

Opieka logopedyczna w ochronie zdrowia psychicznego dzieci. Część 1: obszar badań i praktyki

Speech and Language Therapy in Mental Health Care of Children. Part 1: the areas of research and practice

Ewa Hrycyna

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Katedra Języka Polskiego i Logopedii

Summary

Aim. The article is the first part of a study aimed at characterizing speech-language therapy care in mental health care of children. It concerns the areas of research and practice.

Material and methods. The research has an exploratory character. The secondary qualitative analysis of archive data collected from my SLT practice with preschool age children was used.

Results. Preschool children experience a variety of speech, language and communication disorders associated with mental health problems. SLT needs may result from: mental disorders in various stages of their course, prodromal and subclinical states; psychological traits; family history of mental disorders; environmental conditions; migration; other medical conditions; using pharmacotherapy.

Conclusions. Conducting research on speech and language disorders in psychiatry is necessary, but at the same time difficult, especially in the case of children. Interference of developmental, pathological and environmental factors, mutual overlap of symptoms resulting from various conditions, and co-occurrence of disorders must be taken into account. Moreover, great caution should be exercised in interpreting the results of less advanced studies. The area of SLT research and practice is wide and diverse. It is defined by nosological and functional criteria. Cooperation between psychiatrists, psychologists, psychotherapists, and speech-language therapists is needed, both from a research and practical perspective.

Key words: speech-language therapy, mental health, children

Słowa kluczowe: logopedia, zdrowie psychiczne, dzieci

Wstęp

Zaburzenia psychiczne – rozumiane tu jako ogół stanów, którymi zajmuje się psychiatria – manifestują się m.in. w mowie, języku i komunikacji. Osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz szerzej – z potrzebami pomocy w zakresie zdrowia psychicznego – poza opieką psychiatryczną, psychoterapeutyczną, psychologiczną oferuje się także inne formy wsparcia, w tym terapię logopedyczną. Obszar opieki logopedycznej obejmuje opis, diagnozę stanu mowy, języka i komunikacji oraz postępowanie terapeutyczne. Zainteresowanie problematyką opieki logopedycznej w ochronie zdrowia psychicznego w ostatnich latach wyraźnie wzrasta w wielu krajach świata. Aby badania w tym obszarze się rozwijały, kluczowa jest dyskusja i współpraca na forum międzyspecjalistycznym: między psychiatrami, psychoterapeutami, psychologami, logopedami i in. [1]. Ponieważ rozumienie kwestii zdrowia psychicznego i wdrażanie działań terapeutycznych są w pewnej mierze determinowane przez czynniki zewnętrzne: społeczne i kulturowe, konieczne jest uwzględnianie perspektywy lokalnej, odnoszącej się do różnych krajów, różnych społeczności językowo-kulturowych, różnych uwarunkowań i miejsc pracy logopedów.

Niniejszy artykuł jest pierwszą częścią studium zmierzającego do scharakteryzowania opieki logopedycznej w ochronie zdrowia psychicznego dzieci w wieku przedszkolnym. Dotyczy obszaru badań i praktyki.

Jak piszą Pilecki i wsp. [2, s. 214]:

zaburzenia psychiczne i emocjonalne dzieci w okresie przedszkolnym stają się coraz częściej przedmiotem zainteresowania zarówno klinicystów, jak i badaczy. Zmianie ulega też sposób ich postrzegania. Uważane są one coraz częściej za bardziej znaczące klinicznie, niż przyjęło się uważać wcześniej. Nawet mniej istotne klinicznie objawy mogą się utrwalić czy nasilić w późniejszym okresie życia. Stanowią one też ryzyko pojawienia się problemów emocjonalnych, szkolnych, interpersonalnych czy poważnych zaburzeń psychicznych w przyszłości. Wczesny okres rozwojowy wydaje się też dobrym momentem na podjęcie działań zapobiegających wystąpieniu zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych w kolejnych dekadach życia. Zaburzenia psychiczne i problemy emocjonalne w okresie przedszkolnym są stosunkowo nowym obszarem dociekań naukowych, dlatego istotne jest prowadzenie badań nad ich różnorodnymi aspektami.

Aktualna wiedza o możliwościach opieki logopedycznej w zaburzeniach psychicznych jest zróżnicowana i pod względem ilościowym, i jeśli chodzi o stopień zaawansowania¹. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży są ujęte w klasyfikacjach DSM-5, ICD-11, IFC [3]. W swojej pracy opieram się na klasyfikacji DSM-5.

¹ Nie jest to pełny przegląd literatury, będzie on przedmiotem badań w odrębnym opracowaniu; tutaj wskazano główne problemy niezbędne dla zrealizowania celu badań.

1. Wprowadzenie teoretyczne

1.1. Zaburzenia neurorozwojowe

W odniesieniu do niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń komunikacji (w których obrębie wprowadzona została nowa jednostka diagnostyczna: zaburzenie komunikacji społecznej) oraz zaburzeń ze spektrum autyzmu literatura dotycząca zaburzeń mowy, języka i komunikacji jest bogata ilościowo i jakościowo (zawiera prace o charakterze metaanalitycznym), a opieka logopedyczna w tych zaburzeniach jest dziś standardem. Zaburzenia mowy i możliwości opieki logopedycznej w zaburzeniu z deficytem uwagi i nadaktywnością stanowią wyraźnie rozwijające się pole badań [4, 5]. Logopedzi udzielają pomocy dzieciom ze specyficznymi zaburzeniami uczenia się: zaburzeniami czytania, pisania [6] oraz niektórymi zaburzeniami motorycznymi: rozwojowym zaburzeniem koordynacji [7]. Peltokorpi i wsp. [8] wskazują, że terapia logopedyczna może okazać się pomocna w leczeniu zaburzenia tikowego: zespołu Tourette’a.

1.2. Inne zaburzenia psychiczne

W zaburzeniach psychicznych innych niż neurorozwojowe manifestacje w mowie języku i komunikacji również są wyraźnie obecne. Mogą być stałe, ustępować po opanowaniu epizodu (psychotycznego, afektywnego) lub utrzymywać się w postaci objawów reszkowych. Mogą być jednym z objawów kryterialnych lub stanowić cechy dodatkowe, charakteryzujące daną populację. W przebiegu zaburzeń psychotycznych, zwłaszcza w schizofrenii, zaburzenia językowe są klinicznie znaczące i często opisywane u osób dorosłych. Literatura dotycząca zaburzeń mowy, języka i komunikacji w schizofrenii o wczesnym lub bardzo wczesnym początku, występującej i diagnozowanej niezwykle rzadko [9], jest stosunkowo nieliczna, ale obiecująca [10, 11]. Terapia logopedyczna dla dzieci z tym zaburzeniem jest potrzebna i powinna zmierzać do rozwijania sprawności systemowych, dialogowych, narracyjnych i in. [12]. Stwierdzenie zaburzeń językowych w stanach prodromalnych jest ważnym elementem w procesie wczesnego wykrywania zaburzeń psychotycznych u dzieci [13].

Na mowę i komunikację – w różnym stopniu – wpływają zaburzenia lękowe, w tym mutyzm wybiórczy. W wypadku tego zaburzenia logopedzi prowadzą – zwykle pośrednią – ocenę stanu mowy (w populacji dzieci z mutyzmem częściej występują zaburzenia językowe i komunikacyjne) oraz – jeśli jest to konieczne – terapię logopedyczną zaburzeń mowy, głównie za pomocą metod pośrednich [14]. Mogą współuczestniczyć w procesie terapii mutyzmu wybiórczego w różny sposób [15] oraz wnieść swój wkład w prewencję tego zaburzenia [16]. Istnieją wstępne doniesienia, że dzieci z zaburzeniem lęku separacyjnego mogą przejawiać problemy językowe i komunikacyjne, trudności w gospodarowaniu oddechem podczas mówienia i zaburzenia płynności mowy z powodu patofizjologicznych zmian w mózgu. Zaburzenia w tej grupie często pozostają niezauważone. Terapia logopedyczna może być formą wsparcia dla tych dzieci [17]. Przedmiotem zainteresowania logopedii są ponadto fobia społeczna oraz stan lęku i dyskomfortu w mówieniu publicznym u osób, które nie mają fobii [18].

Zaburzenie dwubiegunowe także charakteryzuje się specyficznymi cechami mowy i komunikacji. Według wstępnych doniesień u dzieci z tym zaburzeniem mogą występować zaburzenie rozwoju języka, trudności w wyszukiwaniu słów, interpretowaniu i odpowiadaniu na wskazówki społeczne, budowaniu relacji. Terapia logopedyczna może te trudności przełamywać. Dzieci z rodzin, w których zaburzenie to zostało zdiagnozowane, mogą przejawiać trudności komunikacyjne, gdyż na ich powstanie może wpływać model komunikacji w rodzinie [19].

Mowa (przede wszystkim głos) i komunikacja ulegają zmianom w przebiegu zaburzeń afektywnych (zwłaszcza większego zaburzenia depresyjnego). Jeśli chodzi o dzieci, logopeda może zastosować odpowiednie strategie komunikacyjne [20]². Terapia logopedyczna ukierunkowana na wspieranie rozwoju interakcji i komunikacji jest oferowana także w przypadkach depresji poporodowej u matek w formie pracy w diadzie niemowlę-matka [21].

Gdy wcześniej w rozwoju dziecka pojawia się trauma, wpływa ona na rozwój języka [22]. Terapia logopedyczna dla dzieci z doświadczeniem traumy może okazać się potrzebna. W badaniach Yehudy [23] opierała się ona na rozwijaniu umiejętności leksykalnych, narracyjnych i komunikacyjnych.

W zaburzeniach z objawami somatycznymi i pokrewnymi, jeśli objawy dotyczą mowy, głosu, połykania, terapia logopedyczna może być częścią leczenia interdyscyplinarnego [24]. W zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych z kolei mogą występować pewne trudności pragmatyczne (choć nie muszą) oraz charakterystyczne cechy semantyczne wypowiedzi. Nie ma wystarczających danych, aby stwierdzić, czy i jak logopedzi mogą uczestniczyć w odpowiadaniu na ewentualne potrzeby komunikacyjne wynikające z tego zaburzenia. Są jednak podstawy teoretyczne, aby pozostawić tę kwestię otwartą i prowadzić dalsze badania w tym zakresie. Podobnie rzecz ma się z zaburzeniami osobowości.

1.3. Cechy i właściwości psychiczne

Pewne cechy i właściwości psychiczne mogą być powiązane z trudnościami językowymi i komunikacyjnymi. Przykładowo u niektórych dzieci z wysokim potencjałem intelektualnym mogą występować trudności pragmatyczne podobne do tych występujących w wysokofunkcjonującym autyzmie/zespole Aspergera [23]; według niektórych badaczy nie są one jednak z autyzmem tożsame. Obszar ten wymaga dalszych badań. [24]. Przypuszcza się, że u dzieci, które doświadczają swojej płci jako innej niż płeć biologiczna, mogą występować różnorako uwarunkowane trudności w komunikacji społecznej [25], lecz badania na ten temat są ograniczone [26].

² Dorosłym oferuje się terapię zaburzeń głosu.

1.4. Wybrane inne stany, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego w psychiatrii

Niektóre ze stanów wymienionych w ostatniej części DSM-5 mogą negatywnie wpływać na rozwój języka i umiejętności komunikacyjnych. Zalicza się do nich np.: problem dotyczący związku rodzic–dziecko, zaniedbywanie dziecka, problemy edukacyjne, problemy ekonomiczne, migrację, uwięzienie lub inne (długotrwałe) pozbawienie wolności, graniczne funkcjonowanie intelektualne.

1.5. Inne problemy zdrowotne

Zaburzenia mowy i języka oraz objawy psychiatryczne, które mogą dodatkowo wpływać na obraz kliniczny tych zaburzeń, występują w przebiegu chorób centralnego układu nerwowego, takich jak: urazy głowy, guzy mózgu, stany zapalne, epilepsja, w zaburzeniach genetycznych, chorobach ogólnoustrojowych pośrednio oddziałujących na centralny układ nerwowy, a także w zaburzeniach słuchu i wzroku oraz w opóźnieniach rozwojowych.

1.6. Farmakoterapia

Wpływ na rozwój języka i stan mowy (pozytywny lub negatywny) może mieć również farmakoterapia, w psychiatrii u młodszych dzieci stosowana jest jednak bardzo rzadko.

2. Material

Badanie opierało się na doświadczeniach własnych z pracy logopedycznej z dziećmi w wieku przedszkolnym. Materiałem badawczym były dane archiwalne zgromadzone w latach 2014–2022 zawierające opisy diagnozy i terapii z prowadzonej przeze mnie praktyki logopedycznej w trzech przedszkolach ogólnodostępnych³. Opieką było objętych 93 dzieci, u których występowały zaburzenia mowy powiązane ze stanem zdrowia psychicznego. Z dziećmi łączyły mnie bezpośrednie, w większości długotrwałe relacje, a nasz kontakt był regularny. Materiał został zanonimizowany. Nie prowadziłam eksperymentów i innych badań wykraczających poza standardową opiekę logopedyczną, na którą rodzice dzieci każdorazowo wyrazili zgodę. Dane zostaną zaprezentowane w sposób ogólny, bez wykorzystywania elementów umożliwiających identyfikację uczestników. Korzyści z opisu mało rozpoznanej, a interesującej i aktualnej ze względów praktycznych problematyki przewyższają znacząco ryzyko szkód, które jest minimalne.

³ Materiał z pracy w poszczególnych placówkach jest nierównomierny, ponieważ w każdej z nich pracowałam przez inny okres, ponadto każda z nich miała inny system organizacyjny.

3. Metoda

Badanie miało charakter eksploracyjny, wykorzystano wtórną jakościową analizę danych, która doprowadziła do wyróżnienia takich kategorii, jak: obszar badań i działań praktycznych logopedy w ochronie zdrowia psychicznego dzieci, kompetencje logopedów w zespole specjalistycznym, diagnoza logopedyczna (specyfika oceny logopedycznej, problem norm, funkcje oceny logopedycznej, ocena i diagnoza logopedyczna w rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych), terapia logopedyczna (funkcje i cele, planowanie i realizacja, metodyka postępowania terapeutycznego, skuteczność, umiejętności terapeuty).

4. Wyniki

Grupa dzieci była bardzo zróżnicowana⁴. Włączenie dziecka do grupy było oparte na kryteriach nozologicznych i – przede wszystkim – funkcjonalnych (więcej o tym w drugiej części studium).

4.1. Zaburzenia neurorozwojowe

W badanej grupie były dzieci, u których rozpoznano lub podejrzewano zaburzenia neurorozwojowe. Najczęściej miały one znaczące zaburzenia mowy, języka i komunikacji. Terapia logopedyczna była intensywna i regularna. Najliczniej reprezentowane były zaburzenia komunikacji: zaburzenie języka, zaburzenia tworzenia dźwięków mowy (zaburzenie fonologiczne, rzadziej dyspraksja werbalna), rzadko zaburzenia płynności mowy o początku w dzieciństwie. Nie wyodrębniano wówczas jednostki: zaburzenia komunikacji społecznej (pragmatycznej), ale u niektórych dzieci stwierdzono występowanie trudności/zaburzeń semantyczno-pragmatycznych. Rozpoznanie i podejrzenia zaburzeń ze spektrum autyzmu były również wyraźnie reprezentowane, aczkolwiek często występowały rozbieżności w procesie diagnozy wielospecjalistycznej. Diagnozy zaburzeń uwagi z nadaktywnością były sporadyczne (zaburzenie to częściej diagnozowane jest u dzieci szkolnych, gdy nieuwaga jest prezentowana w sposób bardziej ewidentny), lecz nauczyciele i specjaliści często wskazywali na nadaktywność i problemy z uwagą jako zachowania niepokojące. W opisywanej grupie były też dzieci z zaburzeniami koordynacji, w ryzyku zaburzeń czytania i pisania. Bardzo rzadko występowała niepełnosprawność intelektualna, co mogło wynikać z ogólnodostępnego charakteru placówek.

4.2. Inne zaburzenia psychiczne

W badanej grupie były dzieci z diagnozą lub – częściej – podejrzeniem występowania innych zaburzeń psychicznych. Potrzeby w zakresie rozwijania mowy, języka

⁴ Na etapie przygotowywania artykułu zestawiałam dane liczbowe obrazujące to zróżnicowanie. Ze względów etycznych nie będę podawać w tekście danych liczbowych.

i komunikacji w tej grupie oraz częstość i intensywność oddziaływań logopedycznych (terapii i wsparcia) były zróżnicowane. W badanej grupie były dzieci z podejrzeniem i – rzadziej – diagnozą mutyzmu wybiórczego, z podejrzeniem zaburzenia lęku separacyjnego, doświadczeniem traumy postnatalnej, z historią zaburzeń psychicznych w rodzinie. Zaobserwowano problemy emocjonalne i behawioralne oraz towarzyszące im deficyty językowe i komunikacyjne wskazujące na potrzebę konsultacji psychologicznej i/lub psychiatrycznej, co zostało zalecone⁵. Poniżej podaję przykładowe konfiguracje objawów:

- subtelne objawy słabiej rozwiniętych sprawności językowych; osobliwe treści w wypowiedziach nieprzypominające typowych dziecięcych konfabulacji, nietypowe cechy języka, takie jak: liczne i utrzymujące się neologizmy (także pozasystemowe), liczne słownictwo nacechowane emocjonalnie, dobieranie słów według podobieństwa brzmienia, trudności w formułowaniu spójnych semantycznie i formalnie wypowiedzi; nieznaczne ograniczenia w komunikacji społecznej; problemy emocjonalne i behawioralne występujące w przedszkolu i w środowisku domowym: drażliwość, silnie wyrażone i długo trwające reakcje emocjonalne trudne do wygaszenia, impulsywność, nadaktywność;
- trudności komunikacyjne, zubożenie mimiczno-gestowej organizacji wypowiedzi, znacząco i długotrwale obniżony nastrój, wycofanie społeczne, spowolnienie ruchów, niepokojące wypowiedzi o śmierci, prawdopodobnie niska samoocena;
- nie płynność semantyczna wypowiedzi, trudności z wyszukiwaniem słów, błędy semantyczne; trudności w efektywnej komunikacji i relacjach z rówieśnikami, gwałtowne i intensywne zmiany nastroju, mowa głośna;
- subtelne trudności w komunikacji, szczególnie w rozumieniu i wyrażaniu emocji, nie płynności semantyczne w dłuższych wypowiedziach, często występujące silne reakcje emocjonalne, przywiązanie do reguł, skłonność do obaw, wyraźna potrzeba upewniania się, powtarzalne ruchy rąk i ciała w różnych sytuacjach;
- opóźniony rozwój mowy, trudności w interakcji i komunikacji, nienadążanie, podwyższony poziom lęku.

U dzieci z zaburzeniami psychicznymi – neurorozwojowymi i innymi – farmakoterapia stosowana była bardzo sporadycznie.

4.3. Cechy i właściwości psychiczne

W badanej grupie były dzieci z cechami psychicznymi, które utrudniają rozwój w określonym obszarze/obszarach i są powiązane ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń psychicznych. Problemy komunikacyjne w tej grupie dzieci nie były znaczne.

⁵ Dzieci nie miały zaburzeń słuchu, poważnych defektów anatomicznych, nie podejrzewano zaburzeń neurologicznych ani niepełnosprawności intelektualnej.

Dzieci te były objęte zróżnicowaną pod względem częstości i intensywności opieką logopedyczną. Większość dzieci nie przechodziła diagnozy psychologicznej, której wyniki pomogłyby lepiej opisać i zróżnicować tę grupę. Jednakże były również dzieci konsultowane psychologicznie i/lub psychiatrycznie, u których wykluczono zaburzenia, ale zalecono dalszą obserwację. Do tej grupy należały dzieci z wysokim potencjałem intelektualnym, granicznym funkcjonowaniem intelektualnym i in.

4.4. Stany, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego w psychiatrii

Sytuacja rodzinna niektórych dzieci była trudna, ale z powodu ograniczeń w zbieraniu danych określenie relacji między tymi warunkami a rozwojem języka i umiejętnościami komunikacyjnymi nie jest możliwe. Niepokojące zachowania i blokady w rozwoju języka i komunikacji społecznej zauważano u dzieci, które doświadczyły wcześniej terapii wykorzystującej przymus. Warunki bytowe i ekonomiczne były dobre lub bardzo dobre (przedszkola były placówkami prywatnymi). Jeśli chodzi o dzieci w sytuacji migracji, grupa nie była liczna, ale wyraźnie wzrosła po inwazji Rosji na Ukrainę. Nie wszystkie dzieci potrzebowały wsparcia w zakresie języka i komunikacji. W grupie tej były dzieci z zaburzeniami języka – sytuacja migracji była dodatkowym czynnikiem, który komplikował ich sytuację, oraz dzieci bez zaburzeń języka, lecz potrzebujące subtelного wsparcia w zakresie komunikacji w nowym środowisku.

4.5. Inne problemy zdrowotne

4.5.1. Dzieci ze schorzeniami centralnego układu nerwowego

W tej grupie były dzieci z diagnozą epilepsji, zaburzeń genetycznych, chorób metabolicznych i hormonalnych wpływających na funkcjonowanie centralnego układu nerwowego. Występowały zróżnicowane zaburzenia mowy, różnego stopnia. Dzieci korzystały z regularnej i najczęściej intensywniej terapii logopedycznej. Schorzeniom towarzyszyły często problemy emocjonalne i behawioralne, które dodatkowo miały wpływ na sprawności komunikacyjne.

4.5.2. Dzieci z zaburzeniami słuchu i wzroku

Zaburzenia mowy w tej grupie dzieci wymagały regularnej terapii, zwłaszcza u dzieci z niedosłuchem. Zaburzeniom mowy towarzyszyły niekiedy pewne problemy emocjonalne i behawioralne, które czasami bywają mylnie kojarzone z tymi właściwymi dla zaburzeń ze spektrum autyzmu. Były również dzieci, których problemy najlepiej wyjaśniałyby klasyczne objawy ryzyka zaburzeń przetwarzania słuchowego, ale nie było ich wiele. Niemniej jednak wiadomo, że zaburzenia słuchowego przetwarzania mowy mogą być składową innych, często występujących zaburzeń.

4.5.3. Dzieci z opóźnieniami rozwojowymi

Opóźnienia rozwojowe są częstym problemem u dzieci w wieku przedszkolnym. Terapia logopedyczna w tej grupie dzieci była regularna. Obserwowano zaburzenia mowy, języka i komunikacji różnego stopnia, często towarzyszyły im trudności emocjonalne i behawioralne.

5. Omówienie wyników

W ochronie zdrowia psychicznego dzieci jednym z członków zespołu wielospecjalistycznego jest logopeda. Potrzeby terapii logopedycznej u dzieci w wieku przedszkolnym mogą wynikać z:

- zaburzeń psychicznych w różnych stadiach ich przebiegu, stanów prodromalnych oraz subklinicznych (podprogowych);
- cech psychicznych utrudniających rozwój w określonym obszarze/obszarach, powiązanych ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń psychicznych;
- rodzinnego występowania zaburzeń psychicznych (z powodu uwarunkowań genetycznych i/lub panujących w rodzinie wzorców komunikacji);
- warunków środowiskowych – rodzinnych i bytowych – ograniczających rozwój jednostki, w tym rozwój jej zdolności językowych i komunikacyjnych;
- migracji;
- innych problemów zdrowotnych dających objawy psychiatryczne, powodujących problemy emocjonalne i behawioralne;
- opóźnień rozwojowych;
- korzystania z farmakoterapii.

Wymienione źródła potrzeb mogą ze sobą w historii danego dziecka współwystępować. Stopień i rodzaj doświadczanych trudności w zakresie mowy, języka i komunikacji jest zróżnicowany i powiązany z rodzajem stanu psychicznego oraz ciężkością danego zaburzenia. Dzieci przedszkolne często nie otrzymują rozpoznania psychiatrycznego na tym etapie rozwojowym. Proces diagnozy psychiatrycznej młodszych dzieci może być trudny i długotrwały. Charakterystyczne jest także to, że w wieku przedszkolnym pewne stany nie są jeszcze wyrażone w taki sposób, by dało się zdiagnozować lub wykluczyć zaburzenie psychiczne. Ponadto istnieją stany zdrowia psychicznego, które nie spełniają kryteriów zaburzeń psychicznych, ale z punktu widzenia funkcjonalnego wpływają negatywnie na rozwój dziecka i jego codzienne funkcjonowanie, obniżając jakość życia. W ocenie potrzeb dzieci ważne jest uwzględnianie kryterium nozologicznego i – przede wszystkim – funkcjonalnego. Możliwości zebrania systematycznych danych w opisywanej grupie dzieci były ograniczone. Problemy zdrowia psychicznego oraz funkcjonowanie dziecka w rodzinie to kwestie bardzo wrażliwe. Dzieci nie zawsze były konsultowane przez psychologa i/lub psychiatrę.

Prowadzenie badań dotyczących szeroko rozumianych zaburzeń mowy, języka i komunikacji w psychiatrii jest potrzebne, lecz zarazem trudne, zwłaszcza w wypadku dzieci. Rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym jest bardzo dynamiczny i złożony. Interpretując opóźnienia i zaburzenia tego procesu, należy uwzględniać interferencje czynników rozwojowych, patologicznych, środowiskowych; wzajemne nakładanie się objawów wynikających z różnych stanów; współwystępowanie zaburzeń i chorób. Należy zachować dużą ostrożność w interpretacji wyników badań o mniejszym stopniu zaawansowania. Dla dalszego rozwoju wiedzy na temat zaburzeń mowy w psychiatrii oraz poprawy jakości świadczonych usług konieczna jest współpraca między psychiatrami, psychologami, psychoterapeutami i logopedami, co na świecie staje się praktyką coraz częściej spotykaną.

6. Wnioski

Obszar badań i praktyki logopedycznej w ochronie zdrowia psychicznego dzieci jest szeroki i zróżnicowany. Definiuje go kryterium nozologiczne i funkcjonalne. U dzieci w wieku przedszkolnym występują różnego typu zaburzenia i trudności w zakresie mowy, języka i komunikacji powiązane ze stanem zdrowia psychicznego. Pojawiają się w przebiegu zaburzeń neurorozwojowych, psychotycznych, lękowych, (afektywnych) dwubiegunowych, depresyjnych, pourazowych, dysocjacyjnych, i innych, a także w stanach subklinicznych i prodromalnych. Ponadto dzieci z potrzebami pomocy w zakresie zdrowia psychicznego mogą doświadczać trudności językowych i komunikacyjnych łączących się z określonymi cechami i właściwościami psychicznymi, rodzinnym występowaniem zaburzeń psychicznych, warunkami środowiskowymi, migracją oraz wynikających z innych problemów zdrowotnych (np. epilepsji, niedosłuchu), opóźnienia rozwojowego czy stosowania farmakoterapii. Pilną potrzebą jest dalszy rozwój wiedzy w tym obszarze, który powinien być realizowany poprzez naukową i praktyczną współpracę między psychiatrami, psychoterapeutami, psychologami i logopedami oraz upowszechnianie wiedzy o możliwościach terapii logopedycznej u dzieci z różnego typu problemami zdrowia psychicznego.

Podziękowania

Pragnę złożyć podziękowania dr Hannie Średniawie, specjalistce psychiatrii dzieci i młodzieży, za konsultacje naukowe.

Piśmiennictwo

1. Clegg J. *Children's communication and their mental health*. W: O'Reilly M, Lester J. red. *Improving communication in mental health settings*. London: Routledge. Taylor & Francis Group; 2021. S. 70–87.
2. Pilecki MW, Cichocka BA, Kowal M, Strycharczyk-Kaleta E. *Niepokojące zachowania dzieci w ocenie krakowskich nauczycieli przedszkolnych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(2): 213–225.

3. Bomba J. *Systemy diagnostyczne i klasyfikacyjne w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: Jans-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002. S. 15–28.
4. Wolańczyk T, Kołakowski A, Skotnicka M. *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć*. Lublin: BiFolium; 1999.
5. Szabelska E. *Kompetencja językowa dzieci z ADHD*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2023.
6. Domagała A, Mirecka U. *Postępowanie logopedyczne w przypadku dysleksji rozwojowej*. W: Grabias S, Panasiuk J, Woźniak T. red. *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2015. S. 439–460.
7. Przybyła O. *Studium przypadku dziecka z zaburzeniami motorycznymi o podłożu sensorycznym*. *Logopedia Silesiana* 2016; 5(5): 357–390.
8. Peltokorpi S, Laiho A, Carlson V, Raaska H. *Effectiveness of speech therapy in treating vocal blocking tics in children with Tourette syndrome: Two case reports*. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2024; 29(1): 301–311.
9. Remberk B, Wójcicka K. *Zaburzenia psychotyczne*. W: Remberk B. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020. S. 149–166.
10. Woźniak T. *Zaburzenia mowy dzieci i młodzieży ze schizofrenią*. W: Jaros I, Gliwa R. red. *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2016. S. 135–141.
11. Zakowicz P, Skibińska M, Pawlak J. *Disembodied language in early-onset schizophrenia*. *Front. Psychiatry* 2022; 13: 888844.
12. Woźniak T. *Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego*. W: Grabias S, Panasiuk J, Woźniak T. *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2015. S. 1093–1108.
13. Nicholson R, Lenane M, Singaracharlu S, Malaspina D, Giedd JN, Hamburger SD i wsp. *Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: Association with risk factors*. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157(5): 794–800.
14. Cleator H, Hand L. *Selective mutism. How a successful speech and language assessment really is possible*. *Int. J. Lang. Commun. Disord.* 2010; 36(Suppl): 126–131.
15. Schum RL. *Selective mutism. An integrated approach*. *The ASHA Leader* 2002; 7(17): 4–6.
16. Kearney CA, Rede M. *The heterogeneity of selective mutism: A primer for a more refined approach*. *Front. Psychol.* 2021; 12: 700745.
17. Thomas RM, Kaipa M. *Speech and language deficits in separation anxiety disorder*. *Adv. Pediatr. Res.* 2016; 3(7): 1–3.
18. Breakey LK. *Fear of public speaking-the role of the SLP*. *Semin. Speech Lang.* 2005; 26(2): 107–117.
19. Quattlebaum PD, Grier BC, Klubnik C. *Bipolar disorder in children: Implications for speech-language pathologists*. *Commun. Disord. Q.* 2012; 33(3): 181–192.
20. Greenspan SI. *Overcoming anxiety, depression and other mental health disorders in children and adults. A new roadmap for families and professionals*. Bethesda, Maryland: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL); 2009. S. 49–60.
21. Hall NE. *Maternal postpartum depression and communication development in infants is there a role for the speech-language pathologist?* *Perspect. ASHA Spec. Interest Groups* 2016; 1(1): 175–181.
22. Pickett J. *Infant language development: The consequences of trauma*. *Intuition: BYU Undergrad. J. Psychol.* 2020; 15(2): 79–94.

23. Yehuda N. *Language of dissociation*. J. Trauma Dissociation 2005; 24(5): 9–29.
24. Boschi A, Planche P, Hemimou Ch, Demily C, Vaivre-Douret L. *From high intellectual potential to Asperger Syndrome: Evidence for differences and a fundamental overlap – A systematic review*. Front. Psychol. 2016; 7: 1605.
25. Riccioni A, Pro S, Di Criscio L, Terribili M, Siracusano M, Moavero R i wsp. *High intellectual potential and high functioning autism: Clinical and neurophysiological features in a pediatric sample*. Brain Sci. 2021; 11(12): 1607. doi.org/10.3390/brainsci11121607.
26. Akgül GY, Ayaz AB, Yildirim B, Fis NP. *Autistic traits and executive functions in children and adolescents with gender dysphoria*. J. Sex Marital Ther. 2018; 44(7): 619–626.

Autor korespondencyjny: Ewa Hrycyna

e-mail: ewa.hrycyna@uwm.edu.pl