

Studium interwencji

Diagnoza rozwoju poznawczego dzieci z ryzykiem dysleksji i zaburzeniem językowym

Poziom interwencji:

oddziaływanie na nauczycieli; oddziaływanie na dziecko/ucznia; oddziaływanie na rodziców

Etap edukacyjny:

przedszkole (roczne przygotowanie przedszkolne); szkoła podstawowa klasa 1

Kategoria interwencji:

diagnoza przesiewowa, interwencja diagnostyczna

Problem:

Zaburzenia neurorozwojowe są definiowane jako zaburzenia behawioralne i poznawcze, powstające w tzw. okresie rozwojowym (do osiągnięcia dojrzałości). Wywołują one istotne trudności w nabywaniu i posługiwaniu się bądź wykorzystywaniu specyficznych funkcji intelektualnych, motorycznych, językowych czy społecznych. Oznacza to, że mogą w istotny sposób generować niepowodzenia szkolne oraz zakłócać szeroko pojęty dobrostan uczniów, zwłaszcza w przypadku zaburzenia rozwoju językowego czy zaburzenia uczenia się. Dlatego bardzo ważne jak najwcześniejsze dostrzeżenie dzieci z tymi zaburzeniami i wdrożenie działań pomocowych oraz profilaktycznych.

W szkole oraz na etapie edukacji przedszkolnej prowadzenie badań przesiewowych i profilaktycznych w zakresie ryzyka zaburzenia uczenia się w obszarze czytania (dysleksja) oraz zaburzenia językowego nie są prowadzone wystarczająco

systematycznie i rzadko wykorzystuje się nowoczesne znormalizowane narzędzia. Także wiedza specjalistów szkolnych wymaga aktualizacji, w tym również wyboru nowszych narzędzi, ze względu na szybkie zmiany i postęp w badaniach nad uwarunkowaniami sukcesu edukacyjnego w powiązaniu z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi uczniów.

Wprowadzenie nowoczesnego i systemowego rozpoznania ryzyka i wdrożenie działań postdiagnostycznych pozwoli na:

1. Obiektywizację i zwiększenie trafności diagnozy przesiewowej.
2. Bardziej trafne i zindywidualizowane działania postdiagnostyczne, profilaktyczne, terapeutyczne i wspomaganie.
3. Monitorowanie postępów i ewentualne modyfikowanie oddziaływań wspomagających.
4. Bardziej efektywne wyłanianie uczniów, którzy wymagają pogłębionej diagnozy specjalistycznej.

Cele:

1. Wczesne rozpoznanie dzieci i uczniów z ryzykiem dysleksji lub zaburzeniem językowym.
2. Optymalizacja funkcjonowania ucznia z ryzykiem dysleksji lub zaburzeniem językowym poprzez systematyczne działania obejmujące:
 - diagnozę funkcjonalną w zakresie funkcji poznawczych, głównie językowych oraz komunikacji pisemnej,
 - implementację działań postdiagnostycznych w szkole i w domu na podstawie wyników diagnozy funkcjonalnej,
 - monitorowanie trafności diagnozy i skuteczności działań postdiagnostycznych.

Ogólny opis interwencji:

Interwencja polega na wyłonieniu minimum jednego dziecka na etapie rocznego przygotowania przedszkolnego lub klasy 1 z ryzykiem dysleksji i/lub z zaburzeniem

językowym, ewentualnie jego podejrzeniem. Psycholog sam wybiera, którym rodzajem zaburzenia neurorozwojowego chciałby się zająć. Jeśli chodzi o wskazanie minimum jednego dziecka do przeprowadzenia interwencji, psycholog ma do wyboru dwie ścieżki postępowania. Może przeprowadzić diagnozę przesiewową w klasie/grupie przedszkolnej z wykorzystaniem Skali Prognoz Edukacyjnych SPE IBE i/lub skali Język i Komunikacja lub wybrać dziecko posiadające diagnozę kryterialną wskazującą na ryzyko dysleksji lub rozwojowe zaburzenie językowe. W kolejnym kroku powinna zostać przeprowadzona diagnoza funkcjonalna rozwoju poznawczego (głównie funkcji językowych oraz komunikacji pisemnej) z wykorzystaniem aplikacji komputerowej KAPP_A oraz opcjonalnie baterii diagnostycznych IBE – Baterii Testów Czytania, Baterii Testów Pisanie i Baterii Testów Fonologicznych. Następnie, po przedstawieniu wniosków z diagnozy nauczycielom, rodzicom i terapeutom, następuje implementacja działań postdiagnostycznych z systemu KAPP w szkole i w domu. Końcowym etapem jest monitorowanie trafności diagnozy i skuteczności działań postdiagnostycznych poprzez powtórny diagnozę funkcjonalną.

Podstawy naukowe interwencji:

Diagnoza psychologiczna i pedagogiczna to proces rozpoznawania indywidualnych potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka. Najczęściej podejmowana jest w celu określenia konkretnych działań, które mają poprawić sytuację ucznia oraz zoptymalizować warunki jego rozwoju (Krasowicz-Kupis, Wiejak, Filipiak, Gruszczyńska, 2019). Takie podejście do procesu diagnostycznego zakłada jego kontynuację w formie zaplanowania i podjęcia konkretnych interwencji oraz udzielania pomocy psychologicznej (por. Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczyńska, 2014). Planowanie i monitorowanie działań postdiagnostycznych jest integralną częścią procesu diagnozowania. Wspieranie potencjału rozwojowego ucznia poprzez stwarzanie warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły czy placówki oraz w środowisku społecznym jest jednym z zadań w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Knopik, 2017).

Najważniejsze cechy modelowej diagnozy funkcjonalnej obejmują skupienie się na deficytach i mocnych stronach oraz na zasobach osoby diagnozowanej, możliwe

najszerszy zakres opisywanych właściwości wraz z kontekstem oraz bezpośrednie powiązanie z działaniami postdiagnostycznymi. Ocena zachowania i terapia zaburzeń przenikają się wzajemnie, stanowiąc cykl diagnostyczno-terapeutyczny, w którym diagnoza warunkuje terapię, zarazem ją monitorując, a terapia pogłębia diagnozę i nadaje jej dynamicznego charakteru, prowadząc do doskonalenia działań wspomagających (Knopik, 2017).

Zastosowanie narzędzi składających się na system Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych KAPP daje możliwość kompleksowej diagnozy funkcjonowania poznawczego dziecka. Na podstawie jej wyniku specjalista może zaplanować i podjąć określone działania postdiagnostyczne. Podstawą teoretyczną konstrukcji systemu diagnostycznego KAPP jest Wielowymiarowy Model Funkcjonowania Poznawczego WMFP (Bedyńska i in., 2021), czyli nowoczesne ujęcie koncepcyjne pozwalające wychwycić zależności między funkcjami poznawczymi z różnych grup, na przykład między funkcjami wykonawczymi podstawowymi i złożonymi, percepcją a rozwojem określonych funkcji z obszaru mowy i komunikacji pisemnej. W efekcie narzędzie do bezpośredniego badania dzieci i młodzieży – aplikacja komputerowa KAPP_A – obejmuje cztery główne sfery funkcjonowania poznawczego, takie jak: funkcje wykonawcze (podstawowe i złożone), percepcję, mowę i pismo (komunikację pisemną). Badanie pozwala na odniesienie indywidualnych wyników do norm, a także do poziomu wykonania testów przez daną osobę badaną (analiza intraprofilowa), co umożliwia identyfikację mocnych stron pełniących funkcję potencjalnych „kotwic” terapeutycznych.

Dysleksja rozwojowa jest zaburzeniem neurorozwojowym. Można przyjąć, że jest „charakterystyczną formą zaburzenia uczenia się, która ma podłoże neurobiologiczne; charakteryzuje ją deficyt czytania – obniżona umiejętność dekodowania (dokładnego i/lub płynnego rozpoznawania wyrazów); jest specyficzną formą osłabienia funkcji językowych – wynika z deficytu w przetwarzaniu fonologicznym, który skutkuje słabo zróżnicowanymi reprezentacjami fonologicznymi i/lub z deficytu szybkiego automatycznego nazywania” (Krasowicz-Kupis, Matczak, Jaworowska, Fecenec, 2023, s. 9). Jej pełny obraz kliniczny ujawnia się, gdy dziecko rozpoczyna naukę czytania i pisanie. Jednakże w przypadku zaburzeń neurorozwojowych, odnoszących się do okresu, w którym jeszcze nie mogą się

pojawiać ich bezpośrednie objawy, używa się terminu „ryzyko zaburzeń”. Oznacza ono zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia określonego zaburzenia neurorozwojowego u konkretnego dziecka w okresie, kiedy jeszcze nie ujawniło się ono w pełni jak na przykład ryzyko dysleksji (Bogdanowicz, 2002, 2012). Jak wspomniano, dysleksja jako taka jest rozpoznawana zazwyczaj dopiero wtedy, gdy potwierdzi się obecność trwałych objawów, a więc po rozpoczęciu przez dziecko formalnej edukacji, a często o wiele później. Dopiero wtedy wdrażane są działania pomocowe, podczas gdy w rzeczywistości – bazując na wiedzy o rozwoju dziecka i czynnikach warunkujących sukces w opanowywaniu czytania i pisanie – można takie działania podejmować o wiele wcześniej, przed rozpoczęciem formalnej nauki. Z tego powodu tak ważne jest rozpoznawanie ryzyka dysleksji i analiza funkcjonowania dziecka z takim problemem, nie ma bowiem potrzeby czekania na wystąpienie niepowodzeń szkolnych, skoro można zapobiegać im dużo wcześniej (Bogdanowicz 2012; Snowling i in., 2011; Torppa i in., 2013). Sygnały wskazujące na ryzyko dysleksji są zauważalne niewątpliwie już w okresie przedszkolnym. Ryzyko dysleksji rozwojowej jest rozumiane dwojako. Po pierwsze jako behawioralno-poznawcze ryzyko, które stanowi tzw. fenotyp dysleksji, świetnie znane i efektywnie diagnozowane w Polsce (Bogdanowicz, 2002, 2012). Po drugie zjawisko to jest ujmowane jako rodzinne ryzyko dysleksji, częściej uwzględniane w badaniach naukowych (Krasowicz-Kupis i in., 2014, Dębska i in., 2016; Plewko i in., 2018 i in.). Termin „rodzinne ryzyko dysleksji”, chociaż odnosi się głównie do genetycznego podłoża tego zaburzenia, obejmuje również wpływ środowiska m.in. na kształtowanie postawy wobec czytania czy nawyków czytelniczych (Lyytinen, Eklund i Lyytinen, 2005; Lyytinen i Lyytinen, 2004; Muter i Snowling, 2009; Snowling, Muter i Carroll, 2007). Diagnoza tego typu ryzyka bazuje na zbieraniu informacji o najbliższych krewnych dziecka, zazwyczaj jego rodzicach, najczęściej wywiadu o charakterze retrospektywnym, odwołującym się do historii trudności z czytaniem i pisanem.

Termin „ryzyko dysleksji” w ujęciu behawioralno-poznawczym dotyczy dzieci, które uzyskują niskie wyniki w testach mierzących takie funkcje poznawcze, jak przetwarzanie fonologiczne czy werbalna pamięć robocza. Przejawia się ono najczęściej opóźnionym rozwojem mowy, w tym m.in. ograniczonym słownikiem i zaburzonymi sprawnościami fonologicznymi oraz morfologicznymi, słabą

znajomością liter oraz niską świadomością pisma (Snowling i in., 2011; Helland i in., 2011; Lyytinen i in., 2005; Brookes, Ng, Lim, Tan i Lukito, 2011). Sprawności te rozwijają się zanim dziecko rozpocznie naukę czytania i pisania, co daje szansę wychwycenia deficytów już w okresie przedszkolnym i umożliwia wprowadzenie różnych form wspomagania rozwoju językowego. Najczęściej wskazuje deficyty funkcjonowania językowego i poznawczego obejmujące sprawności fonologiczne w zakresie dokonywania analizy i syntezy fonemowej oraz świadomości fonologicznej – dokonywania operacji na fonemach, a także operowania częstkami śródsylabowymi – rymami i aliteracjami, znajomość liter czynną i bierną, pamięć werbalną, w tym roboczą i krótkoterminową, tempo nazywania czy umiejętności semantyczne i syntaktyczne oraz płynność słowną (por. przegląd Shaywitz, 2018, Krasowicz-Kupis, 2019).

Fakt, że można prognozować wystąpienie zaburzenia czytania na długo przed podjęciem przez dziecko pierwszych prób opanowania tych umiejętności, a nawet przed przeprowadzeniem wstępnej diagnozy ryzyka dysleksji, może stanowić ważną podstawę działań profilaktycznych. Badania przesiewowe pozwalają na podjęcie działań pomocowych obejmujących prace ze specjalistami, nauczycielami i rodzicami, co istotnie zwiększa szanse na zminimalizowanie skutków dysleksji u dziecka i zapobiega niepowodzeniom szkolnym.

Jednym z najczęściej występujących zaburzeń i deficytów rozwoju językowego jest rozwojowe zaburzenie języka DLD (ang. *developmental language disorder*, w skrócie DLD), do niedawna nazywane specyficznym zaburzeniem językowym SLI (ang. *specific language impairment*, w skrócie SLI) (Bishop, 2017; Krasowicz-Kupis, 2012, 2020). Szacuje się, że dotyka ono od 5 do 7% dzieci w wieku przedszkolnym (Leonard, 2006; Hulme i Snowling, 2009; Reilly, Wake, Ukoumunne, Bavin, Prior, Cini i in., 2010). Rozwojowe zaburzenie językowe obejmuje deficyty obserwowane od początku okresu rozwojowego. Nie tłumaczy ich jakiś oczywisty czynnik, taki jak: niedosłuch, niepełnosprawność intelektualna, uszkodzenie neurologiczne czy problemy psychologiczne i emocjonalne (Bishop 2008; Krasowicz-Kupis, 2012; Leonard, 2006). Ze względu na to, że rozwojowe zaburzenie języka ujawnia się wcześnie, a jako zaburzenie komunikacji determinuje większość obszarów aktywności człowieka, wpływa ono negatywnie także na rozwój sfer niepowiązanych

z językiem. Można opisać to zaburzenie jako powolny, odbiegający od normatywnego wzorca rozwój językowy, gdy zawodzi więcej niż jedna z części systemu językowego, blokując w ten sposób naturalne możliwości kompensacyjne systemu (Parisse i Maillart, 2009). Należy podkreślić, że bez prób interwencji zaburzenia te wpływają negatywnie na przebieg drogi życiowej, edukacyjnej i zawodowej. Rozwojowe zaburzenie języka DLD oznacza istotne deficyty w obrębie jednego lub kilku subsystemów języka, a także deficyty w przyswajaniu co najmniej jednego aspektu mowy – percepcji i/lub ekspresji, przy jednoczesnym wykluczeniu przyczyn niezwiązanych bezpośrednio z językiem (Krasowicz-Kupis, 2012; Bishop, 2017). Jego główne cechy to: pojawienie się w okresie rozwojowym dla mowy (do 6–7 roku życia), trudna do ustalenia etiologia, długofalowe konsekwencje, znaczący wpływ na komunikowanie się z otoczeniem, wpływ na osiągnięcia poznawcze, a także na funkcjonowanie psychospołeczne oraz emocjonalne (Krasowicz-Kupis, 2012, 2020; DSM-5, 2013; ICD-11, 2022).

Charakteryzując dzieci z DLD, najczęściej stwierdza się, że zaczynają one później mówić, w wieku przedszkolnym nadal nie nadążają za rówieśnikami pod względem rozwoju mowy i języka, na etapie edukacji wczesnoszkolnej mogą mieć problemy z nauką czytania i pisania, a przez cały okres szkolny gorzej się uczą (Smoczyńska, 2006). Problemy tej grupy dzieci odbijają się negatywnie także na rozwoju emocjonalnym i społecznym, rzutując więc na ich dobrostan przez całe życie (Krasowicz-Kupis, 2012; Leonard, 2006; Smoczyńska, 2012).

Strategia działania:

Interwencja polega na udzieleniu wsparcia minimum jednemu dziecku na etapie rocznego przygotowania przedszkolnego lub klasy 1 z ryzykiem dysleksji i/lub z zaburzeniem językowym (ewentualnie jego podejrzeniem). Specjalista sam wybiera, którym rodzajem zaburzenia neurorozwojowego chciałby się zająć. Interwencja może być realizowana według 2 ścieżek na etapie 1, co opisano poniżej.

Należy podkreślić, że do przeprowadzenia interwencji konieczna jest pisemna zgoda rodziców oraz zgoda samego dziecka. Należy także przygotować i uzgodnić kontrakt na przeprowadzenie całej procedury diagnostyczno-terapeutycznej (Standardy

diagnozy psychologicznej w edukacji, 2018)

http://brpd.gov.pl/sites/default/files/standardy_diagnozy_psychologicznej_w_edukacji.pdf [dostęp: 12.11.2023].

Etap 1. Pozyskanie dziecka z ryzykiem dysleksji i/lub rozwojowym zaburzeniem językowym (lub jego podejrzeniem), wobec którego poprowadzona zostanie interwencja.

Etap 2. Diagnoza funkcjonalna.

Etap 3. Analiza uzyskanych wyników z wychowawcą klasy, innymi specjalistami szkolnymi, m.in. psychologiem szkolnym oraz z rodzicami/opiekunami.

Etap 4. Prowadzenie działań wspomagających/postdiagnostycznych dostosowanych do potrzeb dziecka przez terapeutów, rodziców, nauczycieli.

Etap 5. Powtórne badania przesiewowe monitorujące efektywność wprowadzanej interwencji po upływie około 5 miesięcy.

Ważnym etapem końcowym całego postępowania jest ewaluacja polegająca na analizie wyników badania monitorującego funkcjonowanie dzieci po wprowadzeniu interwencji, a także ocena podjętych działań przez zaangażowanych wyżej wskazanych specjalistów oraz rodziców.

Etap 1. Pozyskanie dziecka, wobec którego poprowadzona zostanie interwencja. Powinno to być dziecko z ryzykiem dysleksji i/lub rozwojowym zaburzeniem językowym (w przypadku badania przesiewowego jest to podejrzenie DLD), na etapie rocznego przygotowania przedszkolnego lub klasy 1 szkoły podstawowej. Jak wspomniano wcześniej, pedagog, logopeda lub terapeuta pedagogiczny ma tutaj do wyboru 2 ścieżki postępowania.

Pierwsza ścieżka – badanie przesiewowe pozwalające na wyłonienie dziecka podejrzanego o ryzyko dysleksji lub zaburzenie językowe z wykorzystaniem Skali Prognoz Edukacyjnych IBE (części N) lub skali Język i Komunikacja.

Krok 1. Przeprowadzamy badanie przesiewowe w całej klasie, wykluczając z badania dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego (niepełnosprawność intelektualna, zaburzenie ze spektrum autyzmu ASD) oraz już posiadające diagnozę ryzyka dysleksji lub rozwojowego zaburzenia językowego od specjalisty.

Krok 1A. Jeśli chodzi o ryzyko dysleksji, wykorzystujemy Skalę Prognoz Edukacyjnych SPE IBE (wolny dostęp on-line). W przypadku tego narzędzia w badaniu przesiewowym w odniesieniu do dzieci przedszkolnych posługujemy się skalą SPE_N_I, a w przypadku dzieci z klasy 1 przeprowadzamy badanie SPE_N_I i SPE_N_II. Badanie realizujemy z nauczycielem dziecka, zgodnie z instrukcją w podręczniku do testu (Wiejak i in., 2015)

Krok 1B. Jeśli chodzi o podejrzenie DLD, posługujemy się skalą Język i Komunikacja (wolny dostęp on-line). W tym przypadku wykorzystujemy całą skalę. Badanie przeprowadzamy z nauczycielem dziecka, zgodnie z instrukcją w podręczniku do testu (Kochańska, Łuniewska, 2015)

Krok 2. Dokonujemy analizy psychometrycznej uzyskanych wyników zgodnie z wytycznymi w podręczniku, wyniki surowe zamieniamy na wyniki standaryzowane (stenowe w SPE IBE, a centylowe w JK).

Krok 3. Wybieramy dziecko/dzieci z ryzykiem dysleksji lub podejrzeniem zaburzenia językowego na podstawie wyniku niskiego uzyskanego w wykorzystanych skalach SPE IBE (niższy niż 4 steny) lub Język i Komunikacja (poniżej 25 centyla).

Druą ścieżka – wybór dziecka mającego diagnozę różnicową, kryterialną, czyli opinię psychologiczną wskazującą na rozpoznanie ryzyka dysleksji i/lub rozwojowe zaburzenie językowe (mogą być użyte inne terminy na to rozpoznanie – na przykład alalia, niedokształcenie mowy, afazja rozwojowa). Podstawą jest posiadana przez szkołę dokumentacja.

Etap 2. Diagnoza funkcjonalna z obowiązkowym wykorzystaniem systemu KAPP oraz opcjonalnym, o ile będzie możliwość wypożyczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej baterii diagnostycznych IBE: Baterii Testów Czytania BTCZ IBE, Baterii Testów Fonologicznych BTF IBE i Baterii Testów Pisanania BTP IBE. Jeśli

chodzi o KAPP– specjalista powinien wykorzystać KAPP_S, czyli stosowne do wieku dziecka kwestionariusze dla nauczycieli i rodziców, dokładniej:

- KAPP_S_P(R) dla rodzica/opiekuna prawnego dziecka w wieku 3–6 lat (3;0,0–5;11,30)
- KAPP_S_P(N) dla nauczyciela dziecka w wieku 3–6 lat (3;0,0–5;11,30)
- KAPP_S_S(R) dla rodzica/opiekuna prawnego dziecka w wieku 7–10 lat (7;0,0–9;11,30)
- KAPP_S_S(N) dla nauczyciela dziecka w wieku 7–10 lat (7;0,0–9;11,30).

Kwestionariusze służą do oceny poziomu funkcji wykonawczych, mowy i komunikacji pisemnej – możliwa jest ocena stopnia rozwoju w zakresie szybkości percepcyjnej, kontroli uwagi i elastyczności poznawczej, pamięci roboczej, planowania i rozumowania oraz języka i komunikacji. Sposób interpretacji wyników został opisany w podręczniku do skal (Orylska i in., 2022). System KAPP zaproponuje również materiały postdiagnostyczne do wykorzystania dla zdiagnozowanego dziecka.

W przypadku baterii IBE – mogą one być wykorzystane w całości lub w stosownych, wybranych przez diagnostę częściach. Po przeprowadzeniu badań konieczna jest psychometryczna analiza wyników (w KAPP raport diagnostyczny udostępnia aplikacja) oraz ich interpretacja (diagnoza funkcjonalna). Uwzględniamy także szczegółowe wyniki skal przesiewowych.

Etap 3. Przedstawienie wyników badania i wniosków innym specjalistom szkolnym (nauczycielowi, ewentualnie terapeutce i logopedzie) oraz rodzicom i zaplanowanie działań postdiagnostycznych wybranych odpowiednio z puli KAPP.

Etap 4. Realizacja działań wspomagających dziecko, trwająca około 5 miesięcy. Działania postdiagnostyczne prowadzą nauczyciel, terapeuta i rodzic.

Etap 5. Ocena efektywności/monitorowanie podjętej interwencji przez powtórne badanie diagnostyczne z wykorzystaniem tych samych narzędzi, co na etapie 2.

Powyższe etapy realizujemy niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z dzieckiem z ryzykiem dysleksji czy z DLD. Różnice będą dotyczyły (oprócz narzędzia do badań przesiewowych) przede wszystkim zastosowanych działań postdiagnostycznych. Schematyczny przebieg interwencji prezentują tabele 1 i 2.

Tabela 1. Schemat interwencji w przypadku dziecka z ryzykiem dysleksji

Etapy interwencji	Ryzyko dysleksji		Osoba realizująca zadanie	Uwagi
ETAP 1	Wybór dziecka do interwencji		Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny	
	Rozpoznanie	Brak rozpoznania		W SPE IBE wybieramy tylko część N – dla nauczycieli, wersja odpowiednia dla poziomu edukacyjnego dziecka
	Dziecko ma opinię poradni specjalistycznej z diagnozą ryzyka dysleksji	Badanie przesiewowe SPE IBE		
		Zastosowanie Skali Prognoz Edukacyjnych IBE (dostęp on-line ¹ , badanie tradycyjne)		
	Wybór minimum jednego dziecka z ryzykiem dysleksji			

¹ <http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=6>

Etapy interwencji	Ryzyko dysleksji	Osoba realizująca zadanie	Uwagi
	Pozyskanie pisemnej zgody od rodzica oraz akceptację dziecka, a także ustalamy kontrakt na udział w interwencji		Podstawą są „Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji”
ETAP 2	Diagnoza funkcjonalna	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny	
	KAPP – skale KAPP_S_P(R) i KAPP_S_P(N) lub KAPP_S_S(R) i KAPP_S_S(N)		
	Opcjonalnie BTCZ IBE, BTP IBE, BTF IBE		Baterie IBE należy wypożyczyć z poradni psychologiczno-pedagogicznej
ETAP 3	Przedstawienie wyników badania i wniosków innym specjalistom szkolnym (nauczycielowi, ewentualnie terapeutce i logopedzie) oraz rodzicom	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny, który prowadził diagnozę	

Etapy interwencji	Ryzyko dysleksji	Osoba realizująca zadanie	Uwagi
	Wybór działań postdiagnostycznych do realizacji w domu – na podstawie KAPP	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny z nauczycielem, innym terapeutą oraz ewentualnie logopedą	
Etap 4	Realizacja działań wspomagających dziecko	Terapeuta, pedagog, nauczyciel, rodzic	
ETAP 5	Monitorowanie efektywności interwencji. Ponowna diagnoza funkcjonalna	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny	Wykorzystanie tych samych narzędzi, co na etapie 2.

Tabela 2. Schemat interwencji w przypadku dziecka z DLD lub jego podejrzeniem

Etapy interwencji	Rozwojowe zaburzenie językowe		Osoba realizująca zadanie	Uwagi
ETAP 1	Wybór dziecka do interwencji		Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny	
	Rozpoznanie	Brak rozpoznania		W SPE IBE wybieramy tylko część N – dla nauczycieli, wersja odpowiednia dla poziomu edukacyjnego dziecka
	Dziecko ma opinię poradni specjalistycznej z diagnozą ryzyka dysleksji	Badanie przesiewowe		
		Zastosowanie Skali Język i Komunikacja (dostęp on-line ² , badanie tradycyjne)		
	Wybór minimum jednego dziecka z DLD lub jego podejrzeniem			
	Pozyskanie pisemnej zgody od rodzica oraz akceptację dziecka, a także ustalenie kontraktu na udział w interwencji			Podstawą są „Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji”

² <http://eduentuzjasci.pl/component/content/article/56-en-uncategorised/1246-pracownia-testow-jezyk.html>

Etapy interwencji	Rozwojowe zaburzenie językowe	Osoba realizująca zadanie	Uwagi
ETAP 2	Diagnoza funkcjonalna	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny	
	KAPP – skale KAPP_S_P(R) i KAPP_S_P(N) lub KAPP_S_S(R) i KAPP_S_S(N)		
	Opcjonalnie BTCZ IBE, BTP IBE, BTF IBE		Baterie IBE należy wypożyczyć z poradni psychologiczno-pedagogicznej
	Omówienie wyników z nauczycielem, pedagogiem, logopedą (opcjonalnie) oraz rodzicami.		
ETAP 3	Przedstawienie wyników badania i wniosków innym specjalistom szkolnym (nauczycielowi, ewentualnie terapeutce i logopedzie) oraz rodzicom	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny, który prowadził diagnozę	
	Wybór działań postdiagnostycznych do realizacji w domu – na podstawie KAPP	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta	

Etapy interwencji	Rozwojowe zaburzenie językowe	Osoba realizująca zadanie	Uwagi
		pedagogiczny z nauczycielem, innym terapeutą oraz ewentualnie logopedą	
	Zastosowanie działań postdiagnostycznych	Pedagog szkolny, logopeda, terapeuta pedagogiczny oraz rodzic.	
Etap 4	Realizacja działań wspomagających dziecko	Terapeuta, pedagog, nauczyciel, rodzic	
ETAP 5	Monitorowanie efektywności interwencji	Pedagog szkolny,	Wykorzystanie tych samych narzędzi, co na etapie 2.
	Ponowna diagnoza funkcjonalna	logopeda, terapeuta pedagogiczny	

Czas trwania:

Minimalny czas trwania interwencji to 6 miesięcy (diagnoza–działania postdiagnostyczne–diagnoza powtórna).

Monitorowanie i ewaluacja skuteczności:

Monitorowanie trafności diagnozy i skuteczności działań postdiagnostycznych odbywa się poprzez powtórny diagnozę funkcjonalną z wykorzystaniem tych samych narzędzi, co w pierwszej diagnozie funkcjonalnej. W przypadku pozytywnych efektów należy spodziewać się zmiany konfiguracji wyników i zmniejszenia nasilenia deficytów badanego dziecka.

Ryzyko/zagrożenia w realizacji:

Główne ryzyka w realizacji interwencji, z którymi może się zetknąć specjalista szkolny realizujący daną interwencję, to: wycofanie się dziecka/rodziców z podjętych działań w trakcie interwencji, niechęć do współpracy ze strony nauczycieli czy terapeutów, którzy mają wprowadzać działania postdiagnostyczne itp.

Bibliografia:

- Bedyńska, S., Campfield, D., Kaczan, R., Kaczmarek, M., Knopik, T., Kochańska, M., Krasowicz-Kupis, G., Krejtz, I., Orylska, A., Papuda-Dolińska, B., Rycielski, P., Rydzewska, K., Sędek, G., Smoczyńska, M., Wiejak, K. (2021). Narzędzia diagnostyczne do oceny zdolności poznawczych dzieci i młodzieży – projekt wdrożeniowy. *Przegląd Psychologiczny*, 64(2), 9–23.
- Bishop, D.V. M. (2008). Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 5, 323–400.
- Bishop, D.V.M. (2017). Why is so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental disorder DLD. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52, 6, 671.680.
- Bogdanowicz, M. (2002). *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie. Skala Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas 0 i I*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz, M. (2012) *Ryzyko dysleksji, dysortografii i dysgrafii. Skala Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas I i II*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Brookes, G., Ng, V., Lim, B. H., Tan, W. P., Lukito, N. (2011). The computer-based Lucid Rapid Dyslexia Screening for the identification of children at risk of dyslexia, a Singapore study. *Educational & Child Psychology*, 28 (2), 33–51.

Dębska, A., Łuniewska, M., Chyl, K., Banaszkiewicz, A., Żelechowska, A., Wypych, M., Marchewka, A., Pugh, K.R., Jednoróg, K. (2016). Neural basis of phonological awareness in beginning readers with familial risk of dyslexia-Results from shallow orthography. *Neuroimage*. (5)132, 406–416.

DSM-5 (2013) *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Arlington: APA.

Helland, T., Plante, E., & Hugdahl, K. (2011). Predicting dyslexia at age 11 from a risk index questionnaire at age 5. *Dyslexia*, 17(3), 207–226.

Hulme, C., Snowling, M. J. (2009). *Developmental disorders of language, learning and cognition*. London: Wiley-Blackwell.

ICD-11 (2022). ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision, <https://icd.who.int/> [dostęp: 29.07.2022].

Knopik, T. (2017). *Diagnoza funkcjonalna*. Warszawa: ORE.

Kochańska, M., Łuniewska, M. (2015). *Język i Komunikacja. Skala obserwacyjna dla nauczycieli*. Podręcznik. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

<http://eduentuzjasci.pl/component/content/article/56-en-uncategorised/1246-pracownia-testow-jezyk.html>

Krasowicz-Kupis, G. (2012). *SLI i inne zaburzenia rozwoju językowego*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Krasowicz-Kupis, G. (2019). *Nowa psychologia dysleksji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Krasowicz-Kupis, G. (2020). Zaburzenia mowy i komunikacji. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiąłkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 354–367). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Krasowicz-Kupis, G., Bogdanowicz, K. M. i Wiejak, K. (2014). Familial Risk of Dyslexia in Polish First Grade Pupils Based on the ARHQ-PL Questionnaire. *Health Psychology Report*, 2(4). 237–246.

Krasowicz-Kupis, G., Matczak, A., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2023). *IDS-2 w diagnozowaniu dysleksji i ryzyka dysleksji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Filipiak, M., Gruszczyńska, K. (2019). *Diagnoza psychologiczna dla potrzeb edukacji. Standardy dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K. (2014). *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Leonard, L. B. (2006). *SLI. Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lyytinen, P., Eklund, K., Lyytinen, H. (2005). Language development and literacy skills in late-talking toddlers with and without familial risk for dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 55 (2'). 166–192.
- Lyytinen, P., Lyytinen, H. (2004). Growth and predictive relations of vocabulary and inflectional morphology in children with and without familial risk for dyslexia. *Applied Psycholinguistics*, 25(3). 397–411.
- Muter, V., Snowling, M. J. (2009). Children at familial risk of dyslexia, practical implications from an at-risk study. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(1), 37–41.
- Orylska, A., Kaczan, K., Kaczmarek, M., Bedyńska, S., Rycielski, S., Sędek, G., Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G. (2022). *Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych – kwestionariusze do diagnozy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym przez rodziców i przez nauczycieli KAPP_S_P(R i N) oraz KAPP_S_S(R i N)*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Parisse, C., Maillart, C. (2009). Specific language impairment as systemic developmental disorders. *Journal of Neurolinguistics*, 22(2), 109–122.
- Pennington, B. F., Bishop, D. V. M. (2009). Relation among speech, language and reading disorders. *Annual Review of Psychology*, 60, 283–306.
- Plewko, J., Chyl, K., Bola, Ł., Łuniewska, M., Dębska, A., Banaszkiewicz, A., Wypych, M., Marchewka, A., van Atteveldt, N., Jednoróg, K. (2018). Letter and Speech Sound Association in Emerging Readers with Familial Risk of Dyslexia. *Front. Hum. Neurosci.*, 12, 393.
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O. C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., ... Bretherton, L. (2010). Predicting language outcomes at 4 years of age: findings from Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*, 126(6), e1530–e1537.
- Shaywitz, S.E. (2018). *Pokonać dysleksję*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Smoczyńska, M. (2006). Przedmowa do wydania polskiego [*Preface to the Polish edition*]. In L. B. Leonard (Ed.), *Children with specific language impairment* (pp. 6–7). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Smoczyńska, M. (2012). Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI, wyniki badań podłużnych dzieci polskich. W: J. Porayski-Pomsta i M. Przybysz-Piwko (red.) *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*. (s. 13–38). Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.

Snowling, M. J., Duff, F., Petrou, A., Schiffeldrin, J. i Bailey, A. M. (2011). Identification of children at risk of dyslexia, the validity of teacher judgments using 'Phonic Phases'. *Journal of Research in Reading*, 34(2'). 157–170.

Snowling, M.J., Muter, V., Carroll, J., (2007). Children at family risk of dyslexia, a followup in early adolescence. *J. Child Psychol. Psychiatry* 48, 609–618.

Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji (2018)

http://brpd.gov.pl/sites/default/files/standardy_diagnozy_psychologicznej_w_educacji.pdf; <http://www.ptp.org.pl/oddzialy/diagnoza/index.php?content=standard> (data dostępu: 5.07.2022)

Torppa, M., Parrila, R., Niemi, P., Poikkeus, A.-M., Lerkkanen, M.-K., Nurmi, J.-E. (2013). The double deficit hypothesis in the transparent Finnish orthography, A longitudinal study from Kindergarten to Grade 2. *Reading and Writing*, 26, 1353–1380.

Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G., Bogdanowicz, K. M. (2015). *Skala Prognoz Edukacyjnych SPE IBE. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych. <http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=6>