

A korai diagnózis és intervenció jelentősége olvasási nehézséggel diagnosztizált gyermekeknél – Esetismertetések

TÖRŐ KRISZTINA^{1,2} ÉS BALÁZS JUDIT^{3,4}

¹ *Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest*

² *Vecsés Város Önkormányzat Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, Vecsés*

³ *ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest*

⁴ *Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest*

Az olvasási zavar (RD) a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 5. kiadásában az „Idegrendszer fejlődési zavarai” fejezetben belül a Specifikus tanulási zavarok közé tartozik. A vizsgálatok leírják, hogy a prognózis szempontjából kiemelt jelentőségű, hogy korán (az iskola megkezdése előtt) vagy későn ismerik fel az RD-t. Jelen cikkünkben két RD diagnózisú gyermek és családjuk esetét mutatjuk be. Eseteink érzékletesen szemléltetik, hogy az RD felismerésének ideje hogyan befolyásolja a gyermek és családjának életminőségét: a korai felismerés javíthatja, míg a késői felismerés negatívan hat az életminőségre. Mindezek miatt fontos, hogy a szakemberek időben felismerjék és megfelelő kezelést és támogatást nyújtsanak az RD diagnózisú gyermek és családjaik számára.

(Neuropsychopharmacol Hung 2015; 17(2): 099–103)

Kulcsszavak: olvasási zavar, diszlexia, életminőség, diagnosztika, terápia

Az olvasási zavar (reading disorder: RD) olyan fejlődési zavar, melyre jellemző a pontos szófelismerés, a folyékony olvasás és a szövegértés problémája, melyet nem neurológiai sérülés, nem az intelligencia deficitje, illetve nem a nem-megfelelő oktatás és nem érzékszervi sérülés okoz (American Psychiatric Association, 2013). A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 5. kiadásában (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5) az RD-t az „Idegrendszer fejlődési zavarai” fejezetben belül a Specifikus tanulási zavarokhoz sorolja (American Psychiatric Association, 2013). Az RD prevalenciájára vonatkozó adatok 5–17% között változnak, a mérési eszköz és a definíciós eltérések függvényében (Germanò et al., 2010.)

Számos kutatás rámutat arra, hogy RD-vel diagnosztizált személyek esetében gyakrabban fordulnak elő komorbid pszichiátriai betegségek, mint azoknál, akik normál olvasók (Boetsch, et al., 1996; Levy et al., 2013; Maughan et al., 1996; Murray & Greenberg, 2006; Willcutt & Pennington, 2000). A komorbid externalizáló zavarok közül a nemzetközi kutatások fókuszába leginkább a figyelemhiányos-hiperaktivitás (ADHD) került, melynek előfordulási gyakorisága RD mellett 6-39% (Semrud-Clikeman et al., 1992), míg az internalizáló zavarok közül leginkább a depressziós és

a szorongásos zavarok gyakoriságát vizsgálták. A depressziós zavar prevalenciáját 2–29%-nak (Carroll et al., 2005; Goldston et al., 2007; Willcutt & Pennington, 2000) találták RD mellett, míg a szorongásos zavarokét 10–25% között (Carroll et al., 2005; Knivsberg & Andreassen, 2008; Willcutt & Pennington, 2000).

A korai (iskola megkezdése előtti / 7 éves kor előtti) felismerés és fejlesztés az RD lefolyása szempontjából fontos tényezők (Horn & Packard, 1985) (Compton et al., 2006; Palfrey, Sing et al., 1987; Scarborough et al., 2009; Vellutino et al., 2006). A korai diagnosztika lényeges a későbbi komorbid pszichiátriai zavarok szempontjából is: az RD-vel korán diagnosztizált gyermekek esetében kedvezőbb lefolyás és kimenetel figyelhető meg (Sundheim & Voeller, 2004).

Klinikai munkánk során előforduló eseteink ismertetésével szeretnénk bemutatni, hogy az RD korai, illetve csak későbbi életszakaszban történő felismerésének és az időben vagy csak idősebb korban megkezdett intervenciónak milyen hatása van az RD lefolyására, valamint a komorbid zavarok kialakulására nézve, továbbá hogyan hat mindez a szülő és a gyermek kapcsolatára. A bemutatásra kerülő esetek valóságok, azonban a betegek adatainak védelme érdekében a neveket és a történetek egyes elemeit a szerzők megváltoztatták.

ESETBEMUTATÁSOK

Első eset

Flóra 17 éves, alapítványi gimnázium harmadik osztályos tanulója, amikor a család pszichológushoz fordul. A segítségkérés motivációja a szülők részéről merült fel Flóra megváltozott viselkedése miatt. Az első interjú alkalmával a szülők elmondták, hogy Flórának néhány hónapja volt egy autóbalesete, ami nagyon megviselte őt, azóta mintha megváltozott volna, sokszor fél egyedül elindulni az iskolába, gyakran ok nélkül is szorongás tör rá és nem szeret egyedül lenni. Az iskolai teljesítményében is rontott azóta, továbbá szétszórtabb lett, nem tud figyelni a feladataira. Álmból többször felriad, beszámol arról is, hogy rémálmok gyötrik a balesettel kapcsolatban, és nappal is szinte folyamatosan foglalkoztatják a balesettel kapcsolatos gondolatok. A visszatérő gondolatok gátolják feladatai végzésében.

Korai anamnéziséből kiemelhető, hogy oxigénhiánnyal született, félévesen izom hipotóniát diagnosztizáltak nála. Mozgásfejlődése megkésett: egy éves korában még csak éppen hogy ülni tudott, de nem mászott és nem kúszott, ezért ekkor elkezdték fejlesztését, mellyel párhuzamosan mozgásának fejlődése felgyorsult, és két éves korára önállóan tudott járni. A beszédfejlődése is megkésett: mondatokban csak négy évesen tudott beszélni. Grafomotorikus fejlődéséről az édesanya elmondta, hogy öt évesen még csak pálcikaembert rajzolt. Ekkor a nagymamája intenzíven elkezdett vele foglalkozni, két év alatt sokat fejlődött rajzkészsége és el is érte, talán meg is haladta a korosztályánál fogva elvárható szintet. Az óvodában folyamatosan fejlesztő pedagógus foglalkozott vele, illetve logopédushoz is rendszeresen járt.

A grafomotoros, illetve beszédfejlődés késése miatt az óvónők, illetve a fejlesztő pedagógus azt javasolták 6 és fél éves korában, hogy maradjon még egy évet az óvodában és folytatódjon tovább fejlődése. 7 és fél éves korában kezdte meg az általános iskolát, egy alapítványi iskolába járt, ahol szintén lehetőség nyílt fejlesztésére, valamint kis létszámú oktatására.

A nevelési tanácsadó szakvéleményt készített 7 éves korában (innenől kezdve két évente felülvizsgálták és mindig új szakvélemény készült), ahol tanulási nehézséget diagnosztizáltak normál intellektus mellett, ezen belül pedig az olvasott szöveg megértésének nehézségét emelték ki, továbbá helyesírási és nyelvtani nehézségre hívták fel a figyelmet. A szakvéleményben javasolták továbbá osztályozás/értéke-

lés alóli felmentését idegen nyelvből, illetve egyéni értékelését nyelvtanból.

A szülők elmondták, hogy a szakemberek felhívták a figyelmüket, hogy előfordulhat, hogy az RD miatt a tanulással is nehézségei lesznek Flórának a későbbiekben, ezért tudatosan készültek erre. Ezért volt lehetősége Flórának a későbbi iskolakezdésre, és arra, hogy alapítványi iskolába járjon, ahol kis létszámú, 10 fős osztályban foglalkoztak vele. Az iskolai előmeneteléből kiemelhető az olvasás nehéz elsajátítása, és a szövegértés nehézsége. Fejlesztő pedagógus alsó tagozatban is foglalkozott vele, így az RD kapcsán adódó tantárgyi nehézségeket sikerült csökkenteni. A szülők elmondták, úgy érzik, hogy Flóra a „körülmenyekhez képest mindent elért, amit csak lehetett”.

Jelen jelentkezésükig pszichológus segítségére nem volt szükség, közepes tanulmányi eredménnyel eljutott a gimnáziumig, ugyanabban az alapítványi iskolában lépett a középfokú oktatásba, így felvételi vizsgát sem kellett tennie. Kiegyensúlyozott pszichés állapota a szülők elmondása alapján annak köszönhető, hogy megfelelő fejlesztésben és oktatásban részesült, ezért képessé vált a gimnáziumi tananyag elsajátítására is. Nehezített olvasása miatt nem kapott negatív visszajelzéseket, illetve a többi gyermek nem csúfolta emiatt, nem közöcsítették ki, mindig voltak barátai.

Az exploráció alkalmával Flóra nyitott, jól kommunikáló, átlagos külsejű lányként mutatkozik be. Kivizsgáláskor a Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview (Gyermek M.I.N.I.) Poszttraumás Stressz Zavart (PTSD) diagnosztizált, egyéb kórképe nem állt fenn a korábban diagnosztizált RD-n kívül. A megkezdett terápia a PTSD-re irányulhatott.

Második eset

Róbert együtt érkezik szüleivel az első interjúra. Találkozásunkkor 16 éves serdülő fiú, akit iskolai ki-maradásai miatt hoztak el szülei intézményünkbe. Saját elmondása szerint iskolába azért nem jár, mert nehezen tud felkelni, ezen kívül nem szívesen kommunikál a szülein kívül senkivel sem és a nap legnagyobb részében számítógépes játékokkal szeret játszani. Étvágya szülei szerint nem megfelelő, napjában egyszer hajlandó enni, akkor sem vesz részt a családi étkezéseken, inkább külön eszik a szobájában, leginkább chips-et és cukros üdítő italokat fogyaszt. A szakemberhez fordulás elsődleges szülői motivációja az volt, hogy intézményünk szakvéleményt adjon a gyermek magántanulói státuszával kapcsolatban.

Róbert egyáltalán nem volt motivált a vizsgálatra. Ebből kiindulva kezdődött el a diagnosztikus munka, illetve a kiinduló motiváció megváltoztatása valódi segítségnyújtás igényére.

A szülőktől kapott anamnéziséből lényeges kiemelni, hogy zavartalan terhességből, normál úton született, pszichomotoros és kognitív fejlődése óvodai nagycsoportos koráig átlagos ütemben zajlott. Óvodában az óvónők jelezték a szülőknek, hogy Róbert nem szívesen vesz részt foglalkozásokon, mint pl. rajzolás, gyurmázás, festés, vágás. Az iskola alsó tagozatában probléma volt, hogy nagyon csúnyán írt, illetve cserélte a betűket, nehezen olvasott. Rossz tanulóként tartották őt számon az osztályban, de sosem bukott meg, tanulmányait nyolcadik osztályig kettes-hármas szint között végezte. Az osztályban egy barátja volt, akivel mindig együtt voltak, egymás mellett is ültek, és gyakran átmentek egymáshoz. Az általános iskolát követően szakiskolába került, ahol nem talált barátot, nagyon magányos lett, és bele is kötöttek saját elmondása szerint más gyerekek (ld alább). Gyakran betegeskedett, és egyik hiányzását követően egyáltalán nem akart már visszamenni az iskolába, szülei sem tudták erre rábeszélni. Erőltetni nem akarták. Ekkor fordultak pszichológushoz.

Róbert az első interjú során átlagos külsejű, fogszabályzót viselő, közepes termetű fiú. Beszédében alaki zavarok észlelhetők, az r betű és s betű kiejtési hibájával. Szűkszavúan kommunikál, csak a feltett kérdésekre ad választ röviden, nem szívesen beszél. Elmondja, hogy iskolába nem szeret járni, mert többször is bántották, elvették az uzsonnáját, kinevették. Nehezményezi, hogy nincs barátja, mert úgy érzi, ő nem olyan, mint a többi gyerek, nehezen megy neki a tanulás. Elmondja, hogy gyakran rosszkedvű és sírhatnékja van.

Kivizsgálása során a Wechsler Gyermekek Intelligenciateszt negyedik kiadása (WISC-IV) (Wechsler, 2003) alapján normál intellektus, a Diszlexia Differenciál Diagnóza Maastricht (3DM-H) (Blomert & Vaessen, 2009) teszt alapján RD, a Gyermekek M.I.N.I. alapján major depresszív epizód és szociális szorongásos zavar állt fenn.

A terápia megkezdésekor első lépésként több szülőkonzultációra volt szükség ahhoz, hogy a szülők elfogadják, hogy – Róbertet idézve – gyermekük „nem rossz”, hanem RD és társuló pszichiátriai betegségek állnak fenn, melyek miatt Róbertnek adekvát segítségnyújtásra van szüksége. Ezután kezdődhetett csak meg a pszichiátriai problémák kezelése.

MEGBESZÉLÉS

Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy az eseteink közötti kontraszt jól szemlélteti az RD korai diagnózisának fontosságát a kimenetel szempontjából. Míg Flóra esetében korai életkorban diagnosztizált RD-ről van szó, aminek fejlesztése időben megkezdődött, addig Róbert esetében az RD nem került felismerésre 16 éves korig és így nem is részesült ellátásban. Flóra esetében a szülői hozzáállás és a családi támogatás kezdetektől maximális volt, ez megmutatkozott abban is, hogy a szülők gyermekükről megértéssel és elfogadónan beszéltek, jól informáltak voltak helyzetével, és tudatosan álltak az RD kezeléséhez. Róbert esetében a kései életkorban pszichológusi munkára volt szükség ahhoz, hogy a szülőknek segítsünk megérteni és elfogadni gyermekük állapotát. Komorbiditások tekintetében Róbertnél több pszichiátriai zavar (depresszió, szorongás) is diagnosztizálható RD mellett, míg Flóra esetében egyéb pszichiátriai zavar nem alakult ki az RD mellett, csak az életesemény által kiváltott PTSD. Eseteink arra is felhívják a figyelmet, hogy ha az RD időben felismerésre kerül és a gyermek és a szülő folyamatos, szakszerű támogatásban részesül, akkor a későbbiekben, ha szükséges, a pszichoterápiás munka is más jellegű tud lenni, mint azzal a családdal, akiknél idősebb életkorban kerül felismerésre az RD (Abrams & Kaslow, 1977; Abrams & Kaslow, 1976).

Flóra és Róbert esetének bemutatása, és fentebb leírt értékelése a klinikus véleményén alapul, mely a beteg szubjektív panaszán, a szülők által elmondottakon, a szociális működésén, a funkcióképesség komplex megítélésén és diagnosztikus eszközök használatán alapul. E két eset bemutatása általánosításra nem ad lehetőséget.

Összefoglalva elmondható, hogy eseteink rávilágítanak arra – amit a szakirodalom is hangsúlyoz –, hogy nagyon fontos az RD időben történő felismerése és a szülők megfelelő tájékoztatása gyermekük RD-jével kapcsolatban (Pain, 1999). Hasonló jelentőségű, hogy a gyermek és a szülők a szakemberektől folyamatos támogatást kapjanak. Ennek birtokában a szülők hatékonyabban tudják segíteni gyermeküket abban, hogy megkapja a megfelelő oktatást és fejlesztést (Chapman & Boersma, 1979; Hollins & Sinason, 2000).

Fontos továbbá kiemelni, hogy folyamatos szakmai támogatással a szülők nagyobb eséllyel képesek elfogadni gyermekük tanulási zavarát, az ebből esetlegesen adódó gyengébb iskolai teljesítményét (Howe, 2006). Mindezek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a szülők nagyobb támogatást tudjanak nyújtani

gyermeküknek, ami segíti a gyermek kiegyensúlyozott fejlődését és a gyermek és a család jobb életminőségét (Heiman, 2002).

LEVELEZŐ SZERZŐ: Tárnokiné Törő Krisztina, Vecsés Város Önkormányzat Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, Tel.: (36-29) 350-294; Fax: (36-29) 350-294. E-mail: torokrist@hotmail.com

IRODALOM

- Abrams J. C., & Kaslow F. W. (1977) Family systems and the Learning Disabled Child Intervention and Treatment. *J Learning Disab.* 10(2): 86-90.
- Abrams J. C., & Kaslow F. W. (1976) Learning Disability and family dynamics: A mutual interaction. *J Child Adolesc Psychology.* 5(1): 35-40.
- American Psychiatric Association: American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed) 2013 Washington, DC.
- Blomert L. & Vaessen A. (2009) 3DM differential diagnostics for dyslexia: cognitive analysis of reading and spelling. Amsterdam: Boom Test.
- Boetsch E. A., Green P. A. & Pennington B.F. (1996) Psychosocial correlates of dyslexia across the life span. *Dev. and Psychopathol.* 8(3): 539-562.
- Carroll Maughan B., Goodman R., & Meltzer H. (2005) Literacy difficulties and psychiatric disorders: evidence for comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry.* 46(5): 524-532.
- Chapman J. W., & Boersma F. J. (1979) Learning disabilities, locus of control and mother attitudes. *J Ed Psychology.* 71(2): 250.
- Compton D. L., Fuchs L. S., & Bryant J.D. (2006) Selecting at-risk readers in first grade for early intervention: A two-year longitudinal study of decision rules and procedures. *J Ed Psychology.* 98(2): 394-409.
- Gefferth E., & Herskovits M. (1991) Leisure Activities as Predictors of Giftedness. *Eur J High Ability.* 2(1): 43-51.
- Germano E., Gagliano A., Curatolo P. (2010) Comorbidity of ADHD and Dyslexia. *Dev Neuropsychology.* 35(5): 475-493.
- Goldston D. B., Walsh A., Arnold E. M., Reboussin B., Daniel S. S., Erkanli A., Nutter D., Hickman E., Palmes G., Snider E., Wood F. B., (2007) Reading problems, psychiatric disorders and functional impairment from mid-to late adolescence. *J Am Aca Child Adolesc Psychiatry.* 46(1): 25-32.
- Heiman T. (2002) Parents of children with disabilities: Resilience, coping and future expectations. *J Dev and Physical Disab.* 14(2): 159-171.
- Hollins S. & Sinason V. (2000) Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives. *British J Clin Psychiatry.* 176(1): 32-36.
- Horn W. F., & Packard T. (1985) Early identification of learning problems: A meta-analysis. *J Ed Psychol.* 77(5): 597.
- Howe D. (2006) Disabled children, parent-child interaction and attachment. *Child & Family Soc Work.* 11(2): 95-106.
- Knivsberg A. M. & Andreassen A. B. (2008) Behaviour, attention and cognition in severe dyslexia. *Nord J Psychiatry.* 62(1): 59-65.
- Levy F., Young D. J., Bennett K. S., Martin N. C., & Hay D. A. (2013) Comorbid ADHD and mental health disorders: are these children more likely to develop reading disorders? *Atten Defic Hyperact Disord.* 5(1): 21-28.
- Maughan B., Pickles A., Hagell A., Rutter M., & Yule W. (1996) Reading problems and antisocial behaviour: developmental trends in comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry.* 37(4): 405-418.
- Murray C., & Greenberg M. T. (2006) Examining the Importance of Social Relationships and Social Contexts in the Lives of Children With High-Incidence Disabilities. *J Spec Ed.* 39(4): 220-233.
- Pain H. (1999) Coping with a child with disabilities from the parents' perspective: the function of information. *Child: Care, Health and Dev.* 25(4): 299-313.
- Palfrey J. S., Singer J. D., Walker D. K., & Butler J. A. (1987) Early identification of children's special needs: a study in five metropolitan communities. *J Ped.* 111(5): 651-659.
- Santucci H., & Galifret-Granjon N. (1960) Prueba gráfica de organización perceptiva: Zazzo R. Manual para el examen psicológico del niño. Primera edición. Kappelusz.
- Scarborough H. S., Neuman S., & Dickinson D. (2009) Connecting early language and literacy to later reading (dis)abilities: Evidence, theory, and practice. *Appr diff. literacy development: Assessment, pedagogy and programmes.* p: 23-38.
- Semrud-Clikeman M., Biederman J., Sprich-Buckminster S., Lehman B. K., Faraone S. V. & Norman D. (1992) Comorbidity between ADDH and Learning Disability: A Review and Report in a Clinically Referred Sample. *J Am Aca Child Adolesc Psychiatry.* 31(3): 439-448.
- Sundheim S., & Voeller K. (2004) Psychiatric Implications of language Disorders and learning Disabilities: Risk and Management. *J Child Neurol.* 19: 814-826.
- Wechsler D. (2003) Wechsler intelligence scale for children-Fourth Edition (WISC-IV). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Willcutt E. & Pennington B. F. (2000) Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *J Child Psychol & Psychiatry.* 41(8): 1039-1048.

The importance of early diagnosis and intervention in children diagnosed with reading disorder. Case studies

Reading Disorder (RD) belongs to Specific Learning Disorders within the chapter of Neurodevelopmental Disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition. Previous research shows that the time of the diagnosis of RD – early (before starting school) or late – has a great impact on the prognosis. In the current paper we present the cases of two children diagnosed with RD. Our cases demonstrate that if RD is diagnosed in early childhood, the child's and his/her family's quality of life can be influenced in a positive direction, while late recognition of RD might influence the child's and the family's quality of life negatively. For these reasons it is important that experts recognize RD in time, start appropriate treatment and give proper support to children diagnosed with RD and their families.

Keywords: reading disorder, dyslexia, quality of life, diagnostics, therapy