

Anna Paluch*, Elżbieta Drewniak-Wołosz**

Podstawowe aspekty diagnozy dziecka z zaburzeniem językowym

Basic Aspects of the Diagnosis of a Child with Language Disorders

Słowa kluczowe: niedokształcenie mowy o typie afazji, rozwojowe zaburzenie językowe, diagnoza nominalna, diagnoza funkcjonalna, diagnoza jako proces, objawy specyficzne i niespecyficzne, opóźnienie czy zaburzenie rozwoju mowy

Keywords: speech deficiency of the type of aphasia, Developmental Language Disorder, nominal diagnosis, functional diagnosis, diagnosis as a process, specific and non-specific symptoms, delay or disorder of speech development

Streszczenie

Diagnozowanie dziecka z DLD wymaga czasu, stanowi proces i ma charakter interdyscyplinarny. Szczególnie dotyczy to różnicowania między opóźnieniem a zaburzeniem rozwoju mowy i języka. Z uwagi na wielość terminów diagnostycznych istotna jest diagnoza funkcjonalna. Diagnoza nominalna (klasyfikująca) powinna dać podstawy do objęcia dziecka formalną opieką terapeutyczną i edukacyjną. Z punktu widzenia praktyki diagnostycznej istotne jest opracowanie zasad współpracy specjalistów zaangażowanych w diagnozę.

Abstract

It takes time to diagnose a child with DLD, is an interdisciplinary process. This especially refers to the differentiation between speech delay and impaired language development. Due to the multiplicity of diagnostic terms a functional diagnosis is important. Nominal (classifying) diagnosis should provide grounds for covering the child with formal therapeutic and educational care. From the point of view of diagnostic practice, it is important to develop the principles of cooperation of specialists involved in the diagnosis.

* Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna dla Dzieci z Niepowodzeniami Edukacyjnymi, ul. św. Gertrudy 2, 31-046 Kraków, e-mail: ania_paluch@gazeta.pl

** Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci z Afazją Zgromadzenia Sióstr Felicjanek, ul. Stanisława Millana 15, 30-610 Kraków, e-mail: elzbieta.wolosz@op.pl

Wprowadzenie

W artykule omawiamy nawiązania praktycznych wyzwań, przed którymi stoją diagności (psycholodzy, logopedzi, pedagodzy, lekarze) do wiedzy teoretycznej, zakładając, iż zgodność pomiędzy założeniami teoretycznymi, wynikającymi z przyjętych klasyfikacji, a praktyką jest w wielu punktach wątpliwa. Teoretyczna wiedza dotycząca zaburzenia językowego nie odpowiada jednoznacznie na ważne pytania i wątpliwości praktyka.

Diagnoza nominalna

Biorąc pod uwagę kryteria i klasyfikacje służące do identyfikacji rodzaju zaburzenia, poruszamy się w obszarze tzw. diagnozy nominalnej. Nazwanie problemu dziecka jest istotne z punktu widzenia oferowanej mu pomocy terapeutycznej i diagnostycznej, powinno też służyć zrozumieniu jego problemów rozwojowych i ich specyfiki.

W diagnozowanie bardziej złożonych zaburzeń rozwojowych, szczególnie tych wymagających różnicowania, zaangażowanych jest zwykle wielu specjalistów. Tak jest również w przypadku omawianego w artykule zaburzenia, które za Zofią Kordyl [1966, s. 42] nazywamy niedokształceniem mowy o typie afazji. W interdyscyplinarną diagnozę zaangażowany jest logopeda, ale też psycholog, pedagog, audiolog, neurolog, a w niektórych przypadkach foniatra i psychiatra.

Lekarze stawiają diagnozy, opierając się na klasyfikacjach medycznych (ICD, DSM), logopedzi mają własne klasyfikacje i zróżnicowaną terminologię, a inaczej ujmuje problem oświatowa klasyfikacja niepełnosprawności, będąca podstawą do orzekania kształcenia specjalnego. Rozbieżności terminologiczne nie służą porozumieniu i współpracy między specjalistami, a jest ona konieczna, by dziecko diagnozować według określonych procedur, we właściwym czasie, i przypisać do odpowiedniej grupy niepełnosprawności. Dlaczego jest to tak ważne? Dzięki odpowiedniej diagnozie (tej nominalnej) dziecko może skorzystać z należnego mu wsparcia terapeutycznego, a także zapewniane mu są właściwe warunki kształcenia.

Dotychczasowe działania służące uporządkowaniu pojęć, terminów oraz proponowane klasyfikacje wydają się oparte na niepewnych, trudnych do zastosowania w praktyce oraz niejednoznacznych pod względem interpretacji kryteriach. Jednym z proponowanych kryteriów diagnozy nominalnej jest określenie przyczyn zaburzenia. Jest to proponowane w przypadku różnicowania alalii, w tym prolongata [Stasiak, 2016, s. 239], w odniesieniu do niedokształcenia mowy (n.m.) o typie afazji, ale jego zastosowanie w praktyce jest wątpliwe. Dla Z. Kordyl w rozpoznawaniu n.m. o typie afazji istotne były nie tyle neurologiczne uwarunkowania zaburzenia, ile typowe trudności w opanowywaniu mowy i języka. Termin *niedokształcenie mowy o typie afazji* jest obecnie w różny sposób definiowany i wykorzystywany w polskiej logopedii i psychologii.

Tendencja do poszukiwania i wskazywania przyczyny trudności rozwojowych dzieci na poziomie biologicznym w przypadku zaburzeń takich jak n.m. o typie afazji pojawiła się w związku z dynamicznym rozwojem nauk medycznych i możliwości w dziedzinie neuroobrazowania. W praktyce dostępność do badań obrazujących strukturę i aktywność mózgu (EEG, TK, MMR) jest w różnym stopniu ograniczona. W wielu przypadkach wyniki wspomnianych badań u dzieci, którym stawiamy diagnozę n.m. o typie afazji (nie afazji nabytej), nie wykazują odstępstw od norm rozwojowych bądź wykazują różnice na tyle subtelne, że nie dają podstaw do rozstrzygnięcia o strukturalnym lub funkcjonalnym podłożu zaburzenia.

W przypadku badań genetycznych również nie otrzymujemy jednoznacznego potwierdzenia genetycznego uwarunkowania zaburzenia w rozwoju mowy i języka. W praktyce trudno ocenić, które objawy zaburzenia są konsekwencją zmian strukturalnych, a które wynikają z zaburzeń funkcjonalnych. Na podstawie jakich przesłanek mamy określić, czy czynnik zakłócający rozwój mózgu zadziałał przed, czy po urodzeniu dziecka (pierwszy–drugi rok życia), jeżeli nie doszło do jednoznacznego incydentu neurologicznego i nie wiemy, dlaczego dziecko rozwija się inaczej? Nawet jeśli dysponujemy wynikami pogłębionych badań neurologicznych lub genetycznych, z reguły nie mamy pewności, co z czego wynika.

W tej sytuacji w celu postawienia diagnozy nominalnej proponujemy przeprowadzanie przez logopedów wnikliwej analizy obserwowanych u dziecka specyficznych objawów w mowie i języku oraz różnicowanie zaburzenia językowego z innymi zaburzeniami rozwojowymi, w których rozwój mowy i języka również jest zaburzony, czyli z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niedosłuchem odbiorczym czy zespołami genetycznymi. Ważne jest również zauważanie i odróżnianie rozwojowych zaburzeń języka od mutyzmu czy zaburzeń ze spektrum ADHD [Drewniak-Wołosz, Paluch, 2009].

Diagnoza funkcjonalna

Z punktu widzenia praktyki – terapii i edukacji – istotne jest ocenianie stopnia nasilenia zaburzeń językowych i ich wpływu na komunikację, relacje społeczne i edukację dziecka. Taki sposób podejścia do diagnozowania umożliwia, naszym zdaniem, holistyczne, ale też realne w praktyce spojrzenie na dziecko i jest naturalnym pomostem do tzw. diagnozy funkcjonalnej.

Służy ona określeniu poziomu funkcjonowania dziecka w poszczególnych sferach rozwoju językowego (w zakresie czynności mowy, podsystemów języka). Wskazuje na mocne i słabe strony dziecka, jego potencjał oraz deficyty. Umożliwia spojrzenie na dziecko z punktu widzenia potrzeb terapeutycznych. Dzięki takiej diagnozie terapeuta może wyznaczyć możliwe do osiągnięcia cele w zakresie różnych zaburzonych funkcji. Ma to wpływ na planowanie terapii i jej

skuteczność. W tym celu wykorzystuje się różne narzędzia diagnostyczne, które służą nie tylko uzyskaniu wyników liczbowych, ale dają też możliwość obserwacji i rejestracji zachowań (językowych i pozajęzykowych) dziecka [Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2012]. Przy dokonywaniu takiej diagnozy niezbędna jest wiedza o zaburzeniu, jego objawach oraz umiejętne wykorzystanie narzędzi badawczych. Diagnozę stawia bowiem diagnosta (logopeda), który powinien brać pod uwagę zarówno wyniki liczbowe, jak i oceny jakościowe. W dokonywaniu diagnozy funkcjonalnej, jakościowej przydatne są – oprócz wiedzy i wnikliwości – doświadczenie i czas.

Przyjmujemy więc, że obok diagnozy nominalnej i funkcjonalnej, mamy diagnozę w czasie, będącą procesem (najlepiej w czasie terapii). Można ją określić przymiotnikami *otwarta, rozsądna*. W tej sytuacji diagnosta (lub zespół diagnostów) akceptuje sytuację, iż diagnoza nominalna może podlegać zmianie i ma świadomość, że ta zmiana nie wynika z jego niewiedzy, lecz z naturalnej trudności, jaka wiąże się z diagnozowaniem zaburzeń wpisanych w rozwój dziecka.

Objawy specyficzne i niespecyficzne u dziecka afatycznego (z zaburzeniem mowy i języka)

U dzieci afatycznych oprócz objawów specyficznych dla zaburzenia, dotyczących mowy i języka, obserwujemy również występowanie objawów niespecyficznych [Drewniak-Wołosz, Paluch, 2009]. Wiąże się to zwykle z odmiennym tempem i jakością przetwarzania informacji, nie tylko w obszarze werbalnym. Dziecko może być dynamiczne lub nadrucliwe, nadmiernie męczliwe. Może mieć trudności percepcyjne, motoryczne, na przykład dotyczące precyzji ruchów, koordynacji ruchowej. Zdarza się, że jest emocjonalnie labilne, ma problemy adaptacyjne, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych. Objawy te mogą być nasilone bądź mieć zmienne natężenie i w efekcie nierzadko utrudniają właściwą ocenę deficytów językowych, zamazując, szczególnie u małego dziecka, obraz objawów specyficznych.

Niejednoznaczności diagnostyczne oraz wynikające z nich rozbieżności dotyczące terminologii stosowanej w logopedii były powodem podjęcia prac przez międzynarodowy, wielospecjalistyczny zespół w ramach projektu „Catalise” [Bishop i in., 2017]. Termin *SLI* (*specific language impairment* – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego), który przez pewien czas był popularny także w Polsce [Leonard, 2016], został zastąpiony przez uczestników projektu terminem *DLA* (*developmental language disorder* – rozwojowe zaburzenie języka). Dlaczego? Między innymi dlatego, że kryteria wymagane przy diagnozowaniu SLI były dość restrykcyjne – powodowały pomijanie dzieci, u których objawy niespecyficzne zacierały obraz kliniczny zaburzeń językowych. Uważano, że diagnoza SLI wyklucza obecność objawów niespecyficznych, wykraczających poza słabiej rozwiniętą mowę i sprawność językową

(co często przekładało się na obniżony wynik ilorazu inteligencji w sferze niewerbalnej). Wykluczane były również te dzieci, u których nie stwierdzano istotnej statystycznie rozbieżności wyników między zdolnościami werbalnymi a niewerbalnymi w badaniach psychologicznych.

Rozpoznawanie DLD zaleca się wówczas, gdy problemy językowe (dotyczące fonologii, semantyki, morfologii, składni, pamięci werbalnej, dyskursu) nie są powiązane z podłożem biomedycznym (LD), a mimo to są na tyle poważne, że zaburzają codzienne funkcjonowanie dziecka i pomimo terapii utrzymują się nadal w czwartym–piątym roku jego życia. Definicja DLD wydaje się najbliższa naszemu postrzeganiu tego zaburzenia, objawów, zasad diagnozowania, kryteriów różnicujących. W związku z tym, że jest ona spójna z międzynarodowym systemem diagnostycznym ICD–11, pojawia się pytanie, czy jest ona szansą na ujednoczenie terminologii w Polsce.

Kiedy opóźnienie, a kiedy zaburzenie rozwoju mowy?

Wymienione wcześniej obszary różnicowania, przed którymi stają diagności, wyraźnie pokazują, iż tego typu diagnoza różnicowa w przypadku małego dziecka wymaga zwykle czasu i wnikliwości oraz udziału różnych specjalistów. Logopedzie towarzyszą psycholog, neurolog, psychiatra, audiolog. Istotna jest też rola obserwacji dziecka prowadzonej przez nauczycieli przedszkola i rodziców. Z doświadczenia i literatury przedmiotu wiadomo, iż badanie małego dziecka jest trudne, bo nawet w przypadku występowania zaburzenia (blokady) rozwoju zmiany rozwojowe następują.

Prawidłowy rozwój mowy w drugim roku życia jest intensywny i przynosi znaczące zmiany dla dziecka i jego otoczenia. Dziecko zaczyna coraz lepiej rozumieć słowa i zdania kierowane do niego, choć na pewno w naturalny sposób korzysta z kontekstu sytuacyjnego. Zaczyna wypowiadać pojedyncze słowa i łączyć je w zdania. Są one zwykle specyficzne, o indywidualnym charakterze, ale w środowisku rodzinnym są rozumiane przez bliskich. Wiadomo, iż pierwsze słowa dziecka, wypowiedziane przez nie w sposób intencjonalny, skierowane do osób ważnych, bliskich, są źródłem wielkiej radości. Tak więc nie tylko naukowa wiedza o rozwoju mowy i języka [Kurcz, 2005, s. 80], ale również ta potoczna, dostępna rodzicom, uzasadnia oczekiwanie, iż dziecko w trzecim roku życia będzie już potrafiło „rozmawiać”, szczególnie w warunkach domowych. Trzeci rok życia to okres, w którym następuje intensywny rozwój umiejętności tworzenia zdań coraz bardziej rozbudowanych, złożonych i stopniowo w trakcie kolejnych lat wieku przedszkolnego gramatycznie poprawnych [Schaffer, 2018, s. 301].

Rozwój logopedii i psychologii rozwojowej, liczne akcje przybliżające rodzicom wiedzę o rozwoju dziecka, w tym rozwoju jego mowy, przyniosły pozytywny efekt.

Rodzice uważniej przyglądają się parametrom rozwojowym dziecka, oczekują, iż pediatra pomoże im w takiej ocenie. Poglębieniu świadomości i wiedzy lekarzy dziecięcych służyły prace i działania prowadzone przez Instytut Badań Edukacyjnych, których efektem jest dostępny na stronie tej instytucji materiał ułatwiający orientacyjną ocenę poziomu rozwoju mowy i języka małego dziecka [Smoczyńska, Krajewski, 2015]. W tej sytuacji niemówiące dziecko w trzecim, a tym bardziej czwartym roku życia wzbudza niepokój rodziców, co uzasadnia decyzję o poszukiwaniu form wsparcia i stymulacji potrzebnych maluchowi.

Dlaczego więc uważamy, że wczesna diagnoza afazji (drugi, trzeci rok życia) nie jest uzasadniona? Odpowiedź jest prosta – możemy mieć do czynienia z opóźniającym się rozwojem mowy. Może on być jednostką diagnostyczną lub objawem innego zaburzenia, między innymi niedokształcenia mowy o typie afazji. Opóźnienie nie jest zaburzeniem, którym jest afazja rozwojowa. Ocena mowy i języka dziecka w sytuacji, gdy jest ono niemówiące, nie jest łatwa, bo nie ma zbyt wielu jednoznacznych przesłanek umożliwiających rozstrzygnięcie, które objawy wskazują na samoistne opóźnienie rozwoju mowy, a które na n.m. o typie afazji. W sytuacji gdy produkcja (mowa czynna) jest nieobecna lub bardzo uboga, należy odnieść się do innych istotnych wskaźników rozwoju mowy i języka. Mowa to nie tylko tzw. nadawanie (produkcja), czyli mowa czynna, ale też jej odbiór (percepcja), czyli rozumienie mowy otoczenia. Mowa to nie tylko produkcja dźwiękowa, ale też innego rodzaju komunikaty, jakimi są gesty i mimika, czyli tzw. mowa ciała. Te właśnie obszary rozwoju komunikacji dziecka mogą być istotnymi wskaźnikami w sytuacji różnicowania pomiędzy opóźnionym rozwojem mowy a n.m. o typie afazji (rozwojowym zaburzeniem językowym). To, co jesteśmy w stanie zbadać, ocenić u niemówiącego dziecka w drugim, trzecim, czwartym roku życia, to:

- poziom i zakres rozumienia mowy przez diagnozowane dziecko;
- umiejętność wykorzystywania mimiki i gestów w procesie komunikacji, w sytuacji gdy zasób mowy dźwiękowej jest u dziecka ubogi;
- można też czerpać istotne informacje z wywiadu; znaczące są dane dotyczące dotychczasowych wskaźników rozwoju mowy, takich jak na przykład głuźnienie, gaworzenie lub pierwsze słowa powtarzane po dorosłym lub wypowiedziane samodzielnie;
- uważa się, iż kolejną istotną informacją są dane dotyczące występowania opóźnień lub zaburzeń rozwoju mowy i języka w rodzinie dziecka.

Przyjmuje się, iż współwystępowanie wyżej wymienionych informacji z wywiadu z niskim poziomem rozumienia mowy i ubogim zasobem stosowanych gestów komunikacyjnych może stanowić o istotnym ryzyku, iż obserwowane u dziecka opóźnienie rozwoju mowy jest przejawem poważniejszego zaburzenia, które samoistnie nie ustąpi i będzie wymagało intensywnego oddziaływania terapeutycznego. Podsumowując, u dziecka poniżej czwartego roku życia można wtedy diagnozować ryzyko n.m. o typie afazji, natomiast niedokształcenie mowy o typie afazji

można w sposób merytorycznie poprawny diagnozować u dziecka w piątym roku życia. Mimo iż rozumiemy potrzebę objęcia terapią logopedyczną i ogólnorozwojową dwu- lub trzylatka, nie możemy zaakceptować tego typu diagnoz u dzieci poniżej piątego, czwartego roku życia, a już szczególnie u dwu- i trzylatków.

Kolejna praktyczna wątpliwość nawiązująca do pytania „kiedy?” dotyczy dzieci starszych, w wieku szkolnym. Dzieci, u których rozpoznajemy n.m. o typie afazji, diagnozowane są w różnym wieku. Najliczniejszą grupę stanowią oczywiście te młodsze, u których już w wieku 2–3 lat można obserwować dysharmonię w rozwoju, a wkrótce staje się jasne, że rozwój mowy jest u nich w sposób szczególnie zaburzony. Inne dzieci, z lepszym nasileniem lub niejednoznacznym obrazem objawów specyficznych i niespecyficznych, pozostają często bez właściwego rozpoznania do czasu rozpoczęcia nauki w szkole (do siódmego roku życia), a niekiedy nawet dłużej. Pojawia się więc pytanie, do jakiego wieku możemy diagnozować n.m. o typie afazji u dzieci wcześniej niediagnozowanych. Biorąc pod uwagę historię rozwoju dziecka, szczególnie w zakresie rozwoju mowy, ewentualne obciążenia rodzinne oraz bieżące trudności językowe dziecka, nie widzimy przeszkód, by taką diagnozę stawiać dzieciom także w wieku 10–12 lat. Podobnie jak w przypadku dzieci młodszych musi mieć ona charakter interdyscyplinarny i być diagnozą różnicową. Problem praktyczny polega na tym, że aktualnie dysponujemy narzędziami badawczymi przewidzianymi jedynie dla dzieci młodszych. Tym bardziej cenne okazują się umiejętności obserwacji, rejestracji i analizy zachowań językowych dziecka.

Wnioski

1. Cel diagnozy to głównie pomoc dziecku i jego rodzinie poprzez właściwie prowadzoną terapię i zorganizowanie jak najkorzystniejszych warunków edukacji.
2. Diagnoza rozwojowych zaburzeń języka powinna być diagnozą interdyscyplinarną i łączyć diagnozę nominalną z diagnozą funkcjonalną, opracowywaną i weryfikowaną w trakcie terapii (proces).
3. Bardzo istotnym celem, o który warto zabiegać w sposób zorganizowany (np. we współpracy z Polskim Związkiem Logopedów), jest opracowanie zasad współpracy z lekarzem, najlepiej na przykład z neurologiem, psychiatrą czy pediatrą, w procesie diagnozy i systemie orzekania o rodzaju niepełnosprawności u dzieci.

Literatura

- Bishop D.V.M., Snowling M.J., Thompson P.A., Greenhalgh T., CATALISE–2 consortium, 2017, *Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 58(10), s. 1068–1080, <http://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12721> (dostęp: 10.05.2021).
- Drewniak-Wołosz E., Paluch A., 2009, *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, „Logopeda”, nr 1(7), s. 90–99, http://logopeda.org.pl/resources/pliki/83_logopeda_nr_7_.pdf (dostęp: 10.05.2021).
- Kordyl Z., 1966, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kurcz I., 2005, *Przyswajanie języka przez małe dziecko*, [w:] tejsze, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 80–97.
- Leonard L., 2016, *SLI. Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2012, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Schaffer R., 2018, *Posługiwanie się językiem*, [w:] tegoż, *Psychologia dziecka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 293–331.
- Smoczyńska M., Krajewski G., 2015, *Krótki Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji KIRMIK*, <http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=11> (dostęp: 14.08.2021).
- Stasiak J., 2016, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii prolongaty*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 293–264.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 10.11.2021. Data przyjęcia: 20.01.2022.