

Izabela Marczykowska
Wioletta Koczaja-Styka

OPÓŹNIONY ROZWÓJ MOWY NA TLE SKRAJNEGO WCZEŚNIACTWA - STUDIUM PRZYPADKU

Artykuł przedstawia studium dziecka urodzonego w 27. tygodniu ciąży. Wczesniactwo jest w przypadku rozwoju mowy tematem nowym, bowiem postęp medycyny stanowi o coraz liczniejszym występowaniu takich urodzeń. Opisano tu przypadek dziecka, którego rozwój prenatalny został zahamowany, a wcześniejsze przyjście na świat miało znaczący wpływ na tempo rozwoju i poziom przyswajania języka. Proponowane w artykule założenia terapeutyczne mogą stanowić źródło inspiracji dla logopedów pracujących z takimi pacjentami.

Słowa kluczowe: wczesniactwo, rozwój mowy, wczesna terapia

Wstęp

Przełom XX i XXI wieku niesie ze sobą dynamiczny rozwój różnych gałęzi nauk medycznych, a zwłaszcza neonatologii, która na chwilę obecną pozwala ratować i utrzymywać przy życiu coraz większą liczbę dzieci urodzonych przedwcześnie, tj. przed 37. tygodniem ciąży. Są one znacznie bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń poprawnego funkcjonowania i rozwoju ze względu na uszkodzenie lub niedojrzałość układów czy narządów. Te nieprawidłowości mogą mieć swoje odbicie zarówno w rozwoju fizycznym, jak i psychicznym dziecka, mogą ponadto cechować się różnym natężeniem skali objawów: od prawie niezauważalnych do bardzo wyraźnie zarysowanych w rozwoju.

Do najczęstszych poważnych zaburzeń rozwojowych występujących u wcześniaków zaliczamy: mózgowo porażenie dziecięce, zaburzenia wzroku, słuchu, mowy, upośledzenie umysłowe. Warto w tym miejscu zauważyć, że 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 swój oddźwięk w braku możliwości realizacji chociażby zawodowej. Mowa towarzyszy wszystkim aspektom ludzkiego funkcjonowania. Po-

zwala na swobodną komunikację, realizację poznawczych czynności, wyrażanie emocji, pragnień, kształtuje tożsamość, pozwala człowiekowi istnieć w społeczeństwie i rozwijać się, dlatego też wszelkiego rodzaju nieprawidłowości związane z mową znacznie wpływają na życie każdego człowieka.

Mając na uwadze fakt, że w ostatnich latach obniżył się próg przeżywalności dzieci przedwcześnie urodzonych, zwłaszcza bardzo niedojrzałych wcześniaków zwanych skrajnymi, wzrosło zapotrzebowanie na dokładniejsze śledzenie i badanie ich rozwoju. Dzieci te narażone są na występowanie wielu zaburzeń, dlatego wymagają wielospecjalistycznej zintegrowanej opieki medycznej, która pozwoli im na osiągnięcie prawidłowego rozwoju. Ważne jest, by tym małym pacjentom stworzyć odpowiednie warunki do osiągnięcia optymalnych możliwości rozwojowych niwelujących deficyty wcześniacze i pozwalających na usprawnienie bądź rehabilitację wszystkich zaburzonych funkcji tak, by nie odbiegały rozwojowo od rówieśników urodzonych o czasie. Oczywiście musimy mieć na uwadze możliwości, jakie dziecko posiadało w okresie prenatalnym i uwzględnić wszelkiego rodzaju uszkodzenia układu nerwowego oraz stopień możliwości usprawnienia zaburzonych funkcji.

O skuteczności działań terapeutycznych w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych decyduje w dużym stopniu ich wczesne rozpoczęcie, na podstawie wnikliwej i dokładnej diagnozy. Pomimo iż świadomość lekarzy pierwszego kontaktu i rodziców jest coraz większa, zdarzają się sytuacje, w których pomoc – zwłaszcza w okresie noworodkowym, niemowlęcym, poniemowlęcym, wczesnodziecięcym, dziecięcym, a nawet wczesnoszkolnym, kiedy pacjent znajduje się w początkowej fazie wieku rozwojowego – opiera się tylko na działaniach medycznych. Wciąż są przypadki, gdy nie podejmuje się działań psychologicznych, a najbardziej marginesowo traktowane są interwencje logopedyczne. Taki stan rzeczy może być spowodowany tym, że pomimo upływu lat i wzrostu świadomości, w społeczeństwie nadal funkcjonuje przeświadczenie, że „to małe dziecko, to jeszcze żeby mówić, to ma czas”, „a to wcześniak – to one tak mają”, „to chłopiec – oni zawsze mają trudną mowę”¹. Jest to niestety mylne, błędne i krzywdzące przekonanie. W ramach profilaktyki powinno się uświadamiać społeczeństwo, że mowa i język kształtują się od urodzenia, zaś uwarunkowania biologiczne pozyskujemy jeszcze w okresie prenatalnym.

1. Wcześniactwo – definicja i przyczyny

W publikacjach medycznych spotykamy się z dwoma terminami określającymi noworodka z ciąży zakończoną przed 37. tygodniem: „ wcześniak” i „dziecko urodzone przedwcześnie”. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia

¹ Cytaty pochodzą z wypowiedzi rodziców wcześniaków.

WHO, poród przedwczesny oznacza każde zakończenie ciąży w okresie od 23. do 37. tygodnia jej trwania, przy czym masa urodzeniowa dziecka nie ma żadnego znaczenia. Z kolei ciąża zakończona przed 32. tygodniem ciąży traktowana jest jako skrajne wcześniactwo (Bręborowicz i in. 2013). Jeśli przedwczesne (przed upływem naturalnego terminu rozwiązania) zakończenie ciąży występuje naturalnie, nazywane jest samoistnym, jeśli poprzez wskazania medyczne – w sytuacji np. zagrożenia życia płodu – nazywane jest wywołanym. Dzieci, które przyszły na świat przedwcześnie, nie są jednolitą grupą, chociażby ze względu na osiąganą masę urodzeniową i długość trwania ciąży.

Tab. 1. Stopień wcześniactwa ze względu na poród w określonym tygodniu

Stopień wcześniactwa	Tydzień ciąży
Poród skrajnie przedwczesny	< 28 tyg.
Poród bardzo przedwczesny	28–31 tyg.
Poród umiarkowanie przedwczesny	32–33 tyg.
Poród miernie przedwczesny	34–36 tyg.

Źródło: <http://www.wczesniaki.org.pl/pl,wczesniaki> (dostęp: 10.01.2017).

Tab. 2. Mała masa urodzeniowa według definicji WHO

Zróżnicowanie noworodków o małej urodzeniowej masie ciała	Masa ciała przy urodzeniu
Mała masa ciała	1500–2499 g
Bardzo mała masa ciała	1000–1499 g
Skrajnie mała masa ciała	500–999 g

Źródło: <http://www.wczesniaki.org.pl/pl,wczesniaki> (dostęp: 10.01.2017).

Wśród dzieci z niską wagą urodzeniową blisko 90% stanowią noworodki wcześniacze, pozostałe 10% to dzieci urodzone o czasie, ale charakteryzujące się innymi przypadłościami, jak np. hipotrofia czy hipoplazja (IUGR) wewnątrzmaciczna. Przyczyny przedwczesnego rozwiązania ciąży są bardzo złożone i niejednokrotnie trudne do ustalenia, jednak istnieje kilka czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia porodu przedwczesnego. Czynniki te mają podłoże natury medycznej oraz natury społecznej i zaliczamy do nich: zmęczenie i przeciążenie pracą fizyczną i psychiczną, stres związany z pracą lub sytuacją życiową, wiek matki poniżej 20. roku życia oraz powyżej 35. roku życia, palenie tytoniu, przebyte niepowodzenie łożnicze, choroby – nadciśnienie tętnicze, nieunormowana cukrzyca, niewydolność szyjki macicy,

wady rozwojowe macicy, wady rozwojowe płodu, infekcje płynu owodniowego lub płodu, ciążę mnogie i wielorakie, wielowodzie, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, mięśniaki, niedokrwistość.

2. Cechy niedojrzałości dzieci urodzonych przedwcześnie

Każdy przedwczesny poród sprawia, że proces dojrzewania wszystkich układów małego człowieka zostaje przerwany. Wiąże się to z ryzykiem nieprawidłowego ich funkcjonowania, czego następstwem są nieprawidłowości rozwojowe dziecka.

Noworodek z ciąży niedonoszonej znacznie różni się od noworodka, który przychodzi na świat terminowo. Wiek płodowy takiego dziecka wynosi od 26. do 37. tygodni, masa ciała – od 500 do 2500 g, długość ciała – od trzydziestu kilku do 47 cm, obwód głowy – od 25 do 33 cm. Cały tułów wcześniaka jest w zachowaniu proporcji dość długi, ramiona i nogi cienkie, pośladki nie w pełni rozwinięte, niejednokrotnie ciało pokrywa zarost zwany lanugo, dzieci nie mają tkanki tłuszczowej, a zatem ich skóra jest czasem cieniutka niczym pergamin.

Porównując zachowania zdrowego noworodka urodzonego o czasie z dzieckiem z porodu przedwczesnego, dostrzega się w ocenie bezpośredniej znaczne różnice. Wcześniak jest mniej aktywny ruchowo, ułożenie ciała charakteryzuje się sztywnością stawów, bardziej czerwone jest zabarwienie skóry. Ponadto istnieje wiele cech ukrytych, na które zwraca uwagę I. Brzozowska (1978):

- zaburzenia termoregulacji, krążenia i oddychania spowodowane niedojrzałością ośrodkowego układu nerwowego,
- niedokrwistość, która jest skutkiem hemopoezy, mniejszej ilości hemoglobiny, braku żelaza i niedojrzałości enzymów,
- obniżona przemiana materii, przez co dziecko nie potrafi wytwarzać odpowiedniej ilości ciepła i traci duże jego ilości,
- niedostateczne wydzielanie enzymów trawiennych,
- zakłócenie funkcjonowania pracy nerek, które prowadzi do zaburzeń przemiany wodnej,
- obniżenie odporności układu immunologicznego,
- obniżenie ilości przeciwciał przekazywanych przez matkę,
- zwiększona podatność na krzywicę ze względu na niedobór wapnia, fosforu i witaminy D.

Świadectwem stanu, w jakim każde dziecko przyszło na świat, jest punktacja Apgar, która ściśle powiązana jest z oceną stopnia ciężkości niedotlenienia noworodka, czyli zamartwicy. Maksymalna ilość punktów (10) oznacza, że dziecko urodziło się w stanie dobrym, 8–7 punktów sygnalizuje zmęczenie małego organizmu porodem, 6–4 traktowane jest jako zamartwica średniego stop-

nia, poniżej 4 – jako zamartwica ciężka. Stan dziecka oceniany jest w pierwszych 10 minutach życia. Jeżeli średni i ciężki stopień utrzymuje się dłużej niż 10 minut, to najprawdopodobniej dziecko będzie mieć problemy neurorozwojowe (Nitendel-Bujakowa, Kołtun 2001: 105).

W zależności od stadium wcześniactwa ryzyko powikłań jest różne; im bardziej skrajny wcześniak, tym większy niedorozwój układów i narządów oraz większe ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwojowych i chorób. W zależności od tygodnia zakończenia ciąży, wagi urodzeniowej i zagrożeń spowodowanych niedojrzałością organizmu, wcześniaki rozwijają się na różnych poziomach osiągnięć. Niektóre dzieci szybko nadrabiają odstępstwa od rówieśników i rozwijają się zgodnie z planem rozwojowym, inne odstają od grupy rówieśniczej i wymagają specjalistycznej pomocy. W pracy logopedy, w toku postępowania z dzieckiem przedwcześnie urodzonym czy z dzieckiem o niskiej wadze urodzeniowej, ważna jest świadomość, w jaki sposób logopeda może pomóc noworodkowi, na co powinien zwrócić uwagę i jak prowadzić terapię. Zazwyczaj u takich dzieci pojawiają się trudności z podawaniem pokarmów, ssaniem, przetrwałym odruchem wymiotnym, infantylnym połykaniem, brakiem umiejętności żucia, kłusania, pionizacji i ogólnej sprawności języka, sprawności całego aparatu mowy, oddychania i oczywiście mowy. Zatem wprawny logopeda poprzez odpowiednią terapię, ćwiczenia i chęć niesienia pomocy jest w stanie w znaczny sposób ułatwić rozwój dziecka i nauczyć go poprawnego funkcjonowania.

3. Czynniki ryzyka zaburzeń występujących u wcześniaków

Najczęstszym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego dzieci przedwcześnie urodzonych jest krwawienie okołoporodowe i leukomolacja okołoporodowa. Są one wynikiem niedojrzałości mózgu i zaburzeń krążenia mózgowego (Kornacka, Bokinić 2003). Częstotliwość występowania krwawień dokomorowych jest odwrotnie proporcjonalna do dojrzałości noworodka i wynosi 40–60%. Krwawienie może przybrać cztery stopnie w skali nasilenia wylewu. Najgorzej rokujące są dzieci z IV stopniem intensywności krwawienia – śmiertelność w tej grupie noworodków wynosi 80–90%, a dzieci, które przeżywają, odznaczają się zaburzeniem psychoruchowym. Noworodki z krwawieniem I czy II stopnia w późniejszym rozwoju cechują się prawidłowym rozwojem do 1. roku życia, lecz niejednokrotnie w późniejszym etapie mogą wystąpić: zaburzenia lokomocji, kontroli postawy, zaburzenia mowy i słuchu.

Leukomolacja okołokomorowa PVL to inaczej martwica istoty białej w mózgu. Powstaje w wyniku procesów niedotlenieniowo-niedokrwiennych, na które narażone są dzieci przedwcześnie urodzone. Leukomolacja okołokomorowa i krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego są jednymi z przyczyn po-

wstania mózgowego porażenia dziecięcego. Kolejnym czynnikiem patologicznie oddziałującym na OUN wcześniaków może być podwyższone stężenie poziomu bilirubiny, co wiąże się z niedojrzałością wątroby, dlatego leczenie należy traktować bardzo restrykcyjnie. Nasilona i patologiczna nieleczona żółtaczka może wpływać toksycznie na mózg i doprowadzić do zaburzeń słuchu i nieprawidłowości o rozwoju poznawczym. Problemem dla tych dzieci jest także oddychanie – narażone są one na zespół zaburzeń oddychania, dysplazję oskrzelowo-płucną i przewlekłą chorobę płuc, co może prowadzić do zaburzeń rozwoju psychoruchowego.

W układzie krążenia także można spotkać nieprawidłowości w postaci przetrwałego utrzymywania się krążenia okołoporodowego, które wymaga interwencji farmakologicznej bądź chirurgicznej. W wyniku braku samoistnego zamknięcia się przewodu tętniczego mogą wystąpić zaburzenia w pracy układu oddechowego, pokarmowego, krążeniowego, OUN i upośledzenie pracy nerek. Powikłania ze strony układu pokarmowego to martwicze zapalenie jelit i refluks przełykowo-żołądkowy, czemu sprzyja niska masa urodzeniowa dziecka. Długotrwały i nieleczony refluks może doprowadzić do słabego przybywania masy ciała. Nieprawidłowy przebieg funkcji spożywania pokarmu związany jest z zaburzonymi odruchami oralnymi i może stanowić fundament do patologicznego kształtowania się funkcji fonacyjnych i artkulacyjnych. Narząd wzroku i słuchu także narażony jest na możliwość wystąpienia uszkodzeń. Dzieci z niską wagą urodzeniową często cierpią na retinopatię – chorobę siatkówki i ciała szklistego oka, co może prowadzić do znacznego niedowidzenia, a w skrajnych przypadkach – do utraty wzroku. Ponadto dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży narażone są na zezę, niedowidzenie, oczopląs, nawet jeśli po porodzie nie stwierdzono retinopatii (Kułakowska 2002).

Jak wynika z powyższego przeglądu, dzieci wcześniacze wymagają stałej obserwacji, by móc w odpowiednim czasie wychwycić czasowe odstępstwa od normy, które mogą być efektem wcześniactwa, od tych, które mogą świadczyć o uszkodzeniu czy nieprawidłowym funkcjonowaniu różnych układów czy narządów. Wczesna interwencja pozwoli tym dzieciom na jak najszybsze podjęcie próby wyrównywania źle funkcjonujących układów.

4. Rozwój mowy dziecka wczesnie urodzonego

W większości przypadków u dzieci urodzonych przedwcześnie mowa rozwija się w sposób zaburzony i wymaga wczesnych działań terapeutycznych. Im wcześniej dziecko zostanie poddane wspomaganiamu rozwoju, tym lepsze będą dla niego rokowania. Opieka logopedyczna i odpowiednia terapia w 1. roku życia pozwala zapobiegać pogłębianiu się problemu. Rozpoczęcie diagnozy powinno być poprzedzone zwróceniem uwagi na wszystkie aspekty mające wpływ na

rozwój mowy. Bardzo ważny jest ogólny stan zdrowia wcześniaka, rozwój psychomotoryczny, budowa narządów mowy, układ oddechowy i tor oddychania. Logopeda powinien sprawdzić, jak wyglądało karmienie, jakie jest napięcie mięśniowe ciała i twarzy, czy występuje asymetria twarzy i ciała, czy występowały lub występują problemy z mową lub budową aparatu fonacyjnego w rodzinie.

Wcześnieaki o niskiej wadze urodzeniowej często odznaczają się brakiem odruchu ssania lub nieprawidłowym odruchem, który może doprowadzić do zachłystywania się lub torsji. Problem ze ssaniem może być wynikiem zaburzeń układu nerwowego. Rolą logopedy jest przywrócenie prawidłowego odruchu i wyeliminowanie zaburzeń. U dzieci przedwcześnie urodzonych często obserwuje się, że start mowy jest nieprawidłowy lub odroczone i wymaga odpowiedniej interwencji logopedycznej. Może to być wynikiem obniżenia sprawności percepcyjnych lub też zahamowania albo niewykształcenia się.

Zaburzenie rozwoju mowy u dzieci wcześniaczych ma bardzo niekorzystny wpływ na rozwój i poziom aktywności dziecka. Wszelkie zachowania i formy zabaw dzieci wykazujących zaburzenia rozwoju mowy są często chaotyczne, nikle ukierunkowane, stymulowane głównie poprzez bodziec wzrokowy. Te dzieci bardzo często rozpraszają się; ich uwaga i koncentracja nie jest na tyle sprawna, by mogły skupić się na czymś w taki sposób, jak robią to dzieci z normy urodzeniowej (Bogacz 2012).

Wcześnieaki często mają ograniczone rozumienie mowy, nie zadają pytań. Zazwyczaj dużo trudniej przyswajają nowe słowa, trudniej jest im też je powtarzać i używać w poprawnym kontekście. Niejednokrotnie można zauważyć, że te dzieci bawią się w ciszy, jednak nie dlatego, że są z natury ciche, a z tej przyczyny, że nie potrafią komentować swoich zachowań. Problemy związane z rozumieniem mowy i rozumieniem komunikacji mogą ściśle wiązać się z problemami intelektualnymi dziecka, dlatego ważne jest, by jak najwcześniej rozpocząć terapię.

5. Badanie rozwoju mowy dziecka urodzonego przed 37. tygodniem ciąży

Logopeda to osoba, która powinna mieć świadomość, że diagnoza i terapia to dwa integralnie połączone ze sobą elementy. Podstawą planowania całego procesu terapii i wdrażania jego realizacji jest odpowiednie rozpoznanie deficytów językowych u dziecka. W prezentowanym badaniu na diagnozę logopedyczną złożyły się:

- zapoznanie z dokumentacją medyczną przedstawioną przez rodziców dziewczynki, analiza dokumentacji – wyników badań lekarskich, epikryz, danych z historii rozwoju noworodka, danych z książeczki zdrowia dziecka,
- wywiad z rodzicami – kwestionariusz wywiadu logopedycznego dla dzieci przedwcześnie urodzonych – opracowanie własne,

- badanie logopedyczne,
- obserwacja Oliwii w trakcie zabawy spontanicznej, planowanej, zabawy z osobami trzecimi, samodzielnej i ogólna obserwacja zachowań.

Do badania logopedycznego wykorzystano dwa narzędzia: kartę badania mowy dziecka dostosowaną dla dziecka 28-miesięcznego oraz kwestionariusz obrazkowy do badania rozumienia i mówienia (Billewicz, Ziolo 2015). Całość badania logopedycznego łącznie z wywiadem i obserwacją obejmowała zgodnie z treścią arkusza następujące elementy:

1. ocenę mówienia – powtarzanie, nazywanie, budowanie zdań, dialog – inicjowanie, prowadzenie, opowiadanie,
2. ocenę rozumienia znaczenia wyrazów, zdań prostych, złożonych, poleceń,
3. ocenę różnicowania dźwięków z otoczenia – szczekanie psa, miauczenie, karetka – odgłos z nagrania na dyktafonie,
4. ocenę budowy i sprawności narządów artykulacyjnych,
5. ocenę funkcji oddechowych,
6. ocenę sprawności związanych z przyjmowaniem pokarmów,
7. ocenę głosu w mowie spontanicznej,
8. ocenę płynności mowy w mowie spontanicznej,
9. ocenę reakcji niewerbalnych,
10. ocenę kontaktu z rodzicami.

Wszystkie elementy i narzędzia wykorzystane w trakcie diagnozy były dostosowane do zasobu wiedzy i znajomości mowy dziecka dwu-, dwuipółletniego. Ponadto w procesie diagnozy zostały wykorzystane inne pomoce, jak: klocki, układanki, misie, lalki, buteleczka i łyżeczka do karmienia, instrumenty muzyczne, przedmioty z otoczenia dziecka.

Dziewczynka urodziła się w 27. tygodniu ciąży jako skrajny wcześniak. Trzy tygodnie przed rozwiązaniem matce zaczęły odchodzić wody płodowe w wyniku infekcji dróg rodnych. By ratować życie nienarodzonej dziewczynki, matka została poddana antybiotykoterapii, była nawadniana i poddana pełnej kuracji steroidowej. Oliwia urodziła się przez cesarskie cięcie. Ważyła 730 g, mierzyła 36 cm, obwód głowy wynosił 23 cm. Rozpoznanie chorobowe zaraz po urodzeniu to:

- wcześniactwo Hbd27 P07.2,
- hipotrofia wewnątrzmaciczna P05.0,
- niewydolność oddechowa RDS P22.0,
- żółtaczka P59.0,
- IVH II ad sin P52.1,
- zapalenie płuc J18.0,
- niedokrwistość P61.2,
- dysplazja oskrzelowo-płucna P27.1,
- retinopatia wcześniacza H35.1,
- noworodek z chorobą matki Hashimoto.

Po urodzeniu otrzymała 4 punkty Apgar w piątej i 5 pkt w dziesiątej minucie życia. U dziewczynki stwierdzono niewydolność oddechową, zaintubowano ją i przeniesiono na OIT, poddano antybiotykoterapii. W drugiej dobie życia nastąpiło pierwsze przetoczenie krwinek czerwonych ze względu na anemię². Przez tydzień dziecko karmiono pozajelitowo, następnie dołączono karmienie dożołądkowe, a od 19. dnia życia była karmiona wyłącznie dożołądkowo. W tym czasie podawano wzmacniacze pokarmowe i KKCZ z powodu anemii oraz żelazo i leki na dysplazję oskrzelowo-płucną.

Dziecko przeszło krwawienie II stopnia do lewego spłotu naczyniowego, zregresowane bez poszerzenia komór. W OUN zaobserwowano dużą torbiel przegrody, szerszy lewy spłot wypełniający światło lewej komory. Z wywiadu z rodzicami oraz dokumentacji wynika, że torbiel uległa całościowemu samowchłonięciu. Obecnie, zgodnie z ostatnim badaniem, ośrodkowy układ nerwowy strukturalnie jest prawidłowy, jednak wcześniejsze nieprawidłowości mogły wpłynąć na obecny stan rozwoju dziecka.

Od urodzenia dziewczynka objęta jest specjalistyczną opieką medyczną mającą na celu monitorowanie i rehabilitację defektów spowodowanych wcześniactwem. Z mniejszym lub większym skutkiem poddaje się cotygodniowym zajęciom rehabilitacyjnym w jednym z rzeszowskich ośrodków wczesnej interwencji. Obecnie zasugerowano mamie możliwość zmiany ośrodka celem zmiany efektów terapii na bardziej zadowalające.

U dziecka stwierdzono zaburzenia motoryki małej i dużej, rozwój ruchowy jest na poziomie dziecka 16–18-miesięcznego. Dziewczynka chodzi na szeroko rozstawionych nogach, niepewnie, często traci równowagę. Zaburzenia napięcia mięśniowego w górnej części tułowia są spastyczne, brzuszek wiotki, pionizacja w niepełnym wyproście (pomimo uczęszczania na zajęcia rehabilitacyjne). Sprawność wchodzenia po schodach jest oceniana jako niezadowalająca – dziecko nie potrafi wchodzić i schodzić naprzemiennie. Rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej jest zaburzony, co może być wynikiem wady wzroku, która została niedawno zdiagnozowana (około 6 dioptrii). Zauważono drobne zaburzenia sensoryczne co do faktur – dziewczynka unika kontaktu z piłką kolczatką. Ma chwyt kreślarski całościowy, sporadycznie pojawia się poprawny uchwyt kredki. Oliwia komunikuje się w sposób niewerbalny, wokalizacyjny, ze sporadycznymi próbami komunikacji werbalnej. Pomimo zaburzeń napięcia mięśniowego sprawność aparatu artykulacyjnego jest zadowalająca. Dziewczynka ma problem ze skupieniem uwagi, szybko się zniechęca, unika kontaktu wzrokowego, jest nieśmiała, wymaga czasem kilkukrotnego powtórzenia polecenia, zanim je zrozumie.

² Oddech kontrolowany do 7. d.ż., następnie CPAP do 53. d.ż., następnie tlenoterapia bierna do 75. d.ż.

Dziewczynka ma niską wagę, rozwija się poniżej trzeciego centyla. Podlega nieustannej diagnozie ze względu na niedowagę i problemy żywieniowe. W toku terapii zauważono, że – pomimo równoległej terapii prowadzonej przez logopedę z OWI – przejawia błędy w połykaniu, picciu, żuciu i odgryzaniu. Nie stosowano u niej nigdy zabaw paluszkowych, nie sprawdzano dokładnie poprawnej budowy aparatu mowy, nie sugerowano zaprzestania korzystania ze smoczka i picia z niekapka, nauki picia przez słomkę. Dziewczynka, mając problem z przelatykaniem, nie tolerowała pokarmów w postaci przecierowej i papek. W miarę rozwoju i nauki karmienia zostały wprowadzone pokarmy stałe, jednak technika przelatykania wciąż wymaga ćwiczeń. Mama nie podaje dziecku innych pokarmów z możliwością odgryzania niż chrupki kukurydziane i paluszki. Zaproponowano podawanie kawałków pieczywa, gdyż Oliwia chrupki łamie i przeżuwa, a nie odgryza.

Dziewczynka zna nazwy przedmiotów, zwierząt, zna ich odgłosy, jednak ma problem z wypowiedzeniem nazwy. Jej mowa odbiega ponad rok od normy rozwojowej. Dziecko przebywa z mamą, a tata pracuje. Mama mówi do córki, ale też pozwala na oglądanie bajek, które nie służą rozwojowi mowy dziecka. Nie ma wiedzy na temat kąpielii słownych dziecka, nie posiada umiejętności opowiadania i nazywania świata, a przede wszystkim brakuje jej konsekwencji w oczekiwaniu na werbalną komunikację. Oliwia nauczyła się komunikować z mamą za pomocą gestu, wokalizacji, krzyku, pojedynczych wyrazów, a mama podejmuje tę komunikację, nie próbując tego zmienić. Dlatego też wspólnie z rodzicami podjęto decyzję o dodatkowej terapii, która ma na celu otworzenie Oliwii, pomoc w rozpoczęciu mowy i – we współpracy z rodzicami – naukę nazywania jej małego świata. To dobrze rokująca dziewczynka, która przeszła bardzo wiele. Nie dawano jej szans na przeżycie, a jednak walczy do tej pory z przeciwnościami losu i chce kontaktu, tylko trudno jest jej go nawiązać.

6. Diagnoza logopedyczna

Oliwia jest wycofana i nieśmiała. Ciężko jest jej skupić uwagę, bawi się w ciszy, często się rozprasza, nie zawsze poprawnie reaguje na swoje imię, nie zawsze wchodzi w interakcję, jednak nie są to zaburzenia ze spektrum autyzmu – jest wcześniakiem, który ma prawo ze względu na urodzenie mieć takie deficyty.

Budowa i funkcjonowanie aparatu mowy jest zadowalająca, choć niektóre ćwiczenia wykonywane są nie do końca poprawnie – trudno stwierdzić, czy jest to niedbałość, czy obniżony zakres sprawności motorycznej języka. Badanie laryngologiczne wykluczyło niedosłuch. Dziewczynka zezuje i ma znaczną wadę wzroku, która nieleczone przez rok mogła wpłynąć na zachowania i rozwój mowy dziecka.

Na badanie i terapię Oliwia zazwyczaj przychodzi z mamą, czasem z objęciem rodziców. Początkowo kontakt wzrokowy z terapeutą i zaufanie było ograniczone, jednak na drogim spotkaniu bariera została pokonana. W czasie swobodnej zabawy wydaje różne dźwięki, wokalizuje, mówi wyrazy abstrakcyjne, a czasami całkiem poprawnie wypowiada proste wyrazy znane z codziennego otoczenia.

Poziom sprawności werbalnej Oliwii jest trudny do ustalenia, gdyż jeśli coś sprawia jej trudność, poddaje się. Rozumie słowa i proste polecenia, jednak często unika odpowiedzi. Jeśli słowo jest utrwalone, to wypowiedzane jest przez nią automatycznie, nawet na zasadzie skojarzenia (jedzie to *bbmm*). Zachowane są elementy mowy wczesnodziecięcej (kura to *koko*). W toku terapii dziewczynka nauczyła się pozawerbalnie lub werbalnie inicjować kontakt z logopedą. Nazywanie obrazków i przedmiotów niejednokrotnie sprawia jej trudność, jednak jest stale zachęcana i motywowana do prób.

Dziewczynka trafiła na terapię logopedyczną z diagnozą lekarza pediatry zaznaczoną na karcie bilansu dwulatka: opóźnienie rozwoju mowy. Po obserwacji i badaniu postawiono diagnozę logopedyczną: niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy z deficytem psychoruchowym.

7. Program terapeutyczny i przebieg terapii

Mając na uwadze fakt, że pierwsze lata życia dziecka to okres bardzo dynamicznego rozwoju połączeń neurotycznych, w swoim postępowaniu przyjęto zasadę, że czynności prymarne są podstawą do rozwijania czynności sekundarnych, a zatem rozwój językowy ściśle wiąże się z pozostałymi funkcjami poznawczymi dziecka.

Stymulacja rozwoju mowy łączy w sobie wiele aspektów: wspomaga proces rozwojowy, usprawnia funkcje, jakimi dziewczynka dysponuje, i pomaga wywołać funkcje, którymi powinna dysponować. Wszystko to ma doprowadzić do optymalnego rozwoju językowego i pełnej, poprawnej komunikacji ze społeczeństwem. Punktem wyjścia do osiągnięcia realizacji planu jest pełne i szeroko rozumiane stymulowanie rozwoju mowy, czyli stwarzanie optymalnych warunków rozwojowych za pomocą:

- podtrzymywania motywacji dziecka do udziału i pracy na zajęciach,
- zabawy będącej terapią – stymulowanie rozwoju mowy w formie zabawy, jako nabywanie doświadczeń kształtujących poprawne wzorce,
- poprawnych wzorców do naśladowania,
- uczenia się mowy i komunikowania w wyniku kontaktów interpersonalnych – przede wszystkim rodzice mają ograniczyć do minimum reakcje na zachowania niewerbalne Oliwii i zachęcać do komunikacji werbalnej,

– nauki, jak opisywać mały świat dziewczynki w ciekawy i prosty sposób, by chciała go tak samo nazywać i o nim opowiadać (pobudzenie potrzeby werbalnego komunikowania się).

Aby zwiększyć skuteczność terapii, oprócz działań skierowanych bezpośrednio na dziecko, zaproponowano pewne rozwiązania i postępowanie rodzicom. Zwrócono uwagę na poprawność mowy kierowanej do dziecka, a przede wszystkim wyeliminowanie „języka nianiek”. Dorośli mają zaprzestać też używania zamienników wyrazowych, np. „chodź, idziemy dada” = „chodź, idziemy na spacer” – forma pożądana w terapii, „ otwórz buzię, aaam” = „otwórz buzię, jemy”. Tzw. *baby talk* nie wpływa korzystnie na rozwój mowy dziecka, a nawet ją hamuje, i to rodzice powinni zrozumieć. Zasugerowano zmianę nawyków żywieniowych oraz form podawania dziecku pokarmu i napojów, a także rezygnację z uspokajaczy typu smoczek i tabletek. Rozpoczęto naukę poprawnego podawania pokarmów i napojów oraz naukę kontrolowania jakości żucia, połykania, gryzienia i dmuchania. Rodzice w formie zabawy powinni aktywnie usprawniać aparat artykulacyjny swojej córki, by terapia przyniosła tak długo oczekiwany przez nich efekt (wspólne wykonywanie ćwiczeń – gimnastyka buzi i języka). Najbliżej mają otaczać dziecko mową, używać „kąpeli słownych”, należy przy tym uczulić otoczenie dziecka na poprawność i jakość wypowiedzi do dziecka.

Dziecko należy zachęcać do używania mowy w trakcie zabaw angażujących koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową. Oliwia może uczyć się mówić wszystkimi zmysłami – jeśli dotknie miękkiego ciasta, nazwijmy zjawisko, opiszmy brudną rączkę – powtórzmy to, a z pewnością niebawem usłyszymy: „brudna ręka”. Należy werbalizować komunikaty niewerbalne dziecka: jeśli Oliwka chce pić i – jak to ma w zwyczaju – pokazuje na butelkę, to nie podajemy jej butelki, ale pytamy: „chcesz pić?”. W końcu dziecko albo odpowie, albo przynajmniej skinie głową, co już jest bliższą formą komunikacji. Gdy następnym razem skinie głową, zapytamy: „tak?” W końcu doprowadzimy do wypowiedzenia „TAK”.

W terapii stosujemy zabawy uczące dialogu – raz robię ja, raz robisz ty – naprzemiennie. Jeśli rodzice mają świadomość rytmu komunikacyjnego, dziecko tego rytmu od nich się nauczy i szybciej wejdzie w interakcję słowną z drugą osobą. W przypadku Oliwii ważne jest też odnowienie wspólnego pola uwagi, które jest nieodzownym elementem procesu komunikowania się.

Plan terapii logopedycznej przygotowany dla Oliwii opiera się na:

1. usprawnianiu pracy narządów artykulacyjnych,
2. usprawnianiu czynności związanych ze spożywaniem pokarmów,
3. usprawnianiu funkcji oddechowej,
4. stymulowaniu i usprawnianiu mowy w różnych jej formach poprzez zabawę i opowiadanie świata,
5. stymulowaniu i usprawnianiu rozumienia,
6. usprawnianiu modulacji głosu.

Usprawnianie pracy narządów artykulacyjnych

Usprawnianie pracy narządów artykulacyjnych polega na biernych i czynnych ćwiczeniach usprawniających motorykę języka, warg i podniebienia miękkiego. Ćwiczenia bierne polegają na realizacji ćwiczenia z pomocą logopedy lub rodzica, natomiast czynne realizowane są samodzielnie przez dziecko.

Ćwiczenia usprawniające stosowane w terapii – gimnastyka buzi i języka:

- pionizacja języka (niezbędna przy prawidłowym połykaniu) – unoszenie języka do wałka dziąsłowego – zabawa „stuka dzięcioł w głuche drzewo”;
- dotykanie językiem zębów górnych i dolnych;
- przesuwanie języka po podniebieniu do tyłu i do przodu – „jazda języka na łyżwach”;
- oblizywanie warg – górna i dolna w obie strony – „miś zlizuje miodek”;
- otwieranie i zamykanie ust jak rybka;
- cmokanie – buziaki dla mamy;
- wyciąganie chusteczki trzymanej zacisniętymi ustami – naprzemiennie z terapeutą – komu się uda;
- rozciąganie ust jak do wymowy głosek *i* oraz *u* – „żaba szerokoustna i wąskoustna”;
- zabawy ze słomką: picie, dmuchanie, przenoszenie, dmuchanie na kulki – kto więcej kulek na drugą stronę biurka, przenoszenie rybek do stawu;
- chuchanie na lusterko – „zaczarowane lusterko”: chuchnij i zobacz, co jest narysowane;
- chrapiemy – „stary niedźwiedź mocno śpi”;
- delikatny masaż podniebienia twardego i miękkiego.

Na spotkaniu korzystamy z wybranych pozycji terapii tak, by każde spotkanie było dla Oliwii ciekawe. Dbamy o pozytywną motywację dziecka.

Usprawnianie czynności związanych ze spożywaniem pokarmów

Mając na uwadze problemy, z jakimi boryka się nie tylko wcześniak, ale i jego rodzice, postanowiono położyć nacisk na usprawnienie czynności związanych z jedzeniem i piciem, które polega na:

- odwrażliwieniu za pomocą bodźców termicznych: ‘ciepło’ i ‘zimno’ oraz smaków: ‘kwaśny’ i ‘słodki’; Oliwia nie przejawia innych zaburzeń wrażliwości okolic jamy ustnej;
- stymulowaniu pożądanych i wycofaniu niepożądanych odruchów ustno-twarzowych, które są związane z prawidłowym przyjmowaniem pokarmów; terapia polega na umiejętności poprawnego pobierania pokarmu z łyżeczki, poprawnym połykaniu, odgryzaniu i żuciu; umiejętność żucia i odgryzania osiągnięto poprzez zmianę nawyków żywieniowych;

- usprawnianie picia – uczono odpowiedniego ułożenia ust i języka podczas picia przez słomkę, wprowadzano nowe konsystencje, uczono picia z kubka bez ustnika.

W terapii poinformowano rodziców o prawidłowej pozycji do karmienia, nieodchylaniu głowy dziecka do tyłu oraz o niepodwijaniu łyżeczki do góry przy wprowadzaniu (podaży) pokarmu do jamy ustnej. Te zabiegi spowodowały, że Oliwia prawidłowo i samodzielnie nauczyła się ściągać pokarm z łyżeczki.

Usprawnianie funkcji oddechowej

Usprawnianie tej umiejętności u dziewczynki polegało na pracy nad równym wydechem i wypracowaniu odpowiedniej jego siły. W toku terapii zwracano uwagę na prawidłowy tor oddechowy i równomierne rozłożenia oddechu. Wykorzystano następujące ćwiczenia:

- dmuchanie baniek mydlanych, dmuchanie baniek przez słomki, tworzenie sztormu przez słomkę w kubku z napojem, wiatraczek;
- dmuchanie przez słomkę na kulki, przenoszenie za pomocą słomki papierowych rybek;
- dmuchanie na świeczkę z różną siłą – od drgania płomienia aż po zgaszenie, ten sam efekt był osiągnięty przy wykorzystywaniu piórka.

Oddychanie przeponowe zostanie wprowadzone w chwili, gdy Oliwia będzie bardziej świadoma; obecnie nie jest w stanie w pełni kontrolować oddychania „brzuszkami”, a nie „ramionkami”.

Stymulowanie i usprawnianie mowy w różnych jej formach poprzez zabawę i opowiadanie świata

Praca nad rozwojem mowy w przypadku tak skrajnego wcześniaka będzie długotrwałym procesem terapeutycznym wymagającym cierpliwości i konsekwencji. Oliwia najlepiej przyswaja nowe umiejętności w trakcie zabawy i naśladowania, dlatego układając plan terapii, zaplanowano ćwiczenia tak, by przynosiły dziecku przyjemność i jednocześnie realizowały założone cele.

Dziewczynka, komunikując się, korzystała z niewielkiego zasobu słów i wokalizacji, dlatego proces terapii rozpoczęto od kształtowania umiejętności powtarzania dźwięków mowy:

- powtarzanie dźwięków podparty odpowiednim znaczeniem:
 - aaaaa – usypiamy lalkę, zaśpiewajmy jej kołysankę,
 - oooo – zobacz, lecą bańki, kręci się bączek,
 - uuuu – bączek robi uuuu,
 - io – karetka robi io – tata jeździ karetką,
 - cii – lala śpi itd.;

- powtarzanie sylab i wyrazów dźwiękonaśladowczych z natury, otoczenia, obrazków; Oliwia lubi zwierzęta, zatem – wykorzystując zabawę figurkami zwierząt, które przychodzą do Oliwii i się jej przedstawiają – powtarzamy, że krowa robi *muuu*, baran robi *bee*, gęś – *gęgęgę* (otrzymałyśmy dźwięk substytuowany – *de*); powoli zaczynamy werbalnie opisywać głosy zwierząt z farmy;
- kształtowanie umiejętności nazywania ćwiczone jest przy każdym spotkaniu, gdyż dziewczynka lubi pracować na konkretach; niewielki zasób słów wzbogacamy o wyrazy niezbędne w codziennej komunikacji, które wprowadzamy samodzielnie lub w prostych połączeniach: *mama da, nie ma, tata papa*; budowanie wypowiedzi dłuższych rozpoczniemy z chwilą, gdy dziewczynka będzie gotowa; obecnie cieszy nas każde nowe poprawne lub tylko zrozumiałe słowo, które trafia do słownika dziewczynki.

Docelowo należy wypracować budowanie zdań i umiejętność prowadzenia dialogu, następnie rozwijać zdolności narracyjne i artykulacyjne. Należy także ćwiczyć odpowiadanie na pytania (jak się masz?, wyspałaś się?, co robisz?). Na razie udało się uzyskać odpowiedzi na pytania zamknięte (tak, nie, to – wskazywanie).

Stymulowanie i usprawnianie rozumienia

Celem usprawniania rozumienia stosowano następujące ćwiczenia:

- ćwiczenia pozwalające na rozumienie pojedynczych wyrazów – opierają się na kojarzeniu nazwy z przedmiotem czy obrazkiem; na razie ćwiczenia bazują na dwóch przedmiotach lub obrazkach, z czasem będziemy zwiększać poziom trudności, podnosząc liczbę prezentowanych elementów. Terapeuta pokazuje Oliwii ilustracje (uwzględnia się przy tym kolejność pojawiania się poszczególnych kategorii semantycznych i gramatycznych), wypowiada nazwę przedmiotu, a dziecko ma wskazać odpowiedni rysunek i powtórzyć nazwę. Jeżeli sięga po niewłaściwy obrazek, terapeuta chwyta rączkę i kieruje w stronę poprawnego i jeszcze raz powtarza nazwę; Oliwia ma problem z przyswajaniem nowych nazw, jednak po kilku próbach potrafi poprawnie wskazać i nazwać prostsze obrazki. Każda udana próba jest nagradzana (w zależności od dnia i poziomu motywacji nagrody są różne: brawa, naklejki, rysowane na tablicy serduszka, buźki itp.);

- ćwiczenia rozumienia znaczenia prostych poleceń – terapię rozpoczęłyśmy od poleceń, z którymi dziewczynka spotyka się w życiu codziennym, jak: „pokaż mamę”, „pokaż brzuszek”, „podaj klocek”, „przynieś buty” itd.; w przypadku braku reakcji polecenie powtarzano kilkakrotnie, a zadanie było wykonywane wspólnie z terapeutą; przyjęto, że taka metoda terapii zachęci Oliwię do realizacji zadania; oczywiście każde poprawnie wykonane polecenie było nagradzane;

- ćwiczenia rozumienia poleceń złożonych – obecnie terapia opiera się na poleceniach prostych; w przyszłości poziom trudności ma wzrastać: dziecko ma

wykonywać polecenia złożone i rozumieć zależności między przedmiotami i osobami oraz relacje przestrzenne i czasowe.

W późniejszej terapii zaplanowano także ćwiczenia słuchowe i ćwiczenia słuchu fonemetycznego na podstawie definicji słuchu w ujęciu T. Kani (1982). Celem tych ćwiczeń będzie koncentracja uwagi na bodźcach słuchowych, różnicowanie dźwięków z otoczenia, różnicowanie natężenia i barwy dźwięku oraz identyfikacji fonemów. Obecnie trudno przewidzieć, kiedy ten etap terapii zostanie wprowadzony.

Usprawnianie modulacji głosu

Ostatnim krokiem naszej terapii będzie usprawnianie modulacji i funkcji głosu. W tej chwili głos dziewczynki jest cichy i apatyczny, jedynie wokalizacje i euforyczne trafne odpowiedzi wypowiedane z większą dozą pewności są artykułowane bardziej donośnie. W dalszej terapii będziemy korzystać z umiejętności naśladowania zachowań innych osób, by dźwięki tworzone przez osoby trzecie stały się dla dziewczynki wzorcem do naśladowania.

W terapii dodatkowy nacisk jest położony na rozwój poznawczy. Stymulujemy dziecko poprzez polisensoryczne poznawanie świata, usprawnianie wzroku, słuchu, smaku, węchu i dotyku, ćwiczymy propriocepcję i równowagę, rozwój psychoruchowy, który u Oliwii jest zaburzony. Najbardziej koncentrujemy się na usprawnianiu mówienia, a w szczególności na umiejętności nazywania, rozumienia i wypowiedania podstawowych próśb i potrzeb.

Rokowanie

Efektom pracy jest przede wszystkim poprawa sposobu przyjmowania pokarmów i zmiana nieprawidłowych nawyków. Dziewczynka poprawnie je stałe pokarmy z łyżeczki, widelca, żuje, odgryza i pije z kubeczka. Poprawiła się sprawność narządów artykulacyjnych. Oliwia zaczęła świadomie wypowiadać proste słowa, jak *mama, papa, nie, mama oć, tata papa, oko*, itd. Wzbogacany jest stale słownik. Dziecko pracuje coraz chętniej, zachęcane sukcesami i nagrodami. Terapia przynosi powolne efekty w zakresie rozwoju mowy, nieco szybciej postępuje usprawnianie funkcji spożywania pokarmów. Dodatkowo Oliwia zaczyna coraz lepiej radzić sobie psychoruchowo i manualnie, w porównaniu z początkiem terapii chodzi coraz pewniej, choć chód wciąż nie jest doskonały.

W terapii zaproponowano częstszy kontakt z rówieśnikami dziewczynki i inicjowanie wspólnych zabaw. Dotychczas doszło do trzech sesji, które nauczyły dziewczynkę wspólnych zabaw, choć Oliwia z rówieśnikiem komunikuje się najczęściej pośrednio, przez terapeutę. Dziewczynka większym zaufaniem obdarza starsze dzieci niż szczebioczących rówieśników.

Oliwia i jej rodzice czują się dobrze w terapii, cieszą się odnoszonymi sukcesami i nie zważają na drobne porażki. Obecnie dziewczynka coraz dłużej potrafi skupić uwagę, chętniej i na dłużej nawiązuje kontakt z terapeutą i zaczyna częściej komunikować się werbalnie, naśladuje niektóre odgłosy zwierząt. Jest coraz bardziej ciekawa świata. Dzięki zmianie nawyków rodziców (prowadzenie dialogu z dzieckiem, wyeliminowanie niepotrzebnych bajek oraz przestymulowania dziecka w ciągu dnia, stosowanie prostych, bezpośrednich kąpieli słownych) Oliwka rokuje w terapii pomyślnie. Na chwilę obecną trudno stwierdzić, czy zdoła pokonać wszystkie deficyty, z jakimi jej przyszło żyć na co dzień.

W przypadku podtrzymania terapii w okresie długoterminowym rokowania dziewczynki w kwestii rozwoju mowy są dobre. Rokowania w kwestii ogólnorozwojowej też wypadają pozytywnie, ale dziecko pozostaje objęte ciągłą kompleksową, wielospecjalistyczną terapią w ośrodku wczesnej interwencji lub innej placówce realizującej wczesne wspomaganie rozwoju i kompleksową opiekę nad rozwojem dzieci wcześniaczych z współwystępującymi deficytami.

Wnioski

Intencją autorek było przedstawienie problemu skrajnego wcześniactwa z punktu widzenia diagnozy i terapii logopedycznej. Wcześniaki narażone są na wystąpienie różnorodnych zaburzeń rozwojowych, dlatego powinny być objęte opieką interdyscyplinarną od pierwszych dni swojego życia. Ważna jest wczesna identyfikacja pierwszych symptomów zaburzeń mowy zwłaszcza ze strony osób sprawujących opiekę medyczną nad dzieckiem. Pierwsze zaburzenia widoczne są już przy trudnościach związanych z przyjmowaniem pokarmów czy przy braku gaworzenia. Trudności z wspólnym polem uwagi czy wypowiedzaniem pierwszych słów lub nagłym wycofaniem albo zatrzymaniem mowy też powinny być sygnałem dla otoczenia dziecka, aby otoczyć je bardziej wnikliwą opieką. Dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży powinny być poddawane częstszym badaniom przesiewowym oceniającym ich stan rozwoju w szerokim spektrum obserwacji.

Bibliografia

- Billewicz G., Ziolo B., 2015, *Kwestionariusz badania mowy*, Kraków: Impuls.
- Bogacz E., 2012, *Ręka, myślenie i mowa – rozwój psychoruchowy i poznawczy a kształtowanie mowy dziecka w odniesieniu do dzieci z chorobami genetycznymi* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dzieci z chorobami genetycznymi*, red. T. Kaczan, R. Śmigiel, Kraków: Impuls, s. 147–171.
- Bręborowicz G. H., Kamiński K., Markwitz W., Skrzypczak J., Wilczyński J., 2003, *Poród przedwczesny* [w:] *Postępy w medycynie matczyno-łożyskowej. Zbiór wybranych wykładów wygłoszonych na III Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej*, red. L. Pocięchowski, D. Nowakowska, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 183–185.

- Brzozowska I., 1978, *Fizjopatologia noworodka* [w:] *Diagnostyka i terapia małego dziecka*, red. B. Górnicki, Z. Kowalczyk, Warszawa: PZWL, s. 137–171.
- Kania T., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa: Wydaw. Szkolne i Pedagogiczne.
- Kornacka M. K., Bokiniec R., 2003, *Krwawienia śródczaszkowe u noworodków* [w:] *Postępy w medycynie matczyno-łożyskowej. Zbiór wykładów wygłoszonych na III Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej*, red. L. Pociechowski, D. Nowakowska, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 221–228.
- Kułakowska Z., 2002, *Wczesne uszkodzenie mózgu* [w:] *Wcześniak*, red. E. Helwich, Warszawa: Wydaw. Lekarskie „PZWL” Sp. z o.o., s. 126–143.
- Nitendel-Bujakowa E., Kołtun A., 2001, *Opieka logopedyczna nad dziećmi z ryzyka ciążowo-porodowego*, „Logopedia” 29, s. 105–116.

Delayed development of speech vs. Extreme prematurity

– a case study

Summary

This paper presents a case study of a child born in the 27th week of pregnancy. Prematurity is a new subject in speech development, because progress of medicine led to more such births. The paper shows the case of a child whose prenatal development was stopped, and his premature birth affected his pace of development and ability to learn a language significantly. The proposed here therapeutic assumptions may be a source of inspiration for speech therapists working with such patients.

Key words: prematurity, development of speech, early therapy