

Zaburzenia komunikacji i mowy oraz ich związek z zaburzeniami rozwoju psychicznego i zaburzeniami psychicznymi u dzieci 8-letnich z gminy miejskiej Łódź

Communication and speech disorders and their relationship with psychic development and mental disorders in 8 year old children from Łódź area

Magdalena Kolasinska, Jolanta Rabe-Jabłońska

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieży Katedry Psychiatrii UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

Summary

Aim: The aim of the study was to analyze the occurrence of communication and speech disorders among 8-year-old children in Łódź. The comorbidity of these disorders with mental and somatic disorders was also analysed. We have also studied the correlation between the level of language development and the level of psychic development, and the existence and character of mental disorders.

Method: The study comprised 7881 children from Łódź, born in 1991. The design of the study was two-stage. Stage I consisted of a screening test, using the Questionnaire of Child-Environment Communication Development, which was sent to the parents of all children. On this basis a group of 58 children with communication disorders was identified, which were further evaluated in the stage II of the study. Stage II consisted of a psychiatric examination, Screening Logopedic Test acc.to Tarkowski, Child Developmental Questionnaire acc. to Rabe-Jabłońska and Gmitrowicz, somatic state evaluation and analysis of the available documentation.

Results: In 0.81% of the children communication disorders were found. Speech disorders were present in all cases: in 2/3rds expressive language disorders or mixed receptive-expressive language disorders, in the remaining cases phonological disorders. Estimated frequency of occurrence of specific disorders in the studied population was as follows: specific developmental language disorders 2.9/1000, acquired aphasia with epilepsy 4/10000, autistic disorder 6.4/10000.

Over one third of children with a verbal communication disorder suffered also from various neurological and developmental disorders; most of the children showed abnormal mental development ($f=0.86$) and mental disorders ($f=0.66$).

Conclusions: Poor language development correlated statistically significantly with mental retardation, pervasive developmental disorder and behaviour disorders, caused by brain damage or brain dysfunction. Children with a communication disorder who demonstrated normal language development suffered from social maladaptation or ADHD statistically significantly more frequently.

Słowa klucze: dzieci, zaburzenia komunikacji i mowy, współwystępowanie zaburzeń
Key words: children, communication and speech disorders, comorbidity

Wstęp

Rozwój intelektualny i społeczny człowieka od dawna wiązano z rozwojem mowy. Zgodnie z koncepcją determinizmu językowego uważa się, że rozwój poznawczy człowieka jest przede wszystkim zależny od rozwoju języka. Niektórzy autorzy są zwolennikami poglądu, że język jest tylko narzędziem do wyrażania procesów poznawczych, tak więc wszelkie zmiany w rozwoju językowym są wtórne wobec rozwoju umysłowego [1, 2, 3, 4]. Nie ma wątpliwości, że mowa jest ważnym elementem naszej komunikacji z innymi osobami, ułatwia powstanie więzi i relacji, prawidłowe funkcjonowanie społeczne.

Zaburzenia mowy i języka w ICD-10

W dziesiątej rewizji *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* – ICD-10 [5] przedstawiono, w ramach zaburzeń rozwoju psychicznego, zachowania i emocji, oraz zaburzeń, którym towarzyszą zaburzenia rozwoju i funkcji mowy, następujący podział:

1. Zaburzenia rozwoju mowy i języka: a) specyficzne zaburzenia artykulacji, b) zaburzenia ekspresji mowy, c) zaburzenia rozumienia mowy, d) nabyta afazja z padaczką, e) inne zaburzenia rozwoju mowy i języka, f) zaburzenia rozwoju mowy i języka nieokreślone.

2. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w okresie młodzieńczym: mutyzm wybiórczy, przewlekłe tiki ruchowe lub wokalne, zespół tików głosowych i ruchowych – Gilles de la Tourette’a, jąkanie się, mowa bezładna.

3. Zaburzenia psychiczne, którym towarzyszą zaburzenia rozwoju i funkcji mowy: całościowe zaburzenia rozwojowe, autyzm dziecięcy i atypowy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenie hiperkinetyczne – z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, upośledzenie umysłowe.

Definicje

Wydaje się konieczne przypomnienie podstawowych definicji zaburzeń mowy, które były obiektem badania przedstawionego w dalszej części pracy.

Pierwszym zwiastunem nieprawidłowego rozwoju mowy dziecka jest spowodowane licznymi czynnikami jej opóźnienie, rozpoznawane wówczas, gdy wypowiedzenie słów nie pojawia się w 18 (24) miesiącu życia, zdań w 30 (36) miesiącu życia (zależnie od autora) [2, 3, 4].

Zaburzenie ekspresji i rozumienia mowy jest specyficznym zaburzeniem rozwojowym charakteryzującym się tym, że poziom rozumienia mowy jest niższy o 2 odchylenia standardowe (OS) od normy właściwej dla wieku dziecka i co najmniej o 1 OS w stosunku do wyniku w bezsłownej podskali testu oceniającego iloraz inteligencji (II).

Zaburzenia ekspresji mowy charakteryzuje obniżony poziom ekspresji co najmniej o 2 OS względem normy właściwej dla wieku dziecka i co najmniej o 1 OS w stosunku do wyniku w bezsłownej podskali testu oceniającego II, przy prawidłowym rozumieniu mowy.

Specyficzne zaburzenia artykulacji rozpoznajemy wówczas, gdy poziom umiejętności fonologicznych dziecka jest niższy o 2 OS od normy właściwej dla wieku dziecka i co najmniej o 1 OS od wyniku w bezsłownej podskali testu oceniającego II. Inteligencja niewerbalna, rozumienie i ekspresja języka pozostają w granicach normy.

Wszystkie wyżej wymienione zaburzenia mowy (ZM) nie mogą być wynikiem zaburzeń neurologicznych, uszkodzenia zmysłów, somatycznych i całościowych zaburzeń rozwoju [5].

Jąkanie się cechuje częste powtarzanie i wydłużanie dźwięków, sylab lub słów, albo częste wahania i przerwy zaburzające płynność wypowiedzi. Nieprawidłowości te są konsekwencją upośledzenia koordynacji czynności poszczególnych elementów aparatu obwodowego mowy: układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego.

Afazję rozpoznajemy, gdy zaburzenia mowy (analogiczne jak u dorosłych) powstały u dziecka, które osiągnęło poziom rozwoju mowy odpowiedni do wieku, natomiast dysfazję, gdy w wyniku działania czynników uszkodzających ośrodek nie doszło do prawidłowego rozwoju mowy. Nabyta afazja z padaczką (zespół Landaua–Kleffnera) charakteryzuje się utratą przez dziecko umiejętności rozumienia i ekspresji mowy, które posiadało. Poziom inteligencji dziecka nie zmienia się. Wystąpienie afazji pozostaje w związku czasowym z pojawieniem się zmian napadowych w EEG (zwykle w obu płatach czołowych lub uogólnione), następnie napadów padaczkowych [5].

Zaburzenia rozwoju mowy najczęściej występują u dzieci z upośledzeniem umysłowym pod postacią zahamowania lub niepełnego rozwoju mowy. Często towarzyszą, w postaci zaburzeń mowy pisanej i czytanej, zaburzeniom rozwoju umiejętności szkolnych (specyficzne zaburzenia czytania – dysleksja, analizy dźwiękowo-literowej – dysortografia) [6].

W przebiegu autyzmu dziecięcego obserwuje się różnorodne zaburzenia rozwoju i ekspresji mowy: nie występuje gaworzenie, pierwsze słowa pojawiają się często po 5 r. ż., u części dzieci nie dochodzi do rozwoju mowy. W postaci późnej autyzmu następuje regres w rozwoju mowy po okresie prawidłowego rozwoju dla wieku, nieprawidłowe użycie zaimków osobowych w odniesieniu do własnej osoby, echolalia natychmiastowa i odroczone, tiki głosowe, stereotypie słowne oraz skomplikowane zaburzenia semantyczno-pragmatyczne. Charakterystyczne jest to, że mowa nie służy komunikacji [7, 8].

Rozpowszechnienie

Wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń mowy (ZM) i języka mieszczą się w szerokim przedziale, zależnie od stosowanych kryteriów diagnostycznych i wieku badanej populacji. Wszystkie źródła podają częstsze występowanie zaburzeń mowy u chłopców niż u dziewcząt (3:1 – 2:1) [5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Rozpowszechnienie ZM i języka
wg *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV edition – DSM-IV* [13]

Rodzaj zaburzeń	Odsetek badanej populacji
Specyficzne zaburzenia etapacji językowej	3–6% dzieci
Mieszane zaburzenia etapacyjno-recepcyjne	3% dzieci w wieku szkolnym
Zaburzenia fonologiczne i głębię	2–3% 6–7-letni, u 0,5% 11-letni
„Nie mówiący”	1% w okresie przedpubertalnym, 0,8% w doleszczeniu

Z danych epidemiologicznych uzyskanych przez Ruttera [9] wynika, że ZM dotyczą 15–25% populacji dziecięcej. Specyficzne zaburzenia o znacznym nasileniu będące przyczyną zaburzenia rozwoju społecznego dziecka bez obniżonego II stwierdzono u 0,15–0,25% dzieci. Brak jest jednak szczegółowych danych na temat populacji polskiej. Kurcz [3] podaje, że dzieci z opóźnionym rozwojem języka stanowią około 10% populacji dziecięcej, przy czym specyficzne zaburzenia dotyczą 0,3–0,7% tej populacji [3].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie:

- częstości występowania zaburzeń komunikacji (ZK) w populacji dzieci 8-letnich z gminy miejskiej Łódź
- częstości występowania i rodzajów ZM u tych dzieci
- częstości występowania i rodzaju zaburzeń somatycznych i psychicznych (ZP) współistniejących z ZM u dzieci
- czy istnieją zależności pomiędzy poziomem rozwoju umiejętności językowych a częstością występowania i rodzajem zaburzeń psychicznych (ZP) u dzieci.

Grupa badana i metody

Badanie miało przebieg dwustopniowy i zostało zrealizowane w ramach polsko-francuskich badań nad rozpowszechnieniem autyzmu. W I etapie wykonano badanie przesiewowe za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza Rozwój Komunikacji Dziecka z Otoczeniem, rozesłanego do rodziców, opiekunów, nauczycieli 7881 dzieci urodzonych od 01.01 do 31.01 1991 r., mieszkających w gminie Łódź. Populację tę wyszukano w Wojewódzkim Komputerowym Banku Danych na dzień 31.05.1997 r. Uzyskano odpowiedzi od rodziców 7801 osób (99% populacji wybranej). Na podstawie analizy treści kwestionariuszy wyłoniono grupę 63 dzieci (42 chłopców i 21 dziewczynek) przejawiających zaburzenia komunikacji z otoczeniem i rozwoju mowy.

W II etapie dzieci wyłonione w I etapie zaproszono wraz z rodzicem lub opiekunem do Poradni Przyklinicznej CSK w Łodzi. Zgłosiło się 58 dzieci (18 dziewczynek, 40

chłopców) w przedziale wiekowym 8 lat–8 lat 11 miesięcy, u których przeprowadzono następującą procedurę badawczą:

1. Badanie psychiatryczne, diagnoza wg ICD–10
2. Ocena poziomu rozwoju i ZM na podstawie Przesiewowego Testu Logopedycznego Tarkowskiego – PTLT [15],
3. Ocena rozwoju dziecka za pomocą Kwestionariusza Rozwoju Dziecka autorstwa Rabe-Jabłońskiej i Gmitrowicz [16], wypełnianego przez rodzica lub opiekuna,
4. Ocena aktualnego stanu somatycznego dziecka oraz analiza istniejącej dokumentacji medycznej, psychologicznej, logopedycznej (Książeczka Zdrowia Dziecka, Karty Informacyjne Leczenia Szpitalnego, odpisy Kart Leczenia Ambulatoryjnego, opinie psychologiczne, wyniki badań psychometrycznych, diagnostyki dysleksji i dysgrafii).

Zebrane dane opracowano statystycznie za pomocą programu EPi Info (6 wersja) – CDC Atlanta (USA) – École Nationale de Sante Publique (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, test dokładny Fishera, przy $p < 0,05$, ekstrapolacja wyników).

Wyniki i ich omówienie

W przesiewowym badaniu za pomocą kwestionariusza Rozwoju Komunikacji Dziecka z Otoczeniem w pierwotnej populacji 7801 dzieci stwierdzono ZK u 63 dzieci – 0,81% populacji dzieci ośmioletnich (42 chłopców – 0,59%, i 21 dziewczynek – 0,27%), mieszkających w gminie miejskiej Łódź. Odnotowano je w badanej grupie ponad dwukrotnie częściej u chłopców niż u dziewczynek.

Tabela 2

Przebieg rozwoju mowy u badanych

Przebieg rozwoju mowy	Dziewczyny n=52		Chłopcy n=12		Chłopcy n=40		Istotność różnic P
	frakcja	liczba	frakcja	liczba	frakcja	liczba	
Prawidłowy	0,31	12	0,33	4	0,30	12	0,00
Opóźniony	0,00	0	0,50	6	0,05	20	0,30
Przerwany	0,21	12	0,22	4	0,20	8	0,00

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie przebiegu rozwoju mowy pomiędzy dziewczynkami a chłopcami. U większości badanych dzieci stwierdzono opóźniony rozwój mowy. Rozwój przerywany (po okresie prawidłowego rozwoju, zatrzymanie lub regres mowy) rozpoznano u 12 badanych.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie poziomu rozwoju mowy zależnie od płci badanych. Prawidłowy poziom rozwoju językowego dotyczył 15 badanych, u pozostałych kompetencje językowe były na poziomie niskim. U 6 dzieci stwierdzono całkowity brak mowy czynnej, prawie jednakowo często u obu płci.

Tabela 3

Poziom rozwoju mowy w badanej grupie wg wyników w PTLT

Rodzaj rozwoju mowy		Dzieci ogółem n=58		Dziewczyny n=18		Chłopcy n=40		Istotna różnica p
		Frekwencja	liczba	Frekwencja	liczba	Frekwencja	liczba	
Miski	M	0,74	43	0,72	13	0,75	30	0,0008
Przedśiętny	P	0,12	7	0,00	1	0,15	6	0,4171
Wysoki	U	0,14	8	0,22	4	0,1	4	0,2334

Tabela 4

Rodzaje ZM i częstość ich występowania u badanych

Rodzaje zaburzeń mowy	Badani n=58	
	Frekwencja	liczba
Zaburzenia rozumienia mowy	0,38	22
Zaburzenia ekspresji mowy	0,39	17
Zaburzenia artykulacji	0,39	17
Źkanie się	0,03	2
razem	1,0	58

Istotną statystycznie różnicę w częstości występowania ZM między płciami ($p < 0,05$) stwierdzono jedynie u badanych z zaburzeniami rozumienia i ekspresji mowy ze współwystępującymi objawami neurologicznymi (rozpoznawanymi częściej u dziewczynek). U chłopców najczęściej stwierdzano specyficzne zaburzenia ekspresji mowy.

Frakcje poszczególnych specyficznych podtypów klinicznych ZM przedstawiały się następująco:

- Specyficzne zaburzenia rozumienia mowy (F80.2) 0,17 (n=4)
- Specyficzne zaburzenia ekspresji mowy (F80.1) 0,39 (n=9)
- Specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0) 0,30 (n=7)
- Nabyta afazja z padaczką (F80.3) 0,13 (n=3)

Odniesienie uzyskanych wyników do całej populacji badanej pozwoliło ustalić częstość występowania wszystkich specyficznych ZM u dzieci 8-letnich zamieszkałych w Łodzi na 2,9 przypadków/1000, specyficznych zaburzeń rozumienia mowy na 0,5/1000, specyficznych zaburzeń ekspresji mowy na 1,2/1000, nabytej afazji z padaczką (zespół Landaua-Kleffnera) na 4/10 000.

Najczęściej rozpoznawanymi współwystępującymi zaburzeniami somatycznymi były różne schorzenia neurologiczne (padaczka, encefalopatia niedotlenieniowa, dziecięce porażenie mózgowe), rzadziej wady i dysfunkcje aparatu artykulacyjnego mowy, następnie zaburzenia słuchu i wzroku, i najrzadziej wady rozwojowe.

Częstość występowania zaburzeń psychicznych (ZP) i zaburzeń rozwoju psychicznego (ZRP) w badanej grupie była wysoka (56 dzieci, $f = 0,97$). U większości badanych postawiono 2 lub 3 rozpoznania psychiatryczne (46 dzieci).

Tabela 5

ZRP inne niż rozwoju mowy u badanych (wg ICD-10)

Kod ICD-10	Współwystępują ce zaburzenia rozwoju	Ucznieli badanych ogółem n= 58	
		n	frakcja
	Całość z zaburzeniami rozwoju psychicznego ogółem	50	0,86
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych	23	0,40
F81.0	Specyficzne zaburzenie czytania	3	0,05
F81.0/1	Specyficzne zaburzenie czytania i analizy dźwiękowo-fonologicznej	14	0,24
F81.3	Mieszane zaburzenia umiejętności szkolnych	6	0,10
F82	Specyficzne zaburzenie rozwoju funkcji motorycznych	5	0,09
F84	Ciepłotowe zaburzenia rozwojowe	9	0,16
F84.0	Autyzm dziecięcy	5	0,09
F84.1	Autyzm atypowy	3	0,05
F84.3	Inne dziecięce zaburzenia developmentalne	1	0,02
	Upośledzenie umysłowe ogółem	24	0,41
F70	w stopniu lekkim	12	0,21
F71	w stopniu umiarkowanym	9	0,16
F72	w stopniu znacznym	3	0,05

ZRP inne niż rozwoju mowy rozpoznane w badanej grupie (wg ICD-10)

ZRP stwierdzono u 50 badanych ($f = 0,86$). Najczęściej rozpoznanymi ZRP było upośledzenie umysłowe i specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, stwierdzane podobnie często w badanej grupie. U 9 badanych postawiono rozpoznanie całościowych zaburzeń rozwojowych. U większości tych dzieci stwierdzono również różny stopień upośledzenia umysłowego. Odniesienie uzyskanych wyników do całej badanej populacji pozwoliło oszacować częstość występowania całościowych ZRP na 11,5 przypadków /10 000, autyzmu na 6,4/10 000 w populacji dzieci 8-letnich z gminy Łódź.

ZP rozpoznano u 39 badanych dzieci (frakcja 0,67). U blisko 1/2 badanych rozpoznano zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, najczęściej – zaburzenia lękowe oraz ADHD.

Rodzaje zaburzeń mowy w zaburzeniach psychicznych i rozwoju psychicznego

U wszystkich badanych z upośledzeniem umysłowym i bez innych zaburzeń rozwojowych stwierdzono zaburzenia rozumienia ($f = 0,71$, $p < 0,05$) lub rzadziej

ekspresji mowy ($f = 0,29$). Również dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju wykazywały częściej znamienne statystycznie zaburzenia rozumienia ($f = 0,67$, $p < 0,05$) niż ekspresji mowy ($f = 0,33$). Ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju umiejętności szkolnych współwystępowały u ponad 1/2 przypadków zaburzenia artykulacji izolowane lub z jękanieniem się oraz zaburzenia ekspresji mowy (u 1/3). Także u większości badanych z ADHD ZM miały charakter zaburzeń artykulacji ($f = 0,83$), u dzieci zaś z zaburzeniami adaptacyjnymi rozpoznawano zaburzenia artykulacji lub zaburzenia ekspresji mowy (z jednakową częstością $f = 0,44$).

Tabela 6

ZP rozpoznane w badanej grupie (wg ICD-10)

KOD CD-10	Uspółwystrępuje zaburzenia psychiczne	Liczba badanych ogółem n=58	
		n	frekwencja
	Dzieci z zaburzeniami psychicznymi ogółem	39	0,67
90	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym ogółem u dzieci (liczba diagnoz = 28)	26	0,45
F92	Zaburzenia hiperaktywne	6	0,10
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	3	0,05
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie	7	0,12
F93.0	Łęk przed separacją w dzieciństwie	1	0,02
F93.1	Zaburzenie lękowe w postaci fobii w dzieciństwie	1	0,02
F93.2	Łęk społeczny w dzieciństwie	4	0,07
F93.8	Inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa	2	0,03
F95.0	Tiki przemijające	4	0,07
F98.0	Mwaczenie mimowolne	4	0,07
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego	4	0,07
F94.1	Reaktywne zaburzenie przywiązania w dzieciństwie	2	0,03
F94.8	Inne dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego	2	0,03
F07.1	Zaburzenia zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	9	0,16
F07.8	Zespół po zapaleniu mózgu Inne organiczne zaburzenia zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	2	0,03
		7	0,12
F43.21	Zaburzenia adaptacyjne	9	0,16
F43.22	Reakcja depresyjna przedłużona	1	0,02
F43.22	Reakcja mieszana lękowo-depresyjna	3	0,05
F43.25	Zmieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji	5	0,09

Tabela 7

ZRP u badanych z niskim i prawidłowym poziomem rozwoju mowy

Poziom rozwoju mowy	Liczba badanych n=52		Upośledzenie umysłowe		Całokształtowe zaburzenia rozwoju		Specyficzne zaburzenia rozwoju		Zaburzenia rozwoju ogółem		
	n	frekw.	n	frekw.	n	frekw.	n	frekw.	n	frekw.	
Niski M	43	1,0	17	0,39	2	0,10	15	0,35	40	0,93	
Prawidłowy P	15	1,0	0	0,0	1	0,07	2	0,53	0	0,00	
Istotność p statystyczna różnic dla M-P				= 0,005*		= 0,05*		= 0,05		= 0,05	

* różnice istotne statystycznie dla $\alpha=0,05$

Występowanie zaburzeń rozwoju psychicznego w grupach badanych z niskim i prawidłowym poziomem rozwoju mowy

Nie było istotnej statystycznie różnicy w częstości rozpoznawania ZRP między badanymi z niskim poziomem mowy a badanymi z rozwojem mowy odpowiednim do wieku. W grupie dzieci z niskim poziomem umiejętności językowych istotnie statystycznie częściej niż u tych o wyższym poziomie rozwoju mowy stwierdzono upośledzenie umysłowe oraz całokształtowe zaburzenia rozwoju. Badani z ZK i poziomem mowy przeciętnym/wysokim dwukrotnie częściej w stosunku do grupy z niskim poziomem mowy przejawiali zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, nie była to jednak różnica znamienne statystycznie ($p>0,05$).

Tabela 8

ZP u badanych z niskim i prawidłowym poziomem rozwoju mowy

Poziom rozwoju mowy	Liczba badanych n=52		Zab. zachowania i emocji rozpoznanej ze się w dzieciństwie i młodości		Zaburzenia adaptacyjne		Zab. zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu		Badani z zaburzeniami psychicznymi RAZEM		
	n	frekw.	n	frekw.	n	frekw.	n	frekw.	n	frekw.	
Niski M	43	1,0	10	0,37	0	0,14	0	0,21	27	0,63	
Prawidłowy P	15	1,0	10	0,67	3	0,20	0	0,0	12	0,80	
Istotność p statystyczna różnic dla M-P				= 0,05		= 0,05		< 0,005*		= 0,05	

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania ZP między grupą badanych z prawidłowym poziomem rozwoju mowy a grupą z jej niskim rozwojem. U tych ostatnich znamienne częściej stwierdzano zaburzenia zachowania spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu ($p<0,05$). Zaburzenia adaptacyjne stwierdzono podobnie często w obu grupach. U osób z prawidłowym poziomem

rozwoju mowy, częściej niż u pozostałych badanych, występowały zaburzenia zachowania i emocji, ADHD i funkcjonowania społecznego. Dwie ostatnie grupy zaburzeń występowały istotnie statystycznie częściej u dzieci z ZK, lecz z rozwojem mowy przeciętnym/wysokim niż u badanych z niskim poziomem rozwoju mowy.

Uzyskane dane na temat częstości występowania ZM u dzieci z ZK w populacji polskiej są unikalne, mieszczą się w przedziałach podanych przez autorów podobnych badań, przeprowadzonych w zagranicznych populacjach [5, 9, 10]. Po raz pierwszy ustalono częstość nabytej afazji z padaczką w polskiej populacji dziecięcej. Potwierdzono również związek określonych zaburzeń mowy ze specyficznymi ZRP oraz poszczególnymi ZP [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23].

Wnioski

1. U 0,81% dzieci ośmioletnich mieszkających w gminie miejskiej Łódź stwierdzono zaburzenia komunikacji z otoczeniem dwukrotnie częściej u chłopców niż u dziewczynek. U wszystkich tych dzieci rozpoznano ZM i jej rozwoju, u większości niski poziom rozwoju językowego. ZM miały różną symptomatologię; u 2/3 były to zaburzenia rozumienia lub rozumienia i ekspresji mowy, u pozostałych – zaburzenia fonologiczne. U blisko 1/2 badanych współwystępowały zaburzenia języka pisanego.

2. Specyficzne ZM stanowiły prawie 1/2 stwierdzanych ZM. Rozpoznano je u 2,9/1000 dzieci ośmioletnich. Ustalono rozpowszechnienie nabytej afazji z padaczką w badanej populacji na 4,5/10000.

3. U ponad 1/3 badanych stwierdzono różne zaburzenia neurologiczne, znacznie rzadziej zaburzenia zmysłów oraz wady budowy i dysfunkcje aparatu artykulacyjnego mowy. U 2/3 badanych rozpoznano ZP: najczęściej zachowania i emocji, ADHD, zaburzenia lękowe i funkcjonowania społecznego. U większości badanych (86%) stwierdzono współwystępowanie ZRP. Określono częstość występowania autyzmu dziecięcego w populacji łódzkiej dzieci ośmioletnich na 6,4/10000.

4. Stwierdzono zależność pomiędzy poziomem rozwoju umiejętności językowych i rodzajem współwystępujących ZP i ZRP. U dzieci z niskim poziomem rozwoju mowy istotnie statystycznie częściej występowały: upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwoju oraz zaburzenia zachowania. U badanych z ZK i przeciętnym lub wysokim poziomem rozwoju mowy istotnie częściej odnotowano zaburzenia funkcjonowania społecznego i ADHD.

Írdórlíc' eíēēóíēfōēē ē dī=ē, í nřęćl' čó ná'cū n' írdórlíc'ēē
d'nēōē=ínęiái d'rčáćnē' ē d'nēōē=ínęēēē írdórlíc'ēē ó 8-ēlnícō álnlé
čę áĩđiāņęiái d'rēiír Ęiāčē

Ńiāĩdēriēĩ

Čřariēĩ: Čřariēlē čñnēlaiariē' áuēi ónnřiāēliēl' =řnnĩnú d'i' aēliē' írdórlícē eíēēóíēfōēē
(ČĚ) ē írdórlícē dī=ē (ÍĎ) nđlāč 8-ēlnícō álnlé čę áĩđiāņęiái d'rēiír Ęiāčē. Ęđiēl' niái, čñnēlaiariēĩ

+rnninu d'i aelie' c ncd'r nino ulnnaotucio niefnc=Inecio c d'ncoc=Inecio ifdorlice, f nrecl cn-nelaiaricel cfacnceinn c elcao nndliut drcacnc' cnd'ieuciaric' 'cuqf c +rnninie d'i aelie' c ncd'ie d'ncoc=Inecio ifdorlice o alile.

Élñā: Čnnelāiaricel d'ialālū ā āāōō yñrd'ō. Ā d'ldāie cç icō d'ialālū čnnelāi-āricel d'dc d'ieūc Āeinnrdc' „Drcacncel eieōiočefōcē dlālief n iedōcftūle ndlāie”, āūneriūai d'iacnlē ē 7881 dlālief, d'icālīūō ā 1991 āāō ā d'reiū Ēiācē. Āūālelir adōd'r 58 ānlē n ÇĒ, eimūl ir ānidiē yñrd' āuec ioliliū d'dc d'ieūc: d'ncōcērdc=Ineiai iānelāiaric', Neftiēiāiāi ēiāid'laē=Ineiai nlnnr Nrdēiāneiai, Āeinnrdc' drcacnc' dlā, ier D'ráy-Bāeiiūneie c Ācēndiāc+, čnnelāiaric' rēnōreūiāi niefnc=Ineiai nnni' ic', f nrecl rrečqf d'dlānfrāeliūe āieōēlīnrōcē.

Dlōcōūñū: Ó 0,81% ānūcēlīnīcō ānlē cç āid'āneiai d'reiū Ēiācē inēl=liū ÇĒ o ānlō ānlē n ĪD. Ó 2/3 cç icō yñiñnēiñū ē ifdorlic' ē yēnd'dlñncē cēc cī ē nēlri-iūē, n.Ī, d'iečriē' c yēnd'dlñncē dl=c, o innrēiūō – oimēiac=Inecl ifdorlic'. D'ian-čnrif +rnnnr d'i āeic' ā čnnelāiarīiē d'ōō'ōcē nrečō d'refcmlē, eře nd'ločōc=Inecio ifdorlicē dl=c ir 2,9 ir 1000, ānīc=iiē rōřcē n yd'cēld'nēlē – 4 ir 10 000, rōncē ālnēiai āicd'rñr 6,4 ir 10 000.

Ó āieil 1/3 čnnelāiarīiūō ānlē n ifdorliiē āldāreūiē eieōiočefōcē inēl=liū drcēc=iūl iād'ieiac=Inecl inēiilic' c d'idiē drcacnc'. Ó āieūrōinnār ānlē, irōāliū nīd'ōnnāōtūcl ifdorlic' d'ncoc=Ineiai drcacnc' (ōdřcō' = 0,86) c d'ncoc=Inecl ifdorlic' (ōdřcō' = 0,66).

Āūāiā: N ilāinnī=iūē drcacncē dl=c nōulnālīū nñncnnc=Inec +fūl inēl=liū oēnnāliūōt innrēiñū, d'ieiūl ifdorlic' drcacnc' c ifdorlic' d'ialālic', āūcāriūl āielciūt, f nrecl d'iad'cāliclē cēc ācnōiočēlē ēiāř. Ó ečō n ifdorliclē eieōiočefōcē c d'drācēiūē drcacnclē dl=īāie oōieōcē nñncnnc=Inec +fūl iāifdōclīū ifdorlic' iāulnālīiāi oōieōciēd'iaric' ,f eđiel nīāi irēc=cī ifdorlicē d'ialālic' (ADHD).

Störungen der Sprachkommunikation und ihr Zusammenhang mit den Störungen der psychischen Entwicklung und psychischen Störungen bei achtjährigen Kindern aus der Stadtgemeinde Łódź

Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der Studie war die Bestimmung der Kommunikationsstörungen und der Sprachstörungen in der Population der achtjährigen Kindern aus der städtischen Gemeinde Łódź und der Art der koexistierenden somatischen und psychischen Störungen und die Feststellung, ob es Abhängigkeiten zwischen dem Level der Sprachfertigkeiten und dem Auftreten und der Art der psychischen Störungen bei den Untersuchten gibt.

Methode: Die Studie wurde stufenweise durchgeführt: die erste Stufe war eine Auswahluntersuchung mit Hilfe des Fragebogens "Entwicklung der Kommunikation des Kindes mit der Umgebung", der an 7881 Eltern der im Jahre 1991 in der Gemeinde Łódź geborenen Kinder verschickt wurde. Es wurden 58 Kinder mit Kommunikationsstörungen ausgesondert, die in der II. Etappe mit Hilfe folgender Mittel beurteilt wurden: psychiatrische Untersuchung, Logopedischer Auswahltest von Tarkowski, Fragebogen der Kindesentwicklung von Rabe - Jabłońska und Gmitrowicz, Untersuchung des aktuellen somatischen Zustandes und Analyse der existierenden Dokumentation.

Ergebnisse: Bei 0,81% der achtjährigen Kinder aus der Stadtgemeinde Łódź wurde n die Kommunikationsstörungen festgestellt, bei allen Sprachstörungen: bei 2/3 waren es die Expressionsstörungen oder gemischte Störungen - Verstehen und Sprechexpression, bei übrigen - phonologische Störungen. Man schätzte die Häufigkeit des Auftretens in der untersuchten Population folgender Sachen: spezifische Sprachstörungen auf 2,9/1000, erworbene Aphasie mit Epilepsie - 4/10 000, Kinderautismus - 6,4 - 10 000. Bei über 1/3 der untersuchten Kinder mit der gestörten verbalen Kommunikation wurden verschiedene neurologische Störungen und

Entwicklungsfehler festgestellt, bei den meisten traten auch die Störungen der psychischen Entwicklung (Fraktion = 0,86) und psychische Störungen (Fraktion = 0,66) auf.

Schlussfolgerungen: Mit dem niedrigen Level der Sprachentwicklung traten bedeutend statistisch auf: Schwachsinn, volle Entwicklungsstörung und Verhaltensstörungen, die durch die Krankheit, Verletzung oder Gehirndisfunktion verursacht wurden. Bei den Personen mit Kommunikationsstörungen und dem richtigen Level der Sprachentwicklung wurden statistisch häufiger die Störungen in der sozialen Funktionsweise und ADIID festgestellt.

Les troubles de communiquer et de parler et leurs relations avec les troubles du développement psychique et les troubles mentaux des enfants de l'âge de 8 ans de la région de Lodz

Résumé

Objectif: estimer la fréquence d'apparition des troubles de communiquer (ZK) et des troubles de parler (ZM) de la population des enfants de 8 ans de la région de Łódź et de la coexistence d'autres troubles somatiques et psychiques ainsi que trouver les corrélations du niveau du développement des capacités linguistiques et des genres des troubles des enfants examinés.

Méthode: l'examen se compose de deux étapes: I – avec The Questionnaire of Child-Environment Communication Development adressé aux parents de 7881 enfants nés en 1991 à Łódź pour sélectionner 58 enfants souffrant de ZK qui, pendant le II étape sont analysés avec : examen psychiatrique, Screening Logopedic Test de Tarkowski, Child Developmental Questionnaire de Rabe-Jabłońska et Gmitrowicz, examen de l'état somatique et analyse des documents.

Résultats: on observe ZK chez 0,81% d'enfants et ZM – chez tous les enfants dont 2/3 souffrent des troubles d'expression ou mixtes (de comprendre et d'expression), le reste souffre des troubles phonologiques. La fréquence d'apparition: troubles spécifiques du développement de parler – 2,9 /1000, aphasie et épilepsie acquises – 4/10 000, autisme infantin – 6,4/10 000. Chez 1/3 d'enfants souffrant des troubles de communiquer on note la coexistence d'autres troubles neurologiques et de développement, la plupart manifeste les troubles du développement psychique ($f=0,86$) et les troubles mentaux ($f=0,66$).

Conclusions: il y a la corrélation du niveau assez bas du développement de parler et de troubles complexes du développement, retardement mental, troubles du comportement causés par la maladie, endommagement ou mauvais fonctionnement du cerveau. Chez les enfants souffrant des troubles de communiquer et avec le niveau normal du développement de parler on observe plus souvent les troubles du fonctionnement social et ADHD.

Piśmiennictwo

1. Gałkowski T, Ferster E. *Psychologiczne aspekty rozwoju i zaburzeń mowy u dziecka*. W: Szumska J, red. *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL; 1982, s. 82–96.
2. Knobloch-Gala A. *Patologia rozwoju procesów poznawczych u dzieci a ich rozwój językowy*. W: Mierzejewska H, Przybysz-Piwkowska M, red. *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*. Warszawa: Wydawnictwo DiG; 1997, s. 21–25.
3. Kurez I. *Psychologia języka i komunikacji*. W: Brzeziński J, red. *Wykłady z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2000.
4. Zaleski T. *Opóźniony rozwój mowy*. Warszawa: PZWL; 1992, s. 5–85.
5. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Versalius – IPIŃ, 1998.

6. Jaklewicz H. *Dysleksja rozwojowa*. W: Popielarska A, red. *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000, s. 104–108.
7. Jaklewicz H. *Autyzm wczesnodziecięcy – próba wyróżnienia postaci klinicznych*. W: Dykcik W, red. *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*. Poznań: Eruditus; 1994, s. 47–53.
8. Dilling-Ostrowska E. *Zaburzenia mowy*. W: Czochońska J, red. *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL; 1990, s. 189–199.
9. Rutter M. *Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1989; 28: 633–653.
10. Stevenson J, Richman N. *The prevalence of language delay in a population of three-year-old children and its association with general retardation*. Dev. Med. Child Neurol. 1976; 18: 431–441.
11. Szczepańska K, Skrońska-Jachowicz B. *Ocena mowy i możliwości uczenia się dzieci w wieku 9–13 lat ze szkoły warszawskiej*. W: Mierzejewska H, Przybysz-Piwkowska M, red. *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*. Warszawa: Wydawnictwo DiG; 1997, s. 53–60.
12. Toppelberg CO, Shapiro T. *Language disorders: a 10-year research update review*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2000; 39(2): 143–152.
13. Weidrich D, Jenner-Steinmetz C, Lauth M, Esser G, Schmidt MH. *Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills*. Eur. Child. Adolesc. Psychiatry 2000; 9(3): 186–194.
14. Wiśniewska B, Eberhardt G. *Zaburzenia mowy u dzieci z tzw. mikrouszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*. W: Mierzejewska H, Przybysz-Piwkowska M, red. *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*. Warszawa: Wydawnictwo DiG; 1997, s. 77–83.
15. Tarkowski Z. *Przesiewowy Test Logopedyczny*. Lublin: Wydawnictwo Polska Fundacja Zaburzeń Mowy; 1992.
16. Rabe-Jabłońska J, Gmitrowicz A. *Kwestionariusz Rozwoju Dziecka*. Materiały własne II Kliniki Psychiatrii AM w Łodzi; 1987.
17. Beitchman JH. *Fourteen-year follow-up of speech/ language – impaired and control children: psychiatric outcome*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2001; 1; 75–82.
18. Bishop DVM. *Developmental disorders of speech and language*. W: Rutter M, Taylor E, Hersov L, red. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches, wyd. 3*. Oxford: Blackwell Science; 1994, s. 546–568.
19. Cohen NJ, Vallance DD, Barwick M, Im N, Menna R, Horodezky NB, Isaacson L. *The interface between ADHD and language impairment: an examination of language, achievement and cognitive processing*. J. Child. Psychol. Psychiatry 2000; 41(3): 353–362.
20. Kovac I, Garabedian B, Souich C, Palmour RM. *Attention deficit (hyperactivity in SLI children increases risk of speech). Language disorders in first-degree relatives: a preliminary report*. J. Comm. Disord. 2001; 34(4): 339–354.
21. Lewandowski A, Tarkowski Z. *Dyzartria. Wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*. Warszawa: Wydawnictwo ZSL; 1989, s. 6–86.
22. Rutter M, Mawhood L. *The long-term psychosocial sequelae of specific developmental disorders of speech and language*. W: Rutter M, Casaer P, red. *Biological risk factors of psychosocial disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991, s. 233–259.
23. Swank LK. *Specific developmental disorders. The language-learning continuum*. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 1999; 8(1): 89–112.

Praca powstała w ramach projektu badawczego KBN (4PO5E 0361).

Otrzymano: 24.07.2003

Zrecenzowano: 3.08.2004

Przyjęto do druku: 4.10.2004

Adres: Magdalena Kolasińska
Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Ło-
dzi
Klinika Chorób Afektywnych i Psychiatrii Młodzieży