

Opieka logopedyczna w ochronie zdrowia psychicznego dzieci. Część 2: kompetencje, diagnoza i terapia

Speech and Language Therapy in Mental Health Care of Children. Part 2: competences, diagnosis and therapy

Ewa Hrycyna

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Katedra Języka Polskiego i Logopedii

Summary

Aim. The article is the second part of the study aiming to describe the role of a speech-language therapy in protecting mental health of children. It concerns the competences of a speech-language therapist in a specialist team, speech and language assessment, diagnosis, and therapy.

Materials 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. The speech-language therapist's competences include speech, language and communication disorders diagnosis and treatment, as well as preventing these disorders. Skills in responding appropriately to the child's current mental state are essential. The most common disorders in people with mental disorders include language, communication and prosody disorders, as well as psychogenic voice and swallowing disorders. The speech-language diagnosis can contribute to the early detection of mental disorders and can be used in differential diagnosis and in the recognition of unclear mental states. Therapy should be individualized, properly organized, programmed, and balanced to meet the actual needs of children. Moreover, therapy has an additional preventive value, because efficient use of language has a positive impact on mental health.

Conclusions. Speech-language therapists play an important role in protecting mental health of children. SLT for children who experience mental health problems has its own specificity. The results of speech-language assessment and diagnosis can be used in the process of diagnosing mental disorders. The positive effects of SLT can significantly improve the quality of life of the child and his family, and contribute to the prevention of mental health problems.

Key words: speech-language assessment and diagnosis, speech-language therapy, mental health of children

Słowa kluczowe: ocena i diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna, zdrowie psychiczne dzieci

Wstęp

Artykuł stanowi drugą część studium opisującego rolę logopedy w ochronie zdrowia psychicznego dzieci. Część pierwsza została poświęcona obszarowi interwencji logopedycznej. Niniejszy artykuł dotyczy kompetencji logopedy w zespole specjalistycznym oraz diagnozy i terapii.

1. Cel

W tekście zawarto postulaty – propozycje do dyskusji, które mogą być punktem wyjścia do dalszego opracowywania modelu opieki logopedycznej dla dzieci z problemami zdrowia psychicznego, a także stanowić inspirację do opracowania podobnych modeli dla dzieci starszych, młodzieży, dorosłych i seniorów.

2. Materiał

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, opinie oraz notatki z prowadzonej przeze mnie praktyki logopedycznej w trzech przedszkolach ogólnodostępnych¹. 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. Metoda

Badanie miało charakter eksploracyjny, wykorzystano metodę wtórnej analizy jakościowej. Wyróżniono takie kategorie opisu, jak: obszar badań i działań praktycznych logopedy w ochronie zdrowia psychicznego (opisany w pierwszej części studium), kompetencje logopedy w zespole specjalistycznym, ocena i 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 terapeutyczne).

¹ 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.

4. Wyniki

4.1. Kompetencje logopedy w zespole specjalistycznym

W leczeniu i terapii dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi zespół wielospecjalistyczny z wiodącą rolą lekarza psychiatry składa się ze specjalistów w zakresie psychoterapii, psychologii, terapii środowiskowej, pielęgniarstwa, terapii zajęciowej, terapii środowiskowej, ale także pedagogiki, logopedii in. Działania podejmowane w ramach każdej z wymienionych specjalności mają bezpośredni lub pośredni wpływ na komunikowanie się jednostki i jej najbliższego środowiska [1]. Logopedia to nauka i oparta na niej działalność zawodowa zajmująca się wszystkimi aspektami mowy – zarówno w normie, jak i poza normą – w jej funkcji poznawczej i komunikacyjnej w ujęciu lingwistycznym, biologicznym, psychologicznym, społecznym, medycznym na wszystkich etapach życia człowieka². Celem opieki logopedycznej jest diagnoza i terapia zaburzeń mowy, języka i komunikacji oraz zapobieganie tym zaburzeniom. Najbardziej charakterystyczne u osób z zaburzeniami psychicznymi są zaburzenia języka (zwłaszcza semantyczne i pragmatyczne), komunikacji, prozodii oraz psychogenne zaburzenia głosu i połykania.

W pracy logopedycznej z dziećmi z potrzebami pomocy w obszarze zdrowia psychicznego bardzo istotne są umiejętności w zakresie odpowiedniego reagowania na aktualny stan psychiczny dziecka, jak również etycznego, bezpiecznego i skutecznego (także w perspektywie długoterminowej) postępowania w sytuacjach trudnych, w tym zagrażających zdrowiu i życiu. Wynika to z obowiązku odpowiedzialności dorosłego za dziecko, ale też z celu terapii logopedycznej: rozwijanie języka i komunikacji wymaga warunków dających poczucie bezpieczeństwa, sprzyjających uczeniu się nowych rzeczy, kształtujących dobrostan dziecka.

Do kompetencji logopedy należą ponadto umiejętności w zakresie współpracy ze środowiskiem dziecka (rodzinnym, przedszkolnym, szkolnym i in.), w tym psychoedukacji dotyczącej zaburzeń mowy, języka i komunikacji.

4.2. Ocena i diagnoza logopedyczna

W procesie diagnozowania logopedycznego mieszczą się ocena opisowa oraz diagnoza *sensu stricto*, czyli rozpoznanie przypadku. Wybór metod i narzędzi diagnostycznych, procedura badawcza oraz interpretacja wyników badań w wypadku zaburzeń mowy powiązanych z zaburzeniami psychicznymi wymagają szczególnej ostrożności, umiejętności eksperckiej analizy i interpretacji materiału badawczego opartej na głębokim rozumieniu języka i komunikacji, uwzględniającej wielość kontekstów i czynników wpływających na aktualny stan mowy. Ocena logopedyczna jest procesem dynamicznym, który toczy się często równolegle z prowadzeniem oddziaływań terapeutycznych. Niektóre objawy w sferze języka i komunikacji mogą

² Definicja logopedii zaproponowana w projekcie ustawy o zawodzie logopedy, data powstania dokumentu: 18.12.2023 r.; https://logopeda.org.pl/resources/pliki/1123_20231218_sprawozdanie_grupy_ds_logopedii_jako_nauki_i_ksztalcenia_logopedow.pdf.

być bardzo subtelne, trudne do jednoznacznego nazwania i zdefiniowania, a zarazem istotne w kontekście funkcjonowania dziecka.

Szczególnie przydatne w ocenie logopedycznej dzieci z zaburzeniami psychicznymi są takie metody, jak: wywiad (zwłaszcza etnograficzny), obserwacja, analiza próbek mowy, test i analiza dokumentacji. Stosowanie testów daje możliwość uzyskania oceny zobiektywizowanej, ale w diagnozowaniu sprawności językowych ocena ilościowa może być niewystarczająca. U dzieci z zaburzeniami psychicznymi stosowanie testów wymaga szczególnej ostrożności w interpretacji wyników i formułowaniu wniosków, dlatego nie powinno być jedyną metodą diagnozowania. U dzieci starszych i młodzieży wykorzystuje się narzędzia do samooceny mowy i komunikacji.

4.2.1. Problem norm

Ważnym elementem w diagnozie oraz w podejmowaniu decyzji o wdrażaniu postępowania logopedycznego jest odwołanie się do norm. Pozwala ono uniknąć zaniedbań i działań na wyrost. W psychiatrii norma i patologia nie są wyznaczone przez jeden jednoznaczny czynnik, taki jak markery biologiczne; granica między nimi może być nieostra i szeroka [2]. W ocenie klinicznej uwzględnia się również jakość życia pacjenta [3]. W niektórych obszarach logopedii, np. jeśli chodzi o sprawności komunikacyjne, tradycyjnie rozumiane granice normy nie są łatwe lub prawdopodobnie nie są możliwe do ustalenia.

Obok perspektywy „normatywnej” mamy też – niesprzeczną z nią – perspektywę operującą pojęciem potrzeb w zakresie mowy, języka, komunikacji (*speech, language, communication needs*). Sprzyja ona celowej, skutecznej i etycznej terapii uwzględniającej wartość jakości życia. Pozwala dostrzec wszystkie potrzeby komunikacyjne danej osoby, odpowiednio je zhierarchizować i zindywidualizować ścieżkę postępowania terapeutycznego. Równoległe stosowanie pojęcia normy i pojęcia potrzeb pozwala wyważyć decyzję o włączeniu oddziaływań logopedycznych.

W wypadku dzieci z trudnościami w komunikacji o mniejszym nasileniu zaproponowanie im opieki logopedycznej budziło dyskusje w zespole wielospecjalistycznym, pojawiały się niekiedy sugestie, że wdrożenie wsparcia jest działaniem na wyrost czy wpisuje się w nurt psychiatryzacji dzieci. Rozważywszy te wątpliwości, przyjął, że jeśli trudności komunikacyjne wpływają negatywnie na funkcjonowanie dziecka w wymiarze osobistym, społecznym, edukacyjnym i/lub ograniczają jego rozwój, zasadne jest zaoferowanie odpowiednio zaprogramowanego i wyważonego wsparcia. Monitorowanie przebiegu oddziaływań terapeutycznych pomagało zdecydować o ich podtrzymaniu lub wycofaniu.

4.2.2. Funkcje oceny logopedycznej

Ocena logopedyczna pozwala rozpoznać potrzeby dziecka, jego możliwości i ograniczenia, zdefiniować cele terapii, monitorować postępy oraz oceniać jakość terapii (w tym jej skuteczność). Może mieć również znaczenie kliniczne (zob. niżej). Jest dziś standardowym elementem procesu orzekania o potrzebie wczesnego wspo-

magania rozwoju, o kształceniu specjalnym i może stanowić dowód w postępowaniu sądowym.

4.2.3. Ocena i diagnoza logopedyczna w rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych

Diagnozowanie zaburzeń psychicznych jest wyłączną kompetencją lekarza psychiatry [4], przy czym w badaniu psychiatrycznym uwzględnia się opinie innych specjalistów: psychologów, pedagogów, a także logopedów [5].

4.2.3.1. Wczesne wykrywanie

Ocena i diagnoza logopedyczna mogą odgrywać istotną rolę we wczesnym wykrywaniu zaburzeń psychicznych oraz innych stanów wymagających konsultacji psychiatrycznej [6]. W placówkach oświatowych warto rozważyć wdrożenie przesiewowych badań ukierunkowanych na wykrywanie potrzeb w zakresie mowy, języka i komunikacji powiązanych ze stanem zdrowia psychicznego w różnych kontekstach za pomocą wywiadów i obserwacji, ponieważ nie wszystkie istotne problemy ujawniają się podczas indywidualnych spotkań z dzieckiem – trudności dziecka mogą pozostać niezauważone lub być błędnie zinterpretowane (np. jako wynikające z „charakteru” dziecka, ze stylu wychowania) przez rodziców i nauczycieli. Warto także podejmować działania popularyzujące wiedzę o możliwościach opieki logopedycznej dla dzieci z potrzebami pomocy w zakresie zdrowia psychicznego w środowisku.

4.2.3.2. Diagnoza różnicowa

Opinia logopedyczna może okazać się przydatna w diagnozie różnicowej, zwłaszcza zaburzeń neurorozwojowych [7, 8] oraz w rozpoznawaniu stanów niejasnych.

4.2.3.3. Trafność diagnostyczna

Specyfiką diagnozy psychiatrycznej, zwłaszcza w wypadku dzieci, jest to, że wymaga ona czasu i ma procesualny charakter [9]. Obrazy kliniczne poszczególnych zaburzeń mogą być do siebie bardzo zbliżone, zaburzenia mogą ze sobą współwystępować, nakładać się na siebie. Ostateczne rozpoznanie ma z natury charakter subiektywny, nierzadko zdarzają się różnice w ocenie/diagnozie między specjalistami różnych dziedzin [10], w tym także między psychiatrami. Istnieje dość wysokie ryzyko niedodiagnozowania i naddiagnozowania niektórych jednostek chorobowych. Dzieci wydają się szczególnie narażone na nietrafne rozpoznanie, a zarazem wpływ błędów diagnostycznych na życie dziecka jest wyjątkowo silny. Decyduje o dalszej ścieżce rozwoju w bardzo wrażliwym okresie życia, o otrzymanym wsparciu. Przekłada się na to, jak poszczególne fakty (np. zachowania dziecka) będą interpretowane w środowisku rodzinnym, przedszkolnym, szkolnym. Oddziaływania podjęte wskutek pocho-

diagnozy mogą nieść za sobą negatywne skutki dla funkcjonowania dziecka oraz komplikować właściwe rozumienie i interpretację jego zachowań [9]. Dlatego tak istotne są długotrwałe, bezpośrednie, pogłębione obserwacje w różnych kontekstach funkcjonowania dziecka oraz niezależne, rzetelne i szczegółowe opinie wydawane przez poszczególnych specjalistów, w tym przez logopedów.

5. Terapia logopedyczna

5.1. Funkcje i cele terapii logopedycznej

Bezpośrednim celem terapii logopedycznej u dzieci z zaburzeniami psychicznymi jest budowanie i rozwijanie kompetencji i sprawności językowych, komunikacyjnych, kulturowych oraz usprawnianie czynności mowy. Cele te powinny być podporządkowane celowi nadrzędnemu: poprawie jakości życia. Aspekty jakości życia, na które terapia logopedyczna może mieć wpływ, to: dobrostan fizyczny i psychiczny (możliwe jest komunikowanie o doświadczanych stanach i potrzebach), poczucie własnego „ja”, autonomia, relacje społeczne i posiadanie przyjaciół [11].

5.1.1. Profilaktyka

W populacji dzieci z zaburzeniami psychicznymi i w zwiększonym ryzyku występowania tych zaburzeń terapia logopedyczna może spełniać funkcje profilaktyczne. Może łagodzić niektóre skutki zaburzeń, zapewniać pełniejsze korzystanie z psychoterapii (w wypadku dzieci starszych i młodzieży) [6], wspomagać regulację emocji [12], przyczyniać się do zmniejszenia ryzyka rozwinięcia się zaburzeń psychicznych, np. u dzieci z zaburzeniami języka czy jękającymi się, oraz sprzyjać bardziej optymistycznej trajektorii rozwoju psychicznego. Umiejętności wyrażania siebie i komunikowania się z innymi uznaje się za silny czynnik chroniący, budujący zasoby dziecka, wzmacniający jego poczucie własnej wartości oraz sprawstwa, ułatwiający radzenie sobie z ewentualnymi innymi towarzyszącymi problemami rozwojowymi, zwłaszcza w zakresie wyrażania siebie, swoich uczuć i myśli [13].

5.2. Planowanie postępowania terapeutycznego

Jedną z kluczowych kategorii przy planowaniu i realizowaniu oddziaływań terapeutycznych u osób z zaburzeniami psychicznymi jest czas. U dzieci w wieku przedszkolnym, ze względu na omówione problemy związane z diagnozowaniem zaburzeń psychicznych w tej populacji, działania terapeutyczne są często włączane w czasie, gdy rozpoznanie nie zostało jeszcze postawione. Należy podejmować działania terapeutyczne, gdy dziecko jest na to gotowe, np. gdy przejdzie pomyślnie proces adaptacji do nowego miejsca. Jeśli zachodzi taka potrzeba, logopeda może mu w tym procesie towarzyszyć. W odniesieniu do osób dorosłych podkreśla się, że w razie występowania ostrych epizodów chorobowych terapia może być wdrażana/kontynuowana dopiero po ich opanowaniu [14].

Planując oddziaływania terapeutyczne, należy uwzględnić fakt, że są one zazwyczaj długotrwałe. Wymaga to ostrożnego zarządzania czasem oraz zasobami dziecka i jego rodziny. Szybkie zmiany, które zachodzą w świecie współczesnym – postępująca technicyzacja, zmiany w środowisku, w strukturze i funkcjonowaniu rodziny, nowe wyzwania i zagrożenia dla dobrostanu psychicznego – czynią ten element szczególnie ważnym. Wyzwaniem bywają również opinie na temat tego, jak powinna wyglądać dobra terapia. W swojej pracy spotykałam się z przekonaniem, że terapia jest dobra, gdy jest intensywna, oparta na zadaniach i odbywa się możliwie jak najczęściej, co nie znajduje potwierdzenia w świetle aktualnej wiedzy.

Przebieg szeroko rozumianych problemów zdrowia psychicznego jest dynamiczny. W pracy z dziećmi zdarzały się momenty, które sygnalizowały potrzebę „spowolnienia” przebiegu terapii. W sytuacji pogorszenia samopoczucia, przeciążenia dziecka, przechodzenia przez kolejne kroki rozwojowe czy też w wypadku silnie angażujących dziecko zmian w jego najbliższym środowisku celne okazało się zachowanie minimum – utrzymanie relacji, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, utrzymanie przestrzeni do spontanicznych reakcji dziecka. Chęć zrealizowania konkretnych celów tu i teraz nie może zdominować procesu terapii, która ma służyć dziecku – nie odwrotnie.

5.3. Metodyka postępowania terapeutycznego

5.3.1. Model opieki

Wybór modelu opieki i wynikającej zeń postawy terapeutycznej jest punktem wyjścia w programowaniu i wdrażaniu oddziaływań logopedycznych, co w pracy z dziećmi z problemami zdrowia psychicznego jest szczególnie ważne. Korzystałam z modelu opieki skoncentrowanej na osobie. Ten multidyscyplinarny model stosowany jest na gruncie medycyny, zwłaszcza w psychiatrii, w psychologii, pielęgniarstwie, ale także logopedii i in. Skupia się w całości na pacjencie/kliencie jako osobie, opiera się na jego zasobach i przypisuje kluczową rolę empatii, która uwzględnia w procesie leczenia i terapii podmiotowość wszystkich uczestników: pacjenta/klienta, jego rodziny i opiekunów, lekarzy i innych specjalistów [15]. Przeciwwstawia się go podejściu nadmiernie dyrektywnemu lub paternalistycznemu [16].

5.3.2. Formy terapii

Dbałam o różnorodność form terapii, uwzględniając ich potencjalne korzyści. Jeśli chodzi o terapię bezpośrednią, forma indywidualna, oprócz dużych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, zapewniała też istotną wartość dodaną. Dzieci dobrze przyjmowały to, że poświęcono im indywidualnie czas, okazano zainteresowanie, zagwarantowano przestrzeń do swobodnej rozmowy (zwłaszcza że ich potrzeby w tym obszarze mogą być większe niż u typowo rozwijających się rówieśników), ale też taką, w której nie trzeba mówić, aby być zrozumianym i się komunikować. Formy pracy w parze i w małej grupie miały wysoką wartość w rozwijaniu sprawnie-

ści komunikacyjnych i emocjonalno-społecznych. Gdy dziecko podczas tego rodzaju zajęć dobrze czuje się z rówieśnikami, otwiera się dla niego możliwość uczestniczenia w wielu różnorodnych znaczących doświadczeniach i uczenia się od innych dzieci w codziennym życiu.

Jeśli chodzi o terapię pośrednią – która w wypadku zaburzeń języka i komunikacji jest niezwykle ważna – realizowałam ją poprzez współpracę z rodzicami i nauczycielami, proponowanie strategii do stosowania w środowisku domowym i przedszkolnym sprzyjających rozwojowi komunikacji językowej i przełamywaniu istniejących trudności. Współpracowałam z rówieśnikami moich podopiecznych, aby zapewnić lepsze zrozumienie i wzajemną akceptację pomiędzy dziećmi.

5.3.3. Metody, techniki, strategie

Podczas podejmowania decyzji dotyczącej doboru i wdrażania metod pracy podstawową kwestią jest ich solidność, skuteczność i etyczność. Wybór metody nie jest oczywisty, a w wypadku rozwijania kompetencji i sprawności językowych oraz komunikacyjnych u dzieci z problemami zdrowia psychicznego bywa bardzo złożony.

Warsztat metodyczny mojej pracy wyglądał następująco:

- bazą i punktem odniesienia był indywidualny profil psychologiczny i biologiczny dziecka (DiR/Floortime), styl nabywania języka, aktualny stan psychiczny;
- sformułowanie celu dyktowało wybór odpowiednich metod, technik, strategii terapeutycznych;
- inspirowałam się nurtami terapeutycznymi o różnej proveniencji: psychoanalitycznym (zwłaszcza modelem rozwojowym S. Greenspana), behawioralnym, poznawczo-behawioralnym, ericksonowskim, terapią z wykorzystaniem zabawy, arteterapią i in., zwracając uwagę na to, jak w nurtach tych ujmuje się poszczególne aspekty dotyczące języka i komunikacji, budowania relacji, uczenia się, postępowania w sytuacjach trudnych;
- wykorzystywałam w szerokim zakresie muzykę, plastykę, dramę i sztukę teatralną, film, literaturę dziecięcą i folklor dziecięcy.

5.3.4. Skuteczność terapii

Ocena skuteczności metod i praktyk w logopedii może być mierzalna ilościowo. Stało się tak głównie za sprawą nurtu EBP. Aplikowanie założeń nurtu oraz ich ekstrapolacja z medycyny na inne dziedziny, w tym pielęgniarstwo, ratownictwo, psychologię, logopedię i edukację, otworzyło możliwości poprawy jakości usług, ale jednocześnie wzbudziło pewne wątpliwości [17]. Ocena skuteczności oddziaływań, zwłaszcza w terapii logopedycznej dzieci z zaburzeniami psychicznymi, bywa trudna i złożona. Widać to wyraźnie w wypadku budowania kompetencji i sprawności językowych i komunikacyjnych, zwłaszcza w aspekcie jakościowym. Zjawiska te

trudno badać w twardym rygorze empirycznym i nie zawsze jest to najlepszy sposób badania. Dodatkowo np. w autyzmie, ze względu na zmienne objawy i potrzeby osób w spektrum, ustalenie uniwersalnej miary „pomyślnego wyniku” interwencji jest wymagającym zadaniem [18]. Niekiedy skuteczność mierzy się osiągnięciem konkretnych umiejętności będących celem terapii. Niektórzy badacze zaburzeń neurorozwojowych wskazują jednak na potrzebę dodatkowych badań nad wynikami odzwierciedlającymi bardziej odległy, uogólniony i długoterminowy efekt interwencji [18]. Z perspektywy swoich doświadczeń podzielam ten sposób myślenia o skuteczności. W wypadku terapii zaburzeń języka i komunikacji należy ponadto mieć na uwadze, że język i komunikacja są bytami złożonymi. Ustalenie, że dana metoda np. zwiększa liczbę komunikatów, nie oznacza, że poprawia komunikację we wszystkich jej aspektach.

5.3.5. Umiejętności terapeuty

Pożądane u logopedy pracującego z dziećmi z problemami zdrowia psychicznego są:

- wysoko rozwinięte umiejętności w zakresie budowania i utrzymywania relacji, słuchania, rozumienia, komunikowania się;
- czujność i uważność w ocenie aktualnego stanu dziecka, w śledzeniu zmian w jego emocjach i zachowaniu;
- stabilność budząca poczucie bezpieczeństwa i sprzyjająca regulacji emocji;
- otwartość (w tym otwartość na zdobywanie nowej wiedzy);
- kreatywność i elastyczność sprzyjające zapewnianiu różnorodnych doświadczeń, znaczących kontekstów i odpowiedniemu reagowaniu na sytuacje, które mogą pomagać w budowaniu znaczeń i przyswajaniu struktur te znaczenia kodujących;
- świadomość własnych ograniczeń, wysoka kultura etyczna i gotowość do profesjonalnej pracy nad sobą.

5.3.5.1. Świadomość epistemologiczna

Jako specjaliści korzystamy świadomie z różnych zasobów wiedzy, ale zarazem jesteśmy uwarunkowani przez różne tradycje, doświadczenia, z czego zwykle nie zdajemy sobie sprawy. Stan naszej wiedzy o dziecku i jego środowisku jest w pewnym stopniu zależny od czynników subiektywnych. Wpływa to na interpretację faktów i podejmowanie decyzji dotyczących oddziaływań terapeutycznych. Na przykład to samo zachowanie dziecka może być postrzegane jako: (a) rozwojowe, tylko silniej wyrażone; (b) sytuacja stanowiąca potencjał do budowania komunikacji; (c) zachowanie trudne itd. Zdarzało się, że w zespole tworzonym przez specjalistów i nauczycieli dochodziło do istotnych niezgodności dotyczących metod terapii i szerzej – postępowania wobec dziecka. Świadomość epistemologiczna chroni

przed dogmatyzmem, otwiera przestrzeń do dialogu, rozwoju wiedzy, wzajemnego poszanowania autonomii i kompetencji specjalistów oraz wartości różnych nurtów terapeutycznych.

6. Omówienie wyników

W ochronie zdrowia psychicznego dzieci logopedzi mają do odegrania ważną rolę jako specjaliści szeroko rozumianych zaburzeń mowy. Praca logopedyczna z dziećmi, które doświadczają problemów zdrowia psychicznego, ma swoją specyfikę. Do kompetencji logopedy, oprócz tych wynikających bezpośrednio z definicji zawodu, należy zaliczyć również umiejętność odpowiedniego reagowania na aktualny stan psychiczny dziecka, postępowania w sytuacjach trudnych oraz współpracy ze środowiskiem rodzinnym, przedszkolnym i in. Ocena logopedyczna może stanowić jeden z istotnych elementów we wczesnym wykrywaniu zaburzeń psychicznych, może okazać się przydatna w diagnozie różnicowej oraz w rozpoznawaniu stanów niejasnych.

Terapia logopedyczna zmierza do budowania i rozwijania kompetencji i sprawności językowych, komunikacyjnych, kulturowych, usprawniania mowy. Umiejętności te są jednymi z najbardziej fundamentalnych w życiu człowieka. Umożliwiają rozumienie siebie i świata, ekspresję własnych myśli i przeżyć, realizowanie zróżnicowanych intencji komunikacyjnych, budowanie relacji i tworzenie więzi. Odpowiednia sprawność w tych obszarach wpływa pozytywnie na trajektorię rozwoju psychicznego dziecka oraz na jakość życia jego i jego rodziny, może łagodzić niektóre skutki zaburzeń psychicznych, umożliwiać pełniejsze korzystanie z psychoterapii (w wypadku dzieci starszych i młodzieży), a także być jednym z czynników chroniących przed występowaniem problemów zdrowia psychicznego. Pełni wówczas funkcję profilaktyczną. Pożądanymi umiejętnościami i cechami terapeuty są wysoko rozwinięte umiejętności w zakresie tworzenia relacji, słuchania, rozumienia, komunikowania się, jak również czujność, uważność, stabilność, otwartość, kreatywność, elastyczność, świadomość własnych ograniczeń, wysoka kultura etyczna i gotowość do profesjonalnej pracy nad sobą.

7. Wnioski

Celem opieki logopedycznej jest diagnoza i terapia zaburzeń mowy, języka i komunikacji oraz zapobieganie tym zaburzeniom. Gdy objęte są nią dzieci ze specjalnymi potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego, również sama opieka logopedyczna nabiera swoistych cech, co przekłada się na wykorzystywane kompetencje, pożądane cechy i umiejętności terapeutów, a także odbija się w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym. Logopedzi biorą udział w procesie oceny i diagnozy rozwoju dziecka, mogą zatem odgrywać istotną rolę we wczesnym wykrywaniu i rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych. Terapia logopedyczna zmierza do budowania kompetencji i sprawności językowych, komunikacyjnych i kulturowych oraz usprawniania czynności mówienia (i połykania). Jako że rola języka w życiu człowieka jest doniosła,

pozytywne skutki oddziaływań logopedycznych mogą podnieść jakość życia dziecka i jego rodziny.

Podziękowania

Składam gorące podziękowanie za konsultacje merytoryczne dr psychiatrii dzieci i młodzieży Hannie Średniawie.

Piśmiennictwo

1. O'Reilly M, Lester J. red. *Improving communication in mental health settings*. London: Routledge. Taylor & Francis Group; 2021.
2. Puzyński S. *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(3): 299–308.
3. Ostrzyżek J, Gałęcki P, Wolniak S, Orzechowska A. *Specyfika oceny jakości życia u osób z zaburzeniami psychicznymi*. *Psychiatr. Pol.* 2023; 57(4): 805–822.
4. Rynkiewicz A, Kulik M. *Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*. *Via Medica* 2013; 10(2): 41–48.
5. Lewandowska A. *Zaburzenia neurorozwojowe (blok L1-6A0)*. W: Gałęcki P. red. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Wrocław: Edra, Urban & Partner; 2022. S. 41–61.
6. The Speech Pathology Association of Australia. *Speech pathology in mental health services. Position Statement* 2018.
7. Panasiuk J. *Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń rozwojowych*. W: Michalik M, Siudak A, Pawłowska-Jaroń H. red. *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. Kraków: Collegium Columbinum; 2013. S. 81–106.
8. Geurts HM, Embrechts M. *Language profiles in ASD, SLI, and ADHD*. *J. Autism Dev. Disord.* 2008; 38(10): 1931–1943.
9. Gawęda A, Nowak M, Janas-Kozik M. *Diagnoza ADHD – pomoc czy przeszkoda?* *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2010; 10(2): 115–119.
10. Bishop DVM. *Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries?* *Br. J. Disord. Commun.* 1989; 24(2): 107–121.
11. Oleś M. *Kryteria jakości życia dzieci i młodzieży*. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum* 2016; 22(1): 114–129. 2018.
12. Binns AV, Hutchinson LR, Cardy JO. *The speech-language pathologist's role in supporting the development of self-regulation: A review and tutorial*. *J. Commun. Disord.* 2019; 78: 1–17.
13. Pickett J. *Infant language development: The consequences of trauma*. *Intuition: BYU Undergrad. J. Psychol.* 2020; 15(2): 79–94.
14. Woźniak T. *Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego*. W: Grabias S, Panasiuk J, Woźniak T. *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2015. S. 1093–1108.
15. Botbol M, Lecic-Tosevski D. *Person-centred medicine and subjectivity*. W: Cornelius-White JHD, Motschnig-Pitrik R, Lux M. red. *Interdisciplinary applications of the person-centered approach*. New York: Springer; 2013. S. 73–79.

16. Coulter A, Oldham J. *Person-centred care: What is it and how do we get there?* Future Hosp. J. 2016; 3(2): 114–116.
17. Hrycyna E. *Aktualne problemy terapii logopedycznej w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu – podmiotowość, celowość, metoda.* Logopedia 2020; 49(2): 23–37.
18. Vivanti G. *What does it mean for an autism intervention to be evidence-based?* Autism Res. 2022; 15(10): 1787–1793.

Autor korespondencyjny: Ewa Hrycyna
e-mail: ewa.hrycyna@uwm.edu.pl