

Logopédiai jelenlét a gyermekrehabilitációban

Szászi-Szrenka Melinda^{1, 2} – Dóczyné Nagy Veronika²

¹ELTE BGGYK Logopédiai Szakcsoport
szrenkamelinda@gmail.com

²MRE Bethesda Gyermekkórház
doczyvera@gmail.com

Összefoglaló

A hazai logopédiai ellátás kevésbé ismert ága a gyermekkori szerzett beszéd- és nyelvi zavarok diagnosztikáját és ellátását célzó rehabilitációs munka. Írásunkban a gyermekrehabilitációban folyó klinikai logopédiai tevékenységről kívánunk átfogó képet adni Ennek keretében részletezzük a gyermekkori szerzett nyelvi és beszédzavarok jellemzőit, diagnosztikáját és terápiáját, valamint hazai gyakorlatként betekintést kívánunk adni az MRE Bethesda Gyermekkórház Rehabilitációs Osztályának munkájába. A logopédiai munka ezen vonalának Mészáros Éva kifejezett figyelmet szentel, így az ő tiszteletére és hálánk jeléül munkánk segítségével neki ajánljuk jelen cikkünket.

Kulcsszavak: gyermekkori szerzett nyelvi zavarok, gyermekkori szerzett beszédzavarok, dizartria, apraxia, afáziaszindrómák, gyermekrehabilitáció

Bevezetés

A gyermekkori kórházi felvételek közel 5%-át teszik ki a fejsérüléssel balesetet szenvedett betegek, akik ezután hosszabb-rövidebb ideig komplex kórházi rehabilitációra szorulnak (Csohány – Paraicz 2012).

Más kutatások adatai alapján a gyermekek mintegy 50%-a tölt hosszabb-rövidebb időt kórházban még 7 éves kora előtt. Tudnunk kell, hogy a gyermekek reakciói a betegségekre, kórházra, orvosokra nagyban különböznek a felnőttek reakcióitól, náluk teljesen más, speciális problémákat vált ki az otthontól való elszakadás. A megjelenő nehézségek természete, súlyossága nagyban függ a gyermek életkorától, személyiségének jellemzőitől, a családban betöltött helyétől/szerepétől és a család gyermekhez, kórházhoz, betegséghez való hozzáállásától, viszonyától. A kórházi tartózkodás, az esetenként fájdalmas beavatkozások felboríthatják a gyermek testi-lelki egyensúlyát a sok új, szokatlan élmény miatt: például teljesen átszerveződik a napi rutin, az új szagokon, ételeken, hangokon át meg kell szokniuk a sok idegen embert, akik valami módon az életük részévé váltak, legyenek akár kórházi dolgozók, akár sorstársak.

A beteg gyermek kommunikációs zavara az ellátással kapcsolatban szinte minden mozzanatot érint: nehezített lehet az utasítások megértése, a fájdalom/közérzet kifejezése, és annak a kérdése, hogy a szakemberek jól értik/megértik-e, amit az érintett gyermek mondani, kifejezni, közölni szeretne (Katona 1999).

A gyermekkori szerzett kommunikációs zavarok természete

Szerzett kommunikációs zavar létrejöhet traumás eredetű fejsérülés, agyi érbetegség, agydaganat, valamint egyéb agyi történések következményeként. Mindezek következtében sérülnek a korábban már kialakult, ép nyelvhasználati/kommunikációs képességek (Szentkúti-Kiss 2010). A gyermekkori szerzett kommunikációs zavarokat feloszthatjuk beszéd- és nyelvi zavarokra. Beszédzavar esetében a beszédhez kapcsolódó izmok, illetve azok beidegzése sérül (dizartriák), illetve megjelenhetnek a beszéd tervezését érintő zavarok (apraxiák) (Square–Storer 2013).

Szerzett nyelvi zavarokról akkor beszélhetünk, ha különböző agyi történések (például traumás eredetű fejsérülések vagy vascularis eredetű zavarok) hatására az adott agyterülethez tartozó kognitív funkció sérül, mely negatívan hat a gyermek nyelvi készségeire, ám intellektusa ép marad (afáziaszindrómák) (Vicki 2018).

Fontos azonban kiemelni, hogy gyermekkori szerzett kommunikációs zavarok esetében többnyire nem beszélhetünk tisztán beszéd- vagy nyelvi zavarokról a beszéd- és nyelvfejlődés komplexitása miatt.

Szerzett kommunikációs zavarok esetén a fejlődésben lévő beszéd- és nyelvi rendszert érinti a károsodás, amikor a kommunikáció e két aspektusa kéz a kézben jár. Sajnálatos módon ez a két rendszer nemcsak segíti egymást a gyermeki fejlődés folyamán, hanem károsodásuk esetén egymás fejlődését hátráltatni is képesek (például egy 3 éves, súlyos szerzett dizartriával küzdő gyermek beszédfejlődésének megtorpanása nagy valószínűséggel negatívan fogja befolyásolni a nyelvfejlődését is). Éppen ezért kifejezetten fontos a gyermekkori szerzett kommunikációs zavarok esetében a vizsgált gyermek komplex személyiségének szem előtt tartása (premorbid és jelen állapot egyaránt), és a logopédiai munka egyéni, személyre szabott tervezése, az érintett gyermekkel és hozzátartozóival való közös célok kitűzésével.

Gyermekkori szerzett beszédzavarok

A gyermekkori szerzett beszédzavarok tünettana igen színes, de megjelenési formájuk alapján beszélhetünk apraxiáról és dizartriáról.

Az *apraxia* motoros zavar, melynek hátterében nem fedezhető fel az érintett izmokat beidegző idegek károsodása. Érintett a tervezett mozgások, mozgásegysétek kivitelezése tervezés-programozás szintjén (Kas – Zakariás 2016). Beszélhetünk orális (az arc izmai érintettek) és verbális apraxiáról (a beszédképzés folyamatában részt vevő izmok érintettek), mely az esetek többségében a test egyéb területein (például végtagokon) megjelenő apraxiák társuló tünete. Vizsgálatokor megfigyeljük a beszédhez szükséges izmok állapotát, az artikuláció pontosságát (az akaratlan, illetve akaratlagos mozgások kivitelezésének képességét, azok precizitását), valamint a beszéd gördülékenységét. Az apraxia egyik fő differenciáldiagnosztikai jegye az egyéb beszédzavaroktól, hogy utánzásokor, illetve felszólításra végzett mozdulatok/mozdulatsorok kivitelezésekor az érintett személy nagyobb nehézségekbe ütközik, mint kevésbé tudatos mozgássoroknál (például köszönés), valamint az „artikulációs tapogatózás”, pozíciókeresés jelenléte (Fish 2016; Strand és mtsai 2014).

Fontos kiemelni, hogy apraxia gyermekek esetében is társulhat nyelvi zavarokkal. Ilyen esetekben kifejezett figyelmet kell fordítani a beszéd- és nyelvi zavarok differenciáldiagnosztikájára, és a terápiás folyamatnak is mind a két területet céloznia kell.

Az apraxia terápiája célozza az artikulációs mozgások folyamatosságát és pontosságát, valamint szükség esetén alternatív megoldásokat keres a verbális kommunikáció kiegészítésére/helyettesítésére (pl. AAK, gesztusterápiák) (José és mtsai 2018).

Mivel a motoros tanulás a tapasztaláson keresztül valósulhat meg, a tapasztalás pedig gyakorlást igényel, ezért egy-egy terápiás alkalommal akár több mint száz motoros válasz kiváltása a cél; valamint hogy kialakítsuk az automatikus használatot a kritikus elemeknél. Például minimál-kontraszt drillek „végtelen” gyakorlása, ami a gyermek motoros készségeit növeli, fejleszti. Ennél a típusú beszédzavarnál kifejezetten fontos az intenzív gyakorlás (Schmidt – Lee 2005), a feladatok időközönkénti repetitív ismétlése, motoros drillek ismétlése, még akkor is, ha ez nehezített egyéb társuló állapotok (például ADHD, mozgáskorlátozottság) miatt. A monotonitás elkerülése végett szükséges a megfelelő motiváció kialakítása, közös célok kitűzése. A terápia folyamán elengedhetetlen, hogy a feladatokat be is mutassuk a gyermekeknek. Értenie kell nem csak magát a feladatot, de azt is fontos tudatosítani, hogy ezek miért szükségesek (Weeks – Anderson 2000). Tartsuk szem előtt, hogy gyermekek esetében kifejezetten fontos a szülő/hozzátartozó bevonása a terápiás folyamatba is. Kiemelkedő jelentőséggel bír az otthoni gyakorlás, így láthatják a feladatok „értelmét”, növekszik a kompetenciaérzésük, és az otthoni gyakorlásban is segítségükre lesznek a gyermekeiknek.

A gyermekkori szerzett beszédzavarok másik nagy alcsoportja: a dizartriák köre

Ennél a jelenségnél a motoros programozás és végrehajtás zavaráról beszélünk, mely felléphet a centrális és a perifériás idegrendszer sérülése következtében egyaránt. Sérülhet a prozódia,

artikuláció, fonáció, respiráció és rezonancia és ezek szinte végtelen kombinációja. A dizartriák esetén hat megfigyelendő jegyet kell szem előtt tartani:

- izomerő
- beszédsebesség
- az izmok mozgásának terjedelme
- a beszéd egyenletessége/ritmikussága
- az izmok tónusa, és
- a mozgások kivitelezésének a pontossága.

A tünetek súlyossága függ a sérülés helyétől és mértékétől, valamint a társuló betegségektől. A beszédben megjelő tünetek (az apraxiával ellentétben) mindig konzekvenssek. Típusuk szerint megkülönböztethetünk

- flaccid
- spasztikus
- ataxiás
- hiperkinetikus
- hipokinetikus, valamint
- kevert dizartriát (Duffy 2013).

Flaccid dysarthria esetén az alsó motoros neuronok sérülését láthatjuk, melynek legfőbb tünete a rezonancia érintettsége, mely hipernazalizásban mutatkozik meg, nazális emisszióval társulva. Artikuláció tekintetében pontatlan konzonzánsképzés lép fel, a fonációt inhalációs stridor, levegős hangminőség jellemzi. A respirációra jellemzőek a rövidült frázisok, a prozódia érintettsége pedig a hangerősség és hangmagasság változtatásának nehézségében mutatkozik meg.

Spasztikus dizartria esetén a piramidális és extrapiramidális rendszer felső motoros neuronjainak a bilaterális sérüléseit láthatjuk, melynek következtében a nyelv- és ajakmozgásoknál kifejezett gyengeség, lassúság alakulhat ki. Érintett lehet az artikuláció (pontatlan konzonzánsképzés), a fonáció (érdes-fesz hangképzés a géégében található izmok feszessége miatt), a rezonancia (a spaszticitás a velumot is érintheti), valamint a prozódia (akadályozott hangmagasságváltás). A respiráció spasztikus dizartria esetén kevésbé érintett.

Ataxiás dizartriával főképp a cerebellum sérülésekor találkozhatunk. Ekkor a fő tünet az akaratlagos mozgások idői szervezésének/összerendezésének a nehézsége, mely beszédkoordinációs zavarhoz vezet. Az artikuláció során inkonzekvens hibák jelennek meg (a koordinációs zavar miatt), a respiráció folyamán paradoxikus mozgások jelentkeznek, a fonációs során pedig érdes hangminőséggel és traemorrall találkozunk, valamint erősen érintett lehet a prozódia (monotonitás, alacsony beszédaráta). Ataxiás dizartria esetén a rezonancia kevésbé érintett.

Hipokinetikus dizartria imegjelenhet többek között vírusfertőzések, traumás fejsérülés, illetve különböző agyérkatasztrófák következtében. Legfőbb tünete a megnövekedett beszédaráta. Artikulációra a pontatlan konzonzánsképzés mellett a fonámaisméltés és palilalia a jellemző. A legkifejezettebb tünetek a prozódia vonatkozásban a „stop-and-go” jellegű beszédérohamok, valamint a csökkent hangerő. Fonáció tekintetében érdes hangképzés, esetenként afónia jelentkezik. Respiráció közben gyakori, koordinálatlan légvétel figyelhető meg. Ennél a kórképnél rezonanciazavarok kevésbé fordulnak elő.

Hiperkinetikus dizartria a basalis ganglionok sérülése következtében alakul ki. Ekkor a beszéden eluralkodnak az akaratlan mozgások. Legerőteljesebben a prozódia érintett: megjelenhet chorea, tic (vokális és motoros), valamint tremor. Artikuláció során „túltartott” artikulációs pozíciókat láthatunk, míg fonáció tekintetében a feszített-fojtott hangképzés váltakozása alakul ki, szélsőséges hangerő-változásokkal. A respirációs folyamatot váratlan be-, illetve kilégzések tarkítják. Rezonancia tekintetében markáns elváltozást ez a kórkép nem mutat.

Kevert típusú dizartria kialakulhat egy-egy vagy több stroke, traumás fejsérülés, fertőzőes állapotok, tumorok és degeneratív megbetegedések, illetve ezek együttes előfordulása esetén. Ekkor több „tisztá dizartria” tünetei keverednek különböző mértékben, a kevert dizartria megjelenési formája ebből fakadóan végtelen variációt mutathat.

A gyermekkori dizartriák diagnosztikájára nincsen magyar nyelven elérhető sztenderdizált eljárás. De mivel a dizartria vizsgálata nem nyelvspecifikus, ezért a vizsgálat alapjául vehető Duffy (2013) *Examination of motor speech disorders* című átfogó vizsgálata, mely „gyerekenyelvre” hangolva ugyanolyan hatással bír elvégezhető, mint felnőttekkel. Emellett játékos feladatokba ágyazva is vizsgálathatók a gyermekek.

A vizsgálat sorra veszi a beszédképzéshez szükséges alrendszernek tételes megfigyelését. Tehát kijelöli a vizsgálat pontos elemeit arra vonatkozóan, hogy az adott szerven/szervrendszeren belül hogyan tudjuk megvizsgálni a különböző izmok működését, azok erejét, mozgásterjedelmét és sebességét, kontrollálhatóságát. Iránymutatást kapunk a nyugalmi, valamint feladathelyzetben történő megfigyeléshez is. A vizsgálat pontjai: az arc egészének izmai, ajkak, mandibula és maxilla, fogak, nyelv, velopharynx, larynx. Vizsgálja továbbá a koordinált beszédmozgások kivitelezésének összességét (például fonáció). A vizsgálat folyamán mindenképp érdemes olyan mindennapi eszközöket/játékokat bevonni a folyamatba, melyek segítenek a gyermekek képességeinek alapos feltárásában, és motivációs erővel is bírnak (például szívószál, ropi, buborékfújó, képeskönyvek).

A vizsgálat során feltárt nehézségekre fókuszálva egyéni terápiás tervet állítunk fel, mely szorosan követi/tereli a gyermek fejlődésének az útját. Alapvetően az izmok erejének fejlesztése, az artikulációs mozgások pontosságának ügyesítése, valamint a helyes (beszéd)légzés kialakítása a terápia alapja, de a szakirodalmi forrásokban egyre inkább törnek előre azok a nézetek, melyek szerint a terápia fő célja a kommunikáció sikeressége, akár alternatív utakon is (Brady és mtsai 2011).

A személyes gyakorlati tapasztalat is azt igazolja, hogy az érintett gyermekeknek és családjuknak is prioritás, hogy a gyermek a környezetével kommunikálni tudjon, érzelmét-gondolatait kifejezhesse, megértsék őt, és ő is megérthessen másokat, így környezetének aktív tagja/formálója lehessen. Sokszor értelemszerűen nehéz a megváltozott kommunikációs készségek elfogadása és annak megélése, hogy a gyermek gyógyulási/rehabilitációs folyamatában lehetnek főbb célok, mint a beszédhangok „tisztítása”; de minden esetben azt kell szem előtt tartanunk, ami a gyermek személyiségének kibontakozását és a környezetével/társadalommal való kölcsönhatásának a legkedvezőbb teret nyújtja. Ebben természetesen elengedhetetlen a családtagok (és életkor függvényében a gyermek) informálása a vizsgálat pontos eredményeiről, a prognosztikai kilátásokról, valamint a terápiás lehetőségekről, mivel a terápia célkitűzéseit közösen kell felállítanunk a gyermekkel és családjával/gondviselőivel.

Gyermekkori szerzett nyelvi zavarok

Gyermekkori szerzett nyelvi zavarok esetén igen színes tünettannal találkozhatunk. A tünetek súlyossága, valamint megjelenési formája függ a sérülés helyétől és mértékétől, a gyermek életkorától és általános fejlettségi szintjétől, valamint az egyéb társuló tünetektől (például mozgászavarok, beszédzavarok).

A tünetek jellege és súlyossági foka az érintett agyállomány lokalitásától és nagyságától függ. Az egyes agyi területek funkciójának ismerete így módon nagyban elősegíti a tünetek megértését (Hachinski 2005).

Gyermekek esetében igen nehéz jól körülhatárolható tünetcsoportokat, „kategóriákat” meghatározni, így a nemzetközi szakirodalom a sérülés/kialakult zavar megjelenési formája/sérülés helye szerint osztályozza azokat: afáziaszindrómák (traumás eredetű nyelvi zavar, vascularis eredetű nyelvi zavar), Crossed Aphasia, Landau–Kleffer-szindróma, Posterior Cranial Fossa tumor.

A szerzett nyelvi zavarokról elmondható, hogy minden esetben az érintett agyterülethez kapcsolódik a tünet, amely kognitív funkciókért felel a sérült terület, azok diszfunkcióját tapasztalhatjuk a kommunikáció során. Tehát szerzett nyelvi zavarok esetén nem az izomfunkciók zavaráról beszélünk, hanem a nyelvi szintek sérüléséről.

Traumás eredetű nyelvi zavar kialakulhat nyílt vagy zárt fejsérülés esetén, mely során az agy struktúrája és funkciója megváltozik. Kiterjedése szerint lehet lokális vagy diffúz. A gyógyulás/regenerálódás mértéke pedig függ a gyermek életkorától, valamint a sérülés helyétől és mértékétől.

Vasculáris eredetű szerzett nyelvi zavarok esetén beszélhetünk vérzéses, ischaemiás és vérzéses-ischaemiás stroke-ról egyaránt. Kiemelendő, hogy gyermekek esetében igen magas arányú a vérzéses stroke ismétlődésének a kockázata. Az érintett agyterületek függvényében igen változatos képet mutat a nyelvi zavarok tünettana és kimeneteli lehetőségei. Az azonban elmondható, hogy a még kevésbé fejlett/strukturálódott gyermeki agy sérülése komolyabb hosszú távú következményekkel bír. A regenerációs lehetőségek igen sokrétűek: beszélhetünk diaschisisről (az átmenetileg gátolt neurális összeköttetések felszabadulása), regenerációról (neuronok-axonok „újraképződése”) és reinnervációról (a sérült axonok új kapcsolódási pontot keresve építik újra a funkcionális rendszert).

Crossed Aphasiáról (vagyis keresztzett afáziáról) abban az esetben beszélhetünk, ha a sérülés jobb kezesek esetében a jobb hemispheriumot érinti: ez lehet stroke, traumás fejsérülés és tumor következménye is. A nyelvi szimptomák megegyeznek a szerzett afáziaszindrómák tünettánával, prognózisáról pedig elmondható, hogy a tünetek súlyossága terén magas arányban enyhülés várható.

A *Posterior Cranial Fossa* tumornak három fő megjelenési formája van: az astrocytoma, a meduloblastoma és az ependymoma. A tumor agresszivitásától és lefolyásától függ a tünetek súlyossága, melyek az érintett agyterületeknek megfelelően változnak. Az viszont elmondható, hogy szinte minden esetben érintett a beszédfluencia, a különböző grammatikai készségek, az elvont gondolkodás képessége, valamint az írás-olvasás elsajátításának a képessége.

A *Landau-Kleffer-szindrómához* társuló nyelvi zavarról elmondható, hogy tünettana mindig tükrözi, hogy az epileptikus görcstevékenységek mely félteke mely régiójában történnek. Az epilepsziás gyermek állapotával korrelál a nyelvi tünetek súlyossága: minél agresszívebb a betegség megjelenési formája, annál erősebb nyelvi tünetekkel találkozhatunk. A Landau-Kleffer-szindrómához társulóan beszélhetünk fokozatosan megjelenő afáziáról, hirtelen megjelenő afáziáról, lassan kialakuló beszéd- és nyelvi zavarról, valamint oromotoros problémákhoz társuló beszéd- és nyelvi zavarról.

A gyermekkori szerzett nyelvi zavarok vizsgálatára nem áll rendelkezésünkre magyar nyelven adaptált és pszichometriai mutatókkal rendelkező sztenderd nyelvi teszt, mint például felnőttek esetében a magyar adaptációval rendelkező WAB (Osmáné-Sági 1991) vagy az adaptációval és pszichometriai mutatókkal is rendelkező Comprehensive Aphasia Test-Hungarian (Zakariás-Lukács 2021). Viszont a diagnosztikus folyamat során széles eszköztár áll rendelkezésünkre akár a közoktatásban használatos tesztekől/vizsgálatokból, akár a felnőttek esetében használatos vizsgálatok azon altesztjei, melyek az adott gyermek adott képességeihez illeszthetők (pl. a WAB-színmegnevezés feladata jól alkalmazható általános iskolás gyermekek esetében is). A közoktatásban használatos vizsgálóeljárások előnye továbbá, hogy segítséget nyújtanak annak feltérképezésében, hogy a gyermek az életkori átlagától elvárthoz képest hogyan teljesít egy-egy részképesség terén (ez a „tudás” abban az esetben is nagy segítséget nyújthat, ha már a gyermek óvodai/iskolai integrációjához ért a terápiás folyamat).

Fontos, hogy a vizsgálat tervezésekor pontosan tudjuk, hogy mit szeretnénk vizsgálni, hiszen ekkor tudjuk a megfelelő diagnosztikus eszközöket kiválasztani (például beszédészlelés-beszédértés vizsgálatok a TOKEN, TROG-H, G-O-H, GMP, szókincsvizsgálatok LAPP és Peabody, a Meixner-féle, valamint Lőrík-féle olvasólapok az olvasási készségek feltérképezésére, valamint a különböző grammatikai készségek vizsgálatára kialakított tesztek).

A terápiás folyamat megtervezéséhez kiemelkedően fontos egy alapos, részletes és pontos diagnosztikus folyamat. A vizsgálati eredmények mentén kijelölhető a terápiás folyamat fő csapásvonala, melynek folyamatos felülvizsgálata kiemelkedően fontos (például a gyermekkori stroke magas ismétlődési arányai – így a tünetek fluktuációjának lehetősége miatt), hogy a terápia menete követhesse a gyermek fejlődésének irányát, ütemét, lehetőségeit (Joffe – Cruice – Criat 2008).

A terápiás folyamat ekőkészítésekor szem előtt kell tartani a gyermek nemét és életkorát, a sérülés helyét és mértékét, a logopédiai rehabilitáció várható hosszát, valamint a gyermek szociokulturális közegét és azt, hogy rövid és hosszú távon áll-e mögötte támogató családi háttér. Ezek az információk mind segíteni fognak bennünket a személyre szabott terápia kialakításában.

A terápiás folyamat fő csapásvonalainak meghatározásakor nagy segítséget nyújt az alapos diagnózis, valamint a gyermekkel való találkozásból szerzett tapasztalataink a gyermek személyiségéről, készségeiről/képességeiről, erősségeiről/gyengeségeiről.

Érdemes minden esetben meghatároznunk a fő fejlesztési területeket annak fényében, hogy mi a vezető tünet, de szem előtt kell tartanunk az egyéb fejlesztésre szoruló területeket is. Például ha a gyermeknek markáns nehézségei vannak a szótalálással és összetettebb grammatikai szerkezetek megértésével, és emellett csak enyhébb olvasási-írási nehézségeket látunk, akkor helyezzük bátran a fókusz a szómegnevezési feladatokra és a beszédértést fejlesztő feladatokra, de minden terápiás alkalomba „csempésszünk” bele (akár játékos formában) írást-olvasást célzó feladatokat is. Természetesen olyan feladatokat is alkothatunk, melyek egyszerre több terület fejlesztését célozzák. Ez a folyamatos fejlesztés mellett akár még sikerélményt is jelenthet a gyermeknek, hogy vannak feladatok, amelyeket könnyebben meg tud oldani, és ő is érzi a javulást. Valamint a tapasztalat azt mutatja, hogy a szülők aktívabban vonhatók be az olyan otthoni/terápiás alkalmon kívüli feladatokba, ahol a gyermek „kézzelfogható dolgot” tud produkálni, mint például egy feladatlap kitöltése vagy képek ragasztása.

A gyermekrehabilitáció specifikumai

A rehabilitáció során a multidiszciplináris team segítségével lehet a legmegfelelőbb eredményt elérni, hiszen minél több szakember minél differenciáltabb területen/ingerrel dolgozik, a sokrétű stimuláció miatt nagyobb az esély arra, hogy gyorsabb lesz annak a csatornának a megtalálása, mellyel felkeltethető a gyermek figyelme, valamint megelőzhető a másodlagos tünetek kialakulása (pl. kontraktúrák). A team tagjai: a páciens maga és legszorosabb családtagjai, orvosok, nővérek, gyógytornász, ergotereapeuta, logopédus, pszichológus, neuropszichológus, szociális munkás, konduktor, igény esetén külső munkatársak (Szél 1999).

A gyermekkori rehabilitáció „specifikuma”, hogy a kognitív fejlődés, tanulási képesség fejleszthetősége gyermekkorban a legintenzívebb. A komplex rehabilitáció során nagy hangsúly kerül a mozgásfunkciók kialakítására/helyreállítására, valamint a kommunikációs és pszichés zavarok kezelésére. A gyermekrehabilitációnak nagy nehézsége, hogy az eredmények nagyon nehezen objektivizálhatóak (Csohány – Paraicz 2012). Éppen ezért mind a diagnosztikus, mind a terápiás folyamatban kiemelkedő fontosságúak a terapeuta (jelen esetben logopédus) személyes megfigyelései a gyermekről, fejlődési útjáról, esetleges stagnáló (vagy éppen romló) szakaszairól, állapotáról. Fontos, hogy ez a megfigyelés holisztikus legyen, és ne csak a kommunikációra, hanem a gyermek egész személyiségére terjedjen ki a közös munka teljes idejében.

A rehabilitáció menetét illetően információnyújtás, a választási lehetőségek ismertetése és közös megbeszélés kifejezetten szükséges, de végül a betegé/kliensé, vagy gyermek esetében a hozzátartozóé a döntés joga (Lányiné 1999). Tehát szakemberként fő irányvonal a rehabilitációs folyamatban a pontos diagnosztika, valamint holisztikus megközelítésben egy rehabilitációs terv felállítása, melynek személyre szabása a gyermek/szülő aktív közreműködésével történik. A rehabilitációs folyamat nehézsége, hogy hossza többnyire bejósolhatatlan, nehéz előre meghatározni, „mikor lesz vége”. Ez frusztrációt, szorongást kelthet mind a gyermekben és családjában, mind a terapeutákban. A szorongást egyrészt okozhatja maga a végeláthatatlanság, másrészt az, hogy a rehabilitációban mindkét oldalról érintettek megkérdőjelezhetik magukban, hogy „elég keményen dolgoznak-e”. (Urbanics és mtsai 2012). Ezért kifejezetten fontos a terapeuták helyes önismerete, a szakmaközi kompetenciahatárok tiszteletben tartása, a szupervíziós folyamat, valamint igény esetén pszichés támogatás kérése.

A Bethesda Gyermekkörházról

A gyermekneurológiai rehabilitáció keretében működő logopédiai ellátás nagy egyenlőtlenségeket mutat hazánkban, ezért örömmel ismertetjük meg olvasóinkat egy olyan intézmény munkájával, mely az ellátás zászlóshajójának mondható.

A Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkörháza a közép-európai régióban az egyedüli egyházi fenntartású gyermekkörház, mely a legfontosabb gyermekbetegségekkel foglalkozik 0–18 éves korig. A főváros gyermekügyeleti ellátásából is kiveszi részét, de érkeznek ide betegek az ország egyéb területeiről is. Ezen kívül itt működik az Égésérült Gyermekeket Ellátó Országos Központ.

A Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkörházának munkatársai a krisztusi szeretetet megjelenítve, a gyógyítás és ápolás lehető legmagasabb szakmai színvonalán, gyógyító közösséget alkotva szeretnének a hozzájuk forduló beteg gyermekeken és családjaikon segíteni.

A Rehabilitációs osztály 12 férőhellyel rendelkezik, ahová elsősorban súlyos agysérülés következtében kialakult betegségekkel kerülnek gyermekek 0–18 éves kor között.

A rehabilitációs munka a gyógyító szakmák közös erőterében jelenik meg, melybe szorosan kapcsolódik a logopédiai munka is. A gyógyító csapat rehabilitációs szakorvosból, neurológus szakorvosból, pszichiáterből, pszichológusból, gyógytornászokból, gyógypedagógusokból, logopédusokból, ergoterapeutákból, AAK informatikai tanácsadóból, szakápolókból, kórházpedagógusból, szociális munkásból, és végül, de nem utolsósorban, a szülőkből áll.

Az osztályon heti rendszerességgel tartunk teammegbeszélést, ahol a különböző szakmák képviselői egyeztetik a gyógyító munka stratégiáját, a rehabilitációs terv lépéseit, eredményeit. Az osztályon folyó munka szerves része a beteg gyermek szüleivel való szoros együttgondolkodás, tervezés, a terápiás feladatok gyakorlása. A szülők kiemelt szerepe a rehabilitációs folyamatban abban is megmutatkozik, hogy a gyermek osztályunkra kerülésekor (a diagnózisok felállítása után) tartunk az érintett szülővel közösen egy megbeszélést, ahol felteheti kérdéseit, megfogalmazhatja aggodalmait, közös célokat tűzhetnek ki, valamint szükség esetén jelezheti, hogy pszichés támogatásra van szüksége a történetek feldolgozásához.

Az osztály két tornaszobával, egy logopédiai és egy pszichológiai terápiás hellyel rendelkezik, ahol azokkal a gyermekekkel lehet foglalkozni, akiknek állapota már lehetővé teszi az ágytól való elszakadást. Itt bordásfal, állítógép, tükör és egyéb eszközök is rendelkezésre állnak.

A gyógyító munka gyakran a rehabilitációs ágyakon, a kórtermekben is folyik. A szobák elrendezése lehetővé teszi, hogy a szülők együtt éljenek a gyermekekkel a kórházi kezelés alatt (pl. ezért is kapta meg osztályunk a Családbarát osztály címet). A logopédus team tárgyi felszereltsége ma már jól alkalmazkodik a különböző életkorú gyermekek igényeihez. A legkisebbeknek való játékoktól kezdve, a legújabb számítógépes fejlesztő játékokig sokféle eszköz áll a rendelkezésünkre. Amennyiben szükséges, a gyógytornászok eszközeit is tudjuk használni alkalmanként (például matrac, labdák, botok, színes golyók stb.).

A gyermekekkel való logopédiai munka szerves része az ének-zenei nevelés elemeinek felhasználása a terápiás és fejlesztési feladatokban is.

Az AAK-fejlesztő munka is rajtunk, logopédusokon és a tanácsadó AAK informatikus szakemberen keresztül történik. Egy nagyszabású jótékonysági gyűjtés során sikerült felszerelni osztályunkat olyan speciális eszközökkel, amelyek a kommunikációban akadályozott gyermekeket jól segítik a rehabilitáció folyamán (például kommunikátorok, táblagépek, keretek, laptopok, kapcsolók stb.). Ezeket az eszközöket, ha szükséges, más osztályokon is alkalmazni tudjuk a verbális kommunikációjukban akadályozott gyermekeknél (például a hosszabb ideig intenzív osztályon benn fekvőknél) (Shahin és mtsai 2015, Miksztay – Réthey 2019).

A rehabilitációs osztályon fekvő gyermekeknek és szüleiknek órarend segít a napi program szervezésében, melyet a gyermeket ellátó szakemberekkel együtt terveznek meg, lehetőség szerint figyelembe véve a gyermek szokásos napi rutinját. A logopédiai munka folyamata és intenzitása mindig a beteg gyermek állapotától függ. A beszéd- és nyelvi állapot felmérése után, a kialakult egyéni rehabilitációs terv szerint történik a fejlesztő munka. Sokszor a legsúlyosabb kómás állapottól az újra

iskolába kerülésig foglalkozunk a gyermekekkel. Az egy-két hétre, tervezett rehabilitációra beutalt gyermekeknél javaslat készül a logopédiai munka tekintetében is.

A gyermek otthonába távozásakor zárójelentést kap, melybe minden szakember szakvéleménye, javaslata bekerül. A zárójelentésen helyet kap a részletes logopédiai jellemzés is: a bekerülési státuszdiagnosztikai lépésektől a rehabilitációs folyamat állomásain át az aktuális státuszdiagnózissal együtt. Ha szükséges, részletesebben leírjuk a terápiás folyamat részzeit, valamint javaslatokat teszünk a gyermekkel való tapasztalat alapján a kórházon túli terápiás irányokra. Az esetek többségében már akkor felvesszük a gyermekek közoktatási intézményével a kapcsolatot, amíg az osztályunkon fekszenek, így a gyermeket a későbbiekben ellátó szakemberekkel már ekkor elindul egy kooperációs folyamat. Így kölcsönösen tudjuk segíteni egymást: a beteg gyermek kórházba kerülésekor információkat kaphatunk az érintett premorbid személyiségéről/képességeiről, a közoktatásban dolgozó munkatárs figyelemmel követheti a gyermek fejlődését a kórházi lét alatt is (így a kórházi rehabilitáció utáni logopédiai munkát tervezni tudja). Végül a közoktatásban dolgozó munkatárs információt tud nyújtani a klinikumban dolgozó kolléga számára a gyermek haladásáról/változásairól, amikor a gyermek pár hónap múlva kontrollra/intenzív terápiára visszatér a kórházba.

Kiemelendő, hogy a rehabilitációs folyamat hossza előre nehezen bejósolható, és annak a megállapítása is nehéz, hogy „mikor van vége”. Általánosságban elmondható, hogy gyermekkori agyi történések után a legintenzívebb javulás a sérülést követő első három napban tapasztalható, majd a sérülést követő hónapokban (hózzavetőlegesen első egy évben) a legdinamikusabb a fejlődés. Azonban az idői keretek egyénekenként változóak, és a fejlődés akár élethosszig is tarthat.

Ezért kifejezetten fontos, hogy a gyermekek a szoros kórházi rehabilitáció után, otthonukba kerülve, oktatási intézményükben is részesülhessenek személyre szabott fejlesztésben, kísérésben, mely követi életkori adottságaikat, lehetőségeiket, szükségleteiket.

Irodalomjegyzék

- BLIX T. (1994): A nyelv és a beszéd, mint a kommunikáció eszköze. In Fótiné Hoffmann Éva (szerk.) Szemelvénygyűjtemény a mozgásfogyatékos gyermekek nyelvi fejlődése és kommunikációja köréből, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Szomatopedagógiai Tanszék, Kézirat, Budapest, 54-87.
- BRADY M. C. – CLARK A. M. – DICKSON S. – PATON G. – BARBOUR R. S. (2011). Dysarthria following stroke: the patient's perspective on management and rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 26(4) 382–383.
- CSOHÁNY Á – PARAI CZ É. (2012): Súlyos, traumás koponya-agysérült gyermekek rehabilitációja. Rehabilitáció, Budapest.
- HALMOS B. (2004): A stroke utáni rehabilitáció. In Katona F., Siegler J. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- HORVÁTH SZ. (2001): A kommunikáció fejlődése és idegi eredetű zavarai. Animal-Med, Budapest.
- HUSZÁR I. – KULLMANN L. – TRINGER L. (2000): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- JOFFE V. – CRUICE M. – CHIAT S. (2008): Disorders in Children and Adults. Wiley-Blackwell, Chichester.
- JOSÉ C – DIEGO Á – FERNANDO A-M – SARA M – MIGUEL A. (2018): Social Robotics in Therapy of Apraxia of Speech, *Journal of Healthcare Engineering*.
- DUFFY J. R. (2013): Motor Speech Disorders: substrates, differential diagnosis and management. Elsevier Health Sciences, St. Louis.
- KATONA F. – SIEGLER J. (1999): Orvosi rehabilitáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1999): A terápiás kapcsolat pszichológiai kérdései. In Benczúr Miklósné (szerk.) Rehabilitációs foglalkoztató terápia, Tanulmánygyűjtemény. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- MAKIKO M. (1997): Language Disorders in Landau-Kleffner Syndrome, *Journal of Child Neurology*, 14(2), 118-122.
- MIKSZTAY-RÉTHEY B. (2019): Kommunikációs kihívások az akut és krónikus kórházi ellátás során. 47. Országos Szakmai Konferencia Tanulmánykötete, Budapest.

- SHAHIN, M. – AHMED, B. – PARNANDI A. – KARAPPA V. – MCKECHNIE J. – BALLARD K. J. – RICARDO GUTIERREZ-OSUNA R. (2015). Tabby Talks: An automated tool for the assessment of childhood apraxia of speech. *Speech Communication*. 70, 49-64.
- SQUARE-STORER P. (2003): *Acquired Neurological Speech/Language Disorders in Childhood*. Taylor and Francis Press, Boca Raton.
- STRAND E. A. – DUFFY, J. R. – CLARK H. M. – JOSEPHS K. (2014). The Apraxia of Speech Rating Scale: A tool for diagnosis and description of apraxia of speech. *Journal of communication disorders*. 51, 43-50.
- SZÉL I. (1999): A stroke következményei, A stroke rehabilitációja. In Katona F., Siegler J (szerk.) *Orvosi rehabilitáció*, Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- SZENTKUTI-KISS K. (2010): A verbális kommunikáció zavarai felnőttkori, szerzett agysérülés következtében. In Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.) *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 317-326.
- UPADHYAY, D. (2008): Cognitive Functioning in TBI Patients: A Review of Literature, *Middle-East Journal of Scientific Research*. 3(3), 120-125.
- URBANICS I. – FREY E. – GACSAL CS. – SCHÖNFELD E. – VERSEGI A. – DÉNES Z. (2012): A hosszú ideig tartó kórházi rehabilitáció kihívásai. *Rehabilitáció*, Budapest.
- TARJÁNYI SZ. – DÉNES Z. – LANTOS Á. – THOMKA M. – VASS M. (2011): Fiatalkori stroke-ot követő rehabilitáció és annak eredményessége, *Rehabilitáció*, Budapest.
- VEKERDY-NAGY ZS. (2010): A rehabilitációs diagnosztika alapelvei; Gyermekkorban alkalmazható tesztek. In Vekerdy-Nagy Zs (szerk.) *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- VICKI A. R. (2018): *An introduction to children with language disorders*, Pearson, New York.

