


Mateusz Szurek 

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: mateusz.szurek@uni.lodz.pl

Wykorzystanie metody *Nonviolent Communication* (NVC) w terapii głosu zaburzonego

The use of the Nonviolent Communication (NVC) method
in the therapy of the disturbed voice

Słowa kluczowe: *Nonviolent Communication*, aktywne słuchanie, zaburzenia głosu, terapia głosu

Keywords: Nonviolent Communication, active listening, voice disorders, voice therapy

Streszczenie

Komunikacja interpersonalna odgrywa kluczową rolę w procesie terapeutycznym. Posiadanie podstawowej wiedzy dotyczącej zasad dobrej komunikacji może znacząco poprawić jakość terapii. Metoda *Nonviolent Communication* (NVC) opiera się na zasadach aktywnego słuchania, wyrażania uczuć, potrzeb i prośb, formułowania czystych obserwacji oraz konstruktywnej informacji zwrotnej. Wykorzystanie tej metody w terapii pacjentów z zaburzeniami głosu pozwala na identyfikację ich potrzeb, personalizację procesu terapeutycznego oraz skuteczne osiągnięcie celów terapii. *Nonviolent Communication* przyczynia się do rozwoju umiejętności komunikacyjnych w celu sprawniejszego przekazywania informacji dotyczących aspektów związanych z procesem rehabilitacji. Stosowanie tej metody i jej dalszy rozwój mogą przyczynić się do większego zrozumienia i wykorzystania jej potencjału w obszarze terapii głosu zaburzonego, przynosząc korzyści zarówno dla pacjentów, jak i terapeutów.

Abstract

Interpersonal communication plays a key role in the therapeutic process. Having a basic knowledge of the principles of good communication can significantly improve the quality of therapy. The Nonviolent Communication (NVC) method is based on the principles of active listening, expression of feelings and needs, clear observations and constructive feedback. The use of this method in the therapy of patients with voice disorders makes it possible to identify their needs, personalize the therapeutic process and effectively achieve therapy goals.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 12.07.2023. Data przyjęcia: 1.09.2023

The NVC contributes to the development of the patient's communication skills, increased awareness of voice functioning and motivation to make changes. The use of this method and its further development can contribute to a greater understanding and use of its potential in the area of voice disorder therapy, benefiting both patients and therapists.

Podstawy komunikacji z pacjentem

Praca nad głosem jest niezwykle złożonym zagadnieniem, które wymaga odpowiedniego podejścia terapeutycznego w trakcie rehabilitacji. Terapeuta musi być świadomy, że głos służy nie tylko do porozumiewania się, ale również stanowi nośnik emocji, tożsamości czy wyrazu artystycznego.

Pojęcie *komunikowanie* pochodzi od łacińskich słów *communicare* 'uczynić wspólnym, połączyć', *communicatio* 'wymiana, łączność, rozmowa' oraz *communio* 'wspólność, poczucie łączności'. Jest jednym z zachowań językowych w obrębie mowy, rozumianej przez Stanisława Grabiasa jako „układ czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i świecie innym uczestnikom życia społecznego” [Grabias, 1997, s. 8]. Język pozwala człowiekowi na interpretowanie świata, przekazywanie informacji zawartych w myślach oraz umożliwia wywieranie wpływu na innych ludzi. Istotny jest więc odpowiedni dobór słów w przypadku kierowania ich do konkretnego odbiorcy. Osiągnięcie celu komunikacyjnego zależy bowiem w dużej mierze od tego, w jakim stopniu potrafiemy wykorzystać możliwości zawarte w mowie [Gajda, 2003, s. 12].

Komunikowanie się jest czynnością o charakterze interakcyjnym (do której nadawca i odbiorca wzajemnie się dostosowują¹), procesem przekazywania i odbierania informacji za pomocą rozmaitych środków. Komunikacja międzyludzka opiera się na komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Werbalna pozwala na przekazywanie informacji i wyrażanie myśli za pomocą słów, podczas gdy niewerbalna wzbogaca przekaz poprzez środki pozajęzykowe: gesty, mowę ciała i mimikę, spojrzenie i proksemikę oraz środki parajęzykowe: melodię, akcent i rytm [Kaczmarek, 2010, s. 46]. Odpowiednie wykorzystanie obu form komunikacji, w praktyce ściśle ze sobą powiązanych i oddziałujących na siebie, jest kluczowe dla skutecznego porozumiewania się. Często niewerbalne sygnały mogą podkreślać i uzupełniać treść przekazywaną werbalnie – np. gesty rąk mogą wzmocnić moc słów, a mimika może wyrazić dodatkowe emocje. Co ciekawe, w przypadku konfliktu między tymi dwoma typami komunikacji, większe znaczenie przypisywane jest często środkom niewerbalnym, ponieważ są one uważane za bardziej autentyczne i trudniejsze do kontrolowania.

1 Stanisław Grabias wskazuje, że interakcja to „układ dwu przylegających do siebie procesów: procesu nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków danej grupy społecznej” [Grabias, 2005, s. 19].

Specyfika zawodu terapeuty głosu wymaga posiadania wiedzy nie tylko z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń głosu mówionego i śpiewanego, ale także umiejętności dotyczących prawidłowego komunikowania się. Komunikacja interpersonalna jest bowiem w procesie terapeutycznym podstawową częścią współpracy z pacjentem. Umiejętność odpowiedniego prowadzenia rozmowy z osobą z różnego rodzaju zaburzeniami, nie tylko dotyczącymi głosu, jest rezultatem nabywania ważnych kompetencji zawodowych osiąganych m.in. poprzez rozwój osobisty. Znajomość podstaw dobrej komunikacji może znacząco zmienić jakość doświadczania kontaktu zarówno przez pacjenta, jak i przez terapeutę czy personel medyczny [Szymańska-Świątnicka, Pietrusińska, 2012, s. 6].

Biopsychospołeczny model podejścia do pacjenta

Szczególnie na gruncie socjologii medycyny i nauk medycznych podkreśla się odejście od biomedycznego ujmowania zdrowia i wszelkiego rodzaju zaburzeń na rzecz przyjęcia bardziej współczesnego modelu biopsychospołecznego, zawierającego próby interdyscyplinarnego i hybrydowego podejścia do człowieka [Bishop, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2001; Heszen, Sęk, 2007; Motyka, 2011; Janaszczyk, Sobczak, Gajewska, 2012]. Model ten, wprowadzony już w latach siedemdziesiątych XX wieku, stara się w holistyczny sposób wyjaśniać choroby i ich szeroko pojęte uwarunkowania psychospołeczne, związane z nimi emocje czy też zachowania oraz prowadzić terapię z kompleksowym podejściem do każdego pacjenta [Nowina-Konopka 2016, s. 8]. Wskazuje się wielokrotnie, że:

[...] jeśli pacjent doświadcza jakiejś choroby, to najczęściej oznacza to, że stan ten dotyka nie tylko organizmu. Choroba, nawet tylko somatyczna, może mieć również pozaempiryczne podłoże, i co więcej – dotyka ona wielu sfer istnienia człowieka. Stąd, kiedy mówimy o pacjencie, rażąco nieadekwatne jest mówienie o schorowanym organizmie czy nietypowym przypadku klinicznym. Pacjent choruje na wielu płaszczyznach i konsekwentne poszukiwanie wyleczenia musi się do tej wielowymiarowości odnosić [Janaszczyk, Sobczak, Gajewska, 2012, s. 52].

Niestety, biopsychospołeczne podejście do chorego, spojrzenie na jego problemy równocześnie z kilku perspektyw (biologicznej, psychologicznej i społecznej) stanowi nadal wyzwanie zarówno dla lekarzy, jak i terapeutów [Motyka, 2011; Nowina-Konopka, 2016].

Relacja terapeutyczna

Wspierający charakter komunikacji wymaga nawiązania z pacjentem szczególnej relacji interpersonalnej, określanej mianem relacji terapeutycznej [Elso, Hades, 2004; Czabała, 2010]. Mike Hobbs [1984] zestawił istotne cechy w tejże relacji, uwzględniając po stronie terapeuty: szacunek, zainteresowanie pacjentem, emocjonalne ciepło, tolerancję, nieosądzającą akceptację, otwartość na pacjenta (emпатиę), zaufanie do własnych sił i możliwości, przy jednoczesnej świadomości posiadanych ograniczeń. Pacjent natomiast powinien prezentować takie cechy, jak: zaufanie do terapeuty, rozumienie, choć w minimalnym stopniu, celu i metod leczenia, chęć współpracy, motywację do zmiany.

W kontakcie terapeuta–pacjent ważne jest zachowanie [Motyka, 2011, s. 260–261]:

- 1) zasady stawiania granic kontaktu terapeutycznego – polegającej na świadomości zachowania relacji terapeutycznej i nieprzekraczaniu granicy rozpoczynającej inny rodzaj kontaktu;
- 2) zasady świadomości istnienia wzajemnej niepisanej umowy określającej charakter terapii i konkretne wymagania dla każdej ze stron – motywującej przede wszystkim pacjenta do podejmowania określonych działań i wykorzystywanej podczas przekraczania granic wynikających z oficjalnych celów terapii.

W całym procesie terapeutycznym istotną rolę odgrywa prezentowana postawa i podejście terapeuty. Akceptacja jest fundamentalna, ponieważ pacjenci często mają problemy, które mogą wiązać się z poczuciem wstydu, winy czy lęku. Terapeuta powinien tworzyć przestrzeń wolną od ocen, w której pacjent może czuć się akceptowany bezwarunkowo, aby otwarcie dzielić się swoimi trudnościami i odczuciami. Empatia umożliwia terapeucie wczucie się w perspektywę i doświadczenia pacjenta, co sprzyja głębszemu zrozumieniu i budowaniu autentycznej relacji. Naturalność i otwartość pomagają z kolei stworzyć atmosferę swobody i zaufania, w której pacjent może być szczery i otwarty w wyrażaniu swoich uczuć i myśli. Te postawy i podejście, stanowiąc solidne fundamenty dla efektywnej terapii, są wsparciem w procesie rehabilitacji.

Definicja i podstawowe zasady *Nonviolent Communication* (NVC)

Nonviolent Communication (NVC)² jest podejściem komunikacyjnym, które ma na celu budowanie empatycznej i autentycznej relacji między ludźmi, stworzenie z rozmówcą takiej przestrzeni, w której obie strony czują się słyszane i uwzględniane [Rosenberg, 2003; 2006; 2008; 2015].

2 Polskie tłumaczenie: Komunikacja Bez Przemocy (KBP).

Metoda ta została opracowana przez Marshalla Rosenberga i opiera się na założeniu, że wszyscy ludzie mają wrodzoną zdolność do empatycznego porozumiewania się i rozwiązywania konfliktów. Metoda NVC skupia się na czterech kluczowych aspektach komunikacji: obserwacji, uczuciach, potrzebach i prośbach. Pierwszym etapem jest dokładna obserwacja sytuacji, bez oceniania ani osądów, z opisem wyłącznie tego, co faktycznie się dzieje. Następnie NVC zachęca do identyfikowania i wyrażania uczuć, które pojawiają się w danym kontekście. Są one postrzegane jako sygnały informujące o naszych potrzebach, które stanowią kolejny kluczowy aspekt metody. Zrozumienie i komunikowanie potrzeb odgrywają istotną rolę w budowaniu empatycznego porozumienia między ludźmi. Ostatnim elementem jest formułowanie konkretnych i pozytywnych prośb, które wyrażają to, czego oczekujemy od innych w celu zaspokojenia naszych potrzeb. Stosowanie NCV sprzyja wnikliwemu słuchaniu, wzajemnemu szacunkowi i empatii, a także obustronnemu pragnieniu dawania [Rosenberg, 2015, s. 25].

Metodę tę stosuje się w rozmaitych interakcjach – zarówno z samym sobą, jak i z drugą osobą bądź też całą grupą. Jest ona skutecznie wykorzystywana na wszystkich poziomach porozumiewania się oraz w różnych relacjach, takich jak: intymne związki, rodzina, szkoła, organizacje i instytucje, terapia i poradnictwo, negocjacje między dyplomatami lub ludźmi interesu [Rosenberg, 2015, s. 26].

Zastosowanie NVC w pracy terapeutycznej z pacjentami z zaburzeniami głosu

W pracy terapeutycznej NVC umożliwia terapeutę stworzenie bliższego kontaktu z pacjentem, co sprzyja lepszemu zrozumieniu jego potrzeb oraz efektywnemu rozwiązywaniu trudności. Stanowi cenne narzędzie wspierające proces terapeutyczny i stwarzające bezpieczne środowisko, umożliwiające wyrażanie potrzeb, uczuć i doświadczeń.

Poniżej dokonano charakterystyki czterech kluczowych aspektów w komunikacji z wykorzystaniem omawianej metody w odniesieniu do pracy z pacjentami z zaburzeniami głosu.

Obserwacja bez oceniania

Zasada ta polega na opisywaniu obserwowanego zachowania pacjenta bez wnoszenia ocen czy osądu. Terapeuta może zwrócić się do pacjenta, opisując daną sytuację, np.: „Zauważam, że podczas rozmowy Pani/Pana głos jest zachrypnięty i trudno Panią/Pana zrozumieć”; „Obserwuję, że wypowiadając długie zdania, traci Pani/Pan siłę w głosie i mowa staje się mniej wyraźna”. Istotne jest unikanie porównań z innymi pacjentami, każdy bowiem ma indywidualne predyspozycje i objawy związane z zaburzeniami głosu. Terapeuta nie poucza pacjenta, informuje jedynie o możliwych

konsekwencjach postępowania w zakresie profilaktyki głosu oraz prowadzonej terapii³. Należy pamiętać, że wypowiedziane komunikaty mogą wpływać na samopoczucie i motywację pacjenta – trzeba dobierać je z rozważą, starając się stworzyć bezpieczne i wspierające środowisko terapeutyczne, które zachęca do rozwoju i skutecznego radzenia sobie z zaburzeniem.

Wyrażanie uczuć

W ramach tej zasady terapeuta zachęca pacjenta do wyrażania swoich odczuć odnoszących się do występujących zaburzeń głosu. Może to zrobić za pomocą kwestionariusza do samooceny głosu – *Voice Handicap Index* (VHI) – narzędzia powszechnie stosowanego do oceny wpływu zaburzeń głosu na codzienne funkcjonowanie [Niebudek-Bogusz i in., 2007; 2008; Schindler i in., 2009; Behlau, Alves Dos Santos, Oliveira, 2011; Morzaria, Damrose, 2012; Scech, 2016]. W kwestionariuszu za pomocą pięciostopniowej skali („nigdy”, „prawie nigdy”, „czasami”, „prawie zawsze”, „zawsze”) dokonuje się subiektywnej oceny stwierdzeń z zakresu stanu funkcjonalnego, emocjonalnego oraz fizycznego. Pacjent, mówiąc o swoich uczuciach, przekazuje informację o tym, co aktualnie się z nim dzieje w związku z zaistniałym stanem.

Identyfikowanie potrzeb

Potrzeby stanowią jeden z głównych elementów metody NVC. Są one wyrazem tego, co jest w danym momencie istotne. Każda potrzeba jest ważna i ma znaczenie, ponieważ odzwierciedla aktualne doświadczenia i stan emocjonalny. Niewłaściwe ich zaspokojenie może prowadzić do narastającej frustracji, złości czy niepokoju, a nawet do lęku. Potrzeba powinna być zrozumiała, konkretna, mierzalna i wyrażona pozytywnie (określać, co dana osoba chce, a nie czego nie chce). Istotne jest zatem słuchanie potrzeb pacjenta, aby zaspokajać je świadomie i pomóc zmieniać określone nawyki. Często będą one dotyczyły chęci przywrócenia głosu do takiego stanu, który będzie spełniał potrzeby zawodowe i prywatne – co stanowi podstawowy cel prowadzonej rehabilitacji.

Formułowanie próśb

Formułowanie prośby przyczynia się jednocześnie do zaspokojenia potrzeby oraz budowania kontaktu. Istotne jest, aby prośba uwzględniała drugą osobę poprzez otwarcie na jej ewentualną odmowę oraz w konsekwencji szukanie nowych rozwiązań i pomysłów. Jeśli terapeuta nie dopuszcza prawa wyboru, używa określeń typu *powinieneś, musisz*, to w istocie formułuje żądania, a nie prośby.

Zastosowanie NVC w pracy terapeutycznej z pacjentami z zaburzeniami głosu może nieść za sobą wiele korzyści. Przede wszystkim umożliwia terapeutę pełniejsze

³ Na przykład terapeuta może przedstawić pacjentowi informacje na temat potencjalnych skutków nieprzestrzegania podstawowych zasad higieny głosu.

rozumienie pacjenta, co przyczynia się do opracowania spersonalizowanego planu terapeutycznego. Ponadto NVC wpływa na budowanie więzi i zaufania, co prowadzi do większego zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny oraz zmniejsza lęk związany z komunikacją. Dodatkowo pozwala na tworzenie bezpiecznej przestrzeni, empatyczne słuchanie oraz wspólne rozwiązywanie konfliktów i trudności. Metoda ta sprzyja również zwiększaniu samoświadomości pacjenta, co może prowadzić do większej samoakceptacji i pozytywnego wpływu na późniejszą jakość życia, w tym na działania z zakresu profilaktyki głosu.

Aktywne słuchanie w komunikacji terapeutycznej z pacjentem

Jak już zaznaczono wcześniej, komunikacja terapeutyczna jest jednym z kluczowych narzędzi w procesie terapii, a aktywne słuchanie odgrywa w niej istotną rolę, stanowiąc jedną z podstawowych zasad metody NVC. W celu zrozumienia istoty tego zjawiska warto skoncentrować się na rozróżnieniu między pojęciami *słuchanie* a *słyszenie*. Słuchanie odnosi się do procesu percepcji dźwięków za pomocą narządu słuchu. Jest to biologiczna zdolność, która umożliwia odbieranie dźwięków i rejestrowanie ich w umyśle. Wymaga ona od słuchacza zaangażowania, odbierania i wysyłania informacji zwrotnych, a także aktywnego współtworzenia procesu komunikacji. Słyszenie jest procesem pasywnym, który nie wymusza aktywnego udziału.

Aktywne słuchanie to intencjonalne i czynne zaangażowanie w proces słuchania drugiej osoby. Polega na skupieniu się na mówiącym, zrozumieniu treści jego przekazu oraz wyrażaniu zainteresowania. Wymaga pełnej uwagi, koncentracji i braku zakłóceń. Obejmuje zarówno werbalne, jak i pozawerbalne zachowania wobec rozmówcy, tj. kontakt wzrokowy, otwartą postawę ciała, odpowiedni dystans, potakiwanie głową, używanie zwrotów zachęcających do kontynuowania wypowiedzi i świadczących o słuchaniu, takich jak: *mhm, tak, rozumiem* itp. [Motyka, 2011, s. 262].

W praktyce terapeuta, aby okazać swoje zainteresowanie pacjentem oraz chęć pomocy, powinien korzystać z odpowiednich technik potwierdzających aktywne słuchanie, do których zaliczymy parafrazowanie, klasyfikowanie, odzwierciedlanie oraz podsumowywanie. Poniżej przedstawiono ich szczegółową charakterystykę z konkretnymi przykładami użycia [Chwieralska, Witt, 2018]:

1. Parafrazowanie własnymi słowami treści wypowiedzi pacjenta (streszczenie) – celem tej techniki jest zaproszenie rozmówcy do kontynuowania wypowiedzi oraz podkreślenie uważnego słuchania w celu prawidłowego zrozumienia intencji bądź treści wypowiedzi. Można użyć następujących sformułowań:
 - „O ile dobrze Panią/Pana rozumiem, to...”;
 - „Chodzi o to, że...”;
 - „Z tego, co Pani/Pan mówi, rozumiem, że...”;

- „Chce Pani/Pan powiedzieć, że...”;
 - „A więc sądzi Pani/Pan, że...”.
2. Klaryfikowanie przekazywanych treści (doprecyzowywanie) – technika ta używana jest w sytuacji, gdy wypowiedź bądź jej fragmenty są niezrozumiałe lub trudno uchwycić meritum. Należy posługiwać się sformułowaniami, które sugerują, że wina za niezrozumienie komunikatu leży po stronie terapeuty, a nie pacjenta – dzięki temu uniknie się bezpośredniego wskazania, że brak zrozumienia wynika z niewłaściwego sposobu wypowiadania się pacjenta, co z kolei mogłoby go wycofać z relacji bądź zawstydzić, np.:
- „Nie do końca zrozumiałam(em), czy...”;
 - „Nie jest dla mnie jasne...”;
 - „Pogubiłam(em) się w kwestii...”;
 - „Proszę mnie poprawić, jeśli się mylę...”.
3. Odzwierciedlanie potrzeb za pomocą wypowiedzi odnoszących się do uczuć pacjenta, których celem jest poinformowanie, że zauważamy i staramy się zrozumieć uczucia interlokutora oraz dajemy przyzwolenie na ich przeżywanie. Możemy użyć następujących sformułowań:
- „Odnoszę wrażenie, że jest Pani/Pan przytłoczona(y) tymi informacjami...”;
 - „Wyobrażam sobie, że ta sytuacja jest dla Pani/Pana bardzo trudna...”.
4. Podsumowanie – czyli przedstawienie zwięźle tego, co zakomunikował pacjent, porządkując i ujmując w krótszej formie treść jego wypowiedzi. Dzięki temu podkreślamy, że uważnie wysłuchaliśmy rozmówcy i wszystkie istotne informacje zostały przez nas zauważone i zapamiętane.

Wykorzystanie przytoczonych technik aktywnego słuchania w terapii pacjentów z zaburzeniami głosu może przynieść liczne korzyści, m.in.:

- 1) uszczegółowienie diagnozy – aktywne słuchanie pozwala terapeutce dokładniej ocenić i zrozumieć problemy pacjenta z zaburzeniami głosu oraz wykryć subtelne nieprawidłowości w jego głosie, a także zidentyfikować konkretne trudności;
- 2) zwiększenie zaufania i zrozumienia – pacjenci często odczuwają większą akceptację i zrozumienie, gdy terapeuta wykazuje aktywne zainteresowanie ich osobą; to z kolei może zwiększyć zaufanie do specjalisty i ułatwić zainteresowanemu otwarcie się na proces terapeutyczny;
- 3) poprawę komunikacji interpersonalnej – pacjenci uczą się od terapeuty aktywnego słuchania, które może poprawić ich umiejętności komunikacyjne także w relacjach z innymi (jest to szczególnie ważne, jeśli występujące zaburzenia głosu wpływają dodatkowo negatywnie na funkcjonowanie społeczne pacjenta);
- 4) indywidualne podejście do pacjenta – aktywne słuchanie pozwala terapeutce dostosować terapię do konkretnych potrzeb pacjenta, reagować na bieżące wyzwania i dostosowywać odpowiednie techniki terapeutyczne;
- 5) motywację do pracy – widząc, że terapeuta z uwagą słucha i jest zaangażowany w proces terapeutyczny, pacjenci mogą stać się bardziej zaangażowani w pracę

nad poprawą swojego głosu, a to z kolei może zwiększyć motywację pacjenta i przyspieszyć postępy terapeutyczne;

- 6) redukcję stresu – aktywne słuchanie może pomóc pacjentowi w redukcji stresu związanego z występującym zaburzeniem oraz terapią; może czuć się on komfortowo podczas sesji terapeutycznych, wiedząc, że terapeuta jest empatyczny i gotowy do wysłuchania jego potrzeb.

Konstruktywna informacja zwrotna

Aby aktywne słuchanie przynosiło oczekiwane rezultaty w terapii, oprócz zastosowania odpowiednich technik terapeuta musi także odbierać i wysyłać właściwie skonstruowane informacje zwrotne. Dlatego też konstruktywna informacja zwrotna, oparta na zasadach NVC, jest jednym z kluczowych narzędzi, które może on wykorzystać w procesie terapeutycznym, przyczyniając się do podniesienia skuteczności i efektywności terapii. W związku z powyższym podczas udzielania założeń należy zwrócić uwagę m.in. na następujące kwestie [Ołtarzewska, 2018]:

1. Zamiast używać określeń oceniających, osądzających, należy skupić się na opisie tego, co aktualnie jest dostrzegalne.

Podczas terapii powinno się unikać takich słów, jak: *źle, dobrze, prawidłowo, nieprawidłowo, wspaniale, świetnie, cudownie*, ponieważ wnoszą one niewiele w proces zmiany określonych zachowań. Zamiast tego należy skupić się na określeniu problemu, stwierdzaniu faktów zawierających konkretną informację dotyczącą tego, co trzeba zmienić w danym zachowaniu, np.: „Na początku brał(a) Pani/Pan wdech, unosząc znacznie ramiona”.

Negatywna ocena także nie jest pomocna w terapii. Posługiwanie się stwierdzeniami typu: „Początek był zły!” czy „Nie tak to Pani/Pan robi!” może wywołać wycofanie, opór czy zniechęcenie u pacjenta. Dodatkowo za pomocą tak sformułowanej wypowiedzi nie przekazujemy informacji o istocie popełnionych błędów.

Pozytywna ocena może być równie nieprzydatna, jeśli jest niekonkretna, np.: „Świetnie Pani/Panu poszło!”, „Był(a) Pan/Pani bardzo dobra(y)!”. Taki komunikat nie opisuje określonych zachowań, uznanych za prawidłowe, w związku z czym nie wzmacnia konkretnych czynności. Pacjent, pomimo pochwały, nie wie, w jaki sposób wykonać dane ćwiczenie w domu bądź podczas terapii, aby osiągnąć podobny efekt.

2. Informacja zwrotna powinna być szczegółowa.

Wypowiedzi terapeuty powinny być pozbawione uogólnień, które nie informują pacjenta o podejmowanych przez niego czynnościach. Specjalista powinien opisywać bardzo precyzyjnie i szczegółowo to, co w danej chwili widzi/słyszy. Takie postępowanie (zamiast osądu) będzie prowokowało do podjęcia

ewentualnej dyskusji, zadawania pytań bądź wyrażania swoich odczuć czy wątpliwości.

3. Udzielając informacji zwrotnej, należy używać pierwszej osoby liczby pojedynczej.

Zabieg ten powoduje koncentrację na swoim punkcie widzenia i konkretnej sytuacji. Podkreśla relację pacjent–terapeuta i osobę, która powinna być zaangażowana w wykonywane ćwiczenie. Używanie określeń w liczbie mnogiej typu „Musimy spróbować zrobić to jeszcze raz”, „Za płytki wzięliśmy oddech” nie skupia się konkretnie na pacjencie, a dodatkowo podkreśla, że dana czynność została wykonana nieprawidłowo także przez terapeutę.

4. Istotne jest konkretne zachowanie pacjenta, a nie jego osobowość.

Każdy pacjent ma inną osobowość, natomiast zadaniem terapeuty nie jest zmiana jego charakteru, tylko dostosowanie odpowiednich ćwiczeń do osobowości. Jeżeli pacjent bez zastanowienia zbyt szybko podejmuje próby odpowiedniego ataku dźwięku, a terapeuta nazwie go nerwowym, to określi jego cechę osobowości, zamiast opisać zachowanie, nad którym można pracować, tak jak np. „Próbuje Pani/Pan zbyt szybko, a tym samym twardo, rozpocząć fonację, proszę spróbować kolejnym razem nad tym zapanować i skupić się na delikatnym jej rozpoczęciu”. Ograniczenie analizy do zachowań pozwala na bardziej precyzyjne i konkretniejsze opracowanie strategii terapeutycznych, uwzględniających specyficzne trudności pacjenta.

5. Pacjent powinien decydować o tym, co jest dla niego najważniejsze.

Terapeuta odgrywa rolę wspierającego przewodnika, który pomaga odkrywać potrzeby, cele i określone preferencje. Pozwolenie pacjentowi na podejmowanie decyzji terapeutycznych daje mu poczucie większego zaangażowania i odpowiedzialności za własny proces rozwojowy. Specjalista może wspierać pacjenta poprzez zadawanie odpowiednich pytań, umożliwienie refleksji i wyrażania własnego zdania, a także współtworzenie planów terapeutycznych. Działanie w partnerstwie z pacjentem, gdzie jego głos i wybory są respektowane, sprzyja budowaniu zaufania i wspieraniu autentycznego rozwoju. Narzucanie swojego zdania, mówienie, jak powinno się postępować, odbieranie swobody podejmowania decyzji deprecjonują pacjenta. Terapeuta powinien potrafić odróżnić dzielenie się uwagami od radzenia. Należy unikać udzielania rad na rzecz proponowania alternatywnych rozwiązań.

6. Należy ograniczać przekazywane informacje do minimum.

W terapii udzielanie informacji zwrotnej ma duże znaczenie, ale równocześnie istnieje potrzeba ograniczania przekazywanych informacji do minimum. Ich zbyt duża ilość może przytłoczyć pacjenta i utrudnić mu skoncentrowanie się na najważniejszych kwestiach. Ograniczanie wypowiedzi pozwala skupić się na kluczowych aspektach i ułatwia zrozumienie oraz przyswojenie informacji. Istotne jest stopniowe dostarczanie wiadomości, danie pacjentowi czasu na przetworzenie i zrozumienie przekazywanych treści.

7. Podczas udzielania informacji zwrotnej terapeuta powinien kierować się zasadą klarowności i prostoty.

Podczas przekazywania informacji zwrotnej i zaleceń bardzo istotne jest odpowiednie formułowanie wypowiedzi, która powinna być jasna i konkretna. Terapeuta powinien obserwować uważnie pacjenta i jego reakcję, a w razie potrzeby upewnić się, czy zrozumiał on prawidłowo przekaz. Często przeinaczenia i nieporozumienia można zniwelować podczas ćwiczeń wykonywanych razem z pacjentem podczas terapii. Nie oznacza to jednak, że pacjent będzie wiedział, jak dokładnie wykonać dane czynności samodzielnie. Dlatego też obie strony powinny upewnić się, czy wszystkie treści zostały dobrze zrozumiane.

8. Należy udzielać informacji zwrotnej tylko odnośnie do tego, co można zmienić.

Terapeuci powinni kierować swoją informację zwrotną na te obszary, które mają potencjał do zmiany. Skupiając się na konkretnych zachowaniach, myślach czy nawykach, terapeuta umożliwia pacjentowi konstruktywną pracę nad ich modyfikacją. Wprowadzenie zmian w tych obszarach może prowadzić do postępów w terapii i osiągnięcia pozytywnych rezultatów. Jednocześnie specjalista powinien być świadomy, że niektóre aspekty są poza możliwościami pacjenta i koncentrowanie się na nich może być nieproduktywne. Ważne jest, aby informacja zwrotna była dostosowana do możliwości i potrzeb podopiecznego, aby wspierać go w procesie rozwoju i osiągnięciu zamierzonych celów terapeutycznych.

Konkluzje

Metoda *Nonviolent Communication* stanowi wartościowe narzędzie w terapii pacjentów z zaburzeniami głosu. Pomaga w budowaniu efektywnej relacji terapeutycznej, zrozumieniu pacjenta oraz usprawnieniu procesu terapeutycznego. Stosowanie zasad NVC, takich jak aktywne słuchanie, wyrażanie uczuć, potrzeb i próśb, czyste obserwacje czy konstruktywna informacja zwrotna, pozwala na tworzenie wspierającej przestrzeni terapeutycznej. Przede wszystkim umożliwia terapeutę pełniejsze zrozumienie pacjenta, co przyczynia się do opracowania spersonalizowanego planu terapeutycznego. Ponadto NVC wpływa na budowanie więzi i zaufania, co prowadzi do większego zaangażowania pacjenta w terapię oraz zmniejsza lęk związany z występującym zaburzeniem. Metoda proponuje także narzędzia przydatne do rozwoju umiejętności komunikacyjnych terapeuty w celu sprawniejszego przekazywania informacji dotyczących aspektów związanych z procesem rehabilitacji. Dodatkowo pozwala na tworzenie bezpiecznej przestrzeni, empatyczne słuchanie oraz wspólne rozwiązywanie konfliktów i trudności. Sprzyja również zwiększaniu samoświadomości pacjenta, co może prowadzić do większej samoakceptacji i pozytywnego wpływu na późniejszą jakość życia, w tym do przestrzegania zasad z zakresu profilaktyki zaburzeń głosu.

Opisana w artykule metoda, którą śmiało można nazwać uniwersalną, z powodzeniem może być wsparciem w terapii dysfonii czynnościowych i psychogennych, ale także organicznych, czy też afonii. Jako że zakres oddziaływań terapeutów głosu nieustannie się rozszerza, ważne, by poszukiwali oni skutecznych form terapii dla rozmaitych zaburzeń i nieprawidłowości w rozwoju głosu, a także mowy i komunikacji. Wydaje się, że wykorzystywanie opisanej metody jest jednym z takich rozwiązań, a dalszy jej rozwój może przyczynić się do większego zrozumienia i wykorzystania jej potencjału w obszarze terapii głosu zaburzonego, przynosząc korzyści zarówno dla pacjentów, jak i terapeutów.

Literatura

- Behlau M., Alves Dos Santos L.M. de, Oliveira G., 2011, *Cross-cultural adaptation and validation of the Voice Handicap Index into Brazilian Portuguese*, „Journal of Voice”, Vol. 25(3), s. 354–359.
- Bishop G., 2000, *Psychologia zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Chwieralska B., Witt M., 2018, *Podstawy komunikacji z pacjentem*, [w:] M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, s. 11–27.
- Czabała J.Cz., 2010, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dolińska-Zygmunt G. (red.), 2001, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Elso Ch., Hades J., 2004, *Relacja terapeutyczna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gajda S., 2003, *Wprowadzenie*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, t. I, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 11–18.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. X, s. 7–36.
- Grabias S., 2005, *Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna*, [w:] J. Bartmiński, U. Majer-Baranowska (red.), *Bariery i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 14–32.
- Grabias S., 2012, *O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 52–71.
- Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobbs M., 1984, *The psychological treatments*, [w:] N.B. Rose (red.), *Essential psychiatry*, Oxford: Blackwell Scientific Publication, s. 76–94.
- Janaszczyk A., Sobczak K., Gajewska M., *Główne pojęcia konstytuujące perspektywę filozoficzno-społeczną w naukach o zdrowiu*, [w:] A. Janaszczyk, L. Wengler, P. Popowski, P. Pietrzak, I. Adrych-Brzezińska, E. Adamska-Pietrzak, K. Sobczak, E. Bandurska (red.), *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*, Gdańsk: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, s. 12–67.
- Kaczmarek B., 2010, *Misterne gry w komunikację*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Motyka M., 2011, *Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 19(2), s. 259–265.

- Morzaria S., Damrose E.J., 2012, *A comparison of the VHI, VHI-10, and V-RQOL for measuring the effect of botox therapy in adductor spasmodic dysphonia*, „Journal of Voice”, Vol. 26(3), s. 378–380.
- Niebudek-Bogusz E., Kuzańska A., Woźnicka E., Kopczyński J., Śliwińska-Kowalska M., 2008, *Samoocena głosu za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej VHI u pacjentów z porażeniem fałdów głosowych*, „Otolaryngologia”, nr 7(4), s. 196–201.
- Niebudek-Bogusz E., Kuzańska A., Błoch P., Domańska M., Woźnicka E., Politański P., Śliwińska-Kowalska M., 2007, *Zastosowanie wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI) w ocenie efektywności terapii głosu u nauczycieli*, „Medycyna Pracy”, nr 58(6), s. 501–509.
- Nowina-Konopka M., 2016, *Komunikacja lekarz–pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ołtarzewska A., 2018, *Symulacja medyczna. Przewodnik dydaktyczny dla studentów. Komunikacja z pacjentem*, Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Rosenberg M.B., 2003, *Porozumienie bez przemocy: Język serca*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co.
- Rosenberg M.B., 2006, *Edukacja wzbogacająca życie*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co.
- Rosenberg M.B., 2008, *Rozwiązywanie konfliktów poprzez porozumienie bez przemocy*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Rosenberg M.B., 2015, *Porozumienie bez przemocy. O języku życia*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Scech M., 2016, *Wskaźnik niepełnosprawności głosowej – efektywność i korelacja pomiędzy cechami fizycznymi, funkcjonalnymi oraz emocjonalnymi a zaburzeniami głosu*, „Pomeranian Journal of Life Sciences”, Vol. 62(1), s. 9–15.
- Schindler A., Mozzanica F., Vedrody M., Maruzzi P., Ottaviani F., 2009, *Correlation between the Voice Handicap Index and voice measurements in four groups of patients with dysphonia*, „Otolaryngology Head and Neck Surgery”, Vol. 141(6), s. 762–769.
- Szymańska-Świątnicka E., Pietrusińska J., 2012, *Komunikacja interpersonalna. Jak rozmawiać z pacjentem diabetologicznym? Cz. 2*, Warszawa: Accu-Chek.