

Therapeutic problems of delayed speech development (DSD)

Problemy terapeutyczne opóźnionego rozwoju mowy (ORM)

Katarzyna Budzińska¹✉, Ewa Kleszczewska²

¹ Polski Związek Głuchych, Specjalistyczna Poradnia Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Suwałkach, ul. Wigierska 7, 16-400 Suwałki
Polish Association of the Deaf, Specialist Rehabilitation Clinic for Children and Youth with Hearing Defect in Suwałki

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach, ul. Noniewiczza 10, 16-400 Suwałki
State Higher Vocational School of prof. Edward F. Szczepanik in Suwałki

✉ k.budzinska@wp.pl

ABSTRACT

Introduction: The main purpose of this publication is to review the current state of knowledge in the field of delayed speech development and to present data on etiology, clinical symptoms, and indications for therapy.

Materials and methods: Literature data was reviewed from the English-language PubMed and MEDLine computer databases, as well as the Polish Medical Bibliography database. Google Scholar search engine was used. The works were analyzed, with current scientific evidence based on peer-reviewed scientific publications, systematic reviews, and conducted control studies taken into account. In addition, an analysis of our own nearly 10 years of experience in the field of hearing and speech rehabilitation was conducted.

Results: A child with non-harmonious development, regardless of the etiology of the phenomenon, may also exhibit problems with speech acquisition, indicating, among others, a developmental delay in speaking. The correct development of speech depends on 3 types of factors: biological, psychological, and social. Delayed

speech development (DSD) is primarily attributed to the person affected, as well as her immediate surroundings. In the case of small children developing harmoniously, the chance of compensating for missing words is one hundred percent. The above phenomenon may be compensated for spontaneously – which takes place in a small number of cases – or thanks to systematic therapy, with the participation of the child's parents (guardians). **Conclusions:** An interdisciplinary approach to DSD is of key importance in the treatment of this disorder, and its multifactorial etiology indicates the need for early comprehensive rehabilitation of hearing and speech. In contrast, clinical practice shows that this problem is often downplayed. The reasons for the appearance of DSD are constantly under investigation, as there are many paths leading to delays in this area. There are also new reports that allow better understanding of the ways of speech development, which directly translates into a change in the attitudes regarding rehabilitation.

Keywords: delayed speech development; child; etiology.

ABSTRAKT

Wstęp: Głównym celem niniejszej publikacji jest przegląd aktualnego stanu wiedzy w zakresie opóźnionego rozwoju mowy, przedstawienie danych dotyczących etiologii, objawów klinicznych i wskazań do podjęcia terapii.

Materiały i metody: Dokonano przeglądu danych literaturowych w oparciu o anglojęzyczną bazę komputerową PubMed i MEDLine oraz bazę Polskiej Bibliografii Lekarskiej. Wykorzystano także wyszukiwarkę Google Scholar. Przeanalizowano prace, uwzględniono aktualne dowody naukowe oparte na recenzowanych publikacjach naukowych, przeglądach systematycznych i przeprowadzonych badaniach kontrolnych. Ponadto dokonano analiz własnego, niemal 10-letniego doświadczenia w zakresie prowadzenia rehabilitacji słuchu i mowy.

Wyniki: U dziecka o nieharmonijnym rozwoju, niezależnie od etiologii zjawiska, mogą występować problemy z nabywaniem mowy, wskazujące m.in. na opóźnienie rozwojowe w mówieniu. Prawidłowy rozwój mowy uzależniony jest od działania 3 grup czynników: biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Opóźniony rozwój mowy (ORM) obciąża przede wszystkim dotkniętą nim osobę, ale także jej najbliższe otoczenie. W przypadku małych dzieci, rozwijających się harmonijnie, szanse na zrównoważenie braków w zakresie mowy są stuprocentowe. Powyższe zjawisko może wyrównać się samoistnie – co ma miejsce w niewielkiej liczbie przypadków – bądź dzięki systematycznie prowadzonej terapii przy współudziale rodziców (opiekunów) dziecka.

Wnioski: Interdyscyplinarne podejście do problemu ma kluczowe znaczenie w kwestii leczenia tego zaburzenia, a jego wieloczynnikowa etiologia wskazuje na konieczność prowadzenia wczesnej kompleksowej rehabilitacji słuchu i mowy. Praktyka kliniczna pokazuje jednak, że problem ten bywa często bagatelizowany. Przyczyny pojawiania się ORM są cały czas badane, gdyż istnieje wiele powodów wywołujących opóźnienie w tym zakresie. Wciąż pojawiają się też nowe doniesienia pozwalające lepiej zrozumieć sposób powstawania ORM, co bezpośrednio przekłada się na zmianę stanowiska dotyczącego rehabilitacji. **Słowa kluczowe:** opóźniony rozwój mowy; dziecko; etiologia.

INTRODUCTION

Delayed speech development is a major problem. If it is detected in time and therapy is implemented, complete recovery is more likely. It is important that parents attend to this problem in their children as soon as possible (preferably by age 2–3).

The speech instrument is shaped phylogenetically, but the acts of speech itself is an acquired skill, which we learn to perceive and understand through social adaptation processes. Development of speech skills follows the same principles in all children [1].

The development of a child's speech is a continuous process, characterized by a series of deliberate changes occurring in a fixed order and culminating in the achievement of full speech skills. It is characterized by variability, as manifestations of the speed and direction of development differ between individual children. Speech development occurs over the first 6 years of life, but is most intense in the period between the 2nd and 3rd year of life.

The main problem in delayed speech development (DSD) is the level of mastery of the language. The process of shaping the speech in the first place involves improving auditory perception of spoken speech and developing of concepts, i.e. the creation of knowledge. Realization of language efficiency, i.e. speaking, is next. These processes mutually condition each other and feedback between them affects both the development of perception, as well as speaking. Evaluation of the child's speech should involve both assessment of the capacity to perceive speech sounds, as well as the ability to speak [2]. Furthermore, for diagnostic purposes, it is necessary to determine the level of speech delay. This requires identification of the critical moment in the child's development, beyond which it is possible to speak of delayed language acquisition [3].

Abnormal development of speech and speech initiation disorders have a significant impact on the cognitive, social, and emotional spheres of a young person's life that can impinge on his/her adult life. They can make it difficult to undertake, and even to implement, obligatory school education, which also has serious repercussions in later life. Speech accompanies all aspects of human functioning. It allows for free communication, implementation of cognitive activities, expression of emotions, desires, and identity, it allows a man to exist in society and to develop, which is why irregularities related to speech significantly affect the life of every human being [4].

DELAYED SPEECH DEVELOPMENT AND SPEECH DISORDERS

Delayed speech development has been examined by many experts, including representatives of various scientific disciplines—medicine, pedagogy, psychology, linguistics, and speech therapy. In the available literature, delayed speech development appears as the name of the diagnosis, a condition of disorders, a symptom of developmental disorders, but also as a syndrome of symptoms [5]. Different authors define this

WSTĘP

Opóźniony rozwój mowy (ORM) jest poważnym zaburzeniem, które w porę wykryte i poddane stosowanej terapii może zostać całkowicie wyleczone. Ważne jest, aby sami rodzice jak najwcześniej zwrócili uwagę na problem występujący u ich dziecka (najlepiej w 2.–3. r.ż.).

Aparat mowy jest ukształtowany filogenetycznie, ale sama czynność mowy jest sprawnością nabytą, którą dzięki procesom adaptacji społecznej uczymy się odbierać i rozumieć. Rozwój umiejętności mowy przebiega u wszystkich dzieci wg tych samych zasad [1].

Kształtowanie się mowy dziecka jest procesem ciągłym, charakteryzującym się występowaniem szeregu celowych zmian następujących po sobie w ustalonej kolejności, prowadzącym do osiągnięcia pełnej umiejętności posługiwania się mową. Cechuje się on zmiennością, gdyż przejawy, tempo i kierunki rozwoju są różne u poszczególnych dzieci. Proces ten przypada na pierwszych 6 lat życia, ale jego najintensywniejszy rozwój występuje w 2.–3. r.ż. człowieka.

Głównym problemem jest poziom opanowania języka. Kształtowanie mowy w pierwszej kolejności jest procesem doskonalenia percepcji słuchowej wypowiedzi mówionych, formowania pojęć, czyli tworzeniem wiedzy językowej. Językowa sprawność realizacyjna, czyli mówienie, rozwijana jest w dalszej kolejności. Procesy te wzajemnie się warunkują, a sprzężenie między nimi wpływa na rozwój percepcji oraz mówienia. Ocena nabytych zdolności w tym zakresie powinna zawierać zarówno weryfikację zdolności percepcji dźwięków mowy, jak i umiejętności mówienia [2]. Ponadto do celów diagnostycznych konieczne jest określenie poziomu opóźnienia mowy. Wymaga to wskazania krytycznego momentu w rozwoju dziecka, poza którym można mówić o opóźnieniu akwizycji języka [3].

Zaburzenia rozwoju mowy i startu mowy mają znaczący wpływ na poznawcze, społeczne i emocjonalne sfery życia małego człowieka, które rzutują na jego dorosłe życie. Mogą utrudniać podjęcie, a nawet realizację obowiązku edukacji szkolnej, co ma swoje konsekwencje także w późniejszym życiu.

Mowa towarzyszy wszystkim aspektom ludzkiego funkcjonowania. Pozwala na swobodną komunikację, realizację czynności poznawczych, wyrażanie emocji, pragnień, kształtuje tożsamość, umożliwia ludziom istnienie w społeczeństwie i rozwijanie się, dlatego też wszelkiego rodzaju nieprawidłowości związane z nią znacznie wpływają na życie każdego człowieka [4].

OPÓŹNIONY ROZWÓJ MOWY A ZABURZENIA MOWY

Opóźniony rozwój mowy był badany przez wielu specjalistów, przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych – medycyny, pedagogiki, psychologii, lingwistyki i logopedii. W dostępnej literaturze ORM występuje jako nazwa diagnozy, stanu zaburzeń, objawu zaburzeń rozwojowych, ale także zespołu objawów [5]. Różni autorzy definiują

concept differently depending on the adopted criterion. Delayed speech development occurs when the language development process does not proceed in accordance with the standards adopted for the individual age group [6]. A simple definition of standard developmental norms includes those achievements with respect to the particular functions that can be observed in most children of the same age [5].

The concept of delayed speech development should not be used interchangeably with impaired speech development. Both terms describe a certain state of language development. Delayed speech development indicates that shifted stages of verbal expression can be compensated for spontaneously or as a result of therapy [7].

Meanwhile, speech disorders are disorders of cortical function of the central nervous system in the communication process, which may concern the ability to recognize and form the structure of the word as a stimulus (at the input), i.e. the inability to recognize and remember the acoustic or kinesthetic-motor structure of words. Disorders may also concern the ability to implement this (output), i.e. the inability to form the spoken structure of the word that needs to be said or written [8, 9]. Disturbances in speech development result from language communication contrary to the accepted standards for a certain age and the lack of characteristic determinants for a younger child. Language disorders exclude the spontaneous correction of speech deficits, but may affect the expression of speech, as well as understanding of verbal speech. The child may react inadequately, both verbally and non-verbally. Messages often tend to be incomprehensible to their audience. Disorders of speech development take the form of: speech disorders of mesolimbic origin (alalia), dysarthria, speech malformations accompanying oligolalia, etc. [7].

TYPES OF DELAYED SPEECH DEVELOPMENT

In literature on the subject, there are variations related to the classification and description of irregularities in the development of speech and language. Basically, two forms of DSD are distinguished: 1. a simple delay in speech development and 2. delayed speech development. A simple delay in speech development may resolve spontaneously after the age of 3. In such cases, it is necessary that the parent stimulates the child in everyday life, based on the instructions given by the therapist. The condition to be taken into account is the normal motor development of a child who has good emotional contact with mother. The stages of speech development in these cases are the same as in normal children, only with a delay. After the 3rd year of life, there is an increase in active speech, manifested in an increase of vocabulary, the appearance of inflectional forms, the development of sentences, and the implementation of phonemes according to typical developmental lines. In the 4th year of life, morphological forms appear and perpetuate, and sentence structure is revealed. The delay in speech development is compensated for later,

to pojęcie w odmienny sposób w zależności od przyjętego kryterium. Opóźniony rozwój mowy występuje w sytuacji, w której proces rozwoju mowy nie przebiega zgodnie z normami przyjętymi dla indywidualnej grupy wiekowej [6]. Zwykła definicja normy rozwojowej obejmuje te osiągnięcia w odniesieniu do poszczególnych funkcji, które można zaobserwować u większości dzieci w tym samym wieku [5].

Pojęcia ORM nie powinno stosować się zamiennie z terminem „zaburzenia rozwoju mowy”. Oba określenia oznaczają pewien stan rozwoju mowy. Pierwsze z nich wskazuje na przesunięte etapy ekspresji słownej, które samoistnie lub w efekcie prowadzonej terapii mogą zostać wyrównane [7]. Natomiast drugie to zaburzenia funkcji korowych ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w procesie komunikacji, mogące obejmować możliwość rozpoznawania i formowania struktury słowa jako bodźca (na wejściu), tj. brak możliwości poznawania i zapamiętywania akustycznej lub kinestetyczno-motorycznej struktury słowa, bądź możliwość realizacji (na wyjściu), tj. brak możliwości formowania wypowiedzianej struktury słowa, które trzeba wypowiedzieć lub napisać [8, 9].

Zaburzenia w rozwoju mowy wynikają z kształtowania się niezgodnych, przyjętych dla określonego wieku norm komunikacji językowej oraz z braku występowania charakterystycznych wyznaczników dla dziecka młodszego. Zaburzenia językowe wykluczają samoistne wyrównanie deficytu w zakresie mowy, mogą dotyczyć jej ekspresji oraz rozumienia wypowiedzi słownych. Dziecko reaguje nieadekwatnie zarówno w sposób werbalny, jak i pozawerbalny, a komunikaty często bywają niezrozumiałe dla odbiorców. Zaburzenia rozwoju mowy przyjmują następujące formy: niedokształceń mowy pochodzenia korowego (alalii), dyzartii, niedokształceń mowy towarzyszących oligofazji itp. [7].

RODZAJE OPÓZNIENI ROZWOJU MOWY

W literaturze przedmiotu spotyka się zróżnicowane klasyfikacje i opisy nieprawidłowości rozwoju mowy i języka. Zasadniczo w ORM wyróżniane są dwie formy: proste opóźnienie w rozwoju mowy oraz opóźnienie rozwoju mowy. Proste opóźnienie rozwoju mowy może ustąpić samoistnie po 3. r.ż. W tym przypadku niezbędne jest stymulowanie dziecka przez rodzica w codziennym funkcjonowaniu w oparciu o wskazówki udzielone przez terapeutę. Warunkiem, jaki należy uwzględnić, jest prawidłowy rozwój motoryczny dziecka, które ma dobry kontakt emocjonalny z matką. Etapy rozwoju mowy w tym przypadku są takie same jak u dzieci w normie poza występującym opóźnieniem. Po 3. r.ż. następuje rozwój mowy czynnej, przejawiający się: wzrostem liczebności słownictwa, pojawieniem się form fleksyjnych, rozbudową zdań oraz realizacją fonemów wg typowych linii rozwojowych. W 4. r.ż. pojawiają się i utrwalają formy morfologiczne oraz ujawnia się struktura zdania. Opóźnienie rozwoju mowy wyrównuje się później, trwa do ok. 5.-6. r.ż. dziecka. Ilościowy wzrost słownictwa następuje stopniowo na skutek prowadzonej terapii logopedycznej [3, 6, 7].

lasting until around the child's 5th–6th year of life. The quantitative increase in vocabulary is gradual as a result of speech therapy [3, 6, 7].

Among deficits of this type, there is DSD, characterized by a slower rate of acquisition and difficulties in developing language and communication skills, which results in ineffective communication with the environment. The multifaceted criteria for its diagnosis include its causes, background, the extent of the deficit, and the consequences for the child's development. Therefore, one can distinguish between autonomous and non-autonomous DSD [6]. In the first case, the slower rate of speech development concerns its expression, and its causes are not related to the pathology of child development. On the other hand, non-autonomous delay is accompanied by additional cognitive and sensorimotor developmental deficits, and the disorder itself results from them.

Yet another type of DSD is the occurrence of fragmentary deficits. These include specific disorders of articulation, disturbances in speech expression, speech understanding disorders, acquired aphasia with epilepsy (Landau-Kleffner syndrome), other disorders of speech and language development, as well as undefined speech and language disorders [10]. These dysfunctions are also referred to as alalia prolongata, alalia, speech impairment of aphasia type, aphasia/developmental dysphasia, and acquired or specific linguistic disorder [6].

The similarity of symptoms between these disorders often causes ambiguity in diagnosing language and speech development disorders, and, as a result, therapeutic treatment is implemented too late, which translates into disorders of the child's cognitive development, and thus educational limitations [10].

DELAYED SPEECH DEVELOPMENT ETIOLOGY

The etiology of DSD is complex and multifaceted. Basic factors include: lack of environmental stimulation, emotional blockage, lack of demands, and living environment. Such children often do not cooperate with peers in play, usually playing alone. This begins with a lack of cooperation in the family, who cannot enjoy being together. The child is usually the recipient of messages and is not encouraged to communicate him/herself. The lack of emotional reinforcement during communication situations is of great importance here; the lack of reaction from the parent translates into the withdrawal of the child from these communication situations. Excessively high demands placed on the child, and a lack of sense of security, affect the fear of speaking.

Another important aspect, which can limit speech development, is excessive helping of the child in most activities, including speaking. Children develop non-verbal speech in the form of gesturing. In the case of DSD, the child's natural need for independence and self-reliance is suppressed by the parents. An example of this is parental over-protection, which translates into unintentional but effective restriction of the child's freedom of development. The delay in speech development has

Wśród deficytów tego typu wyróżnia się ORM charakteryzujący się wolniejszym tempem przyswajania mowy oraz trudnościami w rozwijaniu kompetencji językowych i komunikacyjnych, czego konsekwencją jest nieefektywne porozumiewanie się z otoczeniem. Wieloaspektowe kryteria obejmują jego przyczyny, tło powstania, rozległość deficytu oraz konsekwencje dla rozwoju dziecka. Z tego względu wyróżnić można samoistny lub niesamoistny ORM [6]. W pierwszym przypadku wolniejsze tempo rozwoju mowy dotyczy jej ekspresji, a przyczyny nie są związane z patologią rozwoju dziecka. Z kolei opóźnieniu niesamoistnemu towarzyszą dodatkowe deficyty rozwojowe o charakterze poznawczym i sensomotorycznym, zaś samo zaburzenie jest ich efektem.

Jeszcze innym rodzajem ORM jest występowanie deficytów fragmentarycznych. Obejmują one: specyficzne zaburzenia artykulacji, zaburzenia ekspresji mowy, zaburzenia rozumienia mowy, nabytą afazję z padaczką (zespół Landaua-Kleffnera), inne zaburzenia rozwoju mowy i języka oraz nieokreślone zaburzenia mowy i języka [10]. Dysfunkcje te określane są także jako: alalia prolongata, alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja/dysfazja rozwojowa i nabyta oraz specyficzne zaburzenie językowe [6]. Podobieństwo objawów w wymienionych zaburzeniach prowadzi często do niejednoznaczności w diagnozowaniu zaburzeń rozwoju języka i mowy, a w rezultacie powoduje, że postępowanie terapeutyczne zostaje podjęte zbyt późno, co przekłada się na zaburzenia w rozwoju poznawczym dziecka, a tym samym na ograniczenia edukacyjne [10].

ETIOLOGIA OPÓŹNIENIA ROZWOJU MOWY

Etiologia ORM ma złożony i wieloraki charakter. Do podstawowych czynników należy: brak stymulacji ze strony środowiskowej, zablokowanie emocjonalne, niestawianie wymagań, środowisko życia.

Dziecko nie współpracuje z rówieśnikami w zabawie, na ogół bawi się samo. Powodem jest tutaj brak współdziałania w rodzinie, która nie potrafi czerpać radości z bycia razem. Młody człowiek zazwyczaj jest odbiorcą komunikatów i nie jest zachęcany do tworzenia własnych. Duże znaczenie w tym przypadku ma brak wzmacniania emocjonalnego podczas sytuacji komunikacyjnych oraz reakcji ze strony rodzica, co przekłada się na wycofywanie się dziecka z nich. Zbyt duże wymagania i niezapewnienie rozwijającej się osobie poczucia bezpieczeństwa wpływają na wywołanie lęku przed mówieniem.

Innym aspektem jest wyręczanie dziecka w większości czynności, także w mówieniu. Dziecko wykształca mowę niewerbalną w postaci wskazywania gestem. W przypadku ORM naturalna potrzeba samodzielności hamowana jest przez ojca i/lub matkę. Powodem takiego działania jest wykazywanie przez rodziców nadopiekuńczości względem dziecka, co przekłada się na niezamierzone, ale skuteczne ograniczanie jego swobody w rozwoju. Opóźnienie w rozwoju mowy ma konsekwencje edukacyjne i społeczne przejawiające się w utrzymujących się trudnościach w okresie dojrzewania i dorosłości [11].

educational and social consequences, manifesting as persistent difficulties in adolescence and adulthood [11].

In the light of the results of research by Marković and Romić, health problems between 18 and 36 months of age may translate into DSD. In the population of people with average/intermediate socio-economic status, the prevalence of speech development delay at the age of 2 is 10%, while at the age of 3 it is lower – 3–5%. This indicates that over half of children compensate for deficits in speech development during the course of a year. These studies indicate a particular link between speech development and middle ear infections and the potential resulting hearing loss. In addition, middle ear infections affect speech development and related language and cognitive skills [8].

Lachowski and Florek's research on the health condition of children living in rural areas shows that the situation of these children is still worse in comparison with children from urban areas. Particularly noteworthy are the abnormalities reported by doctors involving changes in the masticatory organ, such as caries and malocclusion, as well as disorders of body structure, and disorders of somatic development, which are more common in children living in rural areas [12].

Factors associated with DSD in 30-month-old children are male gender, behavioral and developmental problems of the child or a family member, and bilingual environment [8]. Previous studies have also confirmed the relationship between DSD and high levels of shyness, fear, or anxiety [6, 10].

INDICATIONS FOR STARTING THERAPY

Delayed development of speech means that the successive developmental stages are shifted in time (delayed), the child seldom communicates, and when the ability to speak begins to develop, the child rarely initiates dialogue; answers to questions are short, being most often confirmation or denial, despite the capability for sentence expression, or the rate of quantitative and qualitative changes in the acquisition of language skills is slower compared to peers, despite the mental status being within normal range. These children master the basic language system over time, but the characteristic feature of their behavior is economy in undertaking verbal acts, modesty of expression, and limited passive vocabulary [13].

In modern clinical practice, it is indicated that the earlier the rehabilitation of hearing and speech is initiated, the greater the chances that this delay will not leave lasting adverse effects in the form of cognitive developmental disorders. This is also confirmed by our own experience in the field of rehabilitation. A child with whom early rehabilitation was started does not, above all, acquire or maintain incorrect habits. Therefore, it is necessary to pay attention to the symptoms of DSD. The possibility of occurrence of DSD may be indicated by a lack of reaction of a 4-month-old child to the words and gestures of parents, lack of a smile (this may also be a symptom of autism); at 8–9 months, there is no babbling (repeating the same syllables). Around the age

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Marković i Romić na opóźnienie w rozwoju mowy mogą przekładać się problemy zdrowotne występujące pomiędzy 18. a 36. miesiącem życia. W populacji o średnim statusie społeczno-ekonomicznym wskaźnik ORM dla 2-latków wynosi 10%, natomiast dla 3-latków jest niższy i plasuje się w granicach 3–5%. Prowadzi to do wniosku, że w ciągu roku ponad połowa dzieci wyrównuje deficyty występujące w zakresie rozwoju mowy. Badania te świadczą o szczególnym związku pomiędzy rozwojem mowy a zakażeniem ucha środkowego i potencjalnie wynikającym z niego ubytku słuchu. Ponadto zakażenia ucha środkowego wpływają na rozwój mowy i związane z tym umiejętności językowe i kognitywne [8].

Badania Lachowskiego i Florek prowadzone na temat stanu zdrowia dzieci zamieszkujących tereny wiejskie dowodzą, że ich sytuacja jest wciąż gorsza w porównaniu z sytuacją dzieci z miast. Na szczególną uwagę zasługują zgłaszane przez lekarzy nieprawidłowości w postaci zmian w narządzie żucia, takie jak próchnica i wady zgryzu, oraz zaburzenia w statyce ciała czy zaburzenia rozwoju somatycznego, które znacznie częściej dotyczą najmłodszych mieszkańców wsi [12].

Czynniki związane z opóźnieniem w rozwoju mowy 30-miesięcznych dzieci to płeć męska, behawioralne i rozwojowe problemy dziecka lub członka rodziny oraz dwujęzyczne środowisko [8]. Wcześniejsze badania potwierdziły także zależność pomiędzy opóźnieniem w rozwoju mowy a wysokim poziomem nieśmiałości, strachem i lęklwym zachowaniem [6, 10].

WSKAZANIA DO ROZPOCZĘCIA TERAPII

Rozwój mowy przebiegający z opóźnieniem oznacza, że przesunięte są w czasie kolejne etapy. Dziecko sporadycznie podejmuje akty komunikacji, a kiedy zacznie rozwijać umiejętność mówienia, rzadko inicjuje dialog. Odpowiedzi na zadawane pytania są krótkie i najczęściej stanowią potwierdzenie lub zaprzeczenie, chociaż ma możliwość sformułowania wypowiedzi zdaniowej. Tempo zmian ilościowych i jakościowych w nabywaniu umiejętności językowych jest wolniejsze w porównaniu z tempem rówieśników mimo poziomu umysłowego w granicach normy. Dzieci opanowują z czasem podstawowy system językowy, ale ich cechą charakterystyczną jest oszczędność w podejmowaniu aktów słownych, skąpość wypowiedzi, ograniczony zasób słownika biernego [13].

Współcześni praktycy kliniczni zauważają, że im wcześniej zostaje rozpoczęta rehabilitacja słuchu i mowy, tym są większe szanse, aby opóźnienie nie pozostawiło niekorzystnych skutków, przede wszystkim w postaci poznawczych zaburzeń rozwojowych. Potwierdzają to także własne doświadczenie w zakresie prowadzonej rehabilitacji. Dziecko, z którym rozpoczęto wczesną rehabilitację, nie nabywa i nie utrzuła nieprawidłowych nawyków. W związku z powyższym konieczne jest zwracanie uwagi na objawy z zakresu ORM.

Na możliwość wystąpienia ORM może wskazywać np. brak reakcji 4-miesięcznego dziecka na słowa i gesty rodziców, brak uśmiechu (może to być również objaw autyzmu) oraz – na przełomie 8.–9. miesiąca życia – brak gaworzenia (powtarzanie tych

of 1 year, it should be disturbing when the child is very quiet, making almost no sounds. A 1.5-year-old child should say simple words ("mama", "dad", "give"), recognize and understand when someone addresses him by name or with a request. Another worrying symptom in a 2-year-old child is the use of a very limited number of words and not repeating words after others. At the age of 2.5 years, using no more than 20 words, using simple sentences, and not understanding the names of body parts or objects should be cause for concern. It should be alarming when a 3-year-old is unable to compose sentences independently or does not understand simple stories of adults. He may speak too fast, "swallowing" the ends of words, or too slowly, stretching the words [7, 13, 14].

At the end of the 3rd year of life, children raised in favorable environmental conditions have already mastered the basics of their mother tongue, both lexically and grammatically. This is a matter of practical knowledge of the language, which is reflected in the understanding of other people's statements addressed to the child, and in the use of an established vocabulary in active speech, in accordance with grammatical rules. The vocabulary of a 3-year-old child is small, and the grammatical system is still not fully understood and fixed. From a functional point of view, the speech of children of this age is situational and synpractical in character, i.e. the child's statements do not exceed the circle of activities, objects, and people with whom he is in direct contact at any given time. Children of this age do not understand many more complicated words, less frequently used terms, or detached metaphors, which makes it difficult for them to understand the content of literary works [14].

At this time, speech is becoming a better instrument of communication with other people in the environment. Speech is also an instrument of social communication. Thus, children develop a symbolic function of language and its close relationship with thinking [15]. The maturation of a small person occurs in closely related phases. The transition to the next stage of development is dictated by the existence and consolidation of the lower stage. Thus, if the so-called milestones appropriate to a given stage of development of the human body are not reached, one can speak of a delay. Delayed speech development may be an indicator of delayed psychomotor development. A complete deficit of specific skills and their nonappearance at later stages of development should be considered symptoms of delay [16].

CONCLUSIONS

Speech development is an important element of a child's cognitive and social development in early childhood. Delays in speech development, apart from the autonomous disorder, may be related to intellectual disability, hearing impairment, or other developmental disorders [7, 8]. It is a fact that every child who spontaneously pronounces less than 50 words and does not connect sentences before the age of 2 years shows a clear delay in the development of speech [8, 9]. Speech delay

samych sylab). Niepokojące powinno być także, gdy dziecko ok. 1 r.ż. jest bardzo ciche, prawie niewydające dźwięków. Z kolei 1,5-roczny malec powinien już mówić proste słowa („mama”, „tata”, „daj”), rozpoznawać i rozumieć, gdy ktoś się do niego zwraca po imieniu lub z prośbą. Kolejnym alarmującym objawem u dziecka w wieku 2 lat jest bardzo ograniczony zasób słów i niepowtarzanie ich po innych. W 2,5 r.ż. dziecka niepokój powinno wzbudzać używanie przez nie tylko 20 słów, posługiwanie się prostymi zdaniami, nierozumienie nazw części ciała, przedmiotów. Alarmujące powinno być także, kiedy 3-latek nie potrafi sam ułożyć zdania, nie rozumie prostych opowiadań osób dorosłych oraz mówi zbyt szybko, „połykając” końcówki wyrazów lub zbyt wolno, rozciągając słowa [7, 13, 14].

Pod koniec 3 r.ż. dzieci wychowywane w sprzyjających warunkach środowiskowych mają już opanowane podstawy języka ojczystego zarówno pod względem leksykalnym, jak i gramatycznym. Chodzi tutaj o praktyczną znajomość języka, która przejawia się w rozumieniu skierowanych do dziecka wypowiedzi innych osób oraz w używaniu w mowie czynnej określonego zasobu słów wraz z regułami gramatycznymi. Zasób słownictwa 3-latka jest niewielki, a system gramatyczny niepoznany i nieutrwalony w pełni. Od strony funkcjonalnej mowa dzieci w tym wieku ma charakter sytuacyjny i synpraktyczny, tzn. dziecko w swoich wypowiedziach nie wykracza poza wykonywane czynności, przedmioty i osoby, z którymi pozostaje w danej chwili w bezpośrednim kontakcie. Dzieci w tym wieku nie rozumieją jeszcze wielu słów, rzadziej używanych pojęć, oderwanych metafor, co utrudnia im odbiór treści utworów literackich [14].

Mowa staje się coraz lepszym narzędziem do porozumiewania się z osobami z otoczenia. Jest ona także instrumentem komunikacji społecznej. U dziecka wykształca się zatem symboliczna funkcja języka oraz jego ścisły związek z myśleniem [15].

Przebieg dorastania małego człowieka określony jest przez ściśle powiązane ze sobą fazy. Aby mógł osiągnąć wyższy etap rozwoju, bezwarunkowo musi zaistnieć, a także utrwalić się, etap niższy. Jeśli nie zostaną osiągnięte kolejne, stosowne dla danego etapu rozwijania się organizmu ludzkiego stadia, można mówić o opóźnieniu. Opóźniony rozwój mowy może być jednym ze wskaźników opóźnienia w rozwoju psychoruchowym. Za objaw opóźnienia należy uznać całkowity deficyt osiągalności konkretnych umiejętności i niepojawienie się ich na późniejszych etapach rozwoju [16].

WNIOSKI

Rozwój mowy jest ważnym elementem rozwoju poznawczego i społecznego dziecka we wczesnym dzieciństwie. Mimo tego, że ORM jest samodzielnie występującym zaburzeniem, może mieć również związek z niepełnosprawnością intelektualną, upośledzeniem słuchu i innymi zaburzeniami rozwojowymi [7, 8].

Faktem jest, że każde dziecko, które spontanicznie wypowiada mniej niż 50 słów i nie łączy zdań przed 2 r.ż., wykazuje wyraźne opóźnienie w rozwoju mowy [8, 9]. Może to być

can be a manifestation of a spectrum of disorders affecting the understanding of language and the path of acquisition of speech skills, ranging from disorders involving global developmental limitations to motor dysfunctions and even hearing loss. Determining the cause of delay is an important time-sensitive issue because the child loses valuable intellectual development opportunities. Understanding some of the key DSD-related issues can help professionals direct children toward early therapy to maximize their educational potential and intellectual growth [17].

This approach is important and should be noted, in particular by primary care physicians, otolaryngologists, phoniatrists, educators, psychologists, students of medical and pedagogical faculties, and all persons involved in the care of small children, in order to provide them with the foundation for proper bio-psycho-social development.

przejawem spektrum zaburzeń, wpływających na rozumienie języka oraz ścieżki nabywania umiejętności mowy, takich jak zaburzenia obejmujące globalne ograniczenia rozwojowe, dysfunkcje motoryczne, a nawet utrata słuchu. Ustalenie przyczyny opóźnienia w rozwoju mowy dziecka jest uzależnione od czasu jej wykrycia, ponieważ traci ono cenne możliwości rozwoju intelektualnego. Poznanie kilku kluczowych kwestii dotyczących ORM może pomóc specjalistom skierować dzieci na wczesną terapię, aby zmaksymalizować ich potencjał edukacyjny i wzrost intelektualny [17].

Takie podejście jest istotne i warto, aby uwagę na nie w szczególności zwrócili lekarze pierwszego kontaktu, otolaryngolodzy, foniatry, pedagodzy, psychologowie, studenci kierunków medycznych i pedagogicznych oraz wszystkie osoby zajmujące się małymi dziećmi w celu zapewnienia najmłodszym podstaw prawidłowego rozwoju bio-psycho-społecznego.

REFERENCES / PIŚMIENICTWO

1. Gunia G. Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej. Kraków: Impuls; 2017. p. 103-10.
2. Kurkowski ZM. Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej. Lublin: UMCS; 2013. p. 26-7.
3. Dębińska-Gustaw K. Retarded speech development – terminology issues. *Logopedia* 2013;42:27-43.
4. Marczykowska I, Koczaja-Styka W. Opóźniony rozwój mowy na tle skrajnego wcześniactwa. In: Myszka A, Bieńkowska KI, Marczykowska I, editors. *Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*. Rzeszów: Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2017. p. 165.
5. Góral-Półroła J, Zielińska J, Jastrzębowska G, Tarkowski Z. Cluttering: specific Communications disorder. *Acta Neuropsychologica* 2016;14(1):1-15.
6. Jastrzębowska J. Opóźnienie rozwoju mowy. In: Gałkowski T, Szeląg E, Jastrzębowska G, editors. *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wyd. Uniwersytetu Opolskiego; 2005. p. 360-420.
7. Emiluta-Roza D. Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy. *Poradnik Językowy* 2007;8:54-65.
8. Marković J, Romić T. Mental health problems and speech development in toddlers with physical illnesses. *Med Pregl* 2015;68(5-6):162-7.
9. Wasilewski TP. Integracja sensoryczna i jej znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju mowy dziecka. *Pediatr Med Rodz* 2018;14(1):20-32.
10. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (12.11.2018).
11. Kurowska M. Opóźnienia w rozwoju mowy a afazja rozwojowa w praktyce logopedycznej. *Poradnik Językowy* 2017;6:15-26.
12. Lachowski S, Florek M. Nierówności w rozwoju dzieci wiejskich jako czynnik generujący wykluczenie społeczne. *Med Ogólna* 2007;4:286-92.
13. Liwo H. Zaburzenia w rozwoju języka u implantowanego dziecka z głęboką wadą słuchu – studium przypadku. *Otorynolaryngologia* 2016;15(4):173-8.
14. Furlong L, Morris M, Serry T, Erickson S. Mobile apps for treatment of speech disorders in children: An evidence-based analysis of quality and efficacy. *PLoS One* 2018;13(8):e0201513.
15. Emiluta-Roza D. Formy zaburzeń mowy. In: Grabias S, Kurkowski M, editors. *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Lublin: UMCS; 2014. p. 73-87.
16. Panasiuk J. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy w diagnozie i terapii logopedycznej. In: *Wczesna interwencja logopedyczna*. Milewski S, Kaczorowska-Bray K, editors. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2016. p. 211-46.
17. Dębińska-Rudy E. Właściwości rozwojowe dziecka przedszkolnego. In: Pujer K, editor. *Zdrowie psychofizyczne człowieka. Pielęgnacja. Choroby. Profilaktyka*. Wrocław: Exante; 2017. p. 41-52.