



Anna Bogusławska-Wilczyńska, Anna Stopa, Katarzyna Kurywczok

INTERDYSCYPLINARNA OCENA OPÓŹNIONEGO ROZWOJU MOWY

Poradnia Foniatryczna Specjalistycznego Zespołu nad Matką i Dzieckiem w Zielonej Górze
Klinika Foniatrii i Audiologii Katedry Chorób Ucha, Nosa, Gardła i Krtani AM w Poznaniu

INTERDISCIPLINARY EVALUATION OF DELAYED SPEECH DEVELOPMENT

Summary

Delayed speech development in children still creates many diagnostic and therapeutic difficulties. The term “delayed speech development” is not an accurate diagnosis, but an expression of certain disturbances in the development of the child’s verbal communication. The correct development of speech depends on many various factors. The most important of them are as follows: the proper functioning of the organ of hearing and the nervous system, the child’s psychomotor development adequate to his age, motivation to develop speech, the normal structure of articulation organs. The arrival at a final diagnosis, as well as the determination of further procedures of treatment and rehabilitation call for a co-operation of numerous specialists: physicians, speech therapists, psychologists, physiotherapists; it also requires carrying out additional specialised examinations. An early diagnosis of the reasons of delayed speech development as well as an early administration of treatment and rehabilitation procedures have a decisive importance for the acquisition of speech.



Opóźniony rozwój mowy u dzieci stwarzał i wciąż jeszcze stwarza wiele trudności diagnostycznych i terapeutycznych. Termin „opóźniony rozwój mowy” nie jest rozpoznaniem, lecz określeniem pewnych zaburzeń w rozwoju komunikacji słownej dziecka. Na rozwój mowy wpływa bowiem wiele różnorodnych czynników. Mogą one doprowadzić do całkowitego zahamowania rozwoju mowy lub spowodować, że będzie on przebiegał w sposób nieprawidłowy.

Język jest zbiorem symboli, jest kodem, którym posługuje się dana społeczność. Każdy z nas aby rozumiał innych i sam był rozumiany, musi sobie ten kod przyswoić. Język rozwija się historycznie i jest zjawiskiem społecznym natomiast czynność mówienia jest kategorią fizjologiczną. Mowa jest zjawiskiem późnym w rozwoju ewolucyjnym organizmów żywych. Jest sprawnością nabywaną przez każdego osobnika poprzez kontakt z otoczeniem ludzkim. Dzięki procesom społecznej adaptacji dziecko uczy się używać narządów pierwotnie przeznaczonych do oddychania i spożywania pokarmów jako narząd głosu i mowy. Tworzenie mowy artykułowanej jest jednak sprawnością nabywaną ze znacznie większym trudem niż inne sprawności motoryczne. Wynika to z dużej szybkości i precyzji ruchów artykulacyjnych. Mięśnie artykulacyjne przygotowują się do mającego nastąpić ruchu już o 6 głosek naprzód aby zapewnić sobie precyzję wykonania [6]. Aby jakiegokolwiek zadanie zostało wypowiedziane, wcześniej musi powstać w centralnym układzie nerwowym jego plan zgodny z regułami gramatycznymi, charakterystycznymi dla danego języka. Jest więc mowa czynnością niezwykle skomplikowaną, zależną od sprawnego funkcjonowania wielu narządów i układów. Czynności związane z rozumieniem i wytwarzaniem mowy określa się mianem mowy zewnętrznej. Są one oparte na wielu nerwowych układach funkcjonalnych. Stadiem wstępnym, leżącym u podstaw tworzenia mowy zewnętrznej jest tzw. mowa wewnętrzna. Jest ona produktem procesu myślenia, zapamiętywania i kojarzenia. U wszystkich dzieci rozwój mowy przebiega według tych samych prawideł.

Fizjologiczny rozwój mowy można podzielić na 2 główne okresy [4]

1. prelingwalny
2. postlingwalny

Okres prelingwalny rozpoczyna się odruchowym krzykiem początkowo niezróżnicowanym a następnie wyrażającym zadowolenie lub niezadowolenie dziecka. Po nim następuje okres gaworzenia i echolalii czyli naśladowania dźwięków tworzonych przez dziecko i dźwięków otoczenia, trwający do ok. 9 miesięcy życia dziecka. Etapem kończącym okres prelingwalny ok. 1 r. życia jest początek rozumienia mowy.

Okres postlingwalny jest okresem dalszego rozwoju i doskonalenia mowy dziecka: budowania zdań jedno-, dwu- i wielowyrzowych oznajmujących, pytających, zaprzeczających, zastosowania reguł gramatycznych.

Prawidłowo rozwijające się dziecko przyswaja sobie mowę w ciągu pierwszych 5-6 lat swojego życia. Do 5 r. życia dzieci mogą demonstrować pewne zaburzenia mowy, które uważa się za fizjologiczne np. zwolnienie tempa mowy, niegramatyczne wyrażanie się, upraszczanie wypowiedzi, skracanie wyrazów, zamiana sylab, rwanie, seplenienie. Opóźniony rozwój mowy dotyczy 6-8 % populacji wszystkich dzieci [4].



Opóźnienie to może dotyczyć:

- późniejszego gaworzenia
- późniejszego pojawienia się pierwszych słów
- ubóstwa słownika
- późniejszego pojawienia się zdań prostych i złożonych
- nieprawidłowego stosowania gramatyki
- przedłużającego się okresu wymowy dziecięcej

Prawidłowy rozwój mowy wg Pruszewicza zależy od wielu czynników.

Do najważniejszych należą:

1. prawidłowo działający analizator słuchowy i wzrokowy
2. sprawnie działający analizator motoryczno-kinetyczny
3. sprawnie działający układ nerwowy
4. odpowiedni do wieku rozwój psychiczny dziecka
5. czynniki motywujące do rozwoju mowy
6. prawidłowa budowa anatomiczna narządów artykulacyjnych

W 90% zaburzenia mowy w wieku dziecięcym są zaburzeniami typu rozwojowego, zależącymi od czynników dziedzicznych, uszkodzeń endogennych i egzogennych, zaburzeń koordynacyjnych oraz od wpływu czynników środowiskowych [1,4].

Ad 1. Podstawą prawidłowego rozwoju mowy jest sprawnie działający narząd słuchu. Za pomocą słuchu dziecko uczy się mowy od otoczenia i kontroluje własną fonację i artykulację. Szczególnie ważna jest fizjologiczna percepcja w zakresie 250-4000 Hz, gdyż w tym zakresie zawarte są formaty samogłosek i dźwięcznych spółgłosek.

Dzieci głuche nie uczą się samodzielnie mówić, u dzieci niedosłyszących mowa rozwija się z opóźnieniem i w sposób nieprawidłowy /dyslalia audiogenna/ [5].

Wymowa dziecka niedosłyszącego zależy od typu niedosłuchu. Niedosłuch przewodzeniowy wpływa na gorsze odbieranie głosek: a, o, u, r, p., b, m., n,

I one są także nieprawidłowo wymawiane. W niedosłuchu typu czuciowonerwowego najgorzej słyszalne są głoski szczelinowe i zwartoszczelinowe. W ich wymowie występują największe odchylenia gdyż ich artykulacja wymaga dużej precyzji.

Również stopień niedosłuchu ma ogromny wpływ na rozwój mowy dziecka. Upośledzenie słuchu do 20 dB nie wpływa w sposób zdecydowany na rozwój mowy, wymaga jednak wyjaśnienia i leczenia laryngologicznego.

Niedosłuch w stopniu lekkim, do 40 dB, powoduje już opóźnienie w rozwoju mowy, zwłaszcza gdy jest stały i trwa od pierwszych miesięcy życia. Poszczególne stadia rozwoju mowy pojawiają się wówczas dużo później niż normalnie. Mowa jest niewyraźna, z licznymi błędami artykulacyjnymi.

Niedosłuch średniego stopnia – do 65 dB – powoduje zawsze trudności w rozumieniu mowy. Rozwój mowy jest z reguły opóźniony, występują duże zaburzenia w artykulacji, trudności w tworzeniu pojęć i budowaniu wypowiedzi.



Powyżej 80 dB rozciąga się strefa milczenia [4,5,6].

Istnieje pogląd, że dziecko nie rehabilitowane, z tak głębokim niedosłuchem, nie rozwinie mowy. U dzieci takich stwierdza się także zniekształcenie czynników muzycznych mowy: dynamiki, rytmu i melodii.

W procesie rozwoju mowy w grę wchodzi nie tylko ostrość słuchu i prawidłowa percepcja słuchowa, ale też zdolność różnicowania dźwięków, ich analizy i syntezy w korze mózgowej czyli słuch fonematyczny.

Upośledzenie wzroku powoduje w 40% przypadków zaburzenia artykulacji [4]. Jest to spowodowane brakiem kontroli wzrokowej precyzyjnych ruchów artykulacyjnych. Ponadto dzieci niewidzące narażone są na znaczne stresy psychiczne i socjalne, co również może mieć wpływ na prawidłowy rozwój mowy.

Ad 2. Bardzo precyzyjna motoryka obwodowego narządu mowy jest częścią składową motoryki ogólnej. Rozwój mowy jest więc ściśle związany z przebiegiem i poziomem rozwoju ruchowego. Niska sprawność motoryczna narządów artykulacyjnych powoduje, że dziecko nie potrafi wykonać precyzyjnych, subtelnych ruchów potrzebnych do wyartykułowania danej głoski, chociaż nie stwierdza się odchyleń w ich budowie anatomicznej. Dzieci ze znacznie upośledzoną motoryką, koordynacją statyczną i dynamiczną całego ciała, rozpoczynają mówić później i niejednokrotnie mają zaburzenia mowy.

Zdrowe, urodzone o czasie dziecko, demonstruje w czasie pierwszego badania pediatrycznego szereg odruchów, ważnych dla rozwoju mowy dziecka w przyszłości [2]. Są to odruchy z okolicy ust: odruch ssania, połykania, wysuwania języka, kąsania, żucia. W trakcie rozwoju dziecka część z tych odruchów zanika a ich przetrwanie jest objawem patologii. Prawidłowy rozwój dziecka, w wyniku którego funkcje aparatu artykulacyjnego doskonalą się i precyzują, stanowi podstawę formowania się innych, wyższych czynności. Np. odruch kąsania w trakcie rozwoju ustępuje miejsca odruchowi żucia, niezwykle ważnemu dla zmiany sposobu żywienia oraz dla prawidłowego kształtowania artykulacji. Podkreśla się też korzystny wpływ naturalnego karmienia dziecka na prawidłowy rozwój i czynność mięśni twarzy i języka a także na prawidłowy sposób oddychania przez nos i sposób połykania, co ma ogromne znaczenie dla uniknięcia wad zgryzu i wad wymowy.

Badania nad rozwojem mowy i jego zakłóceniami wskazują na rolę procesu lateralizacji. Większość z nas sprawniej posługuje się prawą ręką, nogą i prawym okiem co związane jest z dominacją lewej półkuli mózgu u ok.99% osób praworęcznych [4]. U osób praworęcznych również ośrodki mowy znajdują się po stronie lewej. Oczywiście wśród dzieci stwierdzamy przypadki leworęczności lub niesprecyzowanej lateralizacji. Przestrzega się obecnie przed próbą korygowania leworęczności, gdyż nierzadko prowadzi to do zaburzeń w postaci zahamowania rozwoju mowy lub jąkania.

Ad 3. Mózgowy układ strukturalno-czynnościowy dla mowy i wydawania głosu składa się z wielu specyficznych obszarów, które dość ściśle reprezentują poszczególne składniki mowy. Jednocześnie w akcie rozumienia i tworzenia mowy mózg działa jako całość. Ogniskowe uszkodzenia wielu okolic ośrodkowego układu nerwowego mogą spowodować nieprawidłowości w rozwoju mowy.

Przyczyny wczesnodziecięcych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego mogą być różnorodne. Czynniki uszkadzające mogą zadziałać w okresie przed porodem /np. choroby wirusowe



matki w czasie ciąży, zaburzenia endokrynologiczne, szkodliwe związki chemiczne/, w okresie porodu /porody przedwczesne, powikłane/, jak też we wczesnym okresie życia dziecka /zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, urazy i zapalenia mózgu, zaburzenia endokrynologiczne/.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt dużej plastyczności czynnościowej mózgu małego dziecka, co powoduje, że uszkodzenia we wczesnym okresie życia nie dają wyraźnych ogniskowych zmian, charakterystycznych dla osób dorosłych. Wynika to z faktu iż ośrodki mózgowo u dzieci mogą być w razie uszkodzenia, zastąpione przez inne okolice mózgu. Ogólny rozwój dziecka, w tym także rozwój mowy, zależy od procesu mielinizacji włókien nerwowych oraz od ostatecznego wykształcenia dominacji jednej z półkul mózgowych [4,6]. W odniesieniu do mowy proces ten kończy się około 5 roku życia dziecka.

U dzieci, u których nie doszło jeszcze do rozwoju mowy, zaburzenia związane z uszkodzeniem ośrodków korowych mowy, określane są mianem dysfazji.

Rozróżnia się 2 typy zaburzeń dysfazyjnych [4]:

- a. **ekspresywno – dysfazyjny**, spowodowany uszkodzeniem ośrodków ruchowych mowy
- b. **receptywno – dysfazyjny**, będący następstwem uszkodzenia czynności korowego analizatora słuchu, co daje zaburzenia słuchu fonematycznego i brak rozumienia mowy.

Skrajnie ciężkimi przypadkami dysfazji dziecięcej są niektóre postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Mowa u tych dzieci rozwija się bardzo późno i najczęściej nieprawidłowo. Jej rehabilitacja jest często zaniedbywana we wczesnym okresie na korzyść innych ważnych czynności ruchowych. Dzieciom z dysfazyją często towarzyszą inne objawy jak trudności w skupieniu uwagi, zaburzenia w orientacji przestrzennej, w spostrzeganiu wzrokowym i słuchowym, nadmierna pobudliwość, co dodatkowo utrudnia rozwój mowy. Dzieci z dysfazyją zazwyczaj nie zdają sobie sprawy z nieprawidłowości w ich mowie.

Uszkodzenia wzdłuż całej osi nerwowej, sterującej i kontrolującej czynnością wydawania głosu i artykulacji dźwięków mowy, przejawiają się

mową dyzartryczną. W tą czynność sterowania włączony jest także mózdzek i jądra podkorowe. W zaburzeniach dyzartrycznych u dzieci jak i u dorosłych artykulacja jest niewyraźna, bełkotliwa, mowa nierytmiczna powolna lub przyspieszona. Występują dodatkowo trudności w połykaniu, krztuszenie się, nadmierne ślinienie. Mowa u tych dzieci zwykle rozwija się bardzo późno, mimo prawidłowego jej rozumienia. Głos ma zabarwienie nosowe co spowodowane jest niewydolnością podniebienne – gardłową.

Uszkodzenia układu pozapiramidowego mają istotny wpływ na motorykę mowy. Prowadzą bowiem do wzrostu lub osłabienia napięcia mięśni narządów artykulacyjnych jak też wywołują dyskoordynację ich ruchów w postaci nasilających się ruchów mimowolnych lub ubogich ruchów spastycznych [4].

Ogromną różnorodność zaburzeń mowy spotyka się szczególnie u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, począwszy od najłżejszej dyslalii poprzez zaburzenia płynności, dyzartrię aż do dysfazji.



„Minimalne uszkodzenie mózgu” dotyczy dzieci z lekkim uszkodzeniem układu nerwowego w życiu płodowym lub we wczesnym dzieciństwie. W badaniach u tych dzieci stwierdza się zaburzenia w rozwoju percepcji wzrokowej, słuchowej, przestrzennej, zaburzenia motoryki, zaburzenia mowy, dyskretne zmiany neurologiczne, zmiany w EEG. Dzieci te często określane są mianem „trudnych”, mają trudności w uczeniu się, są nadmiernie ruchliwe. Zalicza się je obecnie do zespołu specyficznej niezdolności uczenia się.

Ad 4. Upośledzenie umysłowe jest najczęstszą przyczyną opóźnionego lub nieprawidłowego rozwoju mowy. Jak dotąd nie stwierdzono zaburzeń mowy specyficznych dla upośledzenia umysłowego. Zaburzenia mowy są tym bardziej nasilone im większy jest defekt inteligencji. Przejawiać się one mogą w deformacjach językowych, w wadliwej artykulacji, w zniekształceniach treści wypowiedzi. Często przybierają formę złożoną. W związku z tym wypowiedź bywa bardzo zniekształcona i trudna w odbiorze. Zdania są krótkie i proste. Charakterystyczne jest ubóstwo słownika, wiele głosek wymawianych jest nieprawidłowo, głoski trudniejsze jak szczelinowe i zwartoszczelinowe są często omijane. Tempo mowy jest zwykle wolniejsze,

mogą też występować zaburzenia płynności mowy w postaci jąkania. Jąkanie spotyka się w około 16% oligofrenii[4]. W wielu przypadkach zaburzenia występujące u osób upośledzonych umysłowo można tłumaczyć osłabieniem naturalnego mechanizmu warunkowania, na bazie którego mowa może się rozwijać. Dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim /iloraz inteligencji IQ w granicach 50 - 70/ tworzą słowa ok. 3 r. życia a zdania w 5-6 r. życia. Upośledzenie w stopniu umiarkowanym /IQ 36 – 50/ powoduje znaczne opóźnienie rozwoju mowy. Słowa pojawiają się około 5 r. życia, zdania do 10 r. życia. Dzieci z upośledzeniem znacznego stopnia / IQ 20 –35/ używają kilku najprostszych słów lub nie mówią wcale [6].

Ad 5. Powszechnie znany jest fakt, że fizjologiczny rozwój mowy u zdrowego dziecka zależy od istnienia motywacji do mówienia. W procesie rozwoju mowy dziecko wymaga stałej socjo-psychologicznej stymulacji ze strony otoczenia, szczególnie w tzw. złotym okresie rozwoju mowy, tj. od momentu urodzenia do 3 r. życia. Dziecko wychowujące się w otoczeniu

osób niemówiących i niesłyszących /np. dziecko rodziców głuchych/ nie nauczy się mówić lub rozwój mowy będzie znacznie opóźniony. Podobnie dzieje się w przypadku gdy dziecko wychowuje się w środowisku ludzi starych, gdy jest zaniedbywane, pozostawione samo sobie, co ma często miejsce w domach dziecka i żłobkach. Również długi pobyt w szpitalu wpływa hamująco na rozwój mowy dziecka, nie tylko ze względu na jego stan fizyczny lecz głównie z powodu izolacji. Podkreśla się ogromną rolę więzi uczuciowej między matką a dzieckiem dla jego prawidłowego fizycznego i umysłowego rozwoju. Tylko w odpowiedniej, czulej atmosferze małe dziecko jest w stanie pokonać ogromne trudności z opanowaniem ludzkiej mowy. Niezwykle ważne jest, aby dziecko od urodzenia było „otoczone” mową. Utworzono pojęcie „kąpieli słownej” aby określić jak powinien wyglądać kontakt słowny między matką i dzieckiem[6]. Motywem do rozwoju mowy jest bowiem chęć kontaktu z drugim człowiekiem.

Ad 6. Nieprawidłowości w budowie narządów artykulacyjnych, szczególnie wady rozwojowe podniebienia oraz wady zgryzu mogą mieć negatywny wpływ na rozwój mowy. Przyczyną opóźnień w rozwoju mowy od 6 miesięcy do ok. 1 roku, są rozszczepy wargi, podniebienia miękkiego i twardego, także podśluzówkowe. W przypadkach tych ulegają znacznym zaburzeniom stosunki anatomiczne narządów artykulacyjnych jak również ma miejsce zaburzenie czucia ułożenia tych narządów w procesie artykulacji. Mowa gdy się rozwinie jest znacznie zaburzona. Głównym objawem



jest nosowanie otwarte będące konsekwencją niewydolności podniebiennej – gardłowej. Nosowaniu towarzyszy zazwyczaj nieprawidłowa wymowa wielu głosek. Istnieje przekonanie, że skrócenie wędzidełka języka ma niekorzystny wpływ na rozwój mowy dziecka. Dziś uważa się, że pogląd ten jest błędny.

Znacznie pogrubiałe i mało elastyczne, może mieć jedynie wpływ na artykulację, szczególnie głóski „r”. Decyzja co do jego podjęcia powinna być rozważna i umotywowana brakiem sukcesu w rehabilitacji logopedycznej.

Opóźnienie rozwoju mowy występuje też w przypadku agnozji akustycznej, która charakteryzuje się trudnością w rozpoznawaniu i różnicowaniu dźwięków akustycznych, także mowy.

W przebiegu wielu enzymopatii takich jak: fenyloketonurii, histydinemii, homocystynurii, w mukopolisacharydozach, spotyka się opóźniony rozwój mowy co prawdopodobnie jest związane z obniżeniem poziomu intelektualnego u tych dzieci [4,6].

W przypadkach, w których nie stwierdzamy żadnych z wyżej wymienionych przyczyn opóźnienia rozwoju mowy, mówimy o prostym opóźnieniu rozwoju mowy czynnej. Jest on dość często spotykany. Wśród dzieci w wieku przedszkolnym występuje w ok. 3% . Najczęściej są to chłopcy w wieku 3 – 5 lat. Zarówno słuch jak też rozumienie mowy u tych dzieci jest prawidłowe. W izolacji potrafią one wymówić prawie wszystkie głoski, potrafią składać je w sylaby. Mają jednak ogromne trudności w tworzeniu wyrazów. Zasób słów u tych dzieci jest bardzo skromny. Występują też liczne wady w artykulacji. W procesie rozwoju mowy zdania pojawiają się późno. Poziom umysłowy tych dzieci badany testami bezsłownymi jest zgodny z wiekiem.

Według obecnych poglądów przyczyna tych zaburzeń leży w opóźnieniu mielinizacji włókien nerwowych i związanych z tym trudności w wykonywaniu szybkich i niezwykle precyzyjnych ruchów narządów artykulacyjnych [4,6]. Czynność mówienia jest niezwykle trudna. Jest ona wynikiem szybkich i skoordynowanych ruchów mięśni oddechowych, głosowych i artykulacyjnych. Czas trwania samogłoski wynosi 50, a spółgłoski 10 milisekund. Ruchy muszą więc być bardzo szybkie a ich zakres przy realizacji poszczególnych głosek bardzo duży. Ułożenie poszczególnych narządów artykulacyjnych względem siebie powinno być bardzo precyzyjne aby głoska miała prawidłową budowę akustyczną. Tak więc prosty opóźniony rozwój mowy czynnej wynika z niesprawności narządów artykulacyjnych przy prawidłowo rozwiniętych ośrodkach rozumienia mowy i prawidłowych czynnościach myślenia słownego.

Niekorzystnym następstwem opóźnionego rozwoju mowy czynnej mogą być trudności w nauce czytania i pisanie oraz jąkanie.

Pewne odchylenia w rozwoju mowy mogą wynikać z zaburzeń emocjonalnych dziecka. Do tego typu zaburzeń zaliczamy autyzm wczesnodziecięcy, mutyzm i logofobię [4].

Etiologia autyzmu nie jest całkowicie wyjaśniona. Występuje on najczęściej około 30 miesiąca życia dziecka. Wiele czynników wpływa na jego postanie. Uważano, iż były to przede wszystkim niewłaściwe postawy wychowawcze rodziców. Obecnie przeważa jednak pogląd, że autyzm u dzieci spowodowany jest złożonym zespołem zaburzeń uwarunkowanych zmianami organicznymi mózgu. Natomiast zaburzone postawy rodziców są wtórne, spowodowane niewłaściwymi reakcjami chorego dziecka na bodźce płynące z otoczenia. Brak adekwatnych reakcji na stymulację otoczenia jest



zasadniczym objawem autyzmu wczesnodziecięcego. Dziecko nie akceptuje jakichkolwiek zmian w najbliższym otoczeniu. Drugim objawem autyzmu są zaburzenia mowy. Jeżeli mowa rozwinęła się

przed wystąpieniem objawów chorobowych, dochodzi do jej stopniowego zaniku. Zwykle jednak rozwój mowy u tych dzieci jest opóźniony. Mowa jest lakoniczna, zasób słów ograniczony. Występują trudności w rozumieniu słów i sytuacji abstrakcyjnych. Charakterystyczny jest objaw echolalii, kiedy dziecko powtarza słyszane słowa lub zdania nie rozumiejąc ich treści. Głos tych dzieci jest monotony. Zakres stosowanych gestów i mimiki bardzo ubogi.

Sz szczególnie uciążliwe dla otoczenia są zaburzenia zachowania. Dzieci dążą do izolacji z otoczenia. Ich zabawy to stereotypowe ruchy, trudne do zmiany. Reakcją na próbę jakiegokolwiek zmiany jest krzyk i awantura.. Często występuje przymus niszczenia rzeczy w otoczeniu.

Mutyzm i logofobia są zaliczane do nerwic mowy.

Mutyzm jest zaprzestaniem mówienia z przyczyn psychologicznych. U dzieci najczęściej mamy do czynienia z mutyzmem selektywnym, kiedy dziecko rozmawia tylko z pewnymi osobami ze swojego otoczenia. Zaburzenie powstaje na tle jakiejś konfliktowej sytuacji, w której dziecko się znajduje. W tych przypadkach procesy myślowe, rozumienie mowy oraz mowa zewnętrzna, jeżeli uda się ją wywołać, są prawidłowe.

Logofobia jest krótkotrwałym zaprzestaniem procesu mówienia, wywołanym szczególną sytuacją bądź szczególnym tematem rozmowy. W tym zaburzeniu dominuje uczucie lęku.

Biorąc pod uwagę tak dużą różnorodność czynników mających wpływ na rozwój mowy, można zdać sobie sprawę, jak trudnym zadaniem jest ustalenie właściwego rozpoznania. Nierzadko występują niejednorodne postacie podstawowej jednostki i dopiero przewaga jednej z nich decyduje o ostatecznym rozpoznaniu. Jest to podstawą wyboru właściwego sposobu leczenia i rehabilitacji.

W tym celu niezbędne jest podjęcie szeregu działań zmierzających do kompleksowego spojrzenia na dziecko[2,3,4,6]. Należy tu podkreślić rolę wywiadu – jest to bowiem forma nawiązania kontaktu z rodzicami, poznania ich i przede wszystkim jest to podstawa do wnioskowania o stanie zdrowia dziecka. Pediatra, jako lekarz pierwszego kontaktu, powinien właściwie ocenić ewentualne następstwa nieprawidłowej ciąży, porodu, okresu noworodkowego, niemowlęcego i rozważyć konieczność poddania dziecka badaniom specjalistycznym. Najczęściej moment pójścia dziecka do przedszkola zwraca uwagę otoczenia na sposób i poziom jego porozumiewania się. Dojrzałość dziecka w tym wieku powinna objawiać się pewną umiejętnością nawiązywania kontaktów werbalnych, przekazywania informacji jak też korzystania z informacji docierających z otoczenia i reagowania na nie. Ten poziom osiągają dzieci o prawidłowym rozwoju psychoruchowym w toku permanentnej stymulacji zewnętrznej oraz rozwijanej aktywności dziecka. Proces ten przebiega nieustannie, zapoczątkowany już w życiu płodowym. Jednak rozwoju komunikacji u niemowląt nie śledzimy z taką uwagą jak czynimy to wobec rozwoju ruchowego. Niepokój rodziców wywołany brakiem rozwoju mowy u 2–3 letniego dziecka, jest często tłumiony z powodu braku wiedzy na temat prawidłowości rozwoju mowy. Przez co odwleka się kontakt z foniatrą i logopedą – osobami, które w sposób kompetentny mogą pokierować procesem diagnozowania i rehabilitacji dziecka. O ogromne znaczenie mają wprowadzane na oddziałach noworodkowych badania przesiewowe dzieci z obciążonym wywiadem z okresu prenatalnego, perinatalnego, kwalifikujące do grup ryzyka



uszkodzenia poszczególnych narządów i układów /np. wzroku, słuchu, narządu ruchu/. Umożliwia to zarówno wczesną diagnostykę jak i rehabilitację. Umożliwia – kompleksowe monitorowanie rozwoju dziecka przez specjalistów. Foniatra, do którego trafia dziecko z powodu opóźnionego rozwoju mowy, także rozpoczyna badanie od wywiadu. Musi on jednak uwzględniać pewne specyficzne dane, takie

jak: informacje o początku i przebiegu rozwoju mowy, o stanie jej rozwoju w chwili badania – czy dziecko nawiązuje kontakt słowny, czy reaguje na dźwięki, spełnia polecenia bez poparcia gestem, posługuje się pojedynczymi dźwiękami czy też pojedynczymi słowami, ile słów używa, czy buduje zdania, czy popełnia błędy gramatyczne, na ile jego mowa jest zrozumiała dla otoczenia, czy mowa jest przerywana, czy powtarza sylaby i wyrazy. Niezbędne są również dane z wywiadu dotyczące rodzinnego występowania opóźnień w rozwoju mowy lub innych zaburzeń procesu komunikatywnego.

Następnym etapem badania dziecka jest badanie laryngologiczne, mające na celu wykrycie nieprawidłowości anatomicznych jak też czynnościowych w zakresie uszu, nosa i gardła. Stwierdzenie wad wrodzonych małżowiny usznej i przewodu słuchowego zewnętrznego budzi podejrzenie istnienia nieprawidłowości rozwojowych ucha środkowego i wewnętrznego, czego konsekwencją może być niedosłuch. Wymaga to dalszych bardziej szczegółowych badań audiologicznych, badań rentgenowskich, w celu ustalenia dalszego postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego. Stwierdzenie w wywiadzie czynników ryzyka uszkodzenia słuchu u dziecka jest bezwzględnym wskazaniem do wykonania badania słuchu. U noworodków, niemowląt i małych dzieci musi to być badanie obiektywne, umożliwiające ustalenie progu słuchowego bez czynnego udziału dziecka. Badania takie są możliwe w ośrodkach audiologicznych wyposażonych w specjalistyczny sprzęt jak też zatrudniających wyszkolony personel. Niezmiernie ważne jest aby ustalić rodzaj niedosłuchu oraz zaopatrzyć dziecko w odpowiednie aparaty słuchowe do 1 roku jego życia. Wdrożona w tym czasie rehabilitacja słuchu i mowy pozwala bowiem na uzyskanie dobrych rezultatów. Laryngolog – foniatra musi ocenić budowę i czynność narządów artykulacyjnych: ruchomość warg, języka, budowę i ruchomość podniebienia miękkiego, ocenić stan zgryzu. Zwykle rozszczepy całkowite wargi, podniebienia miękkiego i twardego rozpoznawane są zaraz po urodzeniu dziecka i jest ono wcześniej kierowane do leczenia chirurgicznego. Natomiast rozszczepy podśluzówkowe, trudniejsze do stwierdzenia, rozpoznawane są znacznie później. Nierzadko i one wymagają zabiegu operacyjnego, celem zlikwidowania nosowania otwartego. Wszelkie wady zgryzu wymagają natomiast konsultacji ortodonty i ewentualnego stosowania aparatów korygujących zgryz.

W dalszym etapie prowadzącym do ustalenia rozpoznania konieczna jest obserwacja dziecka oraz próba nawiązania z nim rozmowy. Nie zawsze możemy tego dokonać już na pierwszym spotkaniu, szczególnie gdy dziecko prezentuje postawę lękową. Celem obserwacji jest poznanie możliwości dziecka ważnych dla kształtowania się mowy. Obserwujemy czy i jak dziecko się bawi, w jaki sposób porusza się po pokoju, czy pokonuje istniejące tam przeszkody, czy próbuje nawiązać kontakt słowny. Zebrane w ten sposób informacje pozwalają określić jego sposób zachowania, żywotność, zainteresowanie otoczeniem, zdolność koncentracji uwagi. Taka obserwacja umożliwia również ocenę rozwoju motoryki całego ciała.

Nawiązanie dobrego kontaktu z dzieckiem umożliwia następnie badanie artykulacji. Ocenia się sposób tworzenia głosek w izolacji, w sylabach, wyrazach. Badanie przeprowadza się w czasie powtarzania, mowy spontanicznej, czytania lub wypowiedziania ciągów zautomatyzowanych. U

małych dzieci używa się do tego celu odpowiednich obrazków, zabawek czy układanek. Obserwujemy czy dziecko wypowiada tylko pojedyncze słowa, czy też buduje zdania. Czy są to zdania proste, czy złożone.

Przeprowadzona w ten sposób obserwacja dziecka nasuwa w wielu przypadkach konieczność konsultacji specjalistycznych: neurologicznych, psychologicznych, psychiatrycznych,

umożliwiających stwierdzenie lub wykluczenie uszkodzeń centralnego układu nerwowego, opóźnień w rozwoju psychoruchowym, czy też określenie zaburzeń zachowania. Istnieją przypadki wymagające wykonania badań dodatkowych takich jak EEG, ultrasonografia, elektromiografia, palatografia czy rentgenografia obwodowego narządu mowy. Oprócz konwencjonalnych technik rentgenowskich, w badaniu narządów artykulacyjnych znalazła też zastosowanie tomografia komputerowa oraz jądrowy rezonans magnetyczny.

Podsumowując „problem” dziecka w opóźnionym rozwoju mowy, należy zdać sobie sprawę, że postawienie ostatecznej diagnozy jest procesem trudnym i niekiedy znacznie rozciągniętym w czasie. Proces ten wymaga niejednokrotnie żmudnej i długotrwałej obserwacji dziecka. Dla uniknięcia błędnego rozpoznania, zawsze niepomyślnie rzutującego na całe jego życie, dla uzyskania podstaw do opracowania optymalnego programu terapeutycznego i postawienia wiarygodnej prognozy jego dalszego rozwoju, niezbędna jest współpraca tak szerokiego grona specjalistów. Każdy z nich wnosi bowiem swój wkład w proces poznania dziecka.

Następnym etapem jest ustalenie schematu postępowania leczniczo–rehabilitacyjnego. W leczeniu i rehabilitacji należy brać pod uwagę przyczynę, która wywołała opóźnienie w rozwoju mowy. Zawsze jednak konieczne jest działanie logoterapeutyczne, pobudzające lub korygujące rozwój mowy.

W niektórych przypadkach niezbędne jest jednoczesne leczenie farmakologiczne, w innych jak rozszczepy wargi i podniebienia, rehabilitacja musi być poprzedzona pewnym schematem postępowania chirurgicznego i uzupełniona korygowaniem wad zgryzu. U dzieci niedosłyszących i niesłyszących wymagane jest wdrożenie schematu postępowania pedoaudiologicznego / rozpoznanie niedosłuchu, dopasowanie aparatów, zastosowanie ćwiczeń słuchowych/. U wielu z nich prowadzona dodatkowo rehabilitacja ruchowa wspomaga terapię logopedyczną.

Należy podkreślić, iż dużą rolę w postępowaniu leczniczo – rehabilitacyjnym odgrywa czas. Kształtowanie się mowy przebiega według dość ścisłego schematu i w określonym czasie. Wszelkie opóźnienia odbijają się na jej jakości. Wczesne wykrycia wad i jak najwcześniej zastosowana rehabilitacja zapewniają dobre wyniki. Nawet w przypadku upośledzenia umysłowego intensywne postępowanie leczniczym – rehabilitacyjne może spowodować poprawę funkcjonowania tych dzieci. Zwłoka oznacza zaprzepaszczenie szansy opanowania mowy. Bez tej umiejętności trudno jest dziecku odnaleźć miejsce w ludzkiej społeczności.



Piśmiennictwo:

1. Mitrynowicz-Modrzejewska A.: Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. PZWL, Warszawa 1963.
2. Stecko E.: Zaburzenia mowy u dzieci-wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1994.
3. Parol U.: Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnostyka, analiza, terapia. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997.
4. Pruszewicz A., (red.): Foniatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1992.
5. Pruszewicz A., (red.): Zarys audiologii klinicznej. Wydawnictwa AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1994.
6. Zaleski T.: Opóźniony rozwój mowy, w: Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zalewski. Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1993.

Adres autora:

Anna Bogusłwaska-Wilczyńska

Ul. Dereszowa 14

65 – 001 Zielona Góra