

HIPERKINETSKI SINDROM KOD ŠKOLSKE DJECE S GOVORNIM POREMEĆAJIMA TE DISLEKSIJOM I DISGRAFIJOM

J. Ivičević—Desnica, N. Šikić

Centar SUVAG, Zagreb

Z. Mubrin

„Pliva“, Zagreb

Originalni znanstveni rad

UDK: 376.36

Primljeno: 24. 5. 1982.

SAŽETAK

Autori su u ovom radu iznijeli dijagnostičko—opservacijska razmatranja kod 32 školske djece s govornim poremećajima tipa dislalije i mucanja udruženim s disgrafično—disleksičnim smetnjama. Anamnestički su podaci kombinirani s logopedskim i psihološkim ispitivanjima, te neurološkim i psihijatrijskim nalazima.

Ustanovljeno je da velik broj ispitanika ima smetnje prenatalnog, perinatalnog i ranog postnatalnog perioda. U neurološkom je statusu većina djece pokazivala poremećaje fine motorike i koordinacije, te smetnje dubokog, odnosno površinskog senzibiliteta.

I pored toga što su djeca bila urednog vida i sluha, normalne inteligencije, te razine razvoja govora primjerenog dobi, pokazivala su specifične smetnje čitanja i pisanja udružene s poremećajima artikulacije te ritma i tempa govora.

Pretpostavlja se da kombinirani oblik tih poremećaja ima organsko centralno porijeklo. Radilo bi se o rano nastalim mikrocerebralnim oštećenjima koja su se u kliničkoj slici odrazila odgovarajućim poremećajima raznih funkcija.

UVOD

Radeći na korekciji govornih poremećaja u Centru SUVAG, zapazili smo da je — za razliku od većine artikulacijskih poremećaja, kod kojih je rehabilitacija bila brza i nije postavljala većih problema — kod određenog broja pacijenata, unatoč normalnom sluhu, relativno visokom kvocijentu inteligencije i odsutnosti nekih organskih anomalija govornog aparata, rehabilitacijski tok bio je prilično usporen i otežan. Pokušali smo izdvojiti takve slučajeve i dopunskim ispitivanjem ustanoviti kakvu popratnu simptomatologiju pokazuju te prividno „obične“ artikulacijske smetnje koje je na prvi pogled teško razlučiti unutar skupine banalnih artikulacijskih poremećaja što ih običavamo svrstavati pod naziv dislalija.

U novijoj, naročito američkoj literaturi, takve se poremećaje sve češće obuhvaća širim terminom „artikulacijski poremećaji“, vjerojatno i stoga što se počinje uočavati da sličnu simptomatologiju pokazuje niz smetnji, različitih i po etiologiji i po stupnju poremećenosti.

Pokazalo se, naime, da se kod dobrog dijela tih dislalija (koje su po klasičnoj Scottovoj definiciji: „defektna artikulacija izazvana neispravnim učenjem ili abnormalnostima vanjskog govornog aparata, a ne ovisi o lezijama centralnog nervnog sistema“), i u samom toku terapije, a posebice pronalaženjem preciznijih neuroloških i drugih tehnika detekcije, počinju otkrivati i druga oštećenja za koja ne možemo uvijek ustanoviti da li su uzrok ili možda još jedna dodatna smetnja istog, ponajčešće

centralnog oštećenja.

Tako Emerick i Hatten (1974)⁽¹⁾, pozivajući se na M. Morley (1965) i na istraživanja Johnsa i Darleya (1970), pokušavaju prema tim popratnim smetnjama razlučiti unutar artikulacijskih poremećaja dizartrije, dispraksije i dislalije. Navode da se kod mnoge djece kod kojih su bili dijagnosticirani funkcionalni poremećaji artikulacije — budući da se ne može lako uočiti organska podloga njihovih glasovnih grešaka — detaljnim ispitivanjem mogu ustanoviti fina neurološka oštećenja.

Kao primjer ističu: „... premda su sva djeca bila dijagnosticirana kao ‚funkcionalni artikulacijski poremećaj‘, grupa je djece s ustrajnim greškama (kod kojih u godinu dana terapije nije bio usvojen pravilan izgovor glasova) pokazivala više znakovna mogućeg organskog oštećenja, uključujući tu i blagu motornu nespretnost“.

Iznose listu popratnih smetnji koje se često susreću kod takve djece, pa među ostalim: usporen ili za dob graničan motorni razvoj, premještanje ili izostavljanje glasova u duljim riječima, probleme čitanja te greške premještanja slova u pisanju.

Budući da se i kod velikog broja naših ispitanika već u anamnezi kao jedna od popratnih smetnji navode teškoće u učenju, a ponekad čak i preciznije, smetnje čitanja i pisanja, kod sve smo djece provjerali da li postoje smetnje čitanja i pisanja.

Dakle, ispitali smo skupinu djece za koju su njihovi roditelji ili učitelji izjavili da imaju specifične smetnje čitanja i pisanja, te poremećaje artikulacije, odnosno ritma i tempa govora. Kako su roditelji naglašavali nemir, turbulentnost, motornu nespretnost, dispraksiju, slabu pažnju i koncentraciju, te općenito smetnje ponašanja, pretpostavili smo da se kod te djece

radi o sindromu minimalne cerebralne disfunkcije.

U literaturi se uz taj termin susreću i drugi: hiperkinetički sindrom, hiperaktivni sindrom, psihomotorna nestabilnost, sindrom moždanog oštećenja i sl. Sve su to sinonimi kojim se označavaju iste ali i različite vrste poremećaja, često još nedovoljno diferencirane psihomotorne osnove.⁽²⁾ Prema novijim shvaćanjima MCD (odnosno hiperaktivni sindrom) nije jedinstvena nosološka cjelina poznate etiologije^(3,4). Njezini uzroci mogu biti psihološki (koji djeluju unutar obitelji), organski, neurofiziološki, genetički i drugi.⁽²⁾ U općoj populaciji djece školske dobi hiperaktivnost, etiološki vezana uz minimalnu cerebralnu disfunkciju (MCD), predstavlja čest poremećaj. Prema nekim istraživanjima najmanje 5 posto djece pokazuje takve poremećaje ponašanja.⁽²⁾ Drugi navode da se hiperkinetički sindrom susreće kod gotovo 20 posto djece u općoj populaciji, i to četiri puta češće kod dječaka nego kod djevojčica. Nema dovoljno istraživanja koja bi odgovorila na pitanja postoje li neke veće razlike u učestalosti između pojedinih društvenih grupa.⁽³⁾ Uz hiperaktivnost u MCD često se zapaža i niz drugih psihopatoloških simptoma kao što su npr. impulzivnost, distraktibilnost, niski prag tolerancije na frustracije, smetnje koncentracije i sl.⁽⁵⁾ Često su takvi poremećaji praćeni i diskretnim neurološkim znacima koji su također odraz poremećene funkcije središnjeg živčanog sustava.⁽⁶⁾ Jedan dio tih pacijenata pokazuje i smetnje govora (vrlo često tipa mucanja i dislalija): nerijetko se navodi da većina te djece progovori kasnije, dugo tepa, zamjenjuje glasove ili općenito pokazuje lošu diferencijaciju govornog razvoja.⁽⁷⁾ Go-

vorni poremećaji, zajedno s drugim neurološkim i/ili psihopatološkim simptomima, vrlo često i kod djece normalne inteligencije, dovode do smetnji učenja i poremećenih odnosa u školi i u obitelji. Smatra se da je kod velikog broja djece s MCD—om poremećeno uspostavljanje uredne i dobro kontrolirane povratne veze između očiju—mozga—ruke (za pisanje), te očiju—mozga—govorne muskulature (za čitanje). Tako neki autori navode da čak dvije trećine djece sa smetnjama čitanja i pisanja kao temeljni poremećaj ima MCD, dok je kod preostale trećine taj poremećaj psihogenog porijekla.⁽⁷⁾

PACIJENTI I METODE

Dakle, u dijagnostičkom smo logopedskom ispitivanju u Centru SUVAG promatrali skupinu od 32 djece koja su imala disleksiju i disgrafiju udruženu s govornim poremećajima tipa dislalije, odnosno dislalije i mucanja.

Tablica 1.

1. Prosječna dob	8 ± 1,1	godina
	Muški	Ženski
2. Spol	28(89%)	4(11%)
3. Tip govornog poremećaja	Dislalija	Dislalija + Balbus
	11(35%)	21 (65%)

Djeca su bila školske dobi, prosječne starosti $8,1 \pm 1,1$ godina, normalne inteligencije i urednog sluha, te razine razvoja govora primjerenog dobi. Od 32 ispitanika, 28 su bili dječaci, a 4 djevojčice. Budući da nismo primijetili, niti nam je iz literature poznato da u ovom tipu poremećaja postoje kvalitativne razlike među spolovima, to smo u našem ispitivanju

zanemarili taj podatak. Od 32 ispitanika 11 ih je imalo čistu dislaliju, a 21 dislaliju udruženu s mucanjem.

Kod svih su ispitanika disgrafičko—dislektičke smetnje bile utvrđene odgovarajućim psihološkim ispitivanjima (Bender odnosno Benton test, slušna analiza i sinteza [integracija] glasova, te direktna analiza čitanja i pisanja korištenjem vlastitih, nestandardiziranih metoda).

Ispitivanje smo dislalija vršili na ovaj način:

- listom logatoma u kojima se pojedini glasovi nalaze u asimilacijski neutralnoj situaciji: u inicijalnom, intervokalskom ili finalnom položaju,
- listom riječi u kojima se glasovi nalaze u različitim konsonantskim skupinama, karakterističnim za naš jezik,
- u spontanom govoru, gdje smo provjeravali djetetovu spontanu upotrebu glasova u raznim fonetskim kontekstima, no bez auditivne stimulacije kao u prva dva dijela ispitivanja.

Nesistematske smo greške ispitivali listom duljih i složenijih riječi, a provjeravali u spontanom govoru. Agramatizme smo provjeravali u spontanom govoru.

Mucanje smo ispitivali u spontanom govoru: u razgovoru (to jest, odgovaranju na postavljena pitanja) i u pacijentovom slobodnom pričanju nekog sadržaja po vlastitom izboru provjeravali smo vrstu, intenzitet i učestalost zastoja, poremećenost ritma i tempa govora, te popratne pojave kao što su tikovi i logofobija. Iz zbroja smo poremećenih komponenti izvodili ukupnu jačinu poremećaja.¹

Kod sve smo djece, osim anamnestičkog, logopedskog i psihološkog ispitivanja, izvršili i klinički neurološki i psihijatrijski

¹ Prema Listi za procjenu težine mucanja (interni materijal Centra SUVAG)

pregled. Pretpostavili smo da je uzrok kombiniranih smetnji naših ispitanika rano stečeno organsko oštećenje CNS-a, koje bismo eventualnim kliničkim pregledom mogli dokazati.

U neurološkom smo statusu posebno promatrali motorni sustav, a posebno duboki, odnosno površinski senzibilitet. U stvaranju psihijatrijskog statusa, uzimani su u obzir podaci dobiveni od djeteta, te znakovi koje je ispitivač uočio za vrijeme pregleda i smatrao relevantnim za ovu vrstu udruženih smetnji. Svi su ispitanici bili urednog stanja svijesti i relativno dobrog verbalnog kontakta. Niti jedan od ispitanika nije imao manifestnog grubog neurološkog deficita, niti teškog psihičkog oboljenja, epilepsije ili dječje psihoze (Klasifikacija dječjih psihičkih bolesti Američkog psihijatrijskog društva⁽⁸⁾).

REZULTATI

S obzirom na radnu hipotezu navedenu u uvodu, promatrali smo podatke iz obiteljske anamneze.

Tablica 2.

Obiteljska anamneza		
	N	%
1. Duševni poremećaji roditelja	6	19
2. Duševni poremećaji u daljoj obitelji	12	38
3. Problemi psihomotornog razvoja braće	5	15
4. Problemi ponašanja i školovanja braće	7	22

Vidi se da je 6 roditelja naše djece imalo duševne poremećaje, dok je u daljoj obitelji takve smetnje imalo 12 članova. Problemi psihomotornog razvoja ustanovljeni su kod petero braće, a sedmero je braće pokazivalo smetnje ponašanja i školovanja.

Tablica 3.

Poremećaji trudnoće i poroda		
	N	%
1. Patološka trudnoća	5	15
2. Komplikiran porod	9	29
3. Mala porođajna težina	6	19
Ukupno poremećene trudnoće i porod	20	64

Promatrajući trudnoću majki i porod naših ispitanika saznali smo da su majke petero djece imale patološku trudnoću, a komplikiran porod devetero. Malu porođajnu težinu imalo je šestoro djece. Poremećaji trudnoće ili poroda imalo je, dakle, ukupno 20 majki ili 64 posto ispitanika.

Tablica 4.

Ranije bolesti ili povrede		
	N	%*
1. Bolesti su registrirane	22	70
2. Prijašnje bolesti s mogućim utjecajem na sadašnje stanje (infekcije ili traume CNS-a)	5	16
3. Nisu registrirane ili nisu prisutne	10	30

* Suma veća od 100% jer se kategorije preklapaju.

Prema navodima roditelja, 22 su naša ispitanika imala neke bolesti ili ozljede, petero ih je imalo ozljedu ili oboljenje s mogućim utjecajem na sadašnje smetnje: to su bile infektivne ili traumatske afekcije CNS-a s gubicima svijesti. Kod desetoro ispitanika nije dobiven podatak o ranijim bolestima ili oštećenjima.

Tablica 5.

Poremećaji psihomotornog razvoja i govora		
	N	%
1. Problemi hranjenja	6	19
2. Usporen psihomotorni razvoj	10	38
3. Usporena kontrola sfinktera	7	22
4. Usporen razvoj govora	10	32
Ukupno — poremećaj ranog psihomotornog razvoja	18	58

Prema anamnestičkim podacima dobivenim od roditelja kod šestero su ispitanika bili izraženi problemi hranjenja, desetero ih je imalo usporen psihomotorni razvoj, a sedmero je djece kasnilo u uspostavljanju kontrole sfinktera.

Kod desetero je djece kasnio razvoj govora.

Napominjemo da je od 18 ispitanika koji su pokazivali smetnje psihomotornog razvoja, osmero imalo samo jedan poremećaj, petero dva poremećaja, četvero tri poremećaja, dok je jedan imao sva 4 poremećaja ranog psihomotornog razvoja.

Tablica 6.

Sadašnje smetnje		N	%
1. Noćna enureza		10	32
2. Strah od životinja ili mraka		10	32
3. Nezadovoljstvo ili potištenost		11	35
4. „Neurotičnost“ i manirizmi		17	54
5. Psihomotorni nemir		19	61
6. Iritabilnost		15	48
7. Napadaji bijesa		19	61
8. Sklonost tučnjavama		23	74
9. Loša koncentracija		26	83
10. Nezainteresiranost ili slab uspjeh u školi		24	77

Suma veća od 100%, jer se kategorije preklapaju.

Prema podacima iznesenim u Tablici 6, vidimo da je u ispitanoj uzorku velik broj različitih psihičkih smetnji.

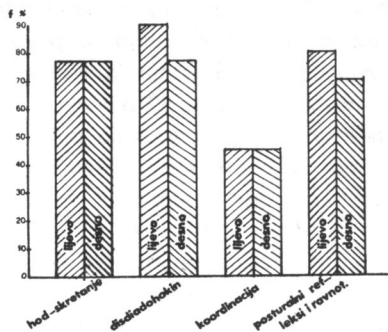
Pretpostavljamo da su navedeni poremećaji uzrok loše koncentracije i slabijeg uspjeha u školi, što su zapaženi kod 26—ero, odnosno 24—vero djece.

Iako naši ispitanici nisu imali grubog neurološkog ispada, ipak ih je prosječno čak 22 ili 70 posto pokazivalo poremećaje fine motorike, tj. brzih, ciljanih ili izmjeničnih voljnih pokreta, te smetnje koordinacije, a 24 ili 77 posto ispitanika imalo je

poremećen površinski ili duboki senzibilitet.

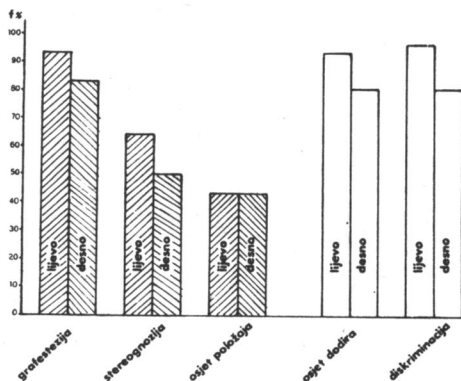
PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI KOD DJECE S NEKIM OBLICIMA GOVORNIH SMETNJI

N=32



Na slici 2 prikazana je učestalost pojedinih motoričkih poremećaja. Vidi se da je kod 24 ili 77 posto pacijenata ustanovljen poremećaj u hodu sa skretanjem u stranu: 27 ili 85 posto pacijenata imalo je disidijadohokinezu ili smetnje brzih antagonističkih pokreta; 14 ili 45 posto je imalo smetnje koordinacije, a 23 ili 74 posto poremećaje posturalnih refleksa i ravnoteže. Pokazano je također da su ispitanici imali više poremećaja na lijevim nego na desnim ekstremitetima.

UČESTALOST POJEDINIH ZNAKOVA OSJETNIH POREMEĆAJA KOD DJECE S NEKIM OBLICIMA GOVORNIH SMETNJI



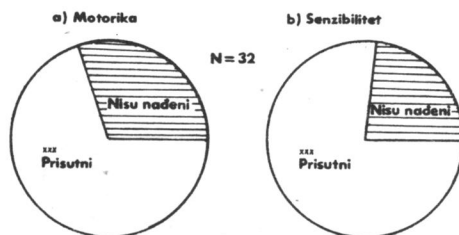
Na slici 3 prikazani su poremećaji dubokog (prva tri stupca), odnosno površinskog senzibiliteta. Smetnje je grafestezijske imalo prosječno 28 ili 89 posto pacijenata; stereognostičke je smetnje pokazivalo prosječno 17 ili 54 posto ispitanika, dok su poremećaji osjeta položaja ustanovljeni kod 14 ili 45 posto ispitanika. Osjet dodira kao diskriminacija dviju točaka bio je poremećen kod 28, odnosno 89 posto pacijenata.

Osjetni su poremećaji također bili zastupljeniji na lijevim nego na desnim ekstremitetima.

Najučestaliji je u naših ispitanika bio hiperkinetski sindrom (23 ili 75 posto). Troje je ili 9 posto djece pokazivalo anksioznu reakciju, a dvoje ili 5 posto reakciju povučenosti. Četvero ili 11 posto ispitanika, imalo je uredan psihijatrijski nalaz⁽⁸⁾.

Pripominjemo da su pojedini ispitanici pokazivali šaroliku kliničku sliku, tako da su svrstavani unutar više psihopatoloških sindroma. Prema intenzitetu pojedinih simptoma, te zastupljenosti znakova u okviru psihopatološkog sindroma, kod svakog se ispitanika određivala vrsta psihičke reakcije, tj. psihijatrijska dijagnoza.

DISKRETNI POREMEĆAJI NEUROLOŠKIH ZNAKOVA KOD DJECE S NEKIM OBLICIMA GOVORNIH SMETNJI



Na Tablici 7. prikazani su rezultati logopedskog ispitivanja razrađeni prema pojedinim kategorijama.

Analiza i komentar dobivenih podataka navedena je u diskusiji.

Tablica 7.

Logopedski nalaz

Dislalije	N = 32	N	%
1. Poremećeni glasovi: Š, Ž, Č, Ć, Đ, Dž, S, Z, C, L, Lj, Nj, R		32	100
2. Sistematske greške glasova: (ukupan broj porem. glasova):	233	32	100
A. Distorzije — ukupno:	221	28	89
a) blaga distorzija:	145	(19)	(63)
b) jaka distorzija:	76	(9)	(26)
B. Supstitucija — ukupno	12	4	11
C. Omisija — ukupno:	0	0	0
3. Nesistematske greške glasova		18	61
4. Agramatizmi:		2	5
5. Nepreciznost artikulacije:		9	26
Mucanje	N = 21	N	%
1. Vrsta zastoja — ukupno:		21	100
a) klonički		14	66
b) klonotonički		5	24
c) tonoklonički		2	10
d) tonički		0	0
2. Tempo govora — ukupno:		21	100
a) normalan		3	15
b) ubrzan		18	85
3. Učestalost zastoja — ukupno:		21	100
a) rijetka		11	54
b) česta		10	46
4. Logofobija — ukupno		21	100
a) nema logofobiju		18	85
b) blaga logofobija		3	15

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Prema anamnestičkim podacima dobivenim od roditelja, u našem smo ispitivanju ustanovili da su psihički poremećaji bili zastupljeni kod 19 posto roditelja, a čak kod 38 posto članova dalje obitelji. Poremećen je psihomotorni razvoj imalo 15 posto, a probleme ponašanja i školovanja 22 posto braće i sestara naših ispitanika. Ti rezultati uvjeravaju nas da se hereditet, kao mogući uzrok MCD, barem kod jednog dijela naših ispitanika, nikako ne može zanemariti.

S druge strane, kod ove se djece često dobivaju podaci o teškoj i održavanoj trudnoći u kojoj je majka morala mirovati. Veoma je mnogo djece s MCD rođeno prije termina ili se kod njih radilo o teškom i/ili dugom porođaju nakon kojeg dijete nije odmah zaplakalo već je bilo u asfiksiji. Prvih su mjeseci takva djeca često mnogo plakala, te su imala kolike ili konvulzije.^(6,7) Ukratko, doznajemo da je takvo dijete od prvih dana bilo teško za podizanje i da je zahtijevalo više majčinske brige i strpljenja nego ostala djeca.^(5,7) Osvrnuo li se na dobivene anamnestičke podatke o našim pacijentima, vidimo da je 20 (64 posto) majki ispitanika imalo smetnje u trudnoći ili porodu, a 18 (58 posto) djece poremećaje ranog psihomotornog razvoja. Smatramo da ta visoka učestalost perinatalnih poremećaja u skupini naših ispitanika govori u prilog našoj hipotezi o rano nastalim organskim oštećenjima CNS—a. Ovdje, također, treba naglasiti da su 22 (70 posto) ispitanika imala kasnije bolesti i/ili povrede, od kojih je 5 (16 posto) imalo afekciju CNS—a i poremećaj svijesti, što sve upućuje na veću vulnerabilnost naših ispitanika kao i na slabiju otpornost, kako prema organskim oštećenjima tako i

prema frustrativnim i stresnim situacijama. To najbolje potvrđuju anamnestički podaci koji se odnose na sadašnje smetnje, te visoka pojavnost psihopatoloških simptoma kao što su, s jedne strane, psihomotorni nemir i napadaji bijesa (19 ili 61 posto), iritabilnost (15 ili 48 posto), te sklonost tučnjavama (23 ili 74 posto), a, s druge strane, anksioznost i noćna enureza (10 ili 32 posto), potištenost i nezadovoljstvo (11 ili 35 posto), te „neurotičnost“ praćena tenzijom i manirizmima (17 ili 54 posto).

Napominjemo da su ovi anamnestički podaci dobiveni od roditelja naše djece i da su oni, uza sve kritičke primjedbe, ipak bez sumnje vrijedni i značajni pokazatelji za analitička razmatranja.

U neurološkom je statusu poremećaje imalo, prosječno 23 ili 74 posto ispitanika, i to 22 ili 70 posto motorne smetnje, a 24 ili 77 posto poremećaje senzibiliteta. Nešto veću zastupljenost osjetnih poremećaja možemo, vjerojatno, tumačiti subjektivnošću pacijenata kao i dijagnostičkim problemima koji se javljaju pri ispitivanju senzibiliteta (zagrijanost prostorije, stupanj koncentracije djeteta ili ispitivača i sl.). To se posebno odnosi na ispitivanje površinskog senzibiliteta. Naši su ispitanici imali više motornih i senzibilnih poremećaja na lijevim nego na desnim ekstremitetima (strani tijela).

To je karakterističan nalaz kod djece s MCD—om. Prema nekim je autorima dva i više puta učestaliji nego u ostaloj populaciji. (3,9)

O psihomotornoj se organizaciji takve djece općenito navode tri mogućnosti: 1. da je cerebralna dominacija ujednačeno izdiferencirana, a u djeteta su vodeći lijeva ruka, lijeva noga i lijevo oko, no oko-

lina ga prisiljava na upotrebu desne ruke;
 2. da cerebralna dominacija nije uopće uspostavljena, pa ovdje moramo računati s nedovoljnom diferencijacijom i drugih kortikalnih funkcija;
 3. da se radi o nekladnoj i neujednačenoj dominantnosti iz koje rezultira ukrštena lateralizacija.^(6,7)

Prepostavljamo da, i kod naših ispitanika, takve nalaze možemo tumačiti poremećenom cerebralnom dominacijom.

Većina je naših ispitanika (23 ili 75 posto) imala smetnje iz okvira hiperkinetskog sindroma ili kroničke hiperaktivne reakcije. Prema definiciji Američkog psihijatrijskog udruženja, ovaj sindrom (koji se naziva i MCD) označuje: motornu hiperaktivnost u raznim situacijama (kod kuće, u školi, ambulanti, itd.), zatim neprekidno mijenjanje položaja, ustajanje, hodanje, skakanje i slično, u uvjetima gdje je potrebno ili se očekuje mirno ponašanje u skladu s dječjom dobi.

Izražene su smetnje i laka otklonjivost pažnje, specijalno u školi ili grupnim situacijama.⁽⁸⁾

Ta visoka pojavnost hiperkinetskog sindroma u skupini naših ispitanika potvrđuje iskustva mnogih autora, koji taj sindrom promatraju kao šaroliku kliničku sliku, u kojoj su govorni poremećaji i specifične teškoće učenja gotovo karakteristični sastavni činitelji.

Naši su ispitanici, osim govornih poremećaja, imali i specifične smetnje učenja: teškoće slogovanja te brzog i korektnog čitanja, smetnje poznate pod imenom disleksija, odnosno teškoće brzog, pravilnog pisanja i oblikovanja slova, koje zove-mo disgrafija.

Početna istraživanja (potkraj prošlog stoljeća) pristupaju poremećajima čitanja i

pisanja pretežno s oftalmoloških pozicija, to jest, tražeći uzroke poremećaja poglavito u vizualnoj oblasti. Sklona su ih svrstavati u grupu optičkih agnozija, pa se za takve smetnje usvaja naziv „kongenitalna sljepoća za riječi (Kerr i Morgan, 1896, Illing, 1929)⁽¹⁰⁾ Tek se sredinom ovog stoljeća počinje te teškoće dovoditi u vezu s govornim poremećajima. Tako Borel—Maisonny (1951) razlikuje „pravu legasteniju, povezanu s govornim poremećajima, od neprave“ kojoj nedostaje ovaj prateći simptom. Arnold (1956) ubraja „pravu“ legasteniju među tipove povezane s govornom slabošću i smatra je nasljednom. Thiele (prema Becker, 1970) smatra da u prvom planu poremećaja stoji nemogućnost dislektičara—disgrafičara da razloži korpus govora, dakle analitičko—sintetička slabost na izgovorenoj riječi. Van Stokert (1959) govori o disleksiji—disgrafiji kao o izrazu instrumentalnog poremećaja. Ananajev (1963) smatra da se radi o slabosti akustičke analize i sinteze, dok Luchsinger disleksiju—disgrafiju tumači „govornom slabošću“, a Busamann (1958) je smatra „disfazijom“, pri čemu ne misli samo na artikulacijsku stranu već i na siromaštvo zalihe riječi. Kossakowski (1961) vjeruje da je poremećaj pretežno u govornomotoričkoj analizi i sintezi riječi, a R. Becker, nastavljajući se na Kossakowskog, tumači disleksiju i disgrafiju kao slabost fonetskog diferenciranja povezanu sa slabošću govornomotoričko—kinestetskih funkcija.⁽¹¹⁾

Promatrajući smetnje čitanja i pisanja naših ispitanika, želimo istaknuti da za sada (zbog premalog broja pacijenata, nedostatka kontrolne skupine i odgovarajuće statističke obrade i sl.) ne možemo dati zadovoljavajuće objašnjenje, ali smo skloni prihvatiti mišljenje onih istraživača

koji disgrafičko—dislektičke smetnje izravno povezuju s različitim oblicima govornih poremećaja i koji uzrok tim kombiniranim smetnjama traže prvenstveno u mikro-cerebralnim disfunkcijama.

Kod naših su ispitanika osim smetnji čitanja i pisanja postojali i govorni poremećaji tipa dislalije (11), odnosno dislalije udružene s mucanjem (21). Radilo se, dakle, o smetnjama artikulacije, te poremećajima ritma i tempa govora. Prema navodima u literaturi govorni su poremećaji relativno česti kod djece s hiperkinetskim sindromom⁽¹²⁾, i obratno, kod djece s govornim poremećajima, nađeno je mnogo psihičkih smetnji, odnosno smetnji ponašanja⁽¹³⁾. To se posebice odnosi na smetnje artikulacije, diskretne neurološke simptome, smetnje vizualno—motorne percepcije i poremećaje fine koordinacije^(6,14).

Dislalije su se naših ispitanika očitovale uglavnom u sistematskom poremećaju glasova, dok su i nesistematske greške, samo kod duljih i složenijih riječi, ustanovljene kod 18 pacijenata; kod dva su pacijenta nađeni i blagi agramatizmi.

Kod trideset dva pacijenta sistematski su bila poremećena 233 glasa.

Sistematske su greške bile tipa distorzija i supstitucija. Omisije nisu nađene osim kod vokalskog R.

Poremećeni su bili glasovi Š, Ž, Č, C, Đ, Dž, S, Z, C, L, Lj, Nj, R. Glasovi su Š, Ž, Č, C, Đ, Dž, S, Z, C bili poremećeni u obliku blažih ili jačih distorzija, a glasovi L, Lj, Nj, R i u obliku distorzija i supstitucija.

Blaga je opuštenost i nepreciznost cjelokupne artikulacije ustanovljena kod 9 pacijenata.

Naši se rezultati ispitivanja slažu i s nekim drugim istraživanjima: „Kod ispi-

tanika iznad sedme godine života, po zvučnoj su realizaciji bili poremećeni samo glasovi S, Z, C, Š, Ž, Č, Đ, Dž, C, L, R, Lj i Nj” (D. Orlandi: Sistematske nepravilnosti izgovora i njihova korekcija, Disertacija, Zagreb, 1971).⁽¹⁵⁾

Način je poremećenosti pojedinih glasova bio uglavnom stalan, bez obzira na njihov položaj u riječi (inicijalan, finalan, intervokalan ili interkonsonantski) osim kod glasa r (kod kojeg je glas često u inicijalnom i intervokalnom položaju bio ne-vibrantna ili nedovoljno vibrantna distorzija, a u interkonsonantskom položaju omisija). Ta je konstantnost načina poremećenosti, vjerojatno, posljedica relativno visoke kronološke dobi, kad je kod pacijenta fonološki sistem (točan ili pogrešan) već formiran, pa se ne susreće više nesigurnosti i traženja realizacije fonema kakve susrećemo kod mlađih pacijenata.

Mucanje što je pratilo artikulacijske poremećaje bilo je pretežno kloničko (14 slučajeva), rjeđe klonotoničko (5 slučajeva), samo u dva slučaja tonokloničko, a ni u jednom slučaju sasvim toničko. Tempo je govora kod velikog broja (18) pacijenata bio ubrzan, a dio njih je (6) pokazivao čak izrazite oznake batarizma. Logofobija, i to vrlo blaga, ustanovljena je u svega 3 slučaja. Dakle, mogli bismo zaključiti da je mucanje pokazivalo više znakove organskog nego psihogenog poremećaja.

Iako etiologija mucanja nije još sasvim razjašnjena, zna se da se, osim kao psihički fenomen, može javiti i kao sekundarni simptom kod djece sa smetnjama artikulacije ili kao kompleksni sindrom udružen s multiplim motornim, perceptivnim i jezičnim poremećajima⁽¹⁾. Vjerojatnost je organske podloge veća kad je udruženo s poremećajima središnjeg živčanog sustava.

Smatramo da na osnovi navedenog možemo zaključiti da se kod naših ispitanika radilo o kombiniranim govornim poremećajima čije porijeklo treba, najvjerojatnije, tražiti u rano nastalim mikrocerebralnim disfunkcijama ili oštećenjima.

LITERATURA

1. EMERICK, Lon L./HATTEN, JOHN T: Diagnosis and evaluation in speech pathology, Prentice—Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, 1974.
2. TADIĆ, N: Psihijatrija detinjstva i mladosti. Naučna knjiga, 102—107, Beograd, 1981.
3. SHAFFER, D; GREENHILL, L: A critical note on the predictive Validity of the hyperactive syndrome. J. Child Psychol. Psychiatr. 20. 61, 1979.
4. FIRESTONE, P; PETERS, S; RIVIER, M; KNIGHTS, R: Minor Physical Anomalies in Hyperactive Retarded and Normal Children and Their Families. J. Child Psychol, 19, 155, 1978.
5. WERRY, J. S.: Studies of hyperactive child. IV. An empirical analysis of the minimal brain dysfunction syndrome. Arch. Gen. Psychiatry 19, 9—16, 1968.
6. PHIEPO, R. N; GOURLEY, D, R. and HILL, J. W: Minimal brain dysfunction. J. Am. Pharm. Ass. 17, 500, 504, 1977.
7. BOŠKOVAC—MILENKOVIĆ, A. i KOVAČEVIĆ, D: Uvod u poznavanje sindroma minimalne cerebralne disfunkcije. Medicinsko—psihološko savetovalište, Zemun, 1974.
8. WERRY, J. S: Diagnosis for psychopharmacological studies in children. Psychopharm. Bull. Pharmacotherapy of Children, Special Issue, 89—141, 1973.
9. CANTWELL, P: Hyperkinetic syndrome. Rutter, M, Hersow, L, (Ed) Child Psychiatry, Blackwell Scient. Publ. London, 1977.
10. GRITCHLEY M: Developmental Dyslexia, W. Heineman Medical Books Lim. London, 1966.
11. BECKER, R: Disleksija i disortografija s logopedskog aspekta, Savez društava defektologa Jugoslavije, Beograd, 1970.
12. BOEHME, G: Verzogerte Sprach und Sprechentwicklung infolge Minimaler Zerebraler Dysfunktion. HNO 28, 201 — 205, 1980.
13. BAKER, L; CANTWELL, D. P; and MATISON, R. E: Behavior problems in children with pure speech disorders and in children with combined speech and language disorders. J. Abnormal. Child Psychiol. 8, 245 — 256, 1980.
14. WYATT, G. L. (Ed): Language, learning and communication disorders in children. Free Press. Publ. New York, 99 — 117, 1969.

15. ORLANDI, D: Sistematske nepravilnosti izgovora i njihova korekcija. Disertacija. Zavod za fonetiku Filozofskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu, 11-16, 1971.
16. WYATT, G. L. (Ed): Language, Learning and Communication Disorders in Children. Free Press Publ. New York, 99 - 117, 1969.

SUMMARY

In a sample of 32 school children with speech disorders (dyslalia and/ or stuttering) and dysgraphia and dyslexia some diagnostic observation has been made. Anamnestic data has been combined with data obtained by the speech therapist, psychologist and neurologist/psychiatrist. Many subjects have manifested disorders in prenatal, perinatal or early postnatal development.

In majority of children disorders of fine motor abilities and coordination as well as disorders of deep and surface sensitivity were detected by tests of neurological status. In spite of the fact that no sight or hearing impairments were detected, and the children were of normal intelligence and normal level of speech development adequate for their age, specific dyslexic and dysgraphic disorders combined with articulation disorders and/ or stuttering were present in all the subjects.

It is hypothesised that the combined manifestation of these disorders is of central organic origine. It is probably caused by early microcephalic impairments which have manifested themselves in corresponding impairments of different functions.