizartričnim govorom odrasle osebe, po tem, ko je bil govor že v celoti vzpostavljen (25). Otroci in odrasli se razlikujejo tudi glede etioloških dejavnikov, ki so vzrok za nastanek dizartrične motnje (23).

Otroška apraksija govora (OAG) je nevrološka govorna motnja, pri kateri sta motena natančnost in stalnost gibov govoril, ki so potrebni za govor, ob odsotnosti nevro-mišičnih primanjkljajev (26). OAG je lahko posledica znane nevrološke okvare, del kompleksne nevrološko-vedenjske motnje znanega ali neznanega

vzroka ali idiopatska nevrološka motnja govora. Glavno težavo pri govorjenju predstavlja moteno programiranje in/ali načrtovanje prostorsko-časovnih parametrov zaporedja gibov govoril, kar povzroča napake pri oblikovanju glasov in v prozodiji (26). Strokovnjaki na tem področju se strinjajo glede treh ključnih značilnosti, ki opredeljujejo motnjo:

1. nekonsistentne napake v izgovorjavi soglasnikov in samoglasnikov pri ponovitvah zlogov ali besed;
2. podaljšani in moteni koartikulacijski prehodi med glasovi in zlogi ter
3. neustrezna prozodijska raba, pri naglaševanju v besedah in povedih.

Ob ključnih značilnostih, ki pa niso nujne in zadostne, da bi lahko zanesljivo potrdile motnjo (26), obstajajo še nekateri drugi znaki, ki so značilne predvsem za OAG.

Neznani etiološki dejavniki

Pri večini otrok *vzrok govornih motenj ni znan*. Gre za številčno in heterogeno skupino otrok, katerih govorne motnje se najpogosteje opredeljujejo kot GAM. V tej skupini se otroci razlikujejo po starosti, tipu in stopnji težavnosti motnje ter po morebitnih spremljajočih težavah. GAM kljub terapevtski intervenciji ni možno v celoti obvladati, zato pogosto vztrajajo tudi v šolskem obdobju (9).

Logopedi imajo za ocenjevanje govora in opredeljevanje motnje na voljo različne pristope. Ocenjevanje težav in opredeljevanje motnje poteka na formalni in neformalni ravni. Giblje se med tradicionalnim fonetičnim ter fonološkim jezikovnim okvirjem (28), vključuje artikulacijske in/ali fonološke teste, vrednotenje spontanega govora ter vrednotenje drugih področij komunikacije. V ocenjevanje so običajno zajeta tudi področja, ki so neposredno povezana z govorom, kot je strukturno funkcionalna ocena govoril in ocena sluha (29).

Razvrščanje MGG glede na tri teoretične modele

Ob zavedanju, da v medicinski znanosti ne obstaja le en naraven in pravičen način opredeljevanja in razvrščanja, je potrebno sisteme za razvrščanje objektivno ovrednotiti (30). Taylor v svojem prispevku predlaga naslednja merila za vrednotenje različnih klasifikacijskih sistemov: zanesljivost, veljavnost, pokritost celotnega področja in uporabnost (31). Na osnovi omenjenih predpostavk za opredeljevanje MGG prihajajo v ospredje trije že omenjeni teoretični modeli: psiholingvistični okvir, sistem za razvrščanje glede na diferencialno diagnostiko in sistem za razvrščanje govornih motenj.

Procesni - psiholingvistični okvir

Psiholingvistična razlaga razvojnih govorno-jezikovnih motenj temelji na razumevanju procesiranja govora in jezika na kognitivni ravni (32). Stackhouse and Wells sta razvila psiholingvistični okvir, izhajajoč iz predpostavke, da otrokov govorni razvoj in

pismenost temeljita na normalnem sistemu procesiranja govora. Njun teoretični model temelji na treh osnovnih principih:

1. Običajen govorni razvoj je odvisen od normalnega delovanja sistema, ki procesira govor.
2. MGG se pojavijo, kadar na enem ali več področjih v sistemu, ki procesira govor, pride do motenj.
3. MGG je mogoče odpraviti tako, da se usmerimo v motena področja (33).

Ob tem poudarjata, da ima govorni razvoj neposreden vpliv na razvoj fonološkega zavedanja. Zato imajo motnje na govornem področju neposreden vpliv na jezikovni razvoj ter razvoj pismenosti (34). Procesni psiholingvistični okvir je sestavljen iz procesiranja vhodnih informacij, njihove leksikalne obdelava na osrednji ravni ter procesiranja izhodnih informacij. Vhodne večšine sistema so slušna zaznava, zmožnost razlikovanje besed od nebesed, fonološka predstavnost besed ter razlikovanje med njimi. Na naslednji osrednji ravni pride do fonološke in leksikalne predstavnosti. Med izhodne večšine sodijo motorično načrtovanje govora, obvladovanje fonoloških enot v govoru, pravilna izgovorjava besed in nebesed, pravilna izgovorjava glasov, slušno razlikovanje, prepoznavanje in poprava napak v lastnem govoru (34).

Glavni namen avtorjev modela je, da se z njegovo pomočjo oblikuje individualen profil govora posameznika, ki ima težave in motnje na govornem področju. Gre za sistem, ki je primeren za vse otroke. Občutljiv je za razlike v procesiranju govora med otroki s težavami in brez težav, hkrati ima visoko konstrukcijsko in veljavno vrednost. Pomanjkljivost sistema se kaže v tem, da avtorja izpostavljata le dve možni področji motenj na ravni vhodnih in/ali izhodnih večšin. S tem zanemarita možnost nastanka težav na centralni kognitivni ravni (15). Avtorja menita, da so primanjkljaji na procesnem področju vzrok za nastanek GAM in tako spregledata možnost, da so GAM lahko posledica splošnega kognitivnega funkcioniranja in drugih motenj (15,35). Za oblikovanje celovitega profila je potrebno natančno ocenjevanje posameznih področij, kar zmanjšuje njegovo uporabno vrednost (15).

Opisni - jezikovno diferencialni diagnostični sistem za razvrščanje

Sistem za razvrščanje glede na diferencialno diagnostiko temelji na opisnem jezikovnem modelu, v katerem so združena spoznanja različnih avtorjev Leonard 1973, Grunwell 1987, Ingam 1976 in dr.(15). Avtorica modela MGG deli v pet podskupin glede na primerjavo specifičnih primanjkljajev v govoru ter odzivnosti na izbran terapevtski program (36). V modelu zajame fonetično in fonološko govorno področje, motorično načrtovanje, programiranje in govorno produkcijo (15). Model vključuje pet podskupin motenj:

1. Artikulacijske motnje: Substitucije in distorzije posameznega glasu so stalno prisotne v govoru pri posnemanju, v spodbujenem in spontanem govoru.
2. Fonološki zaostanki: Za to podskupino je značilno, da so v govoru prisotni fonološki procesi, govorni vzorci, ki so značilni za kronološko mlajše otroke.

3. Konsistentne netipične fonološke motnje: v govoru se dosledno pojavljajo (en ali več) netipični fonološki procesi, ki jih sicer ne zasledimo v razvojnih obdobjih. Ob tem so lahko v govoru hkrati prisotni tudi tipični zakasneni ter za starost še pričakovani fonološki procesi.
4. Nekonsistentne fonološke motnje: govor te skupine otrok je spremenljiv in nezanesljiv. V govoru lahko prihaja do več različnih napak tudi znotraj iste besede.
5. Otroška apraksija govora: v tej skupini otrok prihaja do nestalnosti in nezanesljivosti v govoru. Prisotne so težave pri iskanju artikulacijskega mesta za glasove, tempo govora je upočasnen, motena je proizvodnja (36).

Omenjeni model predstavlja potencialno uporabno klinično orodje za prepoznavo MGG (15). Model diferencialne diagnostike omogoča klinično preverjeno ocenjevanje ter napovedovanje izida. S pomočjo modela lahko prepoznavamo glavne značilnosti posameznih podskupin MGG, opredeljujemo govorno razumljivost in izberemo ustrezen terapevtski program. Avtorica modela je leta 2002 skupaj s sodelavci objavila standardiziran test: Diagnostična ocena artikulacije in fonologije (*angl.* Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology, DEAP) (15), ki temelji na teoretičnem modelu diferencialne diagnostike. Model in testno orodje je preizkusilo več avtorjev ter raziskalo posamezna področja. Za natančnejšo oceno modela in njegovo široko uporabo so potrebne nadaljnje študije (15,36).

Etiološki - sistem za razvrščanje govornih motenj

Sistem za razvrščanje govornih motenj je bil razvit z namenom razvrščanja otrok z MGG neznanega vzroka (15). Sistem sestavljata dve glavni področji. Prvo je usmerjeno v značilnosti posameznih podtipov MGG, drugo v etiološke dejavnike motenj (37). Področje značilnosti podtipov MGG vključuje štiri kategorije, ki temeljijo na starosti govorca in trenutnih oz. dosedanjih govornih napakah:

1. Normalen govorni razvoj: vključuje govorce ne glede na starost s tipičnim govornim vzorcem.
2. Govorni zaostanek: sem se uvrščajo tri do devet let stari otroci, ki v govoru izpuščajo in nadomeščajo večje število glasov, a se njihov govor ob ustrezni intervenciji normalizira.
3. Motorične govorne motnje: v govoru te skupine otrok se pojavlja večje število izpuščanj, nadomeščanj in popačenj glasov, govor se s terapevtsko intervencijo vedno ne normalizira.
4. Artikulacijske napake: gre za skupino govorcev, pri katerih prihaja do popačenja glasov (običajno v skupini zlitnikov in likvidov). Govorne težave lahko vztrajajo vse življenjsko obdobje, vendar govorci s tovrstnimi napakami ne sodijo v skupino oseb s tveganjem, da bi imele zaradi govornih težav dolgoročne socialne in akademske posledice ter poklicno zmanjšane možnosti (37).

V tem področju so opisane tudi persistentne govorne motnje. Izraz persistentne govorne motnje predstavlja krovni termin za napake pri artikuliranju glasov, ki vztrajajo še po tem, ko je predviden fonetično-fonološki razvoj že zaključen (37).

Področje etioloških dejavnikov nudi vsebinski okvir in delovno terminologijo za osem podtipov MGG, ki se razvrščajo v tri skupine:

1. govorni zaostanki: a) zaradi genetskih dejavnikov, b) zaradi vnetij ušes oz. izgube sluha in c) zaradi psihosocialne simptomatike;
2. motorične govorne motnje: a) otroška apraksija govora, b) dizartrija v otroštvu in c) neopredeljene motorične govorne motnje;
3. artikulacijske napake: a) napake v izreki pripornikov in zlitnikov in b) napake v izreki glasu r (37).

Sistem za razvrščanje govornih motenj ima veliko podporo med strokovnjaki v Združenih državah Amerike in v Avstraliji. Blizu je predvsem tistim, ki poskušajo motnje govornih glasov pojasniti s pomočjo medicinskega, etiološkega pristopa. Za sedaj ponuja malo informacij o naravi in težavnosti motenj, ki jih razvršča, ter o najprimernejšem načinu njihove obravnave (15).

Glede na opisano zahtevnost opredeljevanja MGG smo želeli dobiti vpogled, kako MGG in GAM pri otrocih opredeljujemo in razvrščamo v slovenskem prostoru. Želeli smo izvedeti, kakšen diagnostični okvir opredeljevanja MGG uporabljajo slovenski logopedi, ali se pri tem opirajo na katerega od aktualnih teoretičnih modelov (procesni, opisno-jezikovni, etiološki) in kako razvrščajo MGG glede na splošno uveljavljen model MKB-10.

METODE

Preiskovanci

Pregledali smo logopedsko dokumentacijo otrok, ki so bili napoteni na nadaljnjo logopedsko specialistično obravnavo ali na komisijo za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (KUOPP) med januarjem 2016 in avgustom 2018. Pregledali smo 51 logopedskih poročil. Vključili smo poročila logopedov za otroke med četrtem in sedmim letom, saj je MGG v tem starostnem obdobju že mogoče opredeliti z veliko mero zanesljivosti. V končno analizo smo vključili dvajset poročil dvajsetih različnih logopedov iz javnih zavodov, ki obravnavajo otroke z motnjami v govorno-jezikovni komunikaciji.

Postopek zbiranja podatkov

Glede na opravljen pregled literature o opredeljevanju in razvrščanju MGG (15, 36) smo iz podatkov, ki so jih v poročila zapisali logopedi, zbrali informacije o ključnih področjih za opredeljevanje motenj ter o načinu razvrščanja motenj glede na podano oceno. Zajeli smo podatke o starosti otrok, navedenih etioloških dejavnikov in postopkih ocenjevanja motenj (fonetična analiza, fonološka analiza in z govorom povezani dejavniki). Zanimala so nas citirana ocenjevalna orodja, uporabljena terminologija za opredeljevanje motenj (MKB-10) ter opredelitev motnje pri posameznem otroku. Na uporabo modelov ocenjevanja (procesni, opisno-jezikovni, etiološki) smo sklepali iz izrazoslovja, s katerim so logopedi opisali oz. opredelili motnjo. Za prikaz in analizo podatkov smo uporabili program Microsoft® Excel.

REZULTATI

Pri opredeljevanju MGG so skoraj vsi logopedi opravili fonetično analizo govora. Več kot dve tretjini logopedov je opravilo analizo govora glede na otrokov aktualen fonetski repertoar. V sklopu analize izreke glasov so opredelili tip napak (distorzija, substitucija). V visokem odstotku so logopedi opredelili tudi jezikovni razvoj, pri čemer so presojali o ustreznosti aktivnega in pasivnega besednjaka glede na starost ter o ustrezni jezikovni rabi in dolžini povedi. Do fonološkega področja govora se je opredelila velika večina logopedov. Četrtnina med njimi je to naredila s pomočjo opredeljevanja fonoloških procesov v govoru, tri četrtine logopedov pa je zavzelo stališče do fonološkega razvoja, glede na to, ali se jim zdi za starost primeren ali ne (splošen vtis). Prav tako so bili v dobrih dveh tretjinah pozorni na strukturne in funkcionalne posebnosti govoril. Na etiološke dejavnike je bila pozorna le ena tretjina logopedov, na sluh kot možen dejavnik tveganja pa le desetina (Tabela 1).

Pregled podatkov v študijo zajetih poročil je pokazal, da so se logopedi redko odločali za opredelitev vrste motnje kljub zbranim podatkom, s katerimi so jo opredeljevali (Tabela 2). Manj kot četrtina logopedov je uporabila MKB - 10. Tisti, ki so se odločili za opredelitev, so se brez izjeme odločili za kodo F80.1. Menili so, da opredeljena odstopanja sodijo v skupino ekspresivnih jezikovnih razvojnih motenj. Nihče od logopedov se ni odločil za opredelitev tipa MGG po modelu MKB-10. Manj kot polovica logopedov se je na splošno opredelila do MGG. V opredelitev so npr. zapisali, da gre za prevladujočo ekspresivno motnjo, za primanjkljaje na področju govora in jezika, zakasnjjen razvoj govora, najpogosteje pa so govorne težave povezali z jezikom in podali opredelitev zmerne govorno- jezikovna motnja.

Kljub temu, da so nekateri logopedi pri opredeljevanju fonološkega področja uporabljali terminologijo, ki se pojavlja v diferencialno diagnostičnem modelu (9), iz tega ni bilo mogoče sklepati, da bi za namen razvrščanja MGG uporabili opisni – jezikovno diferencialni diagnostični sistem za razvrščanje. V nobenem od poročil ni bilo zaslediti, da bi se logopedi pri opredeljevanju motenj naslanjali na etiološki sistem za razvrščanje govornih motenj ali procesni psiholingvistični okvir. Slaba polovica logopedov se ni opredelila do vrste govorne motnje in je ni razvrstila v nobenega od modelov (Tabela 2).

RAZPRAVA

Podatki, ki smo jih zbrali, so pokazali, da je večina logopedskih poročil vsebovala opredelitev govornega funkcioniranja ter z govorom povezanih dejavnikov. Le redka so vsebovala tudi opis etioloških dejavnikov, ki ključno vplivajo na govorno funkcioniranje, izbiro terapevtske intervencije in njen izid (38). Preseneča podatek, da se je ob visokem deležu opravljene fonetične in nekoliko manjšem deležu fonološke analize govora tako malo logopedov odločilo za opredelitev vrste motnje, glede na prepoznane dejavnike v govoru. Pomanjkanje jasnih meril za opredeljevanje različnih tipov MGG je možen vzrok, da otroci tudi v starosti več kot štiri leta ob očitnih težavah na področju govora nimajo opredeljenega tipa motnje. Raznolikost izrazoslovja ali boljše njena nedorečenost, s katero logopedi opisujejo govorne težave in motnje v Sloveniji, dodatno prispeva k zmedri na tem področju. Tudi v svetu ni jasnega soglasja o izbiri najustrežnejšega modela za opredeljevanje MGG, kljub temu, da obstaja potreba po njem (9).

Tabela 1: Pregled področij, ki so jih logopedi analizirali pri opredeljevanju motenj.

Table 1: Overview of different domains, analysed by speech and language pathologists.

Področja, pomembna za opredeljevanje motenje govornih glasov (MGG) Important speech sound disorders (SSD) field	Število opredelitev No. of applications	Delež Proportion
Etiološki dejavniki	7	35 %
Fonetična analiza govora	19	95 %
– Analiza izreke glasov	15	75 %
– Opis govornega vzorca	4	20 %
Fonološka analiza govora	14	70 %
– Analiza fonoloških procesov v govoru	5	25 %
– Splošna ocena fonološkega razvoja	15	75 %
Z govorom povezani dejavniki	18	90 %
– Stanje sluha (povzeto po ORL izvidu ali klinična ocena)	2	10 %
– Strukturno funkcionalna ocena govoril	14	70 %
– Ocena jezikovnega razvoja	16	80 %

Tabela 2: Uporaba sistema za razvrščanje ali modelov za opredeljevanje motenj govornih glasov (MGG).**Table 2:** Use of classification system or models of speech sound disorders (SSD).

Klasifikacijski sistem ali uporabljen teoretični model Classification system or theoretical model	Število opredelitev motnje No. of applications	Delež Proportion
MKB 10:	4	20 %
– Specifične motnje pri artikulaciji govora (80.0)	0	0 %
– Jezikovne razvojne motnje: ekspresivne (F80.1)	4	20 %
– Jezikovne razvojne motnje: receptivne (F80.2)	0	0 %
– Druge razvojne motnje pri govorjenju in izražanju (F80.8)	0	0 %
– Razvojna motnja pri govorjenju in jezikovnem izražanju, neopredeljena (F80.9) (motnja jezikovnega izražanja BDO)	0	0 %
– Apraksija (R48.2)	0	0 %
– Dizartrija in anartrija (koda R47.1)	0	0 %
Teoretični model:	0	0 %
– Etiološki sistem za razvrščanje govornih motenj	0	0 %
– Procesni psiholingvistični okvir	0	0 %
– Opisno-jezikovni diferencialno diagnostični sistem za razvrščanje	0	0 %
– Drugo	0	0 %
Podano mnenje o MGG:	8	40 %
Skupaj:	12	60 %

Nejasnosti pri opredeljevanju tipa motenj vplivajo na načrtovanje terapevtskih postopkov, merjenje uspešnosti terapije in napovedovanje dolgoročnega izida glede na vrsto in stopnjo motnje (36). To dodatno preprečuje raziskovanje in razvoj z dokazi podprtih dobrih praks na področju terapevtskega dela (9).

MGG so povezane s težavami na fonetičnem in fonološkem področju ali kot kombinacija težav na obeh področjih. Iz dobljenih podatkov je razvidno, da se je večina logopedov bolj posvetila fonetičnemu področju. Kar v treh četrtinah so opredelili otrokov aktualen fonemski repertoar ter vrsto artikulacijskih napak. Nasprotno pa je le ena četrtnina logopedov opravila podrobnejšo analizo fonološkega področja, kljub temu da je fonemski repertoar, nabor glasov, ki jih otrok uporablja, vedno del fonološkega repertoarja, medtem ko obratno ne velja. Za razliko od ugovitev naše študije McLeod et al. ugotavljajo, da se avstralski logopedi pri oceni MGG najpogosteje opirajo na analizo fonoloških procesov (39). Sposobnost izgovora določenega glasu namreč še ne pomeni, da ga bo otrok v besedah uporabljal, niti da ga bo uporabljal na pravem mestu v besedi (40). Sklepamo lahko, da je še vedno premalo pozornosti posvečeno fonološkemu področju kot ključnemu za razvoj govora. Na podlagi natančne opredelitve težav v govoru bi lažje načrtovali cilje v terapevtskem procesu. Videti je, da se fonološko področje v večini primerov povezuje z bralno napisovalnimi veščinami ter zavedanjem in poznavanjem povezav med črkami in glasovi (40) zunaj govorno-jezikovnega konteksta.

Pomembna težava v našem prostoru je pomanjkanje ocenjevalnih orodij, posebej na jezikovno – fonološkem področju. V tem se razlikujemo od nekaterih drugih držav (15, 28, 29). Fonološko področje je specifično vezano na posamezen jezik (36), zato je razvoj ocenjevalnih, testnih orodij v našem okolju nujen za bolj natančno in enoznačno opredeljevanje fonoloških težav, neposredno povezanih z govorom. Iz zajetih podatkov o opredeljevanju motenj lahko sklepamo, da so se logopedi bolj kot na ustaljene postopke ocenjevanja (število pravilno izgovorjenih soglasnikov in samoglasnikov, tip artikulacijske napake, ocena razumljivosti govora, prisotnost fonoloških procesov itd.) sklicevali na subjektivno mnenje o tem, ali je posamezno področje govora (fonetično, fonološko) za starost primerno razvito. Morda so priporočeni postopki opredeljevanja motenj premalo jasno začrtani. Pri povzemanju podatkov o postopkih in orodjih za ocenjevanje motenj nismo zasledili nobenega, ki bi bil neposredno vezan na področje opredeljevanja. Ocena artikulacije govora (42) ni bila nikoli omenjena, kar je zanimivo.

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) je v svetu med logopedi uveljavljen sistem za opredeljevanje motenj (15). Na podlagi pregledanih poročil ugotavljamo, da je uporaba tega sistema v našem okolju redka in pomanjkljiva. V zaključnem mnenju logopedov se namesto opredelitve motnje po MKB-10 pogosto pojavi izrazoslovje, ki se uporablja za namene razvrščanja govorno-jezikovnih motenj po zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, ki opredeli predvsem stopnjo govorno-jezikovne motnje (od lažje do težke) (43), ne pa tudi tipa motnje. Kljub temu,

da ima MKB-10 določene pomanjkljivosti in nedorečenosti, bi bila njena dosledna uporaba v javnih zavodih, ki obravnavajo otroke z motnjami govorno-jezikovne komunikacije, korak k poenotenemu razvrščanju otrok z MGG. Hkrati bi nudila večji pregled nad pogostostjo težav v govoru, jeziku in komunikaciji.

Študija o opredeljevanju MGG v slovenskem prostoru je bila narejena na majhnem vzorcu logopedskih poročil, s pomočjo subjektivne analize podatkov. Kot prva te vrste pri nas prispeva h kritičnemu vpogledu v aktualno logopedsko prakso. Seveda se je potrebno zavedati tudi njenih pomanjkljivosti, ki so posledica prej omenjenih dejavnikov. Pri pregledu literature nismo našli študije, ki bi ugotavljala opredeljevanje MGG s pregledom logopedске dokumentacije. Tuji avtorji so podatke o načinu razvrščanja in ocenjevanja MGG večinoma pridobili s pomočjo usmerjenih vprašalnikov, ki so jih naslovili na logopede, ki se ukvarjajo z govornimi motnjami v otroštvu (8, 28, 29). Potrebovali bi nadaljnje študije, ki bi na dovolj velikem vzorcu in z različnimi metodološkimi postopki pridobile podatke o aktualnem stanju opredeljevanja MGG pri nas. Prispevek študije vidimo v bolj načrtni vpeljavi modelov klasifikacije govornih motenj, na podlagi katerih bi lahko natančneje opredelili vrsto motenj govornih glasov.

ZAKLJUČEK

Slovenski logopedi MGG redko opredelijo, kljub temu, da jih opišejo na podlagi analize fonetskega in fonološkega repertoarja ter drugih, z govorom povezanih dejavnikov. Glede na pregledana logopedska poročila ugotavljamo, da je uporaba klasifikacijskih modelov, vključno z modelom MKB-10, v našem okolju redka in pomanjkljiva. Kljub določenim pomanjkljivostim bi bila doslednejša uporaba MKB-10 v javnih zdravstvenih zavodih, ki obravnavajo otroke z motnjami govorno-jezikovne komunikacije, korak k poenotenemu razvrščanju otrok z MGG.

Literatura:

- Ljubešić M, Cepanec M. Rana komunikacija: u čemu je tajna? *Logopedija*. 2012; 3(1): 35-45.
- Rosenbaum S, Simon P. *Speech and language disorders in children: implications for the Social Security Administration's Supplemental Security Income Program*. Washington: National Academies Press; 2016.
- Feldman HM. Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. *Pediatr Rev*. 2005; 26(4): 131-42.
- Caruso AJ, Strand EA. *Clinical management of motor speech disorders in children*. New York: Thieme; 1999: 1-27.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Speech sound disorder-articulation and phonology*. Dostopno na: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/articulation-and-phonology/> (citirano 12. 10. 2018).
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Dostopno na: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/ChildSandL.htm/> (citirano 12. 10. 2018).
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih pblemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/podatki/mkb-10-am-verzija-6> (citirano 12. 10. 2018).
- Skahan SM, Watson M, Lof GL. Speech-language pathologists' assessment practices for children with suspected speech sound disorders: results of a national survey. *Am J Speech Lang Pathol*. 2007; 16(3): 246-59.
- Dodd B. *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. Philadelphia: Whurr; 2005.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Incidence and Prevalence*. Dostopno na: https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935321§ion=Incidence_and_Prevalence (citirano 12. 10. 2018).
- Broomfield J, Dodd B. The nature of referred subtypes of primary speech disability. *Child Lang Teach Ther*. 2004; 20(2): 135-51.
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord*. 2000; 35: 165-88.
- McKinnon DH, McLeod S, Reilly S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2007; 38: 5-15.
- Jessup B, Ward E, Cahill L, Heating D. Prevalence of speech and/or language impairment in preparatory students in northern Tasmania. *Int J Speech Lang Pathol*. 2008; 10: 364-77.
- Waring R, Knight R. How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. *Int J Lang Commun Disord*. 2013; 48(1): 25-40.
- Dodd B. *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. *Curr Dev Disord Rep*. 2014; 1:189-96.
- Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.3316/QRJ0902027> (citirano 15. 12. 2018).
- Ruscello DM. *Treating articulation and phonological disorders in children*. St. Louis: Elsevier; 2008.
- Campbell TF, Dollaghan CA, Rockette HE, Paradise JL, Feldman HM, Shriberg LD, et al. Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. *Child Dev*. 2003; 74(2): 346-57.
- Duffy JR. *Motor speech disorders*. St. Louis: Elsevier; 2013.
- Auzou P, Ozsancak C, Jan M, Leonardon S, Menard JF, Gailard MJ, et al. Clinical assessment of dysarthria: presentation and validation of a method. *Rev Neurol (Paris)*. 1998; 154(6-7): 523-30.
- Thornes N. *Dysarthria: a physiological approach to assessment and treatment book*. Dostopno na: <https://books.google.si/books?isbn=0748733116> (citirano 20. 11. 2018).
- Morgan AT, Liégeois F. Re-thinking diagnostic classification of the dysarthrias: a developmental perspective. *Folia Phoniatr Logop*. 2010; 62(3): 120-6.
- Simmons KC, Mayo R. The use of the Mayo Clinic system for differential diagnosis of dysarthria. *J Commun Disord*. 1997; 30(2): 117-31.
- Van Mourik M, Catsman-Berrepoets CE, Paquier PF, Yousef-Bak E, van Dongen HR. Acquired childhood dysarthria: review of its clinical presentation. *Pediatr Neurol*. 1997; 17(4): 299-307.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), Ad Hoc Committee on Apraxia of Speech in Children (2007) *Technical Report, Childhood Apraxia of Speech*. Dostopno na:

- <https://www.asha.org/articlesummary.aspx?id=8589947136> (citirano 20. 10. 2018).
27. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Dostopno na: <https://www.asha.org/policy/tr2007-00278/> (citirano 23. 10. 2018).
 28. Williams AL. Assessment, target selection, and interventio dynamic interactions within a systemic perspective. *Top Lang Disord.* 2005; 25(3): 231-42.
 29. Pena-Brooks A, Hegde MN. Assessment and treatment of articulation and phonological disorders in children. Austin: Pro-Ed; 2000.
 30. Cantwell DP, Baker L. Issues in the classification of child and adolescent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988; 27(5): 521-33.
 31. Taylor E. How to classify? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011; 50(2): 103-5.
 32. Baker E, Croot K, McLeod S, Paul R. Psycholinguistic models of speech development and their application to clinical practice. *J Speech Lang Hear Res.* 2001; 44(3): 685-702.
 33. Stackhouse J, Wells B. Children's speech and literacy difficulties. London: Whurr; 1997.
 34. Stackhouse J, Pascoe M, Gardner H. Intervention for a child with persisting speech and literacy difficulties: a psycholinguistic approach. *Advances in Speech-Language Pathology.* 2006; 8(3): 231-44.
 35. Zelazo P, Muller U. Executive function in typical and atypical development. In: Goswami U, ed. *Handbook of childhood cognitive development.* Oxford: Blackwell; 2002: 445-69.
 36. Dodd B. Differential diagnosis of pediatric speech sound disorder. *Curr Dev Disord Rep.* 2014; 1(3): 189-96.
 37. Shriberg LD, Fourakis M, Hall SD, Karlsson HB, Lohmeier HL, McSweeney JL, et al. Extensions to the Speech Disorders Classification System (SDCS). *Clin Linguist Phon.* 2010; 24(10): 795-824.
 38. Shriberg LD, Lewis BA, Tomblin JB, McSweeney JL, Karlsson HB, Scheer AR. Toward diagnostic and phenotype markers for genetically transmitted speech delay. *J Speech Lang Hear Res.* 2005; 48(4): 834-52.
 39. Mcleod S, Baker E. Speech-language pathologists' practices regarding assessment, analysis, target selection, intervention, and service delivery for children with speech sound disorders. *Clin Linguist Phon.* 2014; 28(7-8): 508-31.
 40. Flipsen P, Parker RG. Phonological patterns in the conversational speech of children with cochlear implants. *J Commun Disord.* 2008; 41(4): 337-57.
 41. Skubic D. Otrokovno poznavanje koncepta tiska (knjige) kot pomemben del zgodnje pismenosti. *Jezik in slovstvo.* 2013; 58(3): 45-58.
 42. Globačnik B. Ocena artikulacije govora. Ljubljana: Center Kontura; 1999.
 43. Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1). Uradni list RS št. 58/2011.