



EWA HRYCYNA

The Institute of Polish Studies and Speech Therapy,
The University of Warmia and Mazury in Olsztyn

0000-0002-2932-1313

Speech Therapy Care in the Course of Mental Disorders – Theoretical Issues

ABSTRACT: The article focuses on the theoretical framework of the speech therapy care in various mental illnesses. The Author presents psychiatric disorders which are particularly associated with speech and communication problems, and diversifies the character of speech disorders in psychiatry, indicating that they can oscillate between variously intensified language pathology and different ways of thinking and speaking; as such, they may be permanent or may disappear spontaneously after managing an episode of disease. The study defines the relationship between speech and mental disorders, and lists their short- and long-term effects in mental illnesses. Then it proceeds to discuss the place of a speech therapist in a multidisciplinary team, defines a logopedic diagnosis in the process of a mental disorder, and also indicates other roles of a speech therapist in the broadly understood diagnostic and therapeutic process, e.g. the preventive one. The Author formulates general goals and guidelines for the speech therapy in mental disorders, and discusses these aspects of the treatment which are closely related to the patient and the place of speech therapy care. The article concludes that the position of speech pathologists in psychiatry has a chance to become consolidated, and the conditions which have to be met are: profound description and interpretation of speech disorders in psychiatry, balanced assessment of diagnostic and therapeutic possibilities, cooperation within a multidisciplinary team.

KEY WORDS: speech, language and communication disorders, mental illnesses, speech and language diagnosis and therapy

Language in Mental Disorders

The term of a “mental disorder” is used by the author in the broad sense and refers to a number of mental conditions being the focus of psychiatry (Pużyński, 2007). Mental disorders are frequently accompanied by language problems. According to one of the sources, about 75% of patients with mental disorders present speech pathologies at the same time (Emerson & Enderby, 1996). These pathologies affect primarily the semantic, pragmatic and prosodic levels, voice

and swallowing. Whereas their theoretical aspect is discussed quite extensively, there are relatively few reports in the Polish and international literature concerning speech therapy care – a model of diagnosis and treatment. However, over the years, the reflection on this subject has been developing and has resulted in new proposals and findings.

Speech pathologies in psychiatry occur particularly in mental development disorders (including general developmental disorders), schizophrenia, intellectual disability, neurodegenerative diseases, behavioural and emotional disorders. There is an increasing number of publications discussing speech in some affective disorders, e.g. depression, bipolar affective disorder, various forms of nervous disorders, personality disorders, etc. (Fine, 2006; Gravel & France, 1991; Kramer & France, 2001; *Speech pathology...*, 2010a). These disorders are highly diversified and oscillate between language pathology of various intensity and altered ways of thinking and speaking, demonstrated e.g. in the selection of vocabulary. They can be permanent or can subside after a disease episode (affective, psychotic) has been managed.

In the discussion on the relationships between speech pathologies and mental illnesses or disorders it is pointed out that:

- speech disorders can often be the elements providing insight into other aspects of human functioning, such as thinking or emotional condition (for example: Gravel & France, 1991, p. 13);
- speech disorders are among the factors which indicate an increased risk of mental diseases and disorders in the future (for example: Beitchman et al., 1996);
- speech disorders are among the factors which may hamper the recovery process (e.g. by impeding cooperation with a psychotherapist) (*Speech pathology...*, 2010a, p. 4);
- disorders in the sphere of emotions and behaviour result in communication difficulties (e.g. in expression of feelings, conversational skills, etc.) (*Speech pathology...*, 2010a, p. 4);
- speech disorders lead to difficulties in the sphere of emotions and behaviour (Kramer, 2001, p. 433);
- considerable communication difficulties, occurring in early childhood, do not typically subside spontaneously (Giddan & Milling, 1999).

Possible short-term effects of speech pathologies in mental disorders include: difficulties in expressing current needs; difficulties in relevant and effective articulation of emotions; involvement in destructive communication styles during everyday conversations; overestimation of linguistic abilities by communication partners which leads to misunderstandings and frustration; difficulties in cooperation in a group; resistance to therapy administered verbally due to a decreased level of comprehension and expression. Possible long-term effects include: criminal behaviour (as an indirect or direct effect); decreased ability to establish effective, supportive and positive social relations (in hospital and outside); difficulties in

building and maintaining interpersonal relationships; difficulties in finding and keeping employment and in participation in other social activities (*Speech pathology...*, 2010a, p. 10; Woodward).

Thus, the efforts of specialists in various branches, including speech therapists, to facilitate language use by people with mental disorders seem right. As it has already been mentioned, literature on this subject is not extensive, even though a growing interest in the issue has been observed in the recent decades. Reflections on speech therapy diagnosis and treatment in the course of mental disorders are published in articles and collective monographs, in widely available multimedia presentations or at specialist blogs.¹ Furthermore, much information about speech therapy diagnosis and treatment in the course of mental disorders is published in literature on pragmatics and its pathologies (for example: McTear & Conti-Ramsden, 1992). It is important that speech therapy reflections should have a universal character – thus, it is recommended to draw inspiration from findings made in other countries – but at the same time a local character – hence, it is necessary to study the problem in each country individually, taking into account the cultural and economic factors, etc.

The Place of Speech Therapy – A Multidisciplinary Team

The status of a speech therapist in mental disorder treatment is not consolidated yet, even though there is a growing number of opinions about the necessity of change in this area and about the real needs (Gravell & France, 1991; *Speech pathology...*, 2010b, p. 1). In order to specify the role of a speech therapist in detail, we need not only declarations but rather practical actions, documentation of therapy progress, as well as realistic evaluation of possibilities and the scope of influence. In order to increase the number and scope of interventions, it is recommended to inform the society about possible benefits resulting from speech therapy, such as: easier expression of thoughts and emotions; development of conversational skills; better comprehension and use of non-verbal communication; improved narration, better understanding of concepts and updating of vocabulary, etc. Such information can be distributed in the form of leaflets and posters in order to reach the general public (Hodkinson, 2001, p. 173).

The proposals and standards of speech therapy care in mental disorders and diseases emphasize the absolute need for cooperation with a psychiatrist (Woźniak, 2015) and for work in a multidisciplinary team which includes a psychologist, a nurse, an occupational therapist, a physiotherapist, a dietician, a social

¹ See: Bibliography.

worker, a speech therapist and others (Novak & Kapolnek, 2001, p. 112; Shives, 2008, p. 156). Cooperation within a multidisciplinary team will look different depending on the place of therapy (home, hospital, nursing home, community treatment, kindergarten, school, private office), but it is a desirable form of therapeutic influence in any case.

Speech Therapy Diagnosis

While a mental disorder diagnosis is the domain of psychiatrists, other specialists give diagnoses in their respective fields and from the perspective of the disciplines represented by them (Novak & Kapolnek, 2001, pp. 112–113). Speech therapy diagnosis in mental disorders should take into account a comprehensive language and communication description with observation of other areas of functioning (Panasiuk & Kaczyńska-Haładaj, 2015). In the case of children, observation of play is especially important, while in the case of children and adults – observation of interactions with parents, guardians, medical personnel and others, as well as emotional reactions. A proper speech examination should pay special attention to the most frequently and most intensely disturbed spheres, that is semantics and pragmatics (at the verbal and non-verbal levels), prosody, swallowing and voice emission. Diagnostic tools for evaluation of the semantic and pragmatic sphere comprise both objective, standardized and structured tools, and more subjective ones, such as speech samples and observation. Another important element is an interview and/or a questionnaire about everyday functioning with respect to language, carried out both with a patient and his or her family, and with medical personnel and other specialists. Moreover, it is indicated that metalanguage – **talking about speech** – has a major role, because it can lead to significant conclusions both for diagnosis and for evaluation of therapy effects (Brophy). Irrespective of the methods and tools mentioned, each disorder has a different and individual diagnostic procedure.² In the process of speech therapy diagnosis it should be considered that people with a psychiatric diagnosis can present speech disorders not connected directly with this particular diagnosis (Orr, 2001, p. 156).

Apart from offering a speech therapy diagnosis *sensu stricto*, a speech therapist can also have other roles in the broadly understood diagnostic process and contribute to quick detection of mental disorders. Knowledge of language in mental

² See: speech therapy standard procedure in the case of schizophasia by Woźniak, with presentation of KSOS (Short Schizophasia Evaluation Scale) by Czernikiewicz and Woźniak. T. Woźniak: *Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego*. In: *Logopedia...* (1097–1101).

disorders enables a speech therapist to notice pathologies which require psychiatric consultation in people who have never had it before and visited a speech therapist in connection with screening tests or due to other speech disorders. The Speech Pathology Australia even claims that speech therapists, while examining people from the risk groups who have a theoretically higher probability of mental disorder incidence, can fulfil the preventive function (*Speech pathology...*, 2010b, p. 3).

Speech Therapy – General Guidelines

The general aim of speech therapy in the course of mental disorders is to enhance the communication ability and – if required – to facilitate eating, drinking and swallowing. The therapy should lead to optimization of physical, social and mental functioning at home, in hospital and in everyday environment – at school, at work, in social groups (*Speech pathology...*, 2010b, p. 3). Obviously, the therapy should be consistent with the diagnosis and its interpretation which makes hierarchization of goals possible. The therapy can be directed at reconstruction or improvement of language and communication competence, also by means of increased communication awareness (Clegg, Brumfitt, Parks, & Woodruff, 2007, p. 88).

Furthermore, speech therapists include in speech diagnosis and treatment also these people who do not fulfil the criteria of any disorder from the medical perspective, but present specific difficulties in everyday communication. This pertains especially to children and adults with subtle disorders in the semantic and pragmatic sphere who do not fulfil the diagnostic criteria of any medical condition.³ In such a case, speech therapy is particularly important, because it can be the only form of support for such a person.

Speech therapy in mental disorders can have a form of an individual therapy, a therapy in pairs or in a group. It is possible to distinguish two philosophies on which the therapeutic influence is based: the one focused on discovery of abilities and the other centred on elimination of difficulties (Brophy). In practice, these two philosophies usually exist side by side, and it is the therapist's decision which one to make supreme and leading. Due to the specific character of mental disorders, the cultural background should also be taken into account in the therapy process, that is how a mental illness is perceived in a given community (*Speech pathology...*, 2010a, p. 5) and in the broader sense – how a human being, interpersonal relations, emotions, language and communication are viewed in a particular culture and language.

³ See the notions of: semantic-pragmatic disorder, broader autism phenotype.

An important aspect of speech therapy is the influence on the community, that is offering advice to family members, other specialists and teachers concerning the optimum ways of communication, supporting language skills, understanding and overcoming of difficulties. Certain guidelines are provided in an article entitled: *Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych* authored by Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk and Jolanta Dunaj-Tarkowska (2017). Another role of a speech therapist is to make sure that information given to the patient by the medical personnel of health centres is clear and comprehensible to this person, and to reformulate the message, if need be (*Speech pathology...*, 2010b, p. 4).

As far as the community context is concerned, it is crucial to build situations which are conducive to establishing relationships and friendships. This issue appears in the proposals for intervention in children with autism, with social communication disorders and with semantic-pragmatic disorders. Establishment of relationships with peers is beneficial to the sphere of language and communication development, because a child is more willing to imitate and learn from his or her peer friends.

Yet another significant element of speech therapy is early intervention which has become a standard procedure in all speech disorders. However, it happens that mental disorder diagnosis in children is difficult and the process becomes prolonged. In such situations, a speech therapist's role is to carry out a speech examination of children who present disorders in the semantic and pragmatic sphere and/or difficulties in the sphere of emotions and behaviour, and then to plan an appropriate therapeutic procedure, adjusted to the type and degree of disorder, and to implement it. It is necessary to document language abilities in detail for the purposes of a further diagnostic process and for parents so that they are able to monitor language development at subsequent stages of the child's life.

As regards speech therapy of specific disorders, the most extensive literature, backed up with practical experience, concerns autism and Asperger syndrome, intellectual disability and neurodegenerative diseases. There are more and more, even though still quite few, publications on speech therapy in schizophrenia Clegg et al., 2007) and this issue is discussed by Tomasz Woźniak (2015) in the Polish literature. There are also publications concerning speech therapy in ADHD, mutism, social communication disorders / semantic-pragmatic disorders. A collective monograph *Communication and Mental Illness* presents possible ways in which a speech therapist can contribute to the broadly understood treatment of neurosis, depression, personality disorders or gender dysphoria (Kramer & France, 2001).

Speech therapy intervention is not always connected strictly with medical symptoms of a given disorder. It can focus on accompanying speech disorders or facilitate the recovery process by supporting communication skills (if they are impaired in any way). Nevertheless, a broad range of possible speech therapy influences should be approached with some caution and should refer not only

to the theoretical findings and reports in literature, but primarily to the actual condition, in accordance with the real needs and not with the top-down “legitimacy”. We should also take into account that some speech disorders can subside spontaneously, e.g. after a disease episode (affective, psychotic) has been managed.

For whom?

It is obvious that a speech therapy should serve a patient, but this is especially important in the case of people who are mentally ill. First of all, speech therapy in a person with a mental disorder should be undertaken at the right moment, e.g. in the case of schizophrenia after recovery from an acute psychotic condition (Woźniak, 2015, p. 1102), but also, generally speaking, when the life situation and health of a given person enable him or her to get in touch with a therapist. The patient is the key person in the therapy plan – his or her willingness to participate in the therapy and – as demonstrated by Jean M. Novak and Karen M. Kapolnek (2001, p. 113) – his or her decision about the hierarchy of goals. If a given person wants to take part in a speech therapy due to real difficulties related to language, speech or communication, this is a clear signal to the therapist to take action, even if such an action would be pioneering and one-off.

Apart from the advantages resulting directly from its character, speech therapy has also added values, such as a sense of taking care of one’s health and quality of life. In a situation when there are no standard procedures for a given case yet, speech therapy should always be purposeful and based on current knowledge of mental health and speech disorders (Woźniak, 2015, p. 1102). Literature dealing with speech therapy in mental disorders refers to people undergoing this therapy as a “client” or a “patient”. Sometimes a person who is in the hospitalization period is called a patient, while a person who has finished hospitalization is referred to as a client. This issue seems interesting, because the way of referring to a beneficiary of speech therapy implies a certain manner of thinking about this person, the role of a specialist and a type of the relationship formed between them. Although the term “client” is not used in Poland, it is worth paying attention to, because it does not focus on the past / ongoing disease and puts a speech therapist in the role of a specialist in his or her field and not of a person with strictly medical competence, which is sometimes overused by speech therapists.

Where?

Speech therapy of people who are mentally ill can take place at hospitals in psychiatric rehabilitation wards, in health centres and outpatient clinics; but equally (or even more) important places are schools, kindergartens, centres for people with special needs, nursing homes, social therapeutic centres or the client's home. They are the natural environment in which improvement of language and communication skills can be easier, more comfortable and hence more effective. Elaine Hodkinson (2001, p. 174) discusses the selection of a therapy place depending on the goal, e.g. a small and cosy room for individual classes, a larger hall for group work; a garden or a park for free discussions and for practising conversational skills. A place where a speech therapist works entails some consequences for organization. At a hospital there is better access to a broad group of patients and there are more diagnostic opportunities. On the other hand, a private office, a nursing home or an educational centre enable long-term actions, with higher involvement in the natural community.

Conclusions

The place and role of a speech therapist in diagnosis and therapy of speech pathologies accompanying mental disorders are not fully consolidated yet, but further changes in this respect are possible and promising. An indispensable condition for the status of a speech therapist to be consolidated in psychiatry is comprehensive description and interpretation of speech disorders, taking into account their complexity and multisidedness; further proposals of relevant and appropriate therapeutic influences; balanced assessment of diagnostic and therapeutic opportunities in speech therapy; description of experiences (especially as a case study).

I wish to express my gratitude to Aleksander Szumada, physician, specialist in psychiatry, for scientific consultations.

Bibliography

- BEITCHMAN, J.H., BROWNLIE, E.B., INGLIS, A., WILD, J., FERGUSON, B., SCHACHTER, D., LANCEE, W., WILSON, B., & MATHEWS, R. (1996). Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allie Disciplines*, 37(8), 961–970.
- BROPHY, J. *Where are we now? Current practices in SLP with adults with mental health disorders?* Pobrańe z: https://www.asha.org.events/convention/.../1112_brophy_jennifer/ (data dostępu: 3.10.2018).
- CLEGG, J., BRUMFITT, S., PARKS, R.W., & WOODRUFF, P.W.R. (2007). Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42(1), 81–101.
- EMERSON, J., & ENDERBY, P. (1996). Prevalence of speech and language disorders in a mental health unit. *European Journal of Disorders of Communication*, 31, 221–236.
- FINE, J. (2006). *Language in psychiatry. A handbook of clinical practice*. London: Equinox.
- GIDDAN, J.J., & MILLING, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(1), 19–37.
- GRAVELL, R., & FRANCE, J. (1991). Mental disorder and speech therapy: an introduction. In: R. GRAVELL, & J. FRANCE (Eds.), *Speech and communication problems in psychiatry. Therapy in practice 22* (pp. 1–21). London: Springer-Science+Business Media, B.V.
- HODKINSON, E. (2001). Developing a speech and language therapy service in mental health. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 172–180). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- KRAMER, S. (2001). *Language difficulties or emotional difficulties – what come first?*. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 407–432). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- KRAMER, S., & FRANCE, J. (Eds.). (2001). *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- MCTEAR, M., & CONTI-RAMSDEN, G. (1992). *Pragmatic disability in children*. London: Whurr Publishers.
- NOVAK, J.M., & KAPOLNEK, K.M. (2001). Speech-Language Pathologists Serving Clients With Mental Illness: A Collaborative Treatment Approach. *Contemporary issues in communication science and disorders*, 28, 111–122.
- ORR, M. (2001). Functioning of the multidisciplinary team and the SLT. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 154–157). London: Jessica Kingsley Publishers.
- PANASIUK, J., & KACZYŃSKA-HAŁADYJ, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera. In: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (Eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 517–554). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PUŻYŃSKI, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, XLI(3), 299–308.
- SHIVES, L.R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric-mental Health Nursing*. Philadelphia: LWW.
- Speech pathology in mental health services. Clinical guideline*. (2010a). The Speech Pathology Association of Australia.
- Speech pathology in mental health services. Position statement*. (2010b). The Speech Pathology Association of Australia.

- TARKOWSKI, Z., HUMENIUK, E., & DUNAJ-TARKOWSKA, J. (2017). Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych. In: Z. TARKOWSKI (Ed.), *Patologia mowy* (s. 195–212). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WOODWARD, M. *Talk is Cheap! The Role of a Speech Pathologist in a Mental Health Service*. Pobrane z: <https://anzmh.asn.au/conference/pp/Woodward.pdf> (data dostępu: 20.09.2018).
- WOŹNIAK, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. In: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (Eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (pp. 1093–1108). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.



EWA HRYCYNA

Instytut Polonistyki i Logopedii,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

 0000-0002-2932-1313

Opieka logopedyczna w przebiegu zaburzeń psychicznych – kwestie teoretyczne

Speech Therapy Care in Mental Illnesses – Theoretical Issues

ABSTRACT: The article focuses on the theoretical frame of the speech therapy care problem in various mental illnesses. It presents psychiatric disorders particularly associated with speech and communication problems and diversifies the character of speech disorders in psychiatry, indicating that they can oscillate between variously intensified language pathology and different ways of thinking and speaking; as such, they may be permanent or may disappear spontaneously after the episode of the disease is managed. The study defines the relationship between speech and mental disorders, and lists their short- and long-term effects in mental illnesses. Subsequently, it proceeds to circumscribe the place of a speech therapist in an interdisciplinary team, specifies what the logopaedic diagnosis in the process of a mental disorder is, and indicates other roles of a speech therapist in the broadly understood diagnostic and therapeutic process, e.g. the preventive one. The article formulates general goals and guidelines for speech therapy in mental disorders and discusses those aspects of the treatment which are closely related to the patient and the place of speech therapy care. The article concludes that speech pathologists in psychiatry have a chance to consolidate their position. The conditions which have to be met in order to do so are: the profound description and interpretation of speech disorders in psychiatry, the balanced assessment of diagnostic and therapeutic possibilities, and cooperation within an interdisciplinary team.

KEY WORDS: speech, language and communication disorders, mental illnesses, speech and language diagnosis and therapy

Język w zaburzeniach psychicznych

Termin „zaburzenie psychiczne” stosuję w znaczeniu szerokim, jako odnoszące się do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria (Pużyński, 2007). Zaburzeniom psychicznym towarzyszą często zmiany w zakresie języka. W jednym ze źródeł szacuje się, że około 75% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi prezentuje jednocześnie zaburzenia mowy (Emerson & Enderby, 1996).

Dotykają one przede wszystkim poziomu semantycznego, pragmatycznego, prozodii, głosu i połykania. O ile ich aspekt teoretyczny jest poruszany dość szeroko, o tyle stosunkowo niewiele jest doniesień w literaturze polskiej i światowej na temat opieki logopedycznej – modelu diagnozy i terapii. Na przestrzeni lat jednak refleksja na ten temat dojrzewała i owocuje nowymi propozycjami i ustaleniami.

Zaburzenia mowy w psychiatrii występują szczególnie w zaburzeniach rozwoju psychicznego (w tym całościowych zaburzeniach rozwoju), schizofrenii, niepełnosprawności intelektualnej, chorobach neurodegeneracyjnych, zaburzeniach zachowania i emocji. Pojawiają się coraz częściej publikacje charakteryzujące mowę w niektórych zaburzeniach afektywnych, np. depresji, zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym; różnych postaciach zaburzeń nerwicowych; zaburzeniach osobowości i in. (Fine, 2006; Gravell & France, 1991; Kramer & France, 2001; *Speech pathology...*, 2010a). Mają charakter wysoce zróżnicowany, oscylują między różnie nasiloną patologią językową a odmiennym sposobem myślenia i mówienia, objawiającym się np. w doborze słownictwa. Mogą mieć charakter stały lub mogą ustępować np. po opanowaniu epizodu chorobowego (afektywnego, psychotycznego).

Określając zależności między zaburzeniami mowy a chorobami i zakłóceniami psychicznymi, wskazuje się, że:

- zaburzenia mowy są często jednym z elementów dających wgląd w ocenę innych aspektów funkcjonowania człowieka, jak myślenie czy stan emocjonalny (np. Gravell & France, 1991, s. 13);
- zaburzenia mowy są jednym z czynników wskazujących na zwiększone ryzyko wystąpienia chorób i zaburzeń psychicznych w przyszłości (np. Beitchman et al., 1996);
- zaburzenia mowy mogą być jednym z czynników utrudniających proces zdrowienia (np. utrudniając współpracę z psychoterapeutą) (*Speech pathology...*, 2010a, s. 4);
- zaburzenia w sferze emocji i zachowań wtórnie wywołują trudności komunikacyjne (np. w zakresie wyrażania uczuć, umiejętności konwersacyjnych i in.) (*Speech pathology...*, 2010a, s. 4);
- zaburzenia mowy wtórnie wywołują trudności w sferze emocji i zachowań (Kramer, 2001, s. 433);
- znaczące trudności komunikacyjne, przejawiane we wczesnym dzieciństwie, zazwyczaj nie ustępują samoistnie (Giddan & Milling, 1999).

Wśród możliwych krótkoterminowych skutków zaburzeń mowy w zaburzeniach psychicznych wymienia się: trudności w wyrażaniu bieżących potrzeb; trudności w odpowiednim i efektywnym wyrażaniu emocji; angażowanie się w destrukcyjne style komunikacji podczas codziennych rozmów; przecenianie możliwości językowych przez partnerów komunikacji, które prowadzą do nieporozumień i frustracji; trudności we współpracy w grupie; opór przed terapią prowadzoną za pośrednictwem kanału werbalnego, z powodu obniżonego poziomu

rozumienia i ekspresji. Wśród możliwych skutków długoterminowych: zachowania przestępcze (jako skutek pośredni lub bezpośredni); zmniejszenie możliwości do tworzenia efektywnych, wspierających i pozytywnych relacji społecznych (w szpitalu i poza nim); trudności w budowaniu i podtrzymywaniu więzi międzyludzkich; trudności w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia oraz w uczestnictwie w innych aktywności społecznych (*Speech pathology...*, 2010a, s. 10; Woodward).

Słusznymi zatem wydają się wysiłki specjalistów różnych dziedzin, w tym logopedów, by zoptymalizować możliwości posługiwania się językiem osobom z zaburzeniami psychicznymi. Literatura na ten temat nie jest, jak wspomniałam, bogata, choć na przestrzeni kilkudziesięciu lat obserwuje się wzrost zainteresowania zagadnieniem. Refleksje na temat diagnozy i terapii logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych publikowane są w artykułach, monografiach zbiorowych, a także przedstawiane w powszechnie dostępnych prezentacjach multimedialnych czy na blogach specjalistycznych¹. Liczne informacje o diagnozie i terapii logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych pojawiają się również w literaturze poświęconej pragmatyce i jej zaburzeniom (np. McTear & Conti-Ramsden, 1992). Istotne jest, by refleksja logopedyczna miała charakter uniwersalny – stąd wskazane jest inspirowanie się dotychczasowymi ustaleniami w innych krajach, ale jednocześnie lokalny – stąd konieczne jest zbadanie specyfiki problemu na gruncie każdego kraju z osobna, z uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych, ekonomicznych i in.

Miejsce terapii logopedycznej – zespół wielospecjalistyczny

Pozycja logopedów w terapii zaburzeń psychicznych nie jest jeszcze ugruntowana, choć coraz częściej mówi się o zasadności zmian w tym zakresie i realnych potrzebach (Gravell & France, 1991; *Speech pathology...*, 2010b, s. 1). Aby dookreślić rolę logopedy, konieczne są nie tyle deklaracje, co praktyczne działania i dokumentowanie postępów terapii oraz realna ocena możliwości i zakresu oddziaływań. Aby zwiększać ilość i zakres podjętych interwencji, wskazane jest informowanie społeczeństwa o możliwych korzyściach wypływających z podjęcia terapii logopedycznej, jakimi mogą być np. zwiększenie łatwości w wyrażaniu myśli i emocji; kształtowanie umiejętności rozmowy; zwiększanie umiejętności w zakresie rozumienia i używania mowy niewerbalnej; doskonalenie narracji, rozumienia pojęć, aktualizacji słownictwa i in. Informacje takie, aby dotarły do szerokiego grona odbiorców, mogą być rozpowszechniane w formie ulotek czy plakatów (Hodkinson, 2001, s. 173).

¹ Zob. bibliografia.

W propozycjach i standardach opieki logopedycznej w zaburzeniach i chorobach psychicznych wskazuje się na bezwzględną konieczność współpracy z lekarzem psychiatrą (Woźniak, 2015) oraz działanie w ramach zespołu wielospecjalistycznego, w skład którego wchodzi psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, dietetyk, pracownik socjalny, logopeda i in. (Novak & Kapolnek, 2001, s. 112; Shives, 2008, s. 156). W zależności od miejsca terapii (dom, szpital, DPS, leczenie środowiskowe, przedszkole, szkoła, prywatny gabinet) współdziałanie zespołu specjalistycznego rysuje się odmiennie, w każdym z tych przypadków jest on jednak pożądaną formą oddziaływań terapeutycznych.

Diagnoza logopedyczna

Podczas gdy diagnoza zaburzenia psychicznego jest domeną lekarzy psychiatrów, pozostali specjaliści dokonują diagnozy w obszarze dla nich kluczowym i z perspektywy reprezentowanej przez nich dyscypliny (Novak & Kapolnek, 2001, s. 112–113). Diagnoza logopedyczna w przypadku zaburzeń psychicznych powinna uwzględniać całościową charakterystykę językową i komunikacyjną wraz z obserwacją innych sfer funkcjonowania (Panasiuk & Kaczyńska-Haładaj, 2015). W przypadku dzieci szczególnie istotna jest obserwacja zabawy; w przypadku dzieci i dorosłych – interakcji z rodzicami, opiekunami, członkami personelu medycznego i in. oraz reakcji emocjonalnych. We właściwym badaniu logopedycznym należy szczególnie miejsce poświęcać sferom najczęściej i najsilniej zakłóconym, tzn. semantyce i pragmatyce (na poziomie werbalnym i niewerbalnym), prozodii, połykaniu i emisji głosu. Wśród narzędzi diagnostycznych w ocenie sfery semantycznej i pragmatycznej zastosowanie mają zarówno narzędzia obiektywne, standaryzowane, ustrukturyowane, jak i bardziej subiektywne, jak próbki mowy czy obserwacja. Istotną funkcję pełni również wywiad i/lub kwestionariusz dotyczący codziennego funkcjonowania językowego przeprowadzany zarówno z pacjentem i jego rodziną, jak również członkami personelu medycznego i innymi specjalistami. Wskazuje się także na ważną rolę metajęzyka, **rozmawiania o mówieniu**, które może przynieść istotne wnioski zarówno w diagnozie, jak i ewaluacji efektów terapii (Brophy). Niezależnie od wymienionych narzędzi i metod, każde zaburzenie cechować się będzie odmienną i specyficzną procedurą diagnostyczną². W procesie diagnozy logopedycznej należy wziąć pod uwagę, że osoby z diagnozą psychiatryczną mogą prezentować zaburzenia mowy z tą diagnozą bezpośrednio niezwiązane (Orr, 2001, s. 156).

² Zob. standard postępowania logopedycznego w przypadku schizofazji autorstwa Woźniaka, z prezentacją Skali KSOS autorstwa Czernikiewicza i Woźniaka (Woźniak, 2015).

Oprócz diagnozy logopedycznej *sensu stricto* logopeda może spełniać także inne role w szeroko pojętym procesie diagnostycznym, wnosząc swój wkład do szybkiego wykrywania zaburzeń psychicznych. Dysponując wiedzą o języku w zaburzeniach psychicznych, może dostrzec nieprawidłowości wymagające konsultacji psychiatrycznej u osób, które z niej dotąd nie skorzystały, trafiły zaś do logopedy podczas badań przesiewowych lub z uwagi na inne zaburzenia mowy. Australijskie towarzystwo logopedyczne mówi wręcz o tym, że logopedzi, badając środowiska z grupy ryzyka, u których prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych jest teoretycznie wyższe, mogą pełnić funkcję prewencyjną (*Speech pathology...*, 2010b, s. 3).

Terapia logopedyczna – ogólne wytyczne

Ogólnym celem terapii logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych jest maksymalizowanie możliwości komunikowania się, a także – jeśli istnieje taka potrzeba – ułatwianie jedzenia, picia, połykania. Terapia ma prowadzić do optymalizacji funkcjonowania fizycznego, społecznego i psychicznego w domu, szpitalu i codziennym środowisku – szkole, pracy, grupach społecznych (*Speech pathology...*, 2010b, s. 3). Musi być ona, co oczywiste, zgodna z diagnozą i interpretacją tej diagnozy, która umożliwia m.in. hierarchizację celów. Może być ukierunkowana na odbudowę kompetencji językowej i komunikacyjnej lub jej doskonalenie, także poprzez zwiększanie samoświadomości komunikowania się (Clegg, Brumfitt, Parks, & Woodruff, 2007, s. 88).

Logopedzi obejmują diagnozą i terapią logopedyczną również te osoby, które z medycznego punktu widzenia nie spełniają kryteriów żadnego z zaburzeń, ale prezentują określone trudności w codziennym porozumiewaniu się. Dotyczy to w szczególności dzieci i dorosłych z subtelnymi zaburzeniami w sferze semantycznej i pragmatycznej, którzy nie spełniają kryteriów diagnostycznych żadnej jednostki medycznej³. Terapia logopedyczna jest wówczas tym ważniejsza, że może być jedyną formą wsparcia dla danej osoby.

Terapia logopedyczna w zaburzeniach psychicznych przyjmuje formę terapii indywidualnej, w parach lub grupowej. Wskazuje się na dwie filozofie, leżące u podstaw oddziaływań terapeutycznych – skoncentrowaną na ujawnianiu możliwości lub niwelowaniu trudności (Brophy). W praktyce zazwyczaj współistnieją one ze sobą, a od terapeuty zależy, którą z nich uczyni nadrzędną i wiodącą. Ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych w procesie terapii należy wziąć pod uwagę także tło kulturowe, czyli to, jak w danej społeczności postrzegana

³ Zob. pojęcia: zaburzenie semantyczno-pragmatyczne, poszerzony fenotyp autyzmu.

jest choroba psychiczna (*Speech pathology...*, 2010a, s. 5), ale też szerzej – jak w danej kulturze i języku postrzega się człowieka, relacje międzyludzkie, emocje, język i komunikację.

Istotnym aspektem terapii logopedycznej jest oddziaływanie na środowisko, np. udzielanie porad osobom najbliższym, innym specjalistom, nauczycielom, dotyczących optymalnych sposobów komunikowania się, wspierania umiejętności językowych, rozumienia trudności i ich przewycięzania. Przykładowe wskazówki zawarte są w artykule Zbigniewa Tarkowskiego, Ewy Humeniuk i Jolanty Dunaj-Tarkowskiej (2017) pt. *Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych*. Rolą logopedy może być także upewnianie się, czy informacje podawane osobie chorej przez personel medyczny w ośrodkach zdrowia są dla niej jasne i zrozumiałe, oraz ewentualne przeformułowywanie przekazów językowych (*Speech pathology...*, 2010b, s. 4).

Jeśli chodzi o kontekst środowiskowy, bardzo ważne jest budowanie sytuacji sprzyjających nawiązywaniu relacji i przyjaźni. Wątek ten pojawia się w propozycjach interwencji dla dzieci z autyzmem czy zaburzeniami komunikacji społecznej / zaburzeniami semantyczno-pragmatycznymi. Nawiązanie relacji rówieśniczej niesie korzyści w sferze rozwoju języka i komunikacji, ponieważ dziecko chętniej naśladowuje i uczy się od lubianych i lubiących je rówieśników.

Istotnym elementem terapii logopedycznej jest wreszcie wczesna interwencja, która stała się standardem postępowania we wszystkich zaburzeniach mowy. Jednak zdarza się, że diagnoza zaburzeń psychicznych u dzieci nastęrcza trudności i proces ten wydłuża się. W takich sytuacjach rolą logopedy jest dokonanie oceny logopedycznej u dzieci przejawiających zaburzenia w sferze semantycznej i pragmatycznej i/lub trudności w sferze emocji i zachowań; następnie zaś zaprogramowanie odpowiednich działań terapeutycznych, dostosowanych do jakości i stopnia zaburzenia oraz ich wdrożenie. Konieczne jest pieczołowite dokumentowanie stanu językowego na użytek dalszego procesu diagnostycznego oraz na użytek rodziców, aby mogli śledzić rozwój językowy na kolejnych etapach życia dziecka.

Jeśli chodzi o terapię logopedyczną konkretnych zaburzeń, dotąd najbogatsza literatura, poparta doświadczeniem praktycznym, dotyczy autyzmu i zespołu Aspergera, niepełnosprawności intelektualnej, chorób neurodegeneracyjnych. Wciąż jeszcze nieliczne, ale coraz częstsze są publikacje dotyczące terapii logopedycznej w schizofrenii (Clegg et al., 2007), którą to kwestię na gruncie polskim poruszył Tomasz Woźniak (2015). Poświęcono również miejsce terapii logopedycznej w ADHD, mutyzmie, zaburzeniu komunikacji społecznej / zaburzeniach (semantyczno-)pragmatycznych. W monografii zbiorowej *Communication and Mental Illness* zasygnalizowano możliwe sposoby włączania się logopedy do szeroko pojętej terapii także w przypadku nerwicy, depresji, zaburzeń osobowości czy dysfornii płciowej (Kramer & France, 2001).

Interwencja logopedyczna nie zawsze jest ściśle związana z objawami medycznymi danego zaburzenia psychicznego. Może koncentrować się na współtowa-

rzyszających zaburzeniach mowy albo wspomagać proces zdrowienia poprzez wspieranie umiejętności komunikacyjnych (jeśli w jakikolwiek sposób są one zachwiane). Szeroki wachlarz możliwych oddziaływań logopedycznych należy jednak traktować z pewną dozą ostrożności i odnosić się nie tylko do teoretycznych ustaleń i dotychczasowych doniesień w literaturze, ale przede wszystkim do stanu faktycznego, reagując tam, gdzie istnieją realne potrzeby, a nie odgórnie założona „zasadność”. Należy również wziąć pod uwagę, że niektóre zaburzenia mowy mogą wycofać się samoistnie, np. wraz z opanowaniem epizodu chorobowego (afektywnego, psychiatrycznego).

Dla kogo?

Fakt, że terapia logopedyczna ma służyć człowiekowi, jest oczywistością, ale w przypadku osób chorujących psychicznie nabiera on wyjątkowego znaczenia. Po pierwsze terapia logopedyczna u osoby z zaburzeniem psychicznym powinna być podejmowana w odpowiednim momencie, np. w przypadku schizofrenii po wyjściu z ostrych stanów psychiatrycznych (Woźniak, 2015, s. 1102), ale też ogólnie w czasie, gdy sytuacja życiowa danej osoby i ogólny stan jej zdrowia umożliwiają podjęcie kontaktu z logopedą. Kluczową osobą w planie terapii jest pacjent – jego chęć udziału w terapii, a także – jak pokazali Jean M. Novak i Karen M. Kapolnek (2001, s. 113) – decydowanie o hierarchii celów. Jeśli dana osoba chce wziąć udział w terapii logopedycznej, odczuwając realne trudności w obszarze języka, mowy czy komunikacji, jest to dla logopedy jasnym sygnałem do podjęcia działań, nawet wówczas, gdy byłyby to działania pionierskie i jednostkowe.

Terapia logopedyczna – oprócz korzyści wynikających bezpośrednio z jej natury – ma również wartości dodane, jak np. poczucie dbania o własne zdrowie i jakość życia. W sytuacji, gdy nie istnieją jeszcze standardy postępowania właściwe dla danego przypadku, terapia logopedyczna zawsze powinna być celowa i oparta na aktualnej wiedzy o zdrowiu psychicznym i zaburzeniach mowy (Woźniak, 2015, s. 1102). W literaturze podnoszącej temat terapii logopedycznej w zaburzeniach psychicznych w odniesieniu do osób objętych tą terapią używa się słów „klient” lub „pacjent”. Niekiedy pacjentem nazywa się osobę będącą w trakcie hospitalizacji, klientem zaś – po okresie hospitalizacji. Wątek wydaje się interesujący, ponieważ sposób nazywania beneficjenta terapii logopedycznej implikuje sposób myślenia o tej osobie, o roli specjalisty i typie relacji, jaka się między nimi nawiązuje. Termin „klient”, choć w Polsce nieużywany, jest jednak wart uwagi, ponieważ nie podkreśla informacji o przebytej/trwającej chorobie, a logopeda stawia w roli specjalisty w swojej dziedzinie, nie zaś osoby o kompetencjach *stricte* medycznych, co bywa przez logopedów nadużywane.

Gdzie?

Terapia logopedyczna osób chorujących psychicznie może odbywać się w szpitalach na oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej, w ośrodkach zdrowia, przychodniach; ale równie ważnym (a nawet ważniejszym) miejscem są szkoły, przedszkola, domy samopomocy lub domy pomocy społecznej, świetlice socjoterapeutyczne czy dom klienta. Miejsca te są środowiskiem naturalnym, w którym doskonalenie umiejętności językowych i komunikacyjnych może być łatwiejsze, bardziej komfortowe i zarazem bardziej skuteczne. Elaine Hodkinson (2001, s. 174) omawia wybór miejsca terapii w zależności od założonego celu, np. mały, kameralny pokój do zajęć indywidualnych, większa sala do zajęć grupowych; ogród czy park do swobodnych dyskusji i ćwiczenia umiejętności prowadzenia rozmowy. Miejsce, w którym pracuje logopeda, niesie ze sobą pewne konsekwencje w organizacji. Szpital cechuje się większym dostępem do szerszego grona pacjentów i szerszymi możliwościami diagnostycznymi, z kolei np. prywatny gabinet, DPS czy placówka oświatowa umożliwiają działania długofalowe, z większym zaangażowaniem w uczestnictwo w środowisku naturalnym.

Podsumowanie

Miejsce i rola logopedy w diagnozie i terapii zaburzeń mowy towarzyszących zaburzeniom psychicznym nie są jeszcze w pełni ugruntowane, ale dalsze zmiany w tym zakresie są możliwe i obiecujące. Niezbędnym warunkiem ugruntowania pozycji logopedów w psychiatrii jest dogłębne opisywanie i interpretowanie zaburzeń mowy z uwzględnieniem ich złożoności i wieloaspektowości; dalsze proponowanie zasadnych i trafnych oddziaływań terapeutycznych; wyważona ocena możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w logopedii; opisywanie doświadczeń (zwłaszcza w postaci studium przypadku).

*Dziękuję za konsultacje merytoryczne specjaliście psychiatrii
lek. med. Aleksandrowi Szumadzie*

Bibliografia

- BEITCHMAN, J.H., BROWNLIE, E.B., INGLIS, A., WILD, J., FERGUSON, B., SCHACHTER, D., LANCEE, W., WILSON, B., & MATHEWS, R. (1996). Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allies Disciplines*, 37(8), 961–970.
- BROPHY, J. *Where are we now? Current practices in SLP with adults with mental health disorders?* Pobrane z: https://www.asha.org.events/convention/.../1112_brophy_jennifer/ (data dostępu: 3.10.2018).
- CLEGG, J., BRUMFITT, S., PARKS, R.W., & WOODRUFF, P.W.R. (2007). Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42(1), 81–101.
- EMERSON, J., & ENDERBY, P. (1996). Prevalence of speech and language disorders in a mental health unit. *European Journal of Disorders of Communication*, 31, 221–236.
- FINE, J. (2006). *Language in psychiatry. A handbook of clinical practice*. London: Equinox.
- GIDDAN, J.J., & MILLING, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(1), 19–37.
- GRAVELL, R., & FRANCE, J. (1991). Mental disorder and speech therapy: an introduction. In: R. GRAVELL, & J. FRANCE (Eds.), *Speech and communication problems in psychiatry. Therapy in practice 22* (pp. 1–21). London: Springer-Science+Business Media, B.V.
- HODKINSON, E. (2001). Developing a speech and language therapy service in mental health. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 172–180). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- KRAMER, S. (2001). *Language difficulties or emotional difficulties – what come first?*. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 407–432). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- KRAMER, S., & FRANCE, J. (Eds.). (2001). *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- MCTEAR, M., & CONTI-RAMSDEN, G. (1992). *Pragmatic disability in children*. London: Whurr Publishers.
- NOVAK, J.M., & KAPOLNEK, K.M. (2001). Speech-Language Pathologists Serving Clients With Mental Illness: A Collaborative Treatment Approach. *Contemporary issues in communication science and disorders*, 28, 111–122.
- ORR, M. (2001). Functioning of the multidisciplinary team and the SLT. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 154–157). London: Jessica Kingsley Publishers.
- PANASIUK, J., & KACZYŃSKA-HAŁADYJ, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 517–554). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PUŻYŃSKI, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, XLI(3), 299–308.
- SHIVES, L.R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric-mental Health Nursing*. Philadelphia: LWW.
- Speech pathology in mental health services. Clinical guideline*. (2010a). The Speech Pathology Association of Australia.
- Speech pathology in mental health services. Position statement*. (2010b). The Speech Pathology Association of Australia.

- TARKOWSKI, Z., HUMENIUK, E., & DUNAJ-TARKOWSKA, J. (2017). Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych. W: Z. TARKOWSKI (red.), *Patologia mowy* (s. 195–212). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WOODWARD, M. *Talk is Cheap! The Role of a Speech Pathologist in a Mental Health Service*. Pobrane z: <https://anzmh.asn.au/conference/pp/Woodward.pdf> (data dostępu: 20.09.2018).
- WOŹNIAK, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 1093–1108). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.