

**Doc. dr Zlata Hribar, doc. dr Lev Milčinski,**  
**Meta Bračjo i Marija Dobrota — Ljubljana**

## **POTEŠKOĆE KOD DIFERENCIJALNE DIJAGNOSTIKE ALALIJE**

Nije uvijek lako pronaći uzrok zašto dijete ne govori. Diferencijalno dijagnostički dolazi u obzir naglušost ili gluhoća, zaostalost u razvitku (koja može biti uvjetovana endogeno ili eksogeno); emocionalna poremećenost, agnozija, afazija, dječja shizofrenija i oligofrenija. Poteškoće diferencijalne dijagnoze su to veće što je dijete manje.

Prvo što dolazi za dijagnozu u obzir je svestrana tačna anamneza koja se odnosi na porodicu djeteta, na zdravlje majke za vrijeme trudnoće, na tjelesni i duševni razvitak djeteta. Anamneza psihologa dopunjava anamnezu liječnika.

Slučajevi periferne naglušosti bez drugih komplikacija mogu se, zahvaljujući izrađenim metodama, dijagnosticirati u srazmjerno kratko vrijeme već kod djeteta od dvije godine. Osim otološkog pregleda, audiološke i psihološke pretrage dolazi u obzir i reedukcija pomoću amplifikacije koja već nakon nekoliko nedjelja dovodi do rezultata srazmjernih sa stepenom naglušosti. Što je manje dijete, to ćemo teže ustanoviti stepen naglušosti.

Ako se radi o zaostalosti u razvitku mi ćemo, kad steknemo povjerenje djeteta, moći uskoro dijagnosticirati srazmjerno ili potpuno dobar sluh što obično potvrđuju i anamnestički podaci. Kod inače zdravog djeteta, bez ikakvih neuroloških simptoma, s normalnim encefalogramom, koje čuje, razumije i pravilno izvrši naređenje, zanima nas njegov intelektualni razvitak. Tu nam dolazi u pomoć psiholog. Zaostatak u duševnom razvitku predstavlja ozbiljnu smetnju kod razvitka govora. Uzrok takvog zaostatka u razvitku mogu biti česte i teške bolesti djeteta, ali somatske uzroke najčešće ne možemo pronaći. Možda nas na mogućnost takvog nedostatka upozorava familijarna anamneza ili ga može prouzrokovati afazija i to receptivna i ekspresivna. Razvitku mogu smetati i uzroci koji potiču iz dječje okoline. To može biti pomanjkanje motiviranja govora, nepravilne metode učenja govora, slabi govorni standardi, bilingualni konflikti. Osim ovih momenata moramo misliti i na mogućnost emocionalnih konflikata ili potresa koje nije uvijek lako pronaći.

Možemo li dijagnosticirati auditornu agnoziiju? **Sedlačkova** nabraja kod svojih slučajeva slijedeće simptome: nesposobnost razlikovanja frekvencije, nesigurni i promjenljivi odgovori kod audiometriranja, dobar tonski audiogram uz puno gori govorni, alesteziju, nesposobnost pravilnog reproduciranja ritma. Svi ti simptomi nisu prisutni u svim slučajevima već nastupaju u raznim kombinacijama, često uz promjenu govora. Na ove iste simptome svakako nailazimo

i kod povreda nižih nivoa npr.: talamusa (prema **Arnoldu**). Pitanje je, dakle, da li se tu zaista radi o kortikalnom nivou. Mnogi od ovih simptoma nastupaju i kod receptivne afazije. Npr.: nesigurna reakcija kod audiometriranja, dobar sluh za čiste tonove uz nerazumijevanje govora.

Svakako da je lezija centralnog živčanog sistema kod slušne agnozije rijetko ograničena samo na kortikalnu slušnu sferu, često se prostire na šire areale, te zahvaća i niže nivoe. Loše poznavanje fiziologije centralnih slušnih puteva već samo po sebi onemogućava tačnu dijagnozu. S druge strane znamo da isprepletanje živčanih puteva i polivalentnost živčanih elemenata daju osnovu za jako kompleksne reakcije, pa je stoga razumljivo da spomenuti simptomi nastupaju rijetko u punom broju i često se kombiniraju s drugim centralnim živčanim simptomima. Umjesto agnozije mogli bismo, dakle, upotrebljavati izraz centralna naglušost kako je dr **Sedlačkova** i dr **Arnold** nazivaju.

Da li nam u tom pogledu pomaže audioencefalografija? Ako je reakcija pozitivna, normalna, šta ona predstavlja? Sluh ili slušanje? Iako nam u sklopu svih simptoma daje neku mjeru informacije, treba je uzimati s velikom rezervom. Složenost tog pitanja daje osnovu za oprez kod primanja tog sindroma cerebralne lezije. Krajnji ekstrem predstavljaju autori koji uopće poriču osnovanost dijagnoze centralne naglušosti, kao npr. **Fisch**.

Gore navedeni autori pronalazili su spomenute simptome kod odraslih ili barem kod djece koja su već govorila. Samo dva slučaja bila su kongenitalna, ali su praćena godinama dok je dijagnoza postavljena.

Kako je sa afazijom? Kod pretežno motorne i receptivne afazije već rano primjećujemo fonaciju i artikulaciju koja ima melodiju sličnu normalnom govoru i koja čak imitira govor okoline. U toj gomili glasova bez smisla, koja predstavlja imitiranje ponašanja okoline bez razumijevanja biti govora, počnu se ponavljati izvjesni logotomi kojima afazičar trajno pridaje isti smisao. To su prvi akustički simboli, iako predstavljaju nerazumljiv žargon. Smetnje u simboliziranju pokazuju se i u ostalom ponašanju: mimika djeteta (plač, smijeh) nije svrsishodna što pokazuje na smetnje unutarnjeg govora. Dijete ne zna upotrebljavati igračke budući da ne zna ocijeniti njihovu vrijednost. Afazičar je govorniji, aktivniji, više društven od gluhog djeteta, emocionalno poremećeno dijete odbija društvo, debil postupa prema njemu agresivno. Koncentracija je kod afazičara loša.

Kako brzo ti simptomi iščezavaju ovisno je o leziji i o načinu reedukcije. Podvlačimo da reedukcija kod svih centralnih ozljeda ne smije biti previše ambiciozna. Kod svih centralnih lezija na području govora i sluha treba imati u vidu da takvo dijete ima smanjenu toleranciju u interpersonalnim odnosima, da pokazuje znakove loše emocionalne kontrole i hiperekscitabilnosti. Reeduktor se uvijek nalazi između Scille i Haribde: jednom može premalo aktivirati za rad sposobni bolesnikov živčani sistem, dok drugi put može dijete odbiti jer traži od njega previše. Preveliko opterećenje može donijeti čak dodatne lezije živčanog sistema ili deformacije ličnosti.

Dječju shizofreniju smatramo još uvijek rijetkošću iako su psihijatri danas spremniji odlučiti se za ovu dijagnozu nego prije nekoliko godina. Od svih shizofrenih oboljenja, prema **Bleuleru** i **Lutzu**, na slučajeve koji se manifestiraju prije 15. godine otpada 4%. Među simptomima svakako dominira gubitak

kontakta s okolinom (autizam). I na **emocionalnom području** primjećujemo promjene. Dijete postaje bilo anksiozno nepovjerljivo, bilo emocionalno labilno; primjećujemo emocionalnu otupjelost ili inadekvatnost emocionalnih manifestacija; povremeno javljaju se i prava stanja užasa. Na **motoričnom području** susrećemo poznati nestanak gracioznosti ili neku opću disharmoniju kretnji i čoškastost kretnji, te kataleptične znakove i stereotipije. U području govora ustanovimo npr.: logoreju, verbigeriranje, eholaliju, bizarnosti izražavanja ili kompletan mutizam. Sumanute ideje javljaju se rijetko, halucinacije češće. Početak bolesti mogu nekada najavljivati fobični i opsesivni simptomi.

Djecu koja kasnije pokazuju shizofrensku simptomatiku stigmatizira već prije plašljivost, usamljeničko ponašanje, povremeno nekakva prerana uozbiljenost. Prognoza je to gora što se prije javljaju simptomi; nastupanje bolesti prije 10. godine loš je omen.

Ipak, ima navodno kod dječje shizofrenije 47% socijalnih i potpunih remisija. Oboljenje koje treba spomenuti kod diferencijalne dijagnoze je **rani autizam** po **Kanneru**. Kako ime samo kaže tu se već od najranijeg djetinjstva prije svega primjećuje pomanjkanje potrebe za stvaranje emocionalnog kontakta s okolinom. Nekako jedva trećina ove djece pokazuje retardiranost u pogledu govornog razvitka. Ta se djeca povlače lagano u potpunu izolaciju; oni drugi, koji govore, s vremenom se socijalno prilagode.

Kao primjer predstavljamo vam jedan od naših slučajeva alalije: K. A. rođena 15. I 1959. godine prviput je hospitalizirana 27. III 1962. do 5. V 1962. Djevojčica je posljednja od četvoro djece; ostala djeca i roditelji su zdravi. Nošenje i porođaj b. o. Dijete je prohodalo sa 2 godine, sa 3 godine još ne govori. Uvijek je loše raspoložena, rijetko se smije, a nikada ako je stranac u kući. U bolnici se dijete ponaša negativistički: gleda u pod, sjedi i stoji satima kako je drugi namjeste. Ne interesira se za okolinu. Audiološko testiranje nije moguće. Psiholog ne dobiva s njome kontakta. Vestibularis obostrano reagira. WAR neg.; neurol. b. o., okulist b. o., likvor normalan. Odlazi kući pod dijagnozom muto-surditas, oligofrenija i. o. Ponovo je hospitalizirana od 20. VI 1964. do 19. III 1965. Međutim, ležala je na infekcijskoj klinici od 5. III do 2. IV 1963. pod dijagnozom: prolazna periferna pareza, facialisa, Mutosurditas, Rubeola? Adenovirosis?

Dva mjeseca njezino je ponašanje kao kod prve hospitalizacije. Psiholog o pet ne dobiva kontakta. Nakon dva mjeseca djevojčica počne da se igra s djecom, ali samo dok ne primjećuje prisutnost odraslih. Nakon toga počinje se interesirati za rad sestre i voli da je u tome pomaže; preoblači jastuke, vodi malu djecu u kupaonicu, pomaže kod njihovog oblačenja. Reakcija na zvučne podražaje nije sigurna. Djevojčica postaje ljubaznija, ali s logopedom još ne želi raditi.

Psihološki test: u igraonici dijete ne pokazuje nikakvog interesa za okolinu i za igračke. Nakon nekog vremena počinje da se igra. Njezina igra ne pokazuje znatnog odstupanja od normale njezinih godina, ali ipak ne odgovara potpuno. Likovni **Benderov test**: kronološko doba 6,2 godina, mentalno doba cca 5 godina.

**Test laterizacije po Harrisu**: Prevladava lijeva ruka i lijevo oko. Nakon 5 mjeseci pođe logopedu za rukom da se dijete u kameri silenti igra i očima tra-

ži zvuk kod 80 db i to u pravilnom smjeru kod frekvencije 128 i 256. Nikako ne dozvoljava da joj se stave slušalice na uši. Sad počinje djevojčica promatrati druge kad govore i bez glasa ponavlja: papa, pupa — ali samo kad logoped radi s drugim djetetom i ona mu sama od sebe priđe. Tek nakon 6 mjeseci dozvoljava da joj se stavi slušni aparat i počinje aktivno sudjelovati. Ponavlja udaranje po taktu, u početku tako da gleda, kasnije samo na slušanje. Sviđa joj se zvuk kad poteže preko ksilofona. Imitira kucanje logopeda i ako ga ne vidi. Glasno govori papa, mama, u, a. Govor ne razumije, katkad se okrene na jak poziv svog imena, ali reagira na najmanju kretnju. Kad jednom dođe liječnik na vizitu uzme ga za ruku i vodi k vratima, te pokazuje natpis »Vstop prepovedan« i gura ga van. Tada je naime u sobi bila karantena. Sad je živahna i aktivna, puno jede, porasla je i ugojila se. Govori svojim žargonom koji ima melodiju normalnog govora. Dobro crta, pretežno lijevom rukom. Ali još uvijek je veoma osjetljiva i s njom treba postupati jako oprezno. Djevojčica je otpuštena kući zbog zaraznih bolesti u odjeljenju.

Ponovni prijem 28. IV 1965. godine. Kod kuće se sada oblači sama, jede samostalno, voli biti čista i rado pomaže majci u kućnom poslu. Za dva dana ponovo navikne na okolinu. Sve je upamtila i spremna je za rad. Osim riječi mama, papa, govori svojim žargonom koji ima melodiju normalnog dječjeg govora. EEG je za njezine godine u granicama normale. Audio EEG pokazuje laganu reakciju kod frekvencije od 1500 Hz kod 30 i nad 60 db, dok ne reagira kod 100 db.

**Psihološki: Charlota Bühler** (razvojni test) k. d. je 6,3 godina, a m. d. je 5 godina. Budući da se radi o testovima za normalnu djecu, to se zaostajanje od 1,3 god. može smatrati posljedicom naglušnosti.

Prema **Borelli-Oleronom testu** za gluhu djecu mentalna starost doseže norme za 6 godina. (Dijete sudjeluje samo kod zadaća koje je interesiraju; inače na sve načine pokazuje da ne želi raditi.) Neuspjeh je brzo potpuno slomi, ali kad uspijeva ona više od radosti. Za vrijeme psihološkog testiranja uđe liječnik; dok je dijete udubljeno u izvođenje testova, on pokuca na vrata: dijete se smjesta okrene. Okrene se još nekoliko puta na udaranje bubnja, a onda ne skreće više pažnje na zvukove. Liječnik upotrebljava instrumente koji su djelomice sakriveni od djeteta, djelomice pred njegovim očima. Kad liječnik izađe, djevojčica skoči i smjesta imitira psihologu sve što je radio liječnik.

Slijedi psihijatrijski nalaz s filmom o ponašanju djeteta u raznim fazama reedukacije.

**Da ponovimo:** dijete sigurno čuje. Za sada je bez sumnje potvrđen sluh za niske tonove (128 i 256) kod 80 decibela. U pitanju je sluh kod fz 1500. Postoji ljevorukost. Teško je reći da li je njezino početno negativističko ponašanje posljedica gluhoće, neke dodatne centralne lezije živčanog sistema ili pak je posljedica zapuštenosti kod kuće. (Roditelji su, naime, seljaci i rade danima u polju. Dijete je za to vrijeme samo kod kuće.)

Zdravu gluhu djecu s takvim audiološkim nalazom, kao ovdje, uspijeva nam obično brzo desurdizirati i počeci demutizacije pojavljuju se na jednaku reedukaciji nakon nekoliko nedjelja ako ne prije.

Da se tu radilo uz gluhoću samo još o emocionalnim smetnjama, i možda se tu radi pored periferne naglušnosti i o centralnim smetnjama sluha — na tu

mogućnost pokazuje audio EEG. Ne želimo oslanjati našu dijagnozu samo na ovaj tako jako nesigurni podatak. U tom slučaju, po našem mišljenju, trebao bi napredak biti veći. Podozrijevano, naime, da se tu uz gore spomenuto radi još o pretežno motoričnoj afaziji. To potvrđuje dječji melodiozni žargon koji se pojavljuje tek u posljednje vrijeme.

Nakon duge pretrage još uvijek nismo sigurni u dijagnozu. Program terapije: reedukcija uz amplifikaciju. Ali uz to treba imati u vidu svu preosjetljivost djeteta s centralnim živčanim poremećajima. Dakle, ne još škola u običnom smislu riječi, nego pripremni razred. Nezahtjevna školska materija omogućava ovdje učitelju da vodi računa o osobitostima djeteta; u dječjem društvu svako dijete socijalno sazrijeva, uči discipline, a takmičenje sa školskim drugovima diže njegove ambicije.

Zaključak: uz sve poteškoće dijagnoze prava je sreća da reedukcija s amplifikacijom dobro dođe i kod nagluhih i kod receptivnih afazičara i slušnih disgnozičara. Osnovna reedukcija je, dakle, jednaka. Ali dok od gluhoga djeteta tražimo za vrijeme plurisenzorične edukacije govora velike napore, moramo kod emocionalno poremećene djece tek oprezno probijati led dok se ne pokaže njihov topli i otvoreni karakter i tek onda mogu se podrediti pravilima školske discipline, ali još i tada naši zahtjevi moraju biti znatno manji.

Djecu s centralnim živčanim poremećajima ne smijemo preopterećivati ni na početku ni kasnije. Čest i kratkotrajan rad s njima, često provjeravanje i demonstriranje uspjeha, pohvale i nagrade, o svemu tome mora učitelj voditi računa sve do kraja edukacije. Ali, kod nagluhih ostaje amplifikacija sve do kraja glavno reedukaciono sredstvo, dok kod disfazičara služi u početku pojačan podražaj samo kao podstrek i postaje kasnije posve nepotreban.

Kod emocionalno poremećenih **amplifikacija** je zapravo nepotrebna. Upotrebljavamo je samo u početku, dok nam još nije pošlo za rukom isključiti naglušost, a zbog naglog pomicanja vremena bojimo se izgubiti skupocjeno rano doba djeteta za edukaciju govora. S osiguranjem dijagnoze otpada i potreba amplifikacije. Posljednji novodi upozoravaju nas da moramo kod amplifikacije biti oprezni jer je uho našeg novog malog pacijenta malo poznato, pa ga možemo oštetiti. Za to i upozoravamo na potrebu besprijekornih amplifikacionih sredstava, koja daju mogućnost i za fine modifikacije.

## SUMMARY

Otorhinolaryngologic Clinic of the Medical Faculty of the University of Ljubljana  
**Docent Dr. Zlata Hribar, docent Dr. Lev Milčinski, Meta Bračjo and Marija Dobrota**

### THE DIFFICULTIES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN ALALIA

It is not always easy to find out the cause of dumbness in a child.

In the differential diagnosis we can consider hard of hearing, deafness, retardation in development (which can be dependent on exogene or endogene factors); emotional disorders, agnosis, aphase, child schizophrenia and oligophrenia.

After having separated the cases of peripheral hard of hearing, which indeed are most frequent, the differential diagnosis in an infant is not an easy one and requires team work. Beside a repeated and many-sided audiological treatment, the psychological, psychiatric and neurological treatment of the patient is also considered, as well as the observation of the patient in all situations in life. Very often we manage to make a diagnosis only after a long period of re-education. But in spite of all experience and expert knowledge the diagnosis remains hard and sometimes it does not succeed even after a prolonged treatment of the patient.

The reason is due to the fact that only some aspects of central hard of hearing are known and that at the highest level of hard of hearing the diagnosis intertwines usually with receptive aphase and lesions on a lower level.

In many cases the multiplicity of the lesion makes the diagnosis difficult.

The re-educator is faced with a difficult task: on the one hand he needs the diagnosis for the purpose of choosing the most suitable way of re-education, on the other hand re-education often represents the most reliable means of achieving a diagnosis at all.

A child with central lesions especially with those in the regions of speech or hearing, usually has a very reduced tolerance in interpersonal relations, shows signs of bad emotional control and hypersensitivity.

The re-educator is always between Scylla and Charybdis: he can at times activate the patient's nervous system too little, while on another occasion he may forsake the child, because it requires too much of him. Too great a burden may cause additional lesions of the nervous system or the deformation of personality.

Although initial ways of treatment in re-education with different causes of alalia may be similar or even the same, the re-educator must look for even the slightest sign which indicates the optimum direction of re-education.

As an illustration we represent a case in point, which in spite of a six-month observation is still not clear.