

Specyficzne zaburzenia mowy i języka

Specific language impairment – SLI

Agnieszka Pietraszko^{1ABDEF}, Anna Domeracka-Kołodziej^{1ADF},
Agata Szkiełkowska^{1,2DE}, Paulina Krasnodębska^{1DEF}

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Audiologii i Foniatrii, Warszawa/Kajetany

² Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina, Katedra Audiologii i Foniatrii, Warszawa

Wkład autorów:

- A Projekt badania
- B Gromadzenie danych
- C Analiza danych
- D Interpretacja danych
- E Przygotowanie pracy
- F Przegląd literatury
- G Gromadzenie funduszy

Streszczenie

W artykule przedstawiono przegląd aktualnej wiedzy na temat specyficznych zaburzeń rozwoju językowego (SLI). Zaburzenia prawidłowego rozwoju mowy u dzieci z dobrym słuchem i brakiem deficytów neurologicznych czy zaniedbań środowiskowych są przedmiotem badań prowadzonych od kilkadziesiąt lat. Istota SLI jest wciąż mało poznana. Diagnoza SLI wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin, stosowania wystandaryzowanych testów językowych i kryteriów różnicowania.

Słowa kluczowe: specyficzne zaburzenia mowy i języka • opóźniony rozwój mowy • dysleksja rozwojowa • spektrum autyzmu • ośrodkowe zaburzenia słuchu

Abstract

The article presents an overview of current knowledge about specific language impairment (SLI). Disturbances in normal speech development in children, despite good hearing, lack of neurological deficits or environmental neglect, have been the subject of research conducted for several decades. The essence of SLI is still little known. The SLI diagnosis requires cooperation of specialists in various fields, the use of standardized language tests and criteria for differentiation.

Key words: specific speech and language disorders • delayed speech development • developmental dyslexia • autism spectrum • central hearing disorders

Wprowadzenie

Mowa ludzka jako forma komunikacji interpersonalnej jest podstawą procesu edukacji. O prawidłowe kształtowanie się tej umiejętności należy dbać na każdym etapie rozwoju dziecka – od momentu urodzenia, poprzez okres niemowlęcy, wczesnodziecięcy, przedszkolny, aż do okresu szkolnego.

Posługiwanie się mową w sposób wydolny społecznie wymaga współlistnienia kilku elementów: odpowiedniego zasobu słów oraz umiejętności tworzenia zdań poprawnych gramatycznie. Kompetencje konieczne do zdobycia tych elementów nabywane są podczas życia społecznego i wyrażane wiedzą językową, komunikacyjną oraz kulturową [1].

Trudności językowe i komunikacyjne dziecka mogą mieć negatywny wpływ na całe jego życie. Małe dzieci z zaburzeniami językowymi są narażone na problemy w komunikowaniu się, co pociąga za sobą trudności w funkcjonowaniu poznawczym, behawioralnym, społecznym, a także odbija się niekorzystnie na ich edukacji i zdrowiu psychicznym [2]. Skutki zaburzeń językowych wynikające z narastających problemów komunikacyjnych mogą utrzymywać się przez całe życie pod postacią frustracji, stanów lękowych i braku pewności siebie, co z kolei może prowadzić do znacznych trudności w dorosłym życiu.

Specyficzne zaburzenia mowy i języka

Specyficzne zaburzenia mowy i języka (ang. *specific language impairment*, SLI) są zaburzeniem prawidłowego

rozwoju mowy uniemożliwiającym nabywanie kompetencji językowych przy braku deficytów neurologicznych, czuciowo-ruchowych oraz ze strony narządów zmysłowych u osób, które nie zostały pozbawione kontaktu z otoczeniem [3–5]. Tempo przyswajania języka i nabywania kompetencji językowych u dzieci, u których rozpoznajemy SLI, stwarza poważne problemy w codziennej komunikacji mimo prawidłowego rozwoju intelektualnego, dobrego słuchu, wzroku, braku znaczących zaburzeń neurologicznych, deficytów sprawności motorycznej obwodowego narządu mowy czy zaniedbań środowiskowych. U tych dzieci już we wczesnym etapie życia mogą występować problemy z prawidłowym artykułowaniem dźwięków, natomiast w wieku przedszkolnym i szkolnym z przyswajaniem języka ojczystego, stosowaniem poprawnych konstrukcji gramatycznych, budowaniem złożonych wypowiedzi, a także ze zrozumieniem wypowiedzi innych osób.

Historia badań dotyczących specyficznych zaburzeń językowych sięga XIX wieku. W roku 1866 Vaisse wprowadził termin „afazja wrodzona”, określający zaburzenie mowy u dzieci, u których stwierdzono normalny poziom inteligencji niewerbalnej, dobre rozumienie języka i duże ograniczenia w produkcji słownej. W XX wieku do terminu ‘afazja’ dołączano coraz to nowe określenia, ale jego podstawowe znaczenie nie ulegało zmianie. W latach sześćdziesiątych XX wieku termin ‘afazja’ zaczęto zastępować terminem ‘dysfazja’. Zmianę terminologii tłumaczono dosłownym znaczeniem terminów. Przedrostek „a-” sugeruje brak mowy, natomiast „dys-” – implikuje jedynie problemy z mową.

Od drugiej połowy XX wieku w literaturze zaczęto odchodzić od używania tych dwóch terminów, biorąc pod uwagę fakt, że terminy „afazja” i „dysfazja” mają konotacje neurologiczne (nazwy odnoszono do zaburzeń wynikających z uszkodzenia mózgu, np. w wyniku udaru), a także ze względu na kategoryzowanie do zagadnień językoznawczych prac badawczych dotyczących tego zagadnienia. Dlatego wiele określeń oprócz słowa ‘zaburzenie’ zawierało także termin ‘język’ [6]. Używane współcześnie pojęcie SLI zostało wprowadzone w 2006 roku przez Leonarda [7]. W polskiej literaturze tematu również obecna jest nieujednolicona terminologia dotycząca zaburzeń mowy u dzieci. Stwarza to trudności nie tylko diagnostyczne, lecz także terapeutyczne.

Najczęściej stosowane w literaturze polskiej są pojęcia: afazja/dysfazja dziecięca [8], alalia [9], afazja rozwojowa i wrodzona [10], specyficzne upośledzenie rozwoju języka [10], niedokształcenie mowy o typie afazji [8], SLI (ang. *specific language impairment* – specyficzne zaburzenia językowe) [11].

Brak zgodności co do istoty poszczególnych zaburzeń powoduje, że nie ma jednomyślności w kwestii ich nazewnictwa, co sprzyja tworzeniu nowych terminów. Analizując literaturę dotyczącą rozstrzygnięć terminologicznych oraz kategoryzacji ujmowania tych zaburzeń w rozwoju mowy, możemy stwierdzić, że termin SLI stosowany jest w odniesieniu do dzieci, u których rozwój mowy jest nieprawidłowy, został zaburzony w specyficzny sposób, zanim mowa została w pełni

ukształtowana. U tych dzieci możemy stwierdzić prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu i mowy, prawidłowy poziom intelektu. Ponadto dzieci z SLI nie są pozbawione kontaktu z otoczeniem i nie stwierdzono u nich uszkodzenia w budowie mózgu, upośledzenia zdolności uczenia się [12].

W Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów zdrowotnych (ICD-10) wyróżnia się rozpoznanie: specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80.1) oraz zaburzenia rozumienia mowy (F80.2) [13]. Rozpoznanie rozumiane są jako problem pierwotny, niezależny od czynników zewnętrznych ani innych zaburzeń rozwojowych. Podkreśla się określenie specyficzne, które w klasyfikacji ICD-10 odróżnia specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka od zaburzeń całościowych. W przeciwieństwie do zaburzeń całościowych, opóźnieniu w przyswajaniu mowy przez dziecko z SLI nie towarzyszą inne deficyty rozwojowe, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia zmysłowe, upośledzenie umysłowe bądź czynniki środowiskowe. Zaburzenia językowe są zatem głównym, niezależnym od innych chorób problemem dziecka [14].

Czynniki ryzyka SLI

Określenie wczesnych czynników ryzyka SLI stało się przedmiotem wielu badań [15,16]. Pod uwagę brane są zarówno indywidualne, jak i społeczne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo wystąpienia SLI. Czynniki indywidualne to: niska masa urodzeniowa, niski wynik w skali Apgar, wcześniactwo, płeć dziecka, późna opieka prenatalna lub jej brak, wysoka kolejność urodzeń w rodzinie. Wśród społecznych czynników ryzyka wymieniane są: niski stopień edukacji matek w zakresie opieki nad dzieckiem lub matki samotnie wychowujące. Znaczącym czynnikiem ryzyka SLI jest ubogie środowisko językowe [6].

Większość badaczy opowiada się za uznaniem wieloczynnikowego podłoża tego zaburzenia [17]. Uważa się, że może mieć ono również podłoże genetyczne. Wykryte zostały obszary chromosomalne powiązane z zaburzeniem, tzw. miejsca podatności, na chromosomach 16, 19, 13 i 10 [10]. Zaburzenie może dotyczyć jednego lub kilku członków rodziny. Należy jednak podkreślić, że zachowania i działania rodziców i otoczenia dziecka nie mogą być bezpośrednią przyczyną SLI.

Dane w piśmiennictwie wskazują, że na SLI cierpi ok. 7% populacji dzieci, przy czym prawie dwukrotnie częściej dotyczy chłopców niż dziewczynek [7]. W Polsce w grupie wiekowej od 4 do 14 lat na SLI cierpi około 300 000 dzieci. Częstsze występowanie u chłopców tłumaczone jest tym, że lewa półkula mózgowa, odpowiadająca za język i myślenie, rozwija się u chłopców nieco później i wolniej. Poszukiwania podłoża neuroanatomicznego choroby nie dały jednoznacznej odpowiedzi. Wskazywano na opóźniony proces mielinizacji włókien nerwowych, brak asymetrii lub nietypową asymetrię bruzdy Sylwiusza [18]. Obecnie uważa się, że zaburzenie jest związane z nietypowym funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego, które uniemożliwia szybkie przetwarzanie danych językowych [19].

Tabela 1. Schemat fizjologicznego rozwoju mowy [24,25]
Table 1. Scheme of physiological speech development [24,25]

Okres wokalizacji przedstawnej		
Do 2 m.ż.		Okres odruchowej wokalizacji określane jako krzyk niemowlęcy, kwilenie, pomrukiwania.
Do 2 m.ż.	Okres głużenia	Okres integracji słowno-wzrokowej i lokalizowania dźwięku.
Do 9 m.ż.	okres gaworzenia	Świadome powtarzanie dźwięków przez siebie wytworzonych (dzieci głuche nie gaworzą). Pojawia się integracja słowno-ruchowa i reakcja na intonację wypowiedzi.
Do 12 m.ż.	Okres melodii	Naśladowanie sylab, reagowanie na proste polecenia. Dziecko powinno wypowiadać pierwsze słowa i wyrażenia dźwiękonaśladowcze.
Okres wokalizacji słownej		
2 r.ż.	Okres wyrazu	Pojawiają się pierwsze znaczące słowa, około 18 miesiąca życia dziecko powinno posługiwać się 50 wyrazami. Rozwija się pamięć słuchowa.
Okres prostego zdania		
3 r.ż.		Dziecko używa prostych zdań bez stosowania reguł gramatycznych. Powinno posługiwać się 900–1000 wyrazami i rozumieć ich znaczenie. Mowa dziecka 3-letniego powinna być w pełni zrozumiała, choć artykulacja odbiega od sposobu wymawiania głosek przez dorosłych.
Okres doskonalenia mowy		
4 r.ż.	Okres swoistej mowy dziecięcej	Kształtuje się prawidłowa wymowa głosek, pojawiają się zdania twierdzące, przeczące, pytające i rozkazujące. Dziecko umie już swobodnie prowadzić rozmowę, zadawać pytania.
6 r.ż.		Okres przyswajania podstaw systemu fonetycznego, leksykalnego i gramatycznego języka.

Rzeczywistość zdominowana przez zaawansowane technologie niesie zagrożenie dla dzieci w pierwszych latach ich życia i niewątpliwie przyczynia się do powstawania nieprawidłowości rozwoju językowego, poznawczego, szkolnego. Kształtujący się mózg nie jest przystosowany do odbioru informacji podawanych za pośrednictwem mediów elektronicznych, programów telewizyjnych itp. [10]. Środowisko językowe dziecka może wtórnie wpływać (pozytywnie lub negatywnie) na przyswajanie języka, ale to nie ono wywołuje specyficzne zaburzenia językowe [10]. Uważa się, że dzieci z SLI wykazują znaczące zaburzenia dotyczące pamięci operacyjnej [20]. Istnieją liczne dowody neuropsychologiczne wskazujące na to, że czasowe przetwarzanie informacji jest jedną z fundamentalnych zasad funkcjonowania poznawczego człowieka. Deficyty przetwarzania czasowego mogą ulec poprawie na skutek specyficznego treningu [21,22].

Objawy i rozpoznanie SLI

Umiejętności werbalne człowiek nabywa z wiekiem, wraz z rozwojem innych sprawności. Każde dziecko przechodzi przez stałe etapy rozwoju mowy [23]. Schemat fizjologicznego rozwoju mowy przedstawiono w tabeli 1 [24,25]. Objawy sugerujące ryzyko wystąpienia SLI mogą pojawić się już we wczesnym okresie niemowlęcym. Dzieci mniej gaworzą, mają mniejszy zasób używanych fonemów, rozwój mowy odbiega od normy, nie osiągają „kamieni milowych” kształtowania mowy. Liczba dźwięków generowanych przez dziecko w wieku dwóch lat pozwala w znacznym stopniu przewidzieć, jak będzie radzić sobie językowo, gdy dorosnie. U dwuletniego dziecka, które używa mniej niż 50 wyrazów, nie łączy wyrazów w dwuskładnikowe zdania, np. „mama daj”, „nie am”, „chodź tu”, a wykluczono u niego problem ze słuchem, nieprawidłową budowę narządów mowy, upośledzenie umysłowe i cechy autyzmu, można mówić o ryzyku SLI [6].

SLI może mieć postać:

- ekspresywną, w przypadku niedokształconego rozwoju podsystemów języka w zakresie ekspresji. Dzieci mówią wówczas mało lub w ogóle, ale rozumieją mowę (obserwujemy wtedy błędy w wymowie głosek, błędy fleksyjne, tzn. w odmianie słów, ograniczony słownik, trudności z uczeniem się nowych słów, trudności z budowaniem zdań na odpowiednim poziomie złożoności),
- percepcyjną, kiedy dziecko rozumie mowę otoczenia w sposób ograniczony, a jego mowa czynna jest agrammatyczna, żargonowa (obserwujemy wtedy trudności ze zrozumieniem słów lub trudności ze zrozumieniem zdań, zwłaszcza złożonych),
- mieszaną, w przypadku współwystępowania zaburzeń ekspresji i percepcji. Zaburzenia widoczne są wtedy na różnych poziomach organizacji języka. Deficyt językowy dotyka wszystkich składników systemu językowego: fonologicznego, morfologicznego, składniowego, leksykalnego, semantycznego i pragmatycznego.

Trudności leksykalne dzieci z SLI polegają przede wszystkim na problemach z wydobyciem prawidłowo brzmiących słów z osobistego słownika umysłowego. Powodem tych trudności mogą być nieutrwalone reprezentacje wyrazów albo trudności w dostępie do własnej sieci leksykalnej. Problemy dotyczą ponadto deklinacji (zwykle używana jest forma mianownikowa), użycia rodzajów, nieprawidłowe formy przyimkowe, mieszanie liczb. W wypowiedziach dzieci z SLI do czwartego, a nawet szóstego roku życia utrzymuje się używanie sygnałów jednoklasowych. Pierwsze późne połączenia między wyrazami dostrzega się ok. 35–37 miesiąca życia. Gramatyka zawiera ograniczony zbiór reguł składniowych. Można zauważyć, iż dzieci z SLI mają szczególny problem ze strona bierną – zarówno w aspekcie jej używania, jak i rozumienia. Problemy

leksykalne i morfologiczno-składniowe dzieci z SLI zostały ujęte w tabeli 2 [10].

Diagnoza dzieci z ryzykiem SLI wymaga współpracy zespołu specjalistów różnych dziedzin: lekarzy, psychologów, logopedów, pedagogów [26]. Wczesne rozpoznanie i specjalistyczna pomoc mogą w istotny sposób zmniejszyć trudności w uczeniu się. Diagnozę stawia się, gdy dziecko ukończy 4 lata, wcześniej mówimy o ryzyku wystąpienia SLI [27]. Ważnym kryterium rozpoznania SLI jest istotna statystycznie różnica pomiędzy skalą werbalną i niewerbalną w teście Wechslera (WISC-R) na niekorzyść skali werbalnej.

Leonard opisał dzieci z SLI w następujący sposób: „Wiele prac poświęconych nabywaniu języka rozpoczyna się od twierdzenia, iż „wszystkie dzieci, normalne dzieci” uczą się języka szybko i bez wysiłku. Tymczasem dzieci z SLI wyraźnie odbiegają od normy wyłącznie pod względem tej jednej cechy: nie uczą się języka szybko i bez wysiłku” [7].

Diagnozę SLI ustala się na podstawie wystandaryzowanych polskich testów językowych – narzędzi mierzących kluczowe funkcje poznawcze, takie jak kontrola wykonawcza i hamująca, pamięć robocza i teoria umysłu.

Najczęściej stosowane są następujące kryteria wyróżniające SLI [6]:

- istotnie niższe wyniki w standaryzowanych testach językowych (na poziomie -1,25 odchylenia standardowego lub niższe),

- inteligencja mierzona testami niejęzykowymi – równa 85 lub wyższa,
- prawidłowy słuch,
- prawidłowa budowa i funkcjonowanie narządu artykulacyjnego,
- zasób słów ograniczony w stosunku do wieku,
- zdolności fonologiczne poniżej normy,
- lepsze rozumienie niż produkcja choć poniżej wieku umysłowego,
- brak objawów zaburzeń w dwustronnych interakcjach społecznych oraz symptomów ograniczonej aktywności,
- kryterium neurologiczne wykluczające schorzenia neurologiczne przyjmuje łagodne opóźnienie w dojrzewaniu układu nerwowego,
- kryterium społeczne to brak objawów charakterystycznych dla zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Narzędzia do oceny poziomu rozwoju językowego i diagnozy zaburzeń językowych przedstawiono w tabeli 3 [28].

Różnicowanie

Rozpoznanie SLI wymaga wykluczenia upośledzenia umysłowego, niedosłuchu, porażenia mózgowego, zaburzeń w sferze społeczno-emocjonalnej, zaniedbań środowiskowych. Dzieci dotknięte SLI mają ograniczoną zdolność przetwarzania informacji, opóźnione dojrzewanie neurofizjologiczne lub deficyt pamięci fonologicznej. Przyjmuje się łagodne opóźnienie w dojrzewaniu układu nerwowego. Dzieci z SLI wykazują się wolniejszymi reakcjami motorycznymi, mniej zgrabnymi ruchami, często nawet ograniczeniami w zakresie uwagi [14].

Tabela 2. Problemy leksykalne i morfologiczno-składniowe dzieci z SLI [10]

Table 2. Lexical, morphological and syntactic problems of children with SLI [10]

Deficyty leksykalne u dzieci z SLI	
W zakresie ekspresji	W zakresie percepcji
Ograniczony zasób słownika czynnego do słów najbardziej znanych i najprostszych, onomatopiecznych czy neologizmów.	Ograniczone lub nieadekwatne rozumienie słów.
Wolniejsze niż u rówieśników tempo przyswajania słów.	Mylene słów o zbliżonym znaczeniu.
Opis funkcjonalny zamiast nazwy.	
Dominacja rzeczowników i czasowników, zaimków wskazujących, często brak innych części mowy.	
Szczególny problem z przyswajaniem czasowników.	
Problemy z nazywaniem.	
Deficyty morfologiczno-składniowe dzieci z SLI	
W zakresie ekspresji	W zakresie percepcji
Błędne stosowanie form fleksyjnych (nieuwzględnianie odmiany przez liczbę, rodzaj, osobę, czas).	Rozumienie tylko pojedynczych słów oraz prostych zwrotów i zdań.
Hipergeneralizacje.	Trudności z uchwyceniem relacji wyrażonych związkami gramatycznymi.
Brak konsekwencji w stosowaniu form fleksyjnych.	Nieadekwatne reagowanie na pytania czy polecenia.
Błędne stosowanie reguł składniowych w wypowiedziach wskazujących.	Częste mechaniczne powtórzenia wypowiedzi kierowanych do nich.
Dominacja pojedynczych słów lub ich prostych zestawień, częsty styl telegraficzny, równoważniki zdań.	
Błędy składni: zgody i rzędu.	
Przewaga zdań prostych, pojedynczych.	

Tabela 3. Narzędzia do oceny poziomu rozwoju językowego i diagnozy zaburzeń językowych [28]
Table 3. Tools for assessing the level of language development and diagnosis of language disorders [28]

Test Rozwoju Językowego (TR)	Wystandaryzowane i znormalizowane narzędzie psychometryczne ułatwiające diagnozę zaburzeń rozwoju językowego, w tym specyficznych zaburzeń SLI, przeznaczone do badania dzieci w wieku 4;0-8;11. Test ocenia poziom rozwoju językowego dziecka pod względem rozumienia i produkcji mowy w odniesieniu do rówieśników. W przypadku stwierdzenia rozwoju nietypowego, pozwala na sprawdzenie, w jakim stopniu i jakim obszarze umiejętności językowe dziecka odbiegają od przeciętnych, co jest pomocne w planowaniu terapii.
Test Powtarzania Pseudostów	Narzędzie pozwalające dokonać pomiaru sprawności przetwarzania fonologicznego, przesiewowo zidentyfikować dzieci z SLI lub ryzykiem SLI.
Standaryzowane Narzędzia do Oceny Wypowiedzi (SNOW)	Test dotyczący produkcji mowy w zakresie tworzenia tekstu opisowego i narracyjnego, dodatkowo miara słownictwa i składni, szczegółowa ocena umiejętności dziecka w zakresie dyskursu umożliwiająca ukierunkowanie ewentualnej terapii.
Inwentarze Rozwoju Mowy i Komunikacji (IRMIK)	Inwentarze przeznaczona są do oceny wczesnego rozwoju mowy i ryzyka zaburzeń językowych (w tym SLI).
Krótki Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji (KIKMIK)	Badanie oceniające wczesny rozwój mowy i przesiewowe pod kątem opóźnionego rozwoju mowy lub zaburzeń językowych (w tym SLI).

Obecny rozwój metod diagnostycznych zapewnia różnicowanie w zakresie:

1. Opóźnionego rozwoju mowy (mówienia i rozumienia bądź tylko mówienia lub rozumienia). Opóźniony rozwój mowy występuje wówczas, gdy proces kształtowania i rozwoju mowy we wszystkich bądź niektórych jej aspektach (fonetycznym, gramatycznym, leksykalnym czy ekspresyjnym) ulega opóźnieniu i przebiega niezgodnie z normą przewidzianą dla danej grupy wiekowej.

O opóźnionym rozwoju mowy mówi się wówczas, gdy jest ono rezultatem indywidualnego tempa i rytmu rozwoju (dysharmonii rozwoju), ale także wtedy, gdy jest ono konsekwencją poważnych zaburzeń rozwoju, takich jak np. upośledzenie umysłowe czy głuchota.

U większości dzieci z SLI w pierwszych trzech latach życia diagnozowany jest opóźniony rozwój mowy (ORM) – „wszystkie dzieci z ORM stanowią grupę poważnego ryzyka SLI” [29]. Kryteria różnicowania SLI od ORM przedstawiono w tabeli 4.

2. Dysleksji rozwojowej, który to termin oznacza specyficzne trudności w nauce czytania i/lub pisanie,

uwarunkowane konstytucjonalnie u dzieci o prawidłowym rozwoju intelektualnym, bez deficytów sensorycznych i wychowawczych [13]. Polega na niemożności nabywania prawidłowego czytania w okresie rozwojowym lub utracie tej umiejętności u osób, które wcześniej prezentowały prawidłowy jej poziom, wskutek uszkodzenia mózgu. Cechą dysleksji rozwojowej jest uboga świadomość fonologiczna i zaburzenia pamięci werbalnej. Występują zaburzenia w procesach przetwarzania wzrokowego, słuchowego [24]. Trudności w uczeniu się wynikają z zakłóceń w rozwoju spostrzegania, pamięci wzrokowej i słuchowej, koncentracji uwagi.

3. Zaburzeń ze spektrum autyzmu ASD (autyzm, zespół Aspergera, niespecyficzne całościowe zaburzenia rozwoju, dezintegracyjne zaburzenie dziecięce). Do ustalenia tego rozpoznania konieczne jest stwierdzenie nieprawidłowego lub upośledzonego rozwoju do ukończenia 3 r.ż. W przeciwieństwie do dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju językowego, dzieci z ASD zwykle nie wykorzystują gestów oraz mimiki w celu kompensacji tych zaburzeń. Język jest nietypowy, zdania lub żarty są pozbawione sensu. Nieprawidłowość dotyczy również wymowy (prozodii) – tonacji, tempa, głośności, barwy, echolalii.

Tabela 4. Kryteria różnicowania SLI od ORM [29]

Table 4. Criteria for SLI differentiation from delayed speech development [29]

	Dzieci z ORM	Dzieci z SLI
Mowa w pierwszych 3 latach życia	Deficyt leksykalny – mniej niż 50 słów w słowniku czynnym oraz brak połączeń wyrazów.	Niskie wyniki w zakresie percepcji.
Zmiany na przełomie 3. i 4. roku życia	Wyrównujący się poziom sprawności językowych.	Wyrównujący się tylko częściowo zasób leksykalny (słownik); gramatyka nadal opóźniona, wykazująca znaczne nieprawidłowości.
Sekwencja rozwoju	Typowa lub nieco opóźniona.	Może być nietypowa.
Błędy językowe – nasilenie i utrzymywanie się	Występujące nieco dłużej niż u rówieśników, niezbyt nasilone, czasami ich brak.	Znaczne przez cały czas, przede wszystkim morfologiczno-składniowe.
Błędy językowe – rodzaj	Typowe dla wcześniejszych etapów rozwoju mowy (dzieci młodszych).	Typowe dla dzieci młodszych, a także jakościowo odmienne.
Rodzinne występowanie zaburzeń językowych	—	Częste

SLI nie zaburza kompetencji komunikacyjnej, co oznacza, że w odróżnieniu od dzieci z autyzmem, dzieci z SLI chcą się komunikować z otoczeniem, używając najczęściej gestów i komunikacji pozajęzykowej. Dzieci z SLI nie unikają kontaktu wzrokowego, nie wykazują także objawów ograniczonej aktywności polegającej na częstym powtarzaniu ruchów czy stereotypizacji zachowań [30]. Trudność w różnicowaniu sprawia współwystępowanie objawów: deficytu komunikacji językowej u pacjentów z zespołem Aspergera, trudności w funkcjonowaniu społecznym i tendencji do rozwijania specyficznych zainteresowań dzieci z SLI.

4. Ośrodkowych zaburzeń słuchu (ang. *auditory processing disorders*, APD). APD to zespół objawów wynikających z zaburzeń w obrębie ośrodkowej części układu słuchowego [4,13]. Przejawiają się obniżoną sprawnością w zakresie przynajmniej dwóch z następujących procesów słuchowych: lokalizacji źródła dźwięku, różnicowania częstotliwości, rozpoznawania sekwencji dźwięku, słuchania rozdzielnosznego, wykrywania przerw w bodźcach akustycznych, rozumienia mowy zniekształconej [31]. APD mogą towarzyszyć także zaburzeniom takim jak opóźniony rozwój mowy, specyficzne trudności rozwoju językowego. Przyczyny APD mają podłoże neurobiologiczne i uszkodzenia te zlokalizowane są przede wszystkim w ośrodkowej części układu słuchowego. Rozpoznanie tych deficytów ustala się na podstawie testów behawioralnych i elektrofizjologicznych [13].

Rokowania

Pomimo prawidłowej terapii postęp w rozwoju mowy dziecka jest stopniowy. Zdarzają się okresy zahamowania lub nagłego przyspieszenia. Niektóre objawy zaburzenia utrzymują się długo i z trudem poddają się terapii. Większość dzieci nie osiąga pełnej sprawności w mowie czy piśmie.

Szansę na skuteczną terapię stwarza neuroplastyczność mózgu, jednak zmniejsza się ona z wiekiem dziecka, dlatego interwencję należy podejmować wówczas, gdy zauważy się pierwsze symptomy opóźnienia rozwoju mowy.

Musimy pamiętać, że dziecko ze specyficznymi zaburzeniami językowymi poza naturalną potrzebą porozumiewania się, podobnie jak każde dziecko, przejawia liczne potrzeby psychologiczne. Jest to potrzeba bezpieczeństwa i związana z nią potrzeba kontaktu emocjonalnego, potrzeba

akceptacji, uznania, szacunku, osiągnięcia sukcesu, czy aktywności poznawczej. Bezpośredni opiekunowie dziecka – rodzice są tymi, którzy mogą zapewnić mu ciągłą i najbardziej efektywną stymulację. W przypadku ucznia z SLI ważną rolę odgrywa nauczyciel. Dziecko z SLI podczas lekcji może być ciche i wycofane lub przeciwnie – głośne, niegrzeczne, niezdyscyplinowane. Dodatkowo może mieć trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, unikać ich bądź popadać w konflikty. Sposób postępowania zapobiegający zaburzeniom językowym lub pomagający je wyrównać oparty jest na responsywnych relacjach międzyludzkich. Słowo 'responsywność,' oznacza odpowiedź, odzew, reakcję. Chodzi zatem o relacje będące adekwatną odpowiedzią, czyli odpowiednią, dostrojoną do potrzeb i możliwości dziecka reakcją na jego zachowania czy wydawane przez nie dźwięki.

Podsumowanie

Istota specyficznego zaburzenia rozwoju językowego jest wciąż mało poznana, mimo prowadzonych od kilkadziesiąt lat licznych badań. SLI rozpatrywane jest w kategoriach deficytu wiedzy językowej lub ograniczenia ogólnej zdolności przetwarzania informacji przy braku niedosłuchu, deficytów neurologicznych czy zaniedbań środowiskowych. U dzieci z SLI zaburzenia rozwoju mowy, tak w zakresie kształtowania się kompetencji i sprawności językowej, jak i kompetencji i sprawności komunikacyjnej, obserwowane są od początku jej nabywania. Dla rozwoju dziecka niezmiernie istotne jest wczesne ustalenie rozpoznania i rozpoczęcie procesu. Równie ważna jest intensywność i systematyczność terapii. Im częściej dziecko będzie uczestniczyło w interakcjach językowych, im dłużej będą one trwały i im więcej uzyska ono danych językowych (podanych w sposób adekwatny do poziomu jego rozwoju mowy), tym więcej elementów języka sobie przyswoi. Badania naukowe wykazały, że rozwój językowy dziecka można pobudzać, co prowadzi do zwiększenia szans na poprawę jego wyników edukacyjnych w przyszłości. Jednym z kluczowych elementów pobudzających rozwój jest podnoszenie jakości interakcji zachodzących między dzieckiem a osobami dorosłymi: rodzicami, opiekunami, nauczycielami [6]. Statystycznie tylko ok. 20% dzieci z grupy opóźnionych językowo nadrobi opóźnienia. Pozostałe 80% dzieci ma poważne problemy podczas procesu edukacji, a nawet przez całe życie. Specyfika tego zaburzenia różni się w zależności od kraju i języka. SLI nie dotyczy wyłącznie dzieci, bowiem u osób dorosłych, ze zdiagnozowanymi w dzieciństwie zaburzeniami w sferze językowej, nadal stwierdza się deficyty językowe o różnych stopniach nasilenia [6].

Piśmiennictwo:

1. Domeracka-Kołodziej A. Zaburzenia mowy. Otolaryngologia kliniczna, 2015; 11: 685–90.
2. Szkiełkowska A, Włodarczyk E, Senderski A, Skarżyński H. Ocena procesów przetwarzania słuchowego u dzieci z dyslalią. Otolaryngol Pol, 2009; 63(1): 54–57.
3. Jastrzębowska G. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych. W: Gałkowski T, Jastrzębowska G, red. Logopedia. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2002.
4. Włodarczyk E, Szkiełkowska A, Piłka A, Skarżyński H. Ocena ośrodkowych procesów słuchowych u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka. Otolaryngologia Polska, 2015; 69(5): 23–28.
5. Rapin I. Practitioner review: Development language disorder: clinical update. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1996; 6: 643–55.
6. Lasota A. Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego. Sztuka leczenia, 2007; 14(1–2): 35–45.

7. Leonard L.B. SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego. 2006.
8. Kordyl Z. Psychologiczne problemy afazji dziecięcej. PWN, 1968.
9. Kaczmarek B. Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1986; 4(1): 5–6.
10. Dilling-Ostrowska E. Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego. *Zaburzenia mowy u dzieci*. PZWL, 1997.
11. Czaplewska E, Kochańska M, Maryniak A, Haman E, Smoczyńska M. SLI –specyficzne zaburzenia językowe. IBE, 2014.
12. Olempska-Wysocka M. Dziecko z zaburzeniami mowy w systemie oświaty. *Studia Edukacyjne*. Poznań, 2014.
13. Sanderski A. Diagnostyka ośrodkowych zaburzeń słuchu. *Otolaryngologia*, 2013; 12: 15–16.
14. Bishop D. Specific language impairment as a language learning disability. *Child Language Teaching and Therapy*, 2009; 25(2): 163–65.
15. Newbury D, Paracchini S, Scerri T, Winchester L, Addis L, Richardson A, Monaco A. Investigation of dyslexia and SLI risk variants in reading-and language-impaired subjects. *Behavior genetics*, 2011; 41(1): 90–104.
16. Stanton-Chapman T, Chapman D, Bainbridge N, Scott K. Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 2002; 23(6): 390–405.
17. Daniluk B. Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci. *Neurologia kliniczna dziecka*. PWN, 2006.
18. Plante E, Swisher L, Vance R, Rapcsak S. MRI findings in boys with specific language impairment. *Brain and language*, 191; 41(1), 52-66.
19. Tropper B, Schwartz R. Neurobiology of child language disorders. In *Handbook of child language disorders*. Psychological Press, 2009: 174–200.
20. Montgomery J, Magimairaj B, Finney M. Working Memory and Specific Language Impairment: An Update on the Relation and Perspectives on Assessment and Treatment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2010; 19: 78–94.
21. Nickisch A, Massinger C. Auditory processing in children with specific language impairments: Are there deficits in frequency discrimination, temporal auditory processing or general auditory processing? *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 2009; 61: 323–28.
22. Szelaż E. Neuropsychologiczne podłoże różnych zaburzeń językowego porozumiewania się u dorosłych i dzieci. W: Gałkowski T, Jastrzębowska G, red. *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2003.
23. Bieńkowska K. Rozwój słyszenia i mowy u dzieci. *Magazyn otolaryngologiczny*, 2008; 28: 93–102.
24. Domeracka-Kołodziej A. Zaburzenia mowy. *Otolaryngologia praktyczna*, 2005; 5(2): 536–42.
25. Domeracka-Kołodziej A. Zaburzenia mowy. *Otolaryngologia kliniczna*, 2015; 11: 685–90.
26. Drewniak-Wołosz E. Niedokształcenie mowy o typie afazji. *Logopedia*, 2009; 1(7).
27. Czaplewska E, Kochańska M, Maryniak A, Haman E, Smoczyńska M. SLI –specyficzne zaburzenia językowe. IBE, 2014.
28. Krasowicz-Kupis G. Nowe narzędzia do diagnozowania dysleksji i zaburzeń językowych. IBE, 2014.
29. Krasowicz-Kupis G. SLI i inne zaburzenia językowe. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, 2012.
30. Namysłowska I. Diagnostyka autyzmu. *Medycyna praktyczna – pediatria*, 2009; 3.
31. Lewandowska M, Milner M, Ganc E, Włodarczyk E, Pluta A, Rusiniak M, Wolak T, Skarżyński H. Behawioralne i elektrofizjologiczne korelaty opracowania informacji słuchowej w dysleksji rozwojowej. *Otolaryngologia*, 2013; 12: 35.