



„Wychowanie w Rodzinie” t. XVI (2/2017)

nadesłany: 08.09.2016 r. – przyjęty: 27.01.2017 r.

**Monika KAŻMIERCZAK\***

## **Pacjent z zaburzeniami głosu w rodzinie**

Patients with voice disorder in the family

### **Streszczenie**

W powszechnym mniemaniu logopeda jest specjalistą od zaburzeń mowy, w tym artykulacji. Jednak do gabinetów często trafiają pacjenci z zaburzeniami głosu przed, w trakcie bądź już po leczeniu foniatrycznym. Główną motywacją jest poprawa jakości komunikacji w pracy bądź z najbliższym otoczeniem, a w efekcie również podniesienie jakości i komfortu życia.

Wśród przyczyn zaburzeń głosu wymienia się obciążenia fizyczne, bez względu na wiek oraz psychospołeczne, które w szczególności dotyczą osób dorosłych zawodowo posługujących się głosem. Nierzadko zaburzenia głosu diagnozuje się u dzieci już w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, młodzieży, studentów, jak również osób dojrzałych czy w wieku senioralnym. Zatem pacjentem z zaburzeniami głosu może być każdy członek rodziny.

Celem całościowego leczenia zaburzeń głosu jest przywrócenie takiego stanu narządu głosu, który pozwoli realizować potrzeby socjalne, emocjonalne oraz zawodowe pacjenta. Cel ten zgodny jest ze standardami światowymi, które wyznacza definicja zdrowia, uwzględniająca także zmiany psychiczne i społeczne w życiu pacjenta, podniesienie jakości życia człowieka. Dlatego też w eliminowaniu zaburzeń głosu istotna jest świadomość dotycząca higieny głosu (m.in. dobra atmosfera w domu i w pracy, umiejętność radzenia sobie ze stresem, właściwe warunki panujące w otoczeniu, jak

---

\* e-mail: [monika.kazmierczak@uni.lodz.pl](mailto:monika.kazmierczak@uni.lodz.pl)

Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, Polska.

optymalna wilgotność, temperatura i czystość powietrza) oraz rehabilitacja logopedyczno-foniatryczna, obejmująca zarówno ćwiczenia technik emisji głosu (relaksacja, ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne), jak też koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej.

Skuteczność terapii w dużej mierze zależy od codziennego funkcjonowania pacjenta, w tym świadomości, odpowiedniego i oczekiwanego przez pacjenta wsparcia oraz zaangażowania całej rodziny – które znacząco wpływają na pozytywną motywację do udziału w terapii czy wprowadzenia koniecznych zmian w życiu.

**Słowa kluczowe:** logopedia, komunikacja interpersonalna, zaburzenia głosu, rodzina, jakość życia.

### Abstract

It is a common assumption that the speech therapist specializes in speech disorders, including articulation. However, patients often visit their offices with the demand of voice disorders before, during, or after phoniatic treatment. The main motivation is to improve the quality of communication at work or with the immediate environment, and ultimately also to enhance the quality and comfort of life.

Among the causes of voice disorders we can name physical stress, regardless of age and psychosocial burden, which especially affect adults who use the voice professionally. Often voice disorders are diagnosed with children already in preschool and in early school age, among youths and students, as well as with mature people or in senior age. Therefore, patients with voice disorders may be any family member.

The aim of the comprehensive treatment of voice disorders is to restore the patient's voice organ to a state which will enable him possibility to realize his social, emotional and professional needs. This objective is in line with world standards, determined by the definition of health, which also takes into account changes in the mental and social life of the patient, improving the quality of human life (*Quality of Life – QoL*). Therefore, during the elimination of voice disorders it is essential to be aware of voice hygiene (including a good atmosphere at home and at work, dealing with stress, proper conditions in the environment, as appropriate humidity, temperature and air quality) as well as logopedics-phoniatics rehabilitation, including both exercise techniques of the voice (relaxation, breathing, phonation and articulation exercises), as well as breathing-phonation-articulating coordination.

The effectiveness of therapy largely depends on the patient's daily activity, including the awareness and involvement of the entire family – which significantly affect patient's positive motivation to participate in treatment and their willingness to make the necessary changes in their lives.

**Keywords:** logopedic, interpersonal communication, voice disorders, family, quality of life.

## Wprowadzenie

Deskrypcja i eksplikacja rzeczywistości z punktu widzenia pacjenta z zaburzeniami głosu odwołuje się do sposobu postrzegania własnego ciała przez podmiot, w tym jego konceptualizacji fenomenologicznych, kognitywistycznych, a także antropologii i socjologii ciała (socjologii o ciele)<sup>1</sup> czy holistycznego bądź redukcjonistycznego spojrzenia na nie w medycynie. Na możliwość wielowymiarowego rozumienia ciała zwróciła też uwagę Jolanta Maćkiewicz, podejmująca rozważania wokół językoznawczego pojęcia *body-centrism* Anny Wierzbickiej<sup>2</sup>. Maćkiewicz wskazuje, że ciało może być rozumiane: 1) jako całościowo bądź częściowo (dualizm duszy i ciała) tożsamy z człowiekiem, 2) jako element pozostający w posiadaniu danej osoby, tj. bryła poddawana modelowaniu, 3) jako mechanizm składający się z powiązanych ze sobą pojedynczych komponentów–części, 4) jako pojemnik – konotacje pozytywne wskazują na takie pojęcia, jak naczynie, worek, mieszkanie, zaś negatywne – klatka, więzienie<sup>3</sup>. Mnogość refleksji korporalnych dowodzi niejednoznacznego rozumienia samego pojęcia *ciało* i ciągle aktualnej potrzeby podjęcia wielokierunkowych rozważań na jego temat. Dotyczy to również głosu, gdyż relacja pomiędzy „Ja” i głosem może przybierać różne formy. „Bycie głosem” odnosi się do odbieranych i przekazywanych wrażeń czy przeżyć. „Posiadanie głosu” wskazuje na jego odseparowanie od „ja”, traktowanie w kategoriach zadania, obowiązku, uwzględniającego etos pracy nad głosem. Instrumentalno-uprzedmiotowiający model refleksji traktuje głos jako narzędzie wykorzystywane w codziennym przekazywaniu informacji bądź w pracy zawodowej.

Głos najczęściej jest postrzegany w wymiarze jednostkowym jako czynnik paralingwistyczny bądź fenomen psychoakustyczny, dzięki któremu człowiek może manifestować swoją obecność, osobowość, emocje czy reakcje na bodźce zewnętrzne<sup>4</sup>. Można go również odczytywać w wymiarze uniwersalnym, świadczącym o relacji podmiotu z otoczeniem – stąd popularność frazeologizmów odnoszących się do wystąpień i uczestnictwa w życiu społecznym („dojść do głosu”, „zabrać głos”, „dopuszczać do głosu”, „udzielić głosu”, „liczyć się z czymś głosem”, „głos doradczy”, „oddać głos”, „wstrzymać się od głosu”), postaci człowieka („głos rozsądku”, „głos serca”, „głos protestu”), ekspresji zazna-

<sup>1</sup> H. Jakubowska, *Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości*, s. 13, por. źródło: [http://przegladsocjologiiakosciowej.org/Volume19/PSJ\\_8\\_2\\_Jakubowska.pdf](http://przegladsocjologiiakosciowej.org/Volume19/PSJ_8_2_Jakubowska.pdf) [dostęp: 16.05.2016].

<sup>2</sup> A. Wierzbicka, *Lexicography and Conceptual Analysis*, Karoma Publishers Inc., Ann Arbor, Michigan 1985, s. 343 i n.

<sup>3</sup> J. Maćkiewicz, *Ja i moje ciało, czyli co to jest „bodycentryzm”*, [w:] J. Bartmiński, A. Pajdzińska (red.), *Podmiot w języku i kulturze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008, s. 215–220.

<sup>4</sup> A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2008, s. 7.

czającej własną obecność w środowisku („mówić/płakać w głos/na cały głos”, „podnieść na kogoś głos”), wspólnych poglądów i przekonań („głos powszechny”, „mówić jednym głosem”)<sup>5</sup>. Część określa potwierdza osadzenie człowieka we własnej cielesności i pełne utożsamienie się z głosem, inne wskazują na rozluźnienie czy wręcz zerwanie kontaktu z głosem, traktowanym jak osobny, naznaczony chorobą element („mieć problemy z głosem”, „mieć chrypkę”, „nie móc wydobyć z siebie głosu”).

Na co dzień i dla większości nadawców głos nie stanowi przedmiotu szczególnego zainteresowania, jest raczej zjawiskiem nieuświadomionym albo wymazywanym ze świadomości jednostkowej<sup>6</sup>. W czasie spotkania to głównie odbiorcy zwracają baczniejszą uwagę na indywidualne cechy głosu, przez który i dzięki któremu postrzegają, ale też oceniają interlokutora. Uzyskanie informacji zwrotnej, dotyczącej jakości własnego głosu w kontaktach osobistych, towarzyskich czy zawodowych, często staje się przyczyną zainteresowania procesem komunikacji, czego odzwierciedleniem jest również zaliczenie do istotnych zadań Międzynarodowej Federacji Towarzystw Otolaryngologicznych w 2000 roku problematyki zaburzeń procesu komunikacyjnego, w tym także głosu<sup>7</sup>. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wielopostaciowe dysfonie oznaczone są symbolem R49<sup>8</sup>. Zaburzenia dotyczą różnych cech akustycznych, tj.: częstotliwości, natężenia, czasu trwania fonacji oraz barwy głosu<sup>9</sup>.

U pacjentów, którzy nie przeszli specjalnego szkolenia, świadomość głosu jest podnoszona w toku leczenia i rehabilitacji. Głos staje się przedmiotem zainteresowania, kiedy pojawiają się pierwsze niepokojące symptomy, takie jak chrypka, niekontrolowana zmiana wysokości czy niespodziewany zanik głosu podczas mówienia. W przypadku nagłej afonii pacjent z reguły niezwłocznie udaje się do lekarza. Do stopniowo nasilających się zaburzeń głosu przyzwyczajają się, a nawet przestaje je dostrzegać na co dzień, jeśli nie utrudniają kontaktów interpersonalnych. Dopiero uświadomienie sobie problemu sprawia, że chory zaczyna wsłuchiwać się we własny głos i słyszeć, jak naprawdę brzmi. Obciążenia fizyczne oraz psychospołeczne w szczególności dotyczą osób dorosłych zawodowo posługujących się głosem, ale zaburzenia głosu diagnozuje się

<sup>5</sup> S. Skorupka, *Słownik frazeologiczny języka polskiego*, t. 1, Wiedza Powszechna, Warszawa 1996, s. 241.

<sup>6</sup> H. Jakubowska, *Ciało jako przedmiot badań...*, dz. cyt., s. 14.

<sup>7</sup> Por. A. Pruszczyk, *Metody badania narządu głosu*, „Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi” 2002, nr 2, s. 3–25.

<sup>8</sup> *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*, s. 570: dysfonia, chrypka R49.0; afonia, utrata głosu R49.1; wysoki i niski nosowy dźwięk mowy R49.2; inne i nieokreślone zaburzenia głosu, zmiana głosu BNO R.49.8; por. źródło: <http://www.icd10.pl> [dostęp: 06.04.2016].

<sup>9</sup> E. Woźnicka i in., *Nowa metoda manualnej terapii krtani w rehabilitacji zaburzeń czynnościowych głosu*, „Otolaryngologia” 2012, nr 4, s. 168.

także u dzieci już w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, młodzieży, studentów, jak również osób dojrzałych czy w wieku senioralnym – zatem pacjentem z zaburzeniami głosu może być każdy członek rodziny.

Nawyki domowników, przyjęty model codziennego funkcjonowania, sposób komunikowania się, wreszcie stosunek do pacjenta i zaburzeń jego głosu oraz ewentualnych zadań wynikających z planu rehabilitacji czy terapii – warunkują sukces, czyli poprawę jakości życia (ang. *Quality of Life*). Z wywiadów wynika, że najbliższa rodzina nie ocenia chorego tylko bądź głównie przez pryzmat głosu, a zaburzenia wokalizacji nie stanowią bariery komunikacyjnej nie do pokonania. Może to być spowodowane przyzwyczajeniem się do jego brzmienia i niedostrzeganiem problemu, czasem w wyniku rozluźnienia relacji międzyludzkich. Jednak rodzina może w znaczącym stopniu wpływać na pozytywną motywację pacjenta do udziału w ćwiczeniach oraz wprowadzania koniecznych zmian w życiu wszystkich domowników. Skuteczność działań interwencyjnych oraz przebiegu terapii w dużej mierze zależy od codziennego funkcjonowania człowieka, w tym świadomości, wsparcia, zaangażowania i akceptacji najbliższych.

## Pacjent z zaburzeniami głosu

Harmonijne, całościowe postrzeganie siebie jest przeciwstawiane fragmentaryzacji, czyli rozszczępionemu obrazowi człowieka, w wyniku czego zostaje wyodrębniony przedmiot obserwacji – głos. Ponadprzeciętna świadomość głosu dotyczy przede wszystkim lekarzy specjalistów (gł. laryngologów, foniatrów), ale również logopedów, trenerów głosu, aktorów czy lektorów posiadających większą wiedzę na temat etiologii zaburzeń głosu, które powstają w efekcie wystąpienia czynników endo- bądź egzogennych<sup>10</sup>.

Do wewnętrznych przyczyn zalicza się czynniki ryzyka powstawania chorób krtani (m.in. guzki głosowe, wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych, obrzęki krtani, porażenie fałdów głosowych, polipy<sup>11</sup>), które w znacznym stopniu zmniejszają jej wydolność. Są to zmiany organiczne i wady aparatu oddechowego, fonacyjnego lub artykulacyjnego (np. wrodzone asymetrie, dysplazje krtani, gardła czy podniebienia<sup>12</sup>), choroby ogólne (np. alergie, zaburzenia hormonalne), przewlekłe schorzenia laryngologiczne (np. zapalenia zatok, migdałów podniebiennych), refluksu żołądkowo-przełykowy, ale również nieżyty nosa, infekcje gardła, postępujące upośledzenie słuchu<sup>13</sup>, wysuszenie śluzówki wsku-

<sup>10</sup> M. Śliwińska-Kowalska, E. Niebudek-Bogusz (red.), *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu*. Podręcznik dla nauczycieli, Wydawnictwo IMP, Łódź 2009, s. 17.

<sup>11</sup> Tamże, s. 31.

<sup>12</sup> Tamże, s. 17.

<sup>13</sup> Sz. Kubiak, *Choroby wpływające na obniżenie wydolności narządu głosu (materiał wybrany)*, [w:] *Zarys higieny narządu głosu*, Wydawnictwo WSHE, Włocławek 2006, s. 87–113.

tek zażywania niektórych leków (np. dermatologicznych przy leczeniu trądziku) oraz nieprzestrzeganie zasad prawidłowej emisji i higieny głosu.

Poza czynnikami wewnętrznymi na występowanie zaburzeń głosu mają wpływ czynniki zewnętrzne: zawodowe bądź środowiskowe. Dotyczy to coraz większej liczby profesji, w tym wymagających lepszej niż przeciętna jakości głosu (np. dziennikarze–prezenterzy, aktorzy, śpiewacy) czy zwiększonego wysiłku głosowego i wydolności głosowej (np. tłumacze symultaniczni, kontrolerzy ruchu powietrznego, prawnicy, animatorzy, teleankieterzy, telemarketerzy). Osoby, które nie szkoliły głosu i nie były przygotowywane do prawidłowego mówienia, wprost deklarują brak wiedzy z zakresu prawidłowej emisji. Jednak od lat w statystykach dotyczących czynnościowych zaburzeń głosu dominują nauczyciele<sup>14</sup>, dopiero od kilku lat mogący uczestniczyć w zajęciach z emisji głosu podczas studiów. W tej grupie wśród przyczyn dysfonii wymienia się m.in.: nadmiernie długi wysiłek głosowy, pracę w hałasie, w pomieszczeniach o niewłaściwej temperaturze, wilgotności, czystości powietrza i akustyce, bez aparatury nagłaśniającej<sup>15</sup>. Oddychanie dynamiczne sprzyja infekcjom dróg oddechowych oraz przesuszeniu śluzówki. Co więcej, praca z ludźmi to również obciążenia społeczne, związane z podatnością na stres, napięciem emocjonalnym, niewłaściwym stylem życia (użytki, niedobór snu, zła dieta i in.), negatywnie wpływającym na aparat głosotwórczy<sup>16</sup>.

Rozpoczynający terapię logopedyczną pacjenci z zaburzeniami głosu najczęściej określają swoje dolegliwości jako suchość w gardle, drapanie, podrażnienie czy wrażenie zalegania, rzadziej wskazują ból lub napięcie, sporadycznie deklarują pieczenie w gardle, a bardzo rzadko bolesność podczas dotyku. Najsilniej odczuwają suchość, drapanie i ból, nieco słabiej uczucie tzw. „kluski w gardle”, podrażnienie i napięcie, a w niewielkim stopniu pieczenie oraz tkliwość<sup>17</sup>. Symptomy dyskomfortu związanego z traktem głosowym pacjenci łączą z czynnościowymi przyczynami dysfonii, choć potrzebna jest konsultacja foniatryczna, by wykluczyć ewentualne zmiany organiczne. Pacjenci deklarują, że tworzą głos z wysiłkiem, w trakcie wypowiedzi jest on coraz słabszy, nie mogą przewidzieć zmian natężania lub wysokości, a nawet chwilowej afonii. Dlatego próbują modyfikować głos tak, by brzmiał lepiej, wiele wysiłku wkładają w roz-

<sup>14</sup> A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie...*, dz. cyt., s. 7.

<sup>15</sup> B. Maniecka-Aleksandrowicz, A. Domeracka-Kołodziej, *Medyczne aspekty emisji głosu nauczycieli*, [w:] M. Przybysz-Piwko (red.), *Emisja głosu nauczyciela. Wybrane zagadnienia*, CODN, Warszawa 2006, s. 15.

<sup>16</sup> Tamże, s. 15–20.

<sup>17</sup> Wnioski z samooceny głosu z użyciem skali dyskomfortu traktu głosowego (*Vocal Tract Discomfort – VTD*) u 9 pacjentów z zaburzeniami głosu; badanie zostało wykonywane w trakcie diagnozy logopedycznej prowadzonej przez autorkę niniejszego opracowania. Wnioski te są zbieżne z wynikami badań prowadzonych na większej grupie pacjentów – por.: E. Woźnicka i in., *Porównanie wyników skali dyskomfortu traktu głosowego z obiektywnymi i instrumentalnymi parametrami badania foniatrycznego u nauczycieli rehabilitowanych z powodu zaburzeń głosu*, „Medycyna Pracy” 2013, nr 2, s. 199–206.

poczęcie głośnego mówienia. Symptomy dyskomfortu związanego z traktem głosowym mają psychospołeczne konsekwencje. Pacjenci są mocno poirytowani trudnościami głosowymi. Odczuwają zakłopotanie i wstyd, kiedy sądzą, że trudno ich usłyszeć, unikają też zabierania głosu w miejscach publicznych i hałaśliwych, mają wrażenie, że problemy z głosem są przyczyną niezrozumienia wypowiedzi przez odbiorców, którzy proszą o powtórzenie frazy. Krępują się nawet wtedy, gdy jest to członek najbliższej rodziny<sup>18</sup>. Wskazywane przez pacjentów trudności głosowe mają więc istotny wpływ na jakość całego życia człowieka.

Kierowany lub zgłaszający się do logopedy pacjent z zaburzeniami głosu najczęściej równolegle poddawany jest wielospecjalistycznemu leczeniu. Wysyłki lekarzy (laryngologów, foniatorów i in.), psychologów i logopedów zmagają się do przywrócenia poprawy jakości komunikacji międzyludzkiej w relacjach zawodowych, ale również towarzyskich i osobistych. W eliminowaniu zaburzeń głosu istotna jest świadomość dotycząca higieny głosu oraz rehabilitacja logopedyczno-foniatryczna, obejmująca zarówno ćwiczenia technik emisji głosu (relaksacja, ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne), jak też koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej. Celem całościowej terapii zaburzeń głosu jest przywrócenie takiego stanu narządu głosu, który pozwoli realizować potrzeby socjalne, emocjonalne oraz zawodowe pacjenta. Cel ten zgodny jest ze standardami światowymi, które wyznacza definicja zdrowia przyjęta przez WHO, uwzględniająca komponenty fizyczne, psychiczne i społeczne, odnosząca się do jakości życia człowieka.

## **Jakość komunikacji pacjenta z zaburzeniami głosu**

Dla nieprofesjonalisty głos staje się elementem (samo)świadomości głównie w chorobie. Pacjent z nasilającymi się zaburzeniami głosu stopniowo zwraca coraz większą uwagę na swoje ciało i niepokojące symptomy, w trakcie terapii musi zmienić nawyki oraz zweryfikować styl życia, którego jakość chce poprawić. Postawa wskazująca na bezpośrednie doświadczenie głosu oraz relacje pomiędzy głosem i światem zewnętrznym są bliższe antropologii czy socjologii ciała, niż analizie biologicznej w wersji redukcjonistycznej. W przypadku pacjentów z zaburzeniami głosu ciałowocentryzm nie sprowadza się bowiem do zaspokajania cielesno-zmysłowych pragnień czy do hołdowania konsumpcjonistycznym modom.

<sup>18</sup> Wnioski z samooceny głosu za pomocą kwestionariusza niesprawności głosu (*Voice Handicap Index – VHI*) u 9 pacjentów z zaburzeniami głosu; badanie zostało wykonywane w trakcie diagnozy logopedycznej prowadzonej przez autorkę niniejszego opracowania. Wnioski te są zbieżne z wynikami badań prowadzonych na większej grupie pacjentów – por.: E. Niebudek-Bogusz i in., *Ocena zaburzeń głosu u nauczycieli za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI)*, „Medycyna Pracy” 2007, nr 5, s. 393–402.

Pacjent z zaburzeniami głosu ocenia panujące warunki społeczne z punktu widzenia możliwości realizacji siebie, zaspokojenia własnych potrzeb. Podejmowana aktywność głosowa i komunikacja wokalna mają na celu zaznaczenie własnej obecności, manifestowanie emocji, zdobycie uwagi otoczenia, ale również realizację potrzeb estetycznych, ludycznych, grupo- i socjotwórczych. Analiza komunikacji pozawerbalnej wskazuje, że głos jest ważnym elementem, dzięki któremu człowiek może utrzymywać kontakt z grupą poprzez manifestowanie emocji, modulowanie i wspieranie komunikacji werbalnej, a w niektórych przypadkach nawet jej zastępowanie.

Chęć pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym oraz komunikowania się z otoczeniem wynika zatem z powodów instrumentalnych (dot. przede wszystkim przekazu informacji) i/lub emocjonalno-ekspresywnych (np. nawiązanie więzi, wyrażenie uczuć)<sup>19</sup>, determinowana jest również posiadaniem fizycznych możliwości czy przestrzeganiem obowiązujących norm zachowania, też językowego<sup>20</sup>. U pacjentów z zaburzeniami głosu deficyty mogą prowadzić do niezdolności pełnego aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym (także politycznym, kulturowym i in.), a nawet ekskluzji czy marginalizowania.

Przyczyną niepełnej współprzynależności człowieka do zbiorowości<sup>21</sup> może być brak akceptacji ze strony innych ludzi. Zdarza się, że chory dobrowolnie ogranicza kontakty w poczuciu bezradności, niejednokrotnie staje się pasywny<sup>22</sup>. Ze względu na zaburzenia głosu nie chce lub nie może w pełni werbalizować swoich myśli, w sposób wyczerpujący mówić o przeżyciach, oczekiwaniach czy potrzebach. Lęk przed oceną jakości głosu, pogarszającego się w toku wysiłku i dłuższego mówienia, wiąże się ze stresem, który dodatkowo pogłębia problemy zdrowotne i zaburza funkcjonowanie społeczne<sup>23</sup>. W znaczącym stopniu wpływa to na sytuację zawodową, gdyż mogą wystąpić czasowe przeciwwskazania do wykonywania pracy, a nawet wykluczenie z profesji, co wiąże się z koniecznością przekwalifikowania, przejściem na rentę chorobową, a w konsekwencji czasowym bądź stałym pogorszeniem sytuacji finansowej całej rodziny<sup>24</sup>. O ile wykluczenie społeczne często wynika z niezawinionych i niedobrowolnych zaburzeń głosu, do znalezienia się w sferze marginalizowanej może doprowadzić poczucie niepełnosprawności albo choroba, którą potęguje sam pacjent, ignoru-

<sup>19</sup> K. Skarzyńska, *Bariery komunikacji: indywidualne, grupowe społeczne*, [w:] J. Bartmiński, U. Majer-Baranowska (red.), *Bariery i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005, s. 45.

<sup>20</sup> A. Jaworska, *Wykluczenie społeczne i marginalizacja – konceptualizacja zagadnień*, [w:] A. Apanel, A. Jaworska (red.), *Obszary wykluczenia społecznego – sfera biologiczna i środowiskowa*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2013, s. 12.

<sup>21</sup> Tamże, s. 16.

<sup>22</sup> Tamże, s. 12, 13.

<sup>23</sup> Tamże, s. 18–19.

<sup>24</sup> Tamże, s. 17–20.



jący zasady higieny i emisji, wykazujący (nad)aktywność głosową, mimo dostrzeganych zaburzeń w komunikacji.

## Pacjent z zaburzeniami głosu w rodzinie

Potrzeba przynależności i dążenie do życia we wspólnocie (Abraham Maslow) w efekcie daje człowiekowi poczucie bezpieczeństwa, użyteczności czy akceptacji. W rodzinie, czyli podstawowej grupie społecznej składającej się z osób, które wiąże związek małżeństwa, pokrewieństwa lub adopcji<sup>25</sup>, istotne znaczenie mają wspólne mieszkanie i funkcjonowanie na co dzień oraz dialog czy choćby najprostsze interakcje międzyludzkie. Niektórzy badacze określają rodzinę wręcz jako „system komunikacyjny”<sup>26</sup>, skupiają się głównie na analizie struktury, przebiegu i modelach komunikacji oraz wpływie samego procesu na funkcjonowanie jej członków<sup>27</sup>. Szeroko pojęta komunikacja w rodzinie ma niezwykle istotne znaczenie w budowaniu więzi emocjonalnych, dzięki którym możliwe jest odczytywanie sygnałów i przekazów pozawerbalnych, nie podlegających pełnej kontroli podmiotów. Rozluźnienie bądź zanik więzi negatywnie wpływa na kondycję psychiczną członków rodziny, z drugiej strony – wręcz przeciwnie – trudności mogą zbliżyć ludzi do siebie.

Komunikacja interpersonalna, odmienna dla każdego systemu rodzinnego, zależy od wielu czynników, w tym także interakcji (działań, komunikacji werbalnej i pozawerbalnej) pomiędzy jej członkami<sup>28</sup>. Wymiana komunikatów, emocji, myśli, jak również ustalanie wspólnych stanowisk ma na celu nie tylko porozumienie i zrozumienie się<sup>29</sup>, lecz wpływa na ogólną kondycję człowieka, staje się wskaźnikiem zmian zachodzących w podsystemach: małżeńskim (również partnerskim), rodzicielskim, pomiędzy rodzeństwem oraz dziadkami i wnucami. Jeśli przyjąć szerokie rozumienie pojęcia interakcji jako wzajemnego oddziaływania i wpływu człowieka na innego, logopedia – nauka heterogeniczna będzie wskazywać konsekwencje zaburzeń głosu (i mowy) na różnych płaszczyznach życia rodzinnego.

<sup>25</sup> M. Ligęza, *Rodzina*, [w:] J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*, Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2005, s. 244.

<sup>26</sup> A. Celińska-Miszczuk, L.A. Wiśniewska, *Komunikacja w rodzinie: od interakcji do osobowej relacji (perspektywa personalistyczna)*, „Paedagogia Christiana” 2013, nr 2, s. 203.

<sup>27</sup> B. Harwas-Napierała, *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2008, s. 13.

<sup>28</sup> Tamże, *Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice – dzieci*, [w:] A. Michalska (red.), *Obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2006, t. XVII, s. 221.

<sup>29</sup> Hasło: *dialog*, [w:] K. Polański (red.), *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Ossolineum, Wrocław 1999, s. 120.

Do szerokiego spektrum symboli, gestów i znaczących zachowań<sup>30</sup>, jakie (nie)świadomie stosuje człowiek w komunikacji, zalicza się elementy językowe, parajęzykowe oraz pozajęzykowe<sup>31</sup>, które traktowane są nie tylko jako nośniki znaczeń<sup>32</sup>, ale również czynniki konstytuujące jednostkową czy grupową tożsamość. U pacjentów z zaburzeniami głosu wzmocnieniu często ulegają metakomunikaty (zmiana barwy, tonu głosu, rytmu, intonacji, akcentowania, stosowania większej ilości wyrazów modalnych), głównie w wyniku obaw związanych z rozpoczęciem głośnej wypowiedzi, możliwością przekazania całej treści komunikatu, zakładanym poziomem aktywności wokalne, reakcją otoczenia na niekontrolowane zmiany wysokości bądź natężenia głosu. Mimo zaburzeń głosu, istotne znaczenie ma spójność komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Pacjenci świadomie bądź w sposób niekontrolowany ograniczają dialog, wzmacniają albo zastępują go innymi formami (np. gestami, mimiką twarzy, spojrzeniem). Może to destrukcyjnie wpływać na bezpośrednie relacje międzyludzkie, stanowić źródło konfliktu przez wieloznaczność, ścisłą zależność od sytuacji, nieprecyzyjne odczytanie intencji nadawcy czy postawę odbiorcy.

Od dotychczasowego funkcjonowania rodziny zależy reakcja na przemiany modelu komunikacji, które występują po dostrzeżeniu nieprawidłowości głosowych u jednego z członków rodziny. Wiąże się to z niepełnym bądź zaburzonym stosowaniem środków poza-/para-/ponadjęzykowych, przypisanych określonym rolom społecznym i działaniom członków rodziny, manifestującym określone stany, postawy bądź intencje nadawcy<sup>33</sup>. W relacji symetrycznej między dorosłymi irytację mogą wywoływać trudności podczas wymiany informacji o poglądach, doświadczeniach, życiowych planach, codziennych zadaniach organizujących wspólne życie, zaspokajanie potrzeb materialnych. Problemy wiążą się też z wypełnianiem przez rodzinę funkcji ekspresyjno-emocjonalnej i komunikacyjnej u najmłodszych. W przypadku starszych dzieci i młodzieży stopniowo zmniejsza się rola kontaktu fizycznego, dotyku, a wzrasta znaczenie przekazów słownych<sup>34</sup>. W okresie dorastania, w związku z autorytetem osobistym, dorosły powinien stać się przewodnikiem, dzielić doświadczeniem, opowiadać, uczyć, kształtować umiejętności instruowania, argumentacji, perswazji, negocjowania, dyskusji czy oceny, ujawniać zainteresowanie działaniem czy motywować do działania, co utrudniają zaburzenia głosu rodziców bądź dziadków, przyczyniające się do zachwiania układu ról społecznych. Niezaspokojona potrzeba aktywności werbalnej w domu, również przez chęć oszczędzania głosu chorego, skła-

<sup>30</sup> T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. II, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, s. 404.

<sup>31</sup> B.L.J. Kaczmarek, *Misterne gry w komunikację*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005, s. 12–18.

<sup>32</sup> S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994, s. 218.

<sup>33</sup> Tamże, s. 247.

<sup>34</sup> B. Harwas-Napierała, *Komunikacja w rodzinie...*, dz. cyt., s. 230.

nia młodsze pokolenie do poszukiwania interlokutorów w innym środowisku. W miejsce rozluźnionych więzi z dorosłym, mogą zacieśnić się te z rodzeństwem, które z reguły wykazuje się jednak mniejszą cierpliwością i empatią podczas wymiany słownych komunikatów.

Równie istotną barierą jest zakładanie przez odbiorcę znajomości intencji nadawcy i strategii podtrzymujące temat choroby, np. dopowiadanie bądź zgadywanie treści komunikatu, nieustanne pytanie o samopoczucie, co potęguje wrażenie niepełnosprawności. Frustracja może też prowadzić do ograniczania, a nawet unikania bezpośrednich rozmów, które stają się bardziej wyczerpujące. Nierzadko członkowie rodziny tabuizują chorobę, nie podejmują tematu bądź swoją postawą przeczą jej istnieniu, a w konsekwencji w niewielkim stopniu angażują w proces rehabilitacji i terapii, oponują przeciw konieczności zamiany swoich nawyków czy trybu życia. W efekcie pacjent traktuje członków rodziny jako osoby obce bądź zagrażające, unika kontaktów, zamyka się w sobie i skupia na egoistycznych potrzebach albo manifestuje swoje niezadowolenie, koncentruje się na reaktywnym dopasowaniu do nowych realiów. Trudna sytuacja związana z chorobą wywołuje negatywne emocje, lęk przed przyszłością zaburzenie interakcji oraz stres z tym związany, co może potęgować problemy z głosem.

Dla rodziny, w której dominuje relacja osobowa-dialogiczna, choroba stanowi wyzwanie. Właściwa ocena nadawanych przez pacjenta sygnałów pozawerbalnych, empatia i uwrażliwienie na obserwowany stan psychofizyczny, gotowość do odpowiadania na bodźce czy potrzeby – daje nieocenione wsparcie w procesie leczenia oraz rehabilitacji głosu. Swoistą formą komunikacji jest już samo spotkanie, bycie ze sobą, obok lub naprzeciwko, nawet przy jednostronnie zaburzonej wokalizacji, a w konsekwencji też werbalizacji. Pożądany dialogiczny (osobowy, korwengentny) model relacji może stanowić istotny element terapii pacjenta z zaburzeniami głosu, szczególnie ten oparty na zasadach *dialogu twarzą w twarz*. W myśl dialogiki (M. Buber, E. Lévinas), dialog wykracza poza ramy zwyczajnej rozmowy, rozumianej jako naprzemienna wymiana komunikatów. Relacja zachodzi od chwili rozpoczęcia manifestowania intencji i celu, inicjowania oraz reagowania na odbierane bodźce, słuchania aktywnego, dialogicznego. Otwartość na *Ty/Innego* oraz autentyczne zainteresowanie członkiem rodziny oznacza respektowanie jego podmiotowości, ale również autonomii, odrębności, manifestowanych potrzeb i dostrzeganych ograniczeń.

Ze względu na dynamikę relacji rodzinnych modele komunikacji ulegają częstym przeobrażeniom. Zdiagnozowanie zaburzenia głosu u jednego z członków wzajemnie wpływa zarówno na chorego, jak i odbiorców, nie pozwala w pełni realizować funkcji regulacyjnej komunikacji wokalnej. Odpowiedź wszystkich członków rodziny na nowe wyzwania, wsparcie pacjenta z zaburzeniami głosu, bycie przy nim oraz praca nad dobrą osobową komunikacją sprzyja poszukiwaniu nowych możliwości rozwoju, dopasowaniu się do nowej sytuacji. Dla pacjenta z zaburzeniami głosu gotowość niesienia pomocy przez rodzinę oraz rela-

cja dialogiczna mogą być katalizatorami aktywnego działania, zmierzającego do podjęcia leczenia oraz rehabilitacji, jak również przeorganizowania życia, zweryfikowania swojego miejsca w systemie rodzinnym, wzajemnych relacji.

## Podsumowanie

Zaburzenia głosu mają wpływ na całokształt życia człowieka, czyli na postrzeganie siebie, kondycję psychiczną oraz relacje społeczne, dlatego pacjent potrzebuje wsparcia rodziny na co dzień. Traktowanie głosu jako elementu odseparowanego od „ja”, nad którym trzeba wykonać pracę, wiąże się głównie z realizacją przedmiotowych celów postępowania profilaktyczno-diagnostyczno-prognostyczno-terapeutycznego w logopedii. Nieinstrumentalne myślenie o głosie w znacznym stopniu wzmacnia poczucie harmonii, służy osiągnięciu również celów podmiotowych, koncentrowanych wokół osobistych i zawodowych pragnień, motywacji, wrażeń czy przeżyć chorego. Pacjent staje przed koniecznością zmagania się ze swoim ciałem, ograniczeniami w życiu prywatnym i zawodowym. Realizacji celów służy zarówno pośrednia, jak i bezpośrednia terapia głosu. Szczególnie na początku potrzebuje wsparcia, by odnaleźć w sobie siłę i determinację (z łac. *patient* – wytrwały, cierpliwy), wiedzieć, że inni dostrzegli jego problemy. Z reguły chęć niesienia pomocy słabnie z czasem, niektórzy członkowie rodziny powracają do dawnych nawyków, nie mają wytrwałości, by respektować zalecenia terapeutów i lekarzy, na trwałe wprowadzić również do swojego życia zasady higieny głosu.

Nieprofesjonalny rodzinny system wsparcia postrzegany jest poniekąd jako obowiązek każdego z członków, gdyż instytucjonalną pomoc z reguły kieruje się do osób samotnych<sup>35</sup>. Edukowanie pacjenta z zaburzeniami głosu oraz jego rodziny należy do lekarzy, ale również logopedów. W wyniku działań popularyzatorskich i profilaktycznych podnoszona jest świadomość dotycząca możliwości zatrzymania choroby, łagodzenia bądź niwelowania jej skutków, ewentualnego rozwoju, ograniczania bądź usuwania czynników negatywnie wpływających na głos. Stosowanie strategii interwencyjnych oraz minimalizowania szkód wiąże się z realizacją zewnętrznych celów logopedii (funkcje społeczne), co pozytywnie wpływa na podniesienie komfortu i jakości życia pacjenta oraz całej jego rodziny. W przypadku niezaspokojonych potrzeb rehabilitacyjnych w wyniku utrudnionego dostępu do placówek medycznych oraz terapii logopedycznej może to być jedyna forma zewnętrznej pomocy choremu. Zaangażowanie rodziny w utrzymanie dobrej kondycji psychofizycznej pacjenta z zaburzeniami głosu

<sup>35</sup> Por.: I. Taranowicz, *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym*, [w:] Z. Tyszka (red.), *Rodzina w czasach szybkich przemian*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2002, s. 212.

w efekcie może zapewnić lepszą jakość życia oraz w miarę możliwości aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

### Bibliografia

- Celińska-Miszczuk A., Wiśniewska L.A., *Komunikacja w rodzinie: od interakcji do osobowej relacji (perspektywa personalistyczna)*, „Paedagogia Christiana” 2013, nr 2.
- Dialog, [w:] K. Polański (red.), *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Ossolineum, Wrocław 1999.
- Grabias S., *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994.
- Harwas-Napierała B., *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2008.
- Harwas-Napierała B., *Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice – dzieci*, [w:] A. Michalska (red.), *Obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2006, t. XVII.
- Jakubowska H., *Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości*, por. źródło: [http://przegladsocjologii.jakosciowej.org/Volume19/PSJ\\_8\\_2\\_Jakubowska.pdf](http://przegladsocjologii.jakosciowej.org/Volume19/PSJ_8_2_Jakubowska.pdf) [dostęp: 16.05.2016].
- Jaworska A., *Wykluczenie społeczne i marginalizacja – konceptualizacja zagadnień*, [w:] Apanel A., Jaworska A. (red.), *Obszary wykluczenia społecznego – sfera biologiczna i środowiskowa*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2013.
- Kaczmarek B.L.J., *Misterne gry w komunikację*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
- Kubiak Sz., *Choroby wpływające na obniżenie wydolności narządu głosu (material wybrany)*, [w:] Sz. Kubiak, B. Wiskirska-Woźnica, G. Demenko, *Zarys higieny narządu głosu*, Wydawnictwo WSHE, Włocławek 2006.
- Ligeza M., *Rodzina*, [w:] J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*, Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2005.
- Maćkiewicz J., *Ja i moje ciało, czyli co to jest „bodycentryzm”*, [w:] J. Bartmiński, A. Pajdzińska (red.), *Podmiot w języku i kulturze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
- Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kołodziej A., *Medyczne aspekty emisji głosu nauczycieli*, [w:] M. Przybysz-Piwko (red.), *Emisja głosu nauczyciela. Wybrane zagadnienia*, CODN, Warszawa 2006.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*, por. źródło: <http://www.icd10.pl>, [dostęp: 06.04.2016].
- Niebudek-Bogusz E. i in., *Ocena zaburzeń głosu u nauczycieli za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI)*, „Medycyna Pracy” 2007, nr 5.
- Obębowski A. (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2008.
- Pilch T. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. II, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
- Pruszewicz A., *Metody badania narządu głosu*, „Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi” 2002, nr 2.

- Skarzyńska K., *Bariery komunikacji: indywidualne, grupowe społeczne*, [w:] J. Bartmiński, U. Majer-Baranowska (red.), *Bariery i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
- Skorupka S., *Słownik frazeologiczny języka polskiego*, t. 1, Wiedza Powszechna, Warszawa 1996.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E. (red.), *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu*. Podręcznik dla nauczycieli, Wydawnictwo IMP, Łódź 2009.
- Taranowicz I., *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym*, [w:] Z. Tyszyńska (red.), *Rodzina w czasach szybkich przemian*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2002.
- Wierzbicka A., *Lexicography and Conceptual Analysis*, Karoma Publishers Inc., Ann Arbor, Michigan 1985.
- Woźnicka E. i in., *Nowa metoda manualnej terapii krtani w rehabilitacji zaburzeń czynnościowych głosu*, „Otorinolaryngologia” 2012, nr 4.
- Woźnicka E. i in., *Porównanie wyników skali dyskomfortu traktu głosowego z obiektywnymi i instrumentalnymi parametrami badania foniatrycznego u nauczycieli rehabilitowanych z powodu zaburzeń głosu*, „Medycyna Pracy” 2013, nr 2.