

MAGDALENA KOCHAŃSKA

Instytut Badań Edukacyjnych, Zakład Psychologii Edukacji

## PROBLEMY ZWIĄZANE Z DIAGNOZOWANIEM ZABURZEŃ ROZWOJU JĘZYKOWEGO I ICH KONSEKWENCJE DLA EDUKACJI

**Streszczenie:** Zaburzenia funkcji językowych, niezależnie od ich etiologii, dotyczą znacznej części dzieci u progu i na wczesnych etapach edukacji szkolnej. Tymczasem brak porozumienia w obrębie terminologii naukowej, medycznej i w obszarze orzecznictwa oświatowego oraz brak określonych standardów postępowania diagnostycznego utrudnia organizowanie sprawnego i adekwatnego systemu pomocy dla dzieci dotkniętych tego typu trudnościami. Umiejętności językowe warunkują efektywną komunikację, interakcję i do-

bre relacje międzyludzkie, są także podstawą sukcesu edukacyjnego i zawodowego, co ma bezpośrednie przełożenie na dobrostan jednostki, a zatem powinny być przedmiotem szczególnej troski polityki edukacyjnej i wczesnej interwencji psychologiczno-pedagogicznej.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia językowe o nieustalonej etiologii, specyficzne zaburzenie językowe SLI, terminologia, język dziecka, diagnoza zaburzeń językowych, specjalne potrzeby edukacyjne

### WPROWADZENIE

Kompetencje językowa i komunikacyjna niewątpliwie leżą u podstaw sukcesów edukacyjnych i zawodowych w wielu dziedzinach. Umiejętności ekspresji i rozumienia mowy mają ogromny wpływ na przebieg edukacji i funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym. Wpływają nie tylko na sprawne i precyzyjne wyrażanie myśli, rozumienie tekstów, świadome uczestniczenie w lokalnym i międzynarodowym dorobku kulturowym, lecz także leżą u podstaw umiejętności nabywania czytania i pisania. Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy w dzieciństwie stanowią grupę ryzyka dysleksji (Krasowicz-Kupis, 2008; Hulme, Snowling, 2009; Wiejak, Krasowicz-Kupis, Awramiuk, w tym tomie) i zaburzeń językowych (Smoczyńska, 2012, 2016). Większość z nich na etapie edukacji szkolnej doświadcza trudności w czytaniu proporcjonalnych do nasilenia deficytów językowych (Hulme, Snowling, 2009). Szkoła, w której znaczna część aktywności edukacyjnych i społecznych opiera się na przekazie werbalnym, może być dla dzieci o obniżonych czy zaburzonych funkcjach językowych doświadczeniem, które wpłynie negatywnie na ich dobrostan w sferze zarówno emocjonalnej, społecznej, jak i poznawczej oraz na dalszą ich przyszłość (Clegg i in., 2005).

Dane z badań normalizacyjnych *Testu Rozwoju Językowego TRJ* (Smoczyńska i in., 2015) pokazują, że około 20% dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym ( $N = 4260$ , 4;0–8;11) osiąga wyniki w standaryzowanym teście językowym w przedziale od 1 do 3 stanina, czyli poniżej normy dla swojej grupy wiekowej. Część z tych dzieci zapewne boryka się z poważnymi zaburzeniami w obszarze języka i komunikacji<sup>1)</sup>.

## ZABURZENIA JĘZYKOWE O NIEUSTALONEJ ETIOLOGII

Trudności w funkcjonowaniu językowym są charakterystyczne dla wielu chorób, zaburzeń rozwoju czy anomalii genetycznych. Jako wtórne konsekwencje towarzyszą różnym chorobom i uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego (Maryniak, 2000; WHO, 1993, wyd. 2008), zespołom genetycznym (Hagerman, 2011; Laws, Bishop, 2004), uszkodzeniom słuchu (Delage, Tuller, 2007), dysfunkcjom aparatu artykulacyjnego (Mirecka, 2014; Pluta-Wojciechowska, 2011), obniżeniu ogólnej sprawności intelektualnej (Błęszyński, 2012; Wątopek, 2014), czy też innym zaburzeniom rozwojowym, takim jak autyzm (Błęszyński, 1998; Minczakiewicz, 1998).

Jednakże spora grupa osób wykazuje obniżone w stosunku do typowego dla populacji czy też zaburzone funkcjonowanie językowe bez towarzyszących obserwowalnych i znacznych dysfunkcji w innych obszarach. Są one jednak znaczące na tyle, że wpływają na funkcjonowanie tych osób w codziennym życiu. Oczywiście stwierdzenie, że w innych sferach funkcjonowanie danej osoby z zaburzeniami językowymi jest optymalne, stanowi duże uproszczenie, gdyż zarówno w obszarze rozwoju społeczno-emocjonalnego, poznawczego, jak i neurologicznego nie ma jednego sztywnego wzorca, do którego moglibyśmy odnieść każdego pacjenta, wyznaczone są jedynie ogólne ramy. Coraz bardziej zaawansowane metody badań neurologicznych pokazują subtelne różnice w strukturze i funkcjonowaniu mózgu osób dotkniętych wybiórczymi zaburzeniami dotyczącymi sfery językowej w stosunku do grupy kontrolnej (De Vasconcelos Hage i in., 2006). W pojedynczym badaniu trudno jest jednak ustalić, czy są one przyczyną czy konsekwencją owych trudności. Co więcej – wyniki te nie są spójne, a czasem bywają sprzeczne, m.in. ze względu na dużą wrażliwość tego typu badań na uboczne zmienne (Leppanen i in., 2004).

W diagnozie klinicznej nie praktykuje się jednak prowadzenia badań neuroobrazowych czy genetycznych. Są one przydatne w badaniach naukowych i służą lepszemu zrozumieniu etiologii oraz natury tych trudności. Diagnoza oparta na biologicznych wskaźnikach (*biomarkers*) byłaby prawdopodobnie mało użyteczna, jako że rzadko są one specyficzne tylko dla jednego obszaru funkcjonowania (Bishop, 2014a; Leonard i in., 2008).

Podobna sytuacja dotyczy czynników genetycznych. Choć badania pokazują wpływ pewnych niekorzystnych kombinacji genów na ryzyko rozwinięcia się zaburzeń językowych (Newbury i in., 2011), to jednak rzadkie mutacje są sporadyczne, pojedyncze zaś geny odgrywają w tym procesie marginalną rolę (Graham, Fisher, 2013). Trudno zatem wyobrazić sobie diagnozę zaburzeń językowych na podstawie testów genetycznych, również z tego względu, że nie zawsze posiadanie określonej mutacji genów prowadzi

<sup>1)</sup> Na podstawie badań epidemiologicznych w krajach anglojęzycznych wiemy, że może to być nawet 10% populacji dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym (Enderby, Pickstone, 2005; Tomblin, 2010).

do ujawnienia się danej dysfunkcji (Tomblin, 1996). Genetyczne i środowiskowe uwarunkowania przenikają się wzajemnie, co więcej – najnowsze badania pokazują wpływ oddziaływań środowiska na modyfikację czynników genetycznych (Wierzba, 2016).

Niezależnie zatem od postępów w medycynie, diagnostyka zaburzeń językowych opiera się głównie na objawach behawioralnych<sup>2)</sup>, psycholingwistycznych wskaźnikach (Conti-Ramsden, Botting, Faragher, 2001; Conti-Ramsden, Hesketh, 2003) oraz możliwych do zaobserwowania kryteriach wyłączających, terapia zaś na kompensacji określonych deficytów.

Dzieci dotknięte zaburzeniami rozwoju językowego to bardzo zróżnicowana grupa. Trudności tych dzieci mogą się objawiać na wszystkich poziomach systemu językowego (od fonologii po dyskurs) lub tylko niektórych z nich. Kluczowe dla diagnozy są zaburzenia w obrębie tych elementów języka, które niosą znaczenie: słownictwa i gramatyki. Odnotowuje się współwystępowanie zaburzeń artykulacji oraz fonologicznych, ale nie są one kryterium włączającym w diagnozie (Bishop, 2014b; Czaplewska, 2012; Leonard, 2006; Smoczyńska, 2015). Problemy mogą dotyczyć ekspresji lub rozumienia mowy bądź obu tych obszarów.

## KONTROWERSJE WOKÓŁ TERMINOLOGII

Istnieje duży rozdźwięk pomiędzy tym, jak definiowane są zaburzenia rozwoju językowego o nieokreślonej etiologii w klasyfikacjach medycznych, literaturze naukowej i przepisach prawa oświatowego, dotyczących orzecznictwa i specjalnych potrzeb edukacyjnych. W każdym z tych obszarów operuje się również różnorodną terminologią, co niezwykle utrudnia pracę diagnostom oraz porozumienie między specjalistami z różnych dziedzin (psychologami, logopedami, pedagogami, nauczycielami). Sytuacja ta jest przede wszystkim niekorzystna dla dzieci dotkniętych tego typu trudnościami i ich rodzin, ponieważ może prowadzić do złego rozpoznania lub braku jasno określonej diagnozy, a co za tym idzie:

- braku zrozumienia natury problemów dziecka,
- braku odpowiedniego wsparcia w domu i w placówce edukacyjno-wychowawczej,
- poważnych konsekwencji psychologiczno-edukacyjnych,
- niedostosowanej terapii lub jej braku.

### *Klasyfikacje naukowe*

W środowisku naukowym zarówno polskim, jak i światowym nie ma zgody co do jednolitej terminologii na określenie zaburzeń rozwoju językowego o niewyjaśnionych przyczynach. Co więcej, żadne ze stosowanych określeń nie jest za każdym razem jednakowo definiowane ani konsekwentnie stosowane (Bishop, 2014a; Czaplewska, 2012).

W Polsce, w zależności od ośrodka akademickiego, najczęściej stosowane są terminy: *afazja rozwojowa*, *niedokształcenie mowy o typie afazji* (Szumska, 1982; Parol, 1997), *alalia/dyslalia* (Styczek, 1979; Parol, 1997; Grabias, 2000, 2008), *opóźnienie*

<sup>2)</sup> Wyczerpującą listę charakterystycznych objawów u dzieci polskojęzycznych można znaleźć m.in. w pracach: Czaplewska 2012; Kochańska, Krasowicz-Kupis, 2014; Kurowska, 2012; Maryniak, 2011.

rozwoju mowy (Szelaąg, 2006), *opóźniony rozwój mowy* (Zalewski, 1992) oraz podobne: *samoistny opóźniony rozwój mowy SORM* (Tarkowski, 1993, 1999; Jastrzębowska, 2000, 2003), *prosty opóźniony rozwój mowy* (Pruszewicz, 1992), a także *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego* (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1998).

Określenia zawierające w sobie termin *afazja* są mylące z dwóch powodów. Z lingwistycznego punktu widzenia przedrostek *a-* odnosi się do całkowitego braku mowy. Natomiast w neurologii i logopedii *afazją* określa się sytuację utraty mowy wskutek uszkodzeń neurologicznych OUN. Tymczasem żadne z tych warunków w całości nie odnoszą się do dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego o nieustalonej etiologii. Z kolei nazwy podkreślające opóźniony charakter rozwoju językowego również nie oddają istoty zjawiska. Część dzieci bowiem, których rozwój mowy jest opóźniony we wczesnym dzieciństwie, wyrównuje to opóźnienie (Krasowicz-Kupis, 2012; Reilly i in., 2010; Smoczyńska, 2012, 2016). Ponadto termin ten sugeruje typowy rozwój mowy, ale późniejszy czy też wolniejszy, natomiast istnieje wiele dowodów na jego nietypowy przebieg (Czaplewska, 2012; Leonard, 2006). Uzasadnione jest zatem mówić o opóźnionym rozwoju mowy (ryzyku zaburzeń językowych) do ukończenia przez dziecko około czterech lat, a w wypadku dalszych trudności – przeprowadzać diagnozę pod kątem zaburzeń rozwoju językowego (Smoczyńska i in., 2015).

*Specyficzne zaburzenie językowe SLI* (ang. *specific language impairment*) to z kolei termin, który przyjął się w polskich publikacjach naukowych w ostatnich latach (Czaplewska 2012; Krasowicz-Kupis, 2012; Kochańska, Krasowicz-Kupis, 2014; Maryniak, 2011; Smoczyńska, 2012; Smoczyńska i in., 2015), choć w literaturze światowej funkcjonuje już od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku (Leonard, 2006). Wprowadzenie tego terminu było nieuniknione z kilku powodów. Po pierwsze, polskie, często „lokalne” terminy nie są zrozumiałe dla międzynarodowego środowiska naukowców badających to zjawisko i mogą prowadzić do nieporozumień. Po drugie, polscy naukowcy, uczestniczący w międzynarodowych projektach dotyczących SLI, muszą posługiwać się uniwersalną i ogólnie przyjętą terminologią. Po trzecie wreszcie, coraz więcej ludzi emigruje do innych krajów, coraz więcej dzieci jest wielojęzycznych, a zatem, aby dzieci z trudnościami w rozwoju językowym otrzymały adekwatną pomoc, niezależnie od tego, gdzie aktualnie przebywają, ważne jest, by specjaliści w różnych krajach porozumiewali się między sobą w miarę jedną terminologią i jasno sprecyzowanymi kryteriami diagnostycznymi.

Termin SLI jest jednym z najczęściej stosowanych w światowej literaturze naukowej oraz dobrym do wyszukiwania informacji w Internecie. Jak podkreśla Bishop (2014a) – określenia typu *language disorder* („zaburzenie językowe”) czy *speech, language and communication needs* („specjalne potrzeby językowe i komunikacyjne”)<sup>3)</sup> są zbyt ogólne i zwracają wiele treści niepowiązanych z zaburzeniami językowymi o nieokreślonej etiologii. Tymczasem termin SLI jest precyzyjny, co więcej – zwraca ponad 20 tysięcy rekordów, pięć razy więcej niż np. *developmental language disorder* („rozwojowe zaburzenie językowe”).

<sup>3)</sup> *Speech, language and communication needs* (SLCN) – to brytyjski termin-parasol, który obejmuje dzieci z trudnościami w komunikacji (pierwotnymi i wtórnymi). Ze względu na trudności w znalezieniu polskiego odpowiednika stosuję własne, niedosłowne tłumaczenie „specjalne potrzeby językowe i komunikacyjne”, poprzez analogię do polskiego terminu „specjalne potrzeby edukacyjne”. W języku angielskim istnieje rozróżnienie między terminem *speech* – oznaczającym raczej wymowę i artykulację – a *language*, który odnosi się do całego systemu językowego, stąd obecność obu członów w nazwie SLCN.

Opublikowanie w 2013 r. piątej wersji klasyfikacji chorób psychicznych DSM Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA, 2013) wywołało debatę naukową skoncentrowaną wokół nazewnictwa w obszarze zaburzeń językowych, w szczególności podejmowano liczne argumenty za i przeciw stosowaniu terminu SLI. Część badaczy opowiedziała się za koniecznością ostrożnego „etykietowania” zaburzeń w psychiatrii. W swojej krytyce DSM-V Allen Frances (2013) podkreślał, że to, co wynika z normalnej wariacji, często bywa traktowane jako zaburzenie, w rezultacie spory odsetek populacji spełnia kryteria diagnostyczne. Inni badacze akcentowali negatywne konsekwencje nadawania etykiet diagnostycznych w postaci stygmatyzacji (Lauchlan, Boyle, 2007).

Bishop (2014a) rozważając argumenty za i przeciw nadawaniu etykiet diagnostycznych, podkreśla jednak rolę, jaką w życiu dziecka i jego rodziny odgrywa diagnoza określonej jednostki chorobowej:

- zdejmuje winę za trudności z dziecka, jego rodziców i nauczycieli,
- promuje rozumienie i świadomość trudności dziecka,
- pozwala chronić dziecko przed dyskryminacją,
- otwiera dostęp do terapii i systemu wsparcia dla dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Ann Clark i Glenn Carter (2014) odnotowali, że zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej nie ma jednak jednego standardu diagnozy SLI. Kryteria wyłączające często stosowane są niekonsekwentnie, zbyt wąsko lub nie są stosowane w ogóle. Badania w ostatnich latach pokazują także, że stosowanie kryteriów wyłączających w diagnozie zaburzeń językowych nie ma podstaw, co więcej – wyrządza wiele szkód, ponieważ dzieci, które ich nie spełniają, nie otrzymują stosownego wsparcia (Reilly i in., 2014).

W praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych trudno jest wyselekcjonować dzieci, które mają tylko wybiórcze zaburzenia językowe przy optymalnym funkcjonowaniu poznawczym, bez współwystępowania innych trudności oraz bez różnic na poziomie strukturalnym i funkcjonalnym mózgu w stosunku do grupy kontrolnej (Bishop, 2014a).

Tymczasem wśród dzieci z trudnościami językowymi o nieustalonej etiologii są takie, których np. inteligencja niewerbalna jest niska (IQ w przedziale 70–85) i takie, które mają słabo wykształconą teorię umysłu i umiejętności pragmatyczne. Część z nich jest wielojęzycznych, część pochodzi z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym i ubogiej stymulacji językowej (*input language*). Inne mają mniej sprawny aparat artykulacyjny. Stosując kryteria wykluczające, *de facto* zostawiamy te dzieci bez diagnozy, choć nie mamy pewności, czy część objawów nie jest bezpośrednim skutkiem trudności językowych.

Na przykład deprywacja środowiskowa pozbawia dziecko możliwości otrzymania diagnozy SLI. Tymczasem jak pokazują badania, takie podejście nie ma podstaw. Po pierwsze, dzieci z zaburzeniami językowymi o niskim i wysokim statusie socjoekonomicznym mają podobny profil językowy (Roy, Chiat, 2013). Trudno również wyznaczyć granicę między adekwatnym a niesprzyjającym wpływem środowiska na rozwój językowy dziecka. Poza skrajnymi przypadkami zaniedbania, nie jest to możliwe do ustalenia. Poza tym w wypadku deprywacji środowiskowej działa często mechanizm sprzężenia zwrotnego i trudno ustalić, co jest przyczyną a co skutkiem zaburzeń językowych. Skoro SLI jest zaburzeniem o podłożu genetycznym, trudności dziecka mogą być efektem dziedziczenia, a nie ubogiej stymulacji najbliższego środowiska. Z dru-

giej strony rodzice, po których dzieci dziedziczą przeciw geny, a zatem i ryzyko SLI, również mogą mieć jawne bądź utajone zaburzenia językowe, których konsekwencją mogą być ich:

- niskie umiejętności językowe i komunikacyjne,
- niski poziom edukacyjny,
- niski status socjoekonomiczny (Johnson, Beitchman, Brownlie, 2010).

Wszystkie te czynniki tworzą razem ubogie w stymulację językową najbliższe otoczenie dziecka.

Aktualnie badacze postulują rozluźnienie czy też odrzucenie kryteriów wyłączających i stosowanie raczej kryteriów włączających, takich jak stwierdzenie obniżonego funkcjonowania językowego wpływającego negatywnie na codzienną komunikację, zachowanie, interakcje społeczne i osiągnięcia edukacyjne dziecka (Bishop, 2014a; Reilly i in., 2014).

### ***Klasyfikacje medyczne***

W międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-10 (WHO, 1993, wyd. 2008), która jest powszechnie stosowana w środowisku medycznym w Polsce, zaburzeniom rozwoju językowego o nieustalonej etiologii odpowiadają dwie kategorie w obrębie specyficznych zaburzeń rozwoju językowego [F80]: zaburzenia ekspresji mowy [F80.1] oraz zaburzenie rozumienia mowy [F80.2]. Zaburzenie ekspresji mowy to według autorów klasyfikacji specyficzne zaburzenie rozwojowe, charakteryzujące się niższą niż typowa dla wieku umysłowego zdolnością ekspresji mowy, przy zachowanym rozumieniu. Może współwystępować z zaburzeniami artykulacji. Z kolei zaburzenie rozumienia mowy cechuje niższa niż typowa dla wieku umysłowego umiejętność rozumienia mowy. W większości wypadków zaburzona jest także ekspresja. Obie kategorie nie obejmują afazji z padaczką (zespół Landaua-Kleffnera), mutyzmu wybiórczego, upośledzenia umysłowego czy autyzmu, gdzie zaburzenia funkcji językowych są konsekwencją bardziej złożonych dysfunkcji.

Z kolei w ostatniej wersji amerykańskiej klasyfikacji chorób psychicznych DSM-V (APA, 2013) w zaburzeniach neurorozwojowych znajduje się kategoria zaburzeń komunikacji, a wśród nich zaburzenie językowe (*language disorder* [315.39]). Autorzy publikacji opisują je jako trudności w nabywaniu języka, charakteryzujące się deficytami w zakresie zarówno ekspresji, jak i rozumienia mowy (szczególnie w obszarze słownika, składni i dyskursu). Umiejętności językowe dziecka są znacznie obniżone w stosunku do normy wiekowej. Zaburzenie to nie ma podłoża neurologicznego ani medycznego, nie wynika z niepełnosprawności intelektualnej ani z całościowych zaburzeń rozwojowych.

Na etapie opracowywania klasyfikacji DSM-V jednostka ta nosiła nazwę *specyficznego zaburzenia językowego* (*specific language impairment*), w toku debat społecznych zdecydowano się jednak na jej wycofanie, uznano bowiem, że termin ten ma mocno ograniczające znaczenie (Rice, 2014), włączające w tę kategorię jedynie bardzo wąską grupę dzieci diagnozowanych z uwzględnieniem licznych kryteriów wykluczających.

### ***Orzecznictwo oświatowe***

W polskim systemie orzecznictwa oświatowego istnieją dwa rodzaje dokumentów poświadczających prawo do korzystania z systemu wsparcia dla dzieci o specjalnych

potrzebach edukacyjnych: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej o rozpoznanych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych. Jak określono w przepisach prawa (MEN, 2010ab), orzeczenie wydaje się w wypadku diagnozy określonych niepełnosprawności, dotyczy ono zatem jedynie dzieci:

- niesłyszących,
- słabosłyszących,
- niewidomych,
- słabowidzących,
- z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym,
- z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
- z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Otrzymanie orzeczenia oraz przedstawienie go w placówce oświatowej powinno uruchomić system wsparcia (np. pomoc ze strony nauczyciela wspomagającego w trakcie zajęć lekcyjnych), zapewnić stworzenie i realizację indywidualnego planu edukacyjno-terapeutycznego (IPET) oraz finansowanie dodatkowych zajęć terapeutycznych na terenie placówki.

W ścisłym rozumieniu zapisów prawa oświatowego orzeczenie można wydać tylko w wypadku dzieci, których zaburzenia językowe i komunikacyjne wynikają z afazji motorycznej lub innych niepełnosprawności (niedosłuchu, autyzmu). Dzieci z zaburzeniami językowymi o nieustalonej etiologii, których objawy i doświadczane trudności są często podobne jak u dzieci z afazją, mogą ubiegać się jedynie o opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej. Wielu rodziców twierdzi jednak, że rozpoznanie trudności i zalecenia formułowane w opiniach nie prowadzą do udzielania dziecku stosownego wsparcia psychologiczno-edukacyjnego oraz dostosowania metod pracy do indywidualnych możliwości i potrzeb, szczególnie w szkołach masowych, gdzie odczuwa się niedostatek kadry wykwalifikowanej w kierunku wspierania dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych<sup>4</sup>).

Z drugiej strony – przywołując dyskusję terminologiczną z pierwszej części artykułu, można przypuszczać, że część specjalistów posługujących się terminami *afazja rozwojowa* bądź *niedokształcenie mowy o typie afazji* na określenie zaburzeń mowy o nieustalonej etiologii stawia diagnozę afazji, będącą podstawą do wydania orzeczenia. Konsekwencją takiej sytuacji jest fakt, że uzyskanie kompleksowego wsparcia może zależeć od wiedzy konkretnego zespołu diagnostów i zastosowanej terminologii w stosunku do tego samego zaburzenia.

## WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ I ZACHODZENIE OBJAWÓW

Kolejne wyzwania diagnostyczne w wypadku zaburzeń językowych to występowanie podobnych objawów wśród różnych zaburzeń rozwojowych oraz współwystępowanie różnych zaburzeń u jednego dziecka (zaburzenia sprzężone).

Dzieci z zaburzeniami językowymi o niskiej inteligencji niewerbalnej mogą być zdiagnozowane jako osoby z lekką niepełnosprawnością umysłową, również z powo-

<sup>4</sup> Dane własne, zbierane w ramach działalności Punktu konsultacyjnego Instytutu Badań Edukacyjnych.

du błędów w procedurze diagnostycznej w postaci obliczania średniego IQ w testach inteligencji przy znacznej rozbieżności między skalą werbalną i niewerbalną. Mogą także uzyskać diagnozę spektrum autyzmu, szczególnie we wczesnym dzieciństwie, ze względu na podobieństwo objawów w obu zaburzeniach, m.in:

- braku mowy,
- trudności w kontakcie wzrokowym,
- niedostatkach teorii umysłu,
- zachowaniach izolacyjnych.

Jak pokazują badania, dzieci z SLI nie koncentrują wzroku na oczach rozmówcy, ale wokół ust (Hosozawa i in., 2012). Jest to prawdopodobnie spowodowane szukaniem wskazówek płynących z ułożenia aparatu artykulacyjnego osoby komunikującej pomocnych w zrozumieniu jej przekazu (z podobnych wskazówek korzystają osoby niedosłyszące).

Autyzm i zaburzenia językowe łączą także niedostatki w obszarze teorii umysłu, czyli umiejętności odczytywania stanów mentalnych innych osób. Rozumienie intencji będące jej elementem jest przecież zależne od umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka (Kielar-Turska, 2012), jak również pomyślnego rozwiązywania testów badających teorię umysłu opartych na przekazie werbalnym (Farrar i in., 2009). W sytuacji diagnozy klinicznej często trudne może być do określenia, czy wnioski, jakie się wyciąga z takich badań, dotyczą faktycznie teorii umysłu czy umiejętności rozumienia przekazu werbalnego.

Dzieci z zaburzeniami językowymi wskutek niepowodzeń w komunikacji wywołujących frustrację mogą mieć tendencję do zachowania agresywnego bądź wycofywania się z kontaktu. Mają podwyższony poziom lęku społecznego, odczuwają duży stres podczas kontaktów społecznych (Wadman i in., 2011) oraz doświadczają poważnych trudności w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji społecznych (St Clair i in., 2011). Są postrzegane jako mało atrakcyjni partnerzy w komunikacji zarówno przez dzieci, jak i nauczycieli (Fujiki, Brinton, Todd, 1996; Gertner, Rice, Hadley, 1994), bywają też ofiarami przemocy ze strony rówieśników (Remond, 2011). Skutki tych trudności mogą sugerować, że mamy do czynienia z depresją, zaburzeniami emocjonalnymi bądź zaburzeniami zachowania.

Część dzieci z zaburzeniami językowymi jest diagnozowana jako dzieci z dysleksją. Zaburzenia w obszarze czytania i pisanie mogą być bowiem wtórnymi konsekwencjami leżących u ich podstaw deficytów w zakresie sprawności językowych i często nie ujawniają się od razu, lecz narastają z wiekiem (Hulme, Snowling, 2009). Wielu uczniów ma trudności w automatyzacji czytania, rozumieniu czytanych tekstów oraz tworzeniu wypowiedzi pisemnych, które to trudności towarzyszą im również w dorosłym życiu.

Należy pamiętać, że błędne rozpoznanie problemu prowadzi do niewłaściwej diagnozy, a ta do nieadekwatnych zaleceń i rodzaju udzielanej pomocy. W rezultacie dziecko może być przeciążone dodatkowymi zajęciami terapeutycznymi, które nie przynoszą żadnych korzyści, bo są niewłaściwie dobrane. Ponadto uzyskana diagnoza ma ogromny wpływ na rozumienie trudności dziecka, dobór strategii wsparcia, rozwiązywanie zainteresowań, podejmowanie dodatkowych aktywności w szkole i poza szkołą oraz wybór ścieżki edukacyjnej czy zawodu. Gdy jest niewłaściwie postawiona, może powodować zaniechanie aktywności oraz obniżać szanse edukacyjne dziecka. Na przykład dziecko z diagnozą niepełnosprawności ruchowej w postaci afazji oraz jego rodzice mogą zrezygnować z próby podjęcia edukacji w szkole o profilu sportowym na



rzecz placówki integracyjnej, z powodu takiej a nie innej diagnozy, chociaż dziecko może wykazywać ogromny talent sportowy. Z kolei dziecko z rozpoznaniem dysleksji może korzystać z dostosowań i sposobu oceniania dzieci z tego typu trudnościami, ale zmagać się z głębszymi problemami językowymi leżącymi u podstaw tych trudności, które nie zostały rozpoznane.

Określona etykieta diagnostyczna powoduje często uruchomienie standardowych procedur, czasami zupełnie niedopasowanych do faktycznych potrzeb i możliwości dziecka.

## KONSEKWENCJE EDUKACYJNE BRAKU STANDARDÓW DIAGNOSTYCZNYCH

Wielu praktyków w Polsce odczuwa zagubienie, gdy konfrontuje wiedzę akademicką z klasyfikacjami medycznymi oraz systemem orzecznictwa oświatowego. Konsekwencje tej sytuacji ponosi jednak w pierwszej kolejności dziecko i jego rodzina. Bywa, że chodząc od specjalisty do specjalisty, przez lata nie są w stanie uzyskać jednoznacznej diagnozy, a co za tym idzie – skorzystać z adekwatnego systemu wsparcia. Faktyczne trudności dziecka często nie zostają rozpoznane, skutkując niskimi osiągnięciami edukacyjnymi, zaburzeniami w sferze społecznej, emocjonalnej i psychicznej.

Dziecko może zmagać się z trudnościami, których nie jest świadome. Może przestać się starać, zakładając, że i tak nie da rady. Obniżone poczucie własnej wartości i fałszywy obraz własnej osoby („jestem głupi”) to typowe konsekwencje nieświadomości swoich trudności, które rzutują na dalsze wybory życiowe i dobrostan osoby również w dorosłości. Dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego z powodu codziennych trudności w komunikacji już na początku swojej drogi edukacyjnej są grupą ryzyka zaburzeń emocjonalnych i depresji, a w dorosłości – grupą ryzyka zaburzeń psychicznych (Clegg i in., 2005; Kochańska, Krasowicz-Kupis, 2014).

Brak rozpoznania właściwej przyczyny trudności dziecka może prowadzić do skupiania się na pozajęzykowych objawach w obszarze emocji i zachowania (łącznie z diagnozą zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń zachowania czy młodzieńczej depresji) bez zrozumienia i oddziaływania na faktyczne przyczyny. Znana jest również tendencja do obwiniania dziecka bądź jego rodziców za niepowodzenia edukacyjne, które są konsekwencją nierozpoznanych trudności językowych i komunikacyjnych. Dziecko postrzegane jest jako leniwe i mało zdolne oraz pozbawione wsparcia edukacyjnego ze strony rodziców, czego skutkiem może być depresja, frustracja i poczucie winy zarówno u dziecka, jak i u jego opiekunów.

## WNIOSKI

Niezależnie od porozumienia w zakresie stosowanej terminologii na określenie zaburzeń językowych o nieustalonej etiologii ze względu na rozmiar zjawiska, niezwykle ważne jest zrozumienie kilku kwestii istotnych dla polepszenia wszystkich etapów procesu diagnostycznego (od badań przesiewowych po szeroko zakrojone działania pomocowe). Pierwszą z nich jest powszechne stosowanie diagnozy funkcjonalnej opisującej mocne i słabe strony dziecka. Samo rozpoznanie zaburzeń to tylko jeden z ele-

mentów składowych dobrej diagnozy, nie można jej jednak ograniczać jedynie do aspektu nozologicznego. Powinna ona ujmować możliwie jak najwięcej obszarów rozwoju poznawczego (nie tylko językowego) i wskazywać oprócz deficytów mocne strony, są one bowiem wykorzystywane w mechanizmach kompensacyjnych. Wielowymiarowe rozpoznanie nieprawidłowości i prawidłowości rozwojowych, ale też nieprzeciętnych umiejętności, pozwala zaplanować terapię i sformułować konkretne wytyczne dla opiekunów i nauczycieli wskazujące, jak można efektywnie wspierać rozwój językowy dziecka oraz jakie metody w pracy z nim będą najskuteczniejsze. Pomaga też zrozumieć jego indywidualny sposób funkcjonowania oraz przyczynę i naturę trudności. Świadomość ta może mieć wpływ na wzrost poziomu dobrostanu psychicznego dziecka oraz poprawę jego funkcjonowania poznawczego, społecznego i emocjonalnego.

W procesie diagnozowania zaburzeń językowych powinniśmy móc posługiwać się ogólnie przyjętymi standardami opracowanymi na podstawie dowodów empirycznych (*Evidence-based assessment*). Oznacza to stosowanie określonych procedur umożliwiających stosowanie jasnych reguł wnioskowania, z wykorzystaniem wiarygodnych narzędzi i w odniesieniu do najnowszej wiedzy dotyczącej diagnozowanego zjawiska. Opracowanie polskich standardów diagnostycznych zaburzeń językowych o nieustalonej etiologii jest zatem sprawą priorytetową.

Kolejne zagadnienie to konieczność prowadzenia szeroko zakrojonych badań przesiewowych na etapie edukacji przedszkolnej w celu jak najwcześniejszego rozpoznania trudności językowych i komunikacyjnych oraz uruchomienia systemu wsparcia nie tylko poprzez diagnozę i wczesną interwencję specjalistyczną, lecz także przez świadome i wyszkolone w stosowaniu strategii wspierających rozwój językowy najbliższe środowisko dziecka: rodzinę i pracowników placówki oświatowej, do której uczęszcza. Gruntowne badanie rozwoju językowego (nie tylko pod kątem wad wymowy) powinno być zatem uwzględnione w diagnozie gotowości szkolnej. Wczesna interwencja w tym zakresie mogłaby uchronić wiele dzieci przed niepowodzeniami edukacyjnymi na pierwszym i kluczowym etapie edukacji szkolnej.

Niezbędne jest także opracowanie metod terapii, które miałyby oparcie w rzetelnej wiedzy naukowej, a ich skuteczność byłaby weryfikowana w badaniach empirycznych (zgodnie z postulatami *Evidence-based practice*). Często praktyką w Polsce jest bezkrytyczne wprowadzanie kolejnych nowości terapeutycznych, bez jakiegokolwiek refleksji i sprawdzenia ich skuteczności (popartej dowodami z badań empirycznych). Prowadzi to do sytuacji przeciążenia dziecka (i jego opiekunów) bezcelowymi działaniami terapeutycznymi. Takie rodziny są często sfrustrowane brakiem czasu na odpoczynek, wspólne aktywności i realizowanie zainteresowań, co obniża ich dobrostan psychiczny, a to może mieć wtórny wpływ na funkcjonowanie dziecka. Ponadto metody terapeutyczne powinny uwzględniać heterogeniczność zjawiska. Badania pokazują, że niektóre rodzaje terapii są skuteczne tylko w odniesieniu do trudności w jednym z obszarów – ekspresji lub rozumieniu mowy (Law, Garrett, Nye, 2004).

Mając świadomość długofalowych skutków, jakie niosą za sobą trudności w komunikacji, wymienione kwestie powinny być powszechnymi działaniami polityki prewencyjnej państwa dbającego o zdrowe i zdolne do pracy społeczeństwo, wynikającymi także z poszanowania podstawowych praw człowieka.

## BIBLIOGRAFIA

- [APA] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5. wyd.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bishop, D.V.M. (2014a). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415.
- Bishop, D. (2014b). *Uncommon understanding: Development and disorders of language comprehension in children*. Hove: Psychology Press.
- Błęszyński, J. (1998). *Mowa i język dzieci z autyzmem*. Słupsk: WSP.
- Błęszyński, J. (2012). Diagnoza rozwoju mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki* (s. 177–222). Gdańsk: GWP.
- Clark, A., Carter, G. (2014). What should we call children with unexplained language difficulties? A practical perspective. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – a follow-up in later life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128–149.
- Conti-Ramsden, G., Botting, N., Faragher, B. (2001). Psycholinguistic markers for Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 741–748.
- Conti-Ramsden, G., Hesketh, A. (2003). Risk markers for SLI: a study of young language-learning children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(3), 251–263.
- Czaplewska, E. (2012). *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem językowym SLI*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Delage, H., Tuller, L. (2007). Language development and mild-to-moderate hearing loss: Does language normalize with age? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50(5), 1300–1313.
- De Vasconcelos Hage, S.R., Cendes, F., Montenegro, M.A., Abramides, D.V., Guimaraes, C.A., Guerreiro, M.M. (2006). Specific language impairment: linguistic and neurobiological aspects. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64, 173–180.
- Enderby, P., Pickstone, C. (2005). How many people have communication disorders and why does it matter? *Advances in Speech-Language Pathology*, 7(1), 8–13.
- Farrar, J.M., Johnson, B., Tompkins, V., Easters, M., Zilisi-Medus, A., Benigno, J.P. (2009). Language and theory of mind in preschool children with specific language impairment. *Journal of Communications Disorder*, 42(6), 428–441.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: Harper-Collins.
- Fujiki, M., Brinton, B., Todd, C.M. (1996). *Social Skills of Children With Specific Language Impairment*. Language, Speech, And Hearing Services In Schools, 27, 195–202.
- Gertner, B.L., Rice, M.L., Hadley, P.A. (1994). Influence of Communicative Competence on Peer Preferences in a Preschool Classroom. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37(4), 913–923.
- Grabias, S. (2000). Mowa i jej zaburzenia. *Logopedia*, 28, 7–36.
- Grabias, S. (2008). Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia. *Logopedia*, 37, 13–28.
- Graham, S.A., Fisher, S.E. (2013). Decoding the genetics of speech and language. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 43–51.
- Hagerman, R.J. (2011). Fragile X Syndrome and Fragile X – associated disorders. W: S. Goldstein, C.R. Reynolds (red.), *Handbook of Neurodevelopmental and Genetic Disorders in Children* (s. 276–292). New York: The Guilford Press.
- Hosozawa, M., Tanaka, K., Shimizu, T., Nakano, T., Kitazawa, S. (2012). How chil-

- dren with specific language impairment view social situations: An Eye Tracking Study. *Pediatrics*, 129(6), e1453–e1460.
- Hulme, C., Snowling, M.J. (2009). *Developmental Disorders of Language, Learning and Cognition*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Jastrzębowska, G. (2000). Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk. *Logopedia*, 28, 69–84.
- Jastrzębowska, G. (2003). Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska G. (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 2: Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych* (s. 9–82). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Johnson, C.J., Beitchman, J.H., Brownlie, E.B. (2010). Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 51–65.
- Kielar-Turska, M. (2012). Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych. W: E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna* (s. 15–65). Sopot: GWP.
- Kochańska, M., Krasowicz-Kupis, G. (2014). Problemy edukacyjne uczniów z SLI i dysleksją rozwojową. W: E. Awramiuk (red.), *Z problemów kształcenia językowego, T. 5*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Krasowicz-Kupis, G. (2008). *Psychologia dysleksji*. Warszawa: WN PWN.
- Krasowicz-Kupis, G. (2012). *SLI i inne zaburzenia językowe: od badań mózgu do praktyki psychologicznej*. Gdańsk: GWP.
- Kurowska, M. (2012). Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego w świetle materiału badawczego. *Poradnik Językowy*, 10, 60–76.
- Lauchlan, F., Boyle, C. (2007). Is the use of labels in special education helpful? *Support for Learning*, 22, 36–42.
- Law, J., Garrett, Z., Nye, Ch. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 924–943.
- Laws, G., Bishop, D.V.M. (2004). Verbal deficits in Down's syndrome and specific language impairment: a comparison. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 423–451.
- Leonard, L.B. (2006). *SLI: Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Gdańsk: GWP.
- Leonard, C.M., Maron, L., Bengtson, M., Kuldau, J.M., Ricciuti, N., Mahoney, B., Debose, C. (2008). Identical neural risk factors predict cognitive deficit in dyslexia and schizophrenia. *Neuropsychology*, 22, 147–158.
- Leppanen, P.H.T., Lyytinen, H., Choudhury, N., Benasich, A. (2004). Neuroimaging measures in the study of specific language impairment. W: L. Verhoeven, H. van Balkom (red.), *Classification of Developmental Language Disorders* (s. 99–136). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Maryniak, A. (2000). *Rozwój dzieci z guzami mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Maryniak, A. (2011). Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego – diagnoza, różnicowanie, rokowania. W: T. Gałkowski (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*. Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.
- MEN (2010a). Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz ośrodkach (Dz.U. 2014, poz. 392).
- MEN (2010b). Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz.U. 2014, poz. 414).
- Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D. (1998). Propozycja modyfikacji projektu „Bada-

- nia Mowy” Ireny Styczek. *Logopedia*, 25, 49–63.
- Minczakiewicz, E. (1998). Rozwój umiejętności komunikacyjnych dzieci autystycznych. *Szkola Specjalna*, 2.
- Mirecka, U. (2014). *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Newbury, D.F., Paracchini, S., Scerri, T.S., Winchester, L., Addis, L., Richardson, A.J., Walter, J., Stein, J.F., Talcott, J.B., Andronaco, A.P. (2011). Investigation of dyslexia and SLI risk variants in reading- and language-impaired subjects. *Behavior Genetics*, 41, 90–104.
- Parol, U.Z. (1997). *Dziecko z niedokształceniem mowy* (2. wyd.). Warszawa: WSiP.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2011). *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pruszwicz, A. (1992). Opóźniony rozwój mowy. W: A. Pruszwicz (red.), *Foniatria kliniczna* (s. 233–341). Warszawa: PZWL.
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O.C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., Conway, L., Eadie, P., Bretherton, L. (2010). Predicting language outcomes at 4 years of age: Findings from early language in Victoria Study. *Pediatrics*, 126, E1530–E1537.
- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F.K., Morgan, A., Goldfield, S., Nicholson, J.M., Wake, M. (2014). Specific Language Impairment: a convenient label for whom? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415.
- Remond, S.M. (2011). Peer victimization among students with Specific Language Impairment, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Typical Development. *Language, Speech, And Hearing Services In Schools*, 42, 520–535.
- Rice, M.L. (2014). Advocating for SLI. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415.
- Roy, P., Chiat, S. (2013). Teasing apart disadvantage from disorder: the case of poor language. W: C.R. Marshall (red.), *Current Issues in Developmental Disorders* (s. 125–150). Hove: Psychology Press.
- Smoczyńska, M. (2012). Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich. W: J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka* (s. 13–39). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Smoczyńska, M. (2016). *Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego i dysleksja jako możliwe długofalowe konsekwencje opóźnionego rozwoju mowy: III etap badań podłużnych dzieci w wieku 8 do 10 lat*. Niepublikowany raport końcowy grantu nr N N106 223538. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Smoczyńska, M., Haman, E., Maryniak, A., Czaplewska, E., Krajewski, G., Banasik, N., Kochańska, M., Łuniewska, M., Morstin, M. (2015). *Test Rozwoju Językowego. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- St Clair, M.C., Pickles, A., Durkin, K., Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44, 186–199.
- Styczek, I. (1979). *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- Szeląg, E. (2006). Mózgowe mechanizmy mowy. W: T. Górka, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie* (s. 489–524). Warszawa: WN PWN.
- Szumska, J. (1982). Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (s. 7–17). Warszawa: PZWL.
- Tarkowski, Z. (1993). *Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*. Lublin: Wydawnictwo PFZM.
- Tarkowski, Z. (1999). *Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*. Wersja uniwersalna (2. wyd.). Lublin: Wydawnictwo Orator.
- Tomblin, J.B. (1996). *The Big Picture of SLI: Epidemiology of SLI*. Referat wygłoszony na Symposium on Research in Child Language Disorders. University of Wisconsin, Madison, czerwiec 1996.

- Tomblin, J.B. (2010). The EpiSLI database: A publically available data base on speech and language. *Language Speech Hearing Services in Schools, 41*, 108–117.
- Wadman, R., Botting, N., Durkin, K., Conti-Ramsden, G. (2011). Changes in emotional health symptoms in adolescents with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders, 46*, 641–656.
- Wątorrek, A. (2014). *Kompetencje językowe dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Nomos.
- Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, K., Awramiuk, E. (2016). *Językowe uwarunkowania wczesnych umiejętności czytania i pisania na podstawie oceny nauczyciela z wykorzystaniem Skali Prognoz Edukacyjnych SPE IBE*. W tym tomie.
- Wierzba, J. (2016). *Genetyczne uwarunkowania dysleksji*. Wystąpienie na Ogólnopolskiej konferencji PTD i IPUG „Dysleksja – co nowego w teorii i w praktyce?”. Gdańsk, wrzesień 2016.
- [WHO] World Health Organization (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO. Wersja polska: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2008). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
- Zalewski, T. (1992). *Opóźniony rozwój mowy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWZ.

### PROBLEMS CONNECTED WITH DIAGNOSING IMPAIRMENT OF LINGUISTIC DEVELOPMENT AND THEIR CONSEQUENCES FOR EDUCATION

**Abstract:** Impairment of linguistic functions, regardless of their aetiology, affects a large group of children starting or completing the first stages of school education. However, the lack of agreement with respect to the terminology in the domains of science, medicine and publications of educational organs as well the lack of specific standards for diagnostic procedures hinder the organization of a well-operating and adequate system of support for children suffering from such difficulties. Language skills condition effective communication, interactions and good inter-

personal relationships; moreover, they are also the foundation of educational and professional success, which translates directly to the well-being of an individual. For these reasons, they should be an object of particular care of education policies and early psychological-pedagogical intervention.

**Key words:** linguistic impairment of unknown aetiology, specific language impairment, SLI, terminology, child language, diagnosis of language impairment, special educational needs