

DIAGNOSTYCZNE I KOMUNIKACYJNE ZNACZENIE SYGNAŁÓW GŁOSOWYCH W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

DIAGNOSTIC AND COMMUNICATIONAL MEANING OF VOICE SIGNALS IN THE THERAPEUTIC RELATION

Institut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego

Katedra Komunikacji Społecznej

Kierownik: prof. zw. dr hab. Józef Podgórecki

Autor, na podstawie literatury i własnej praktyki terapeutycznej, opisuje znaczenie sygnałów głosowych w diagnozowaniu problemów pacjentów oraz w usprawnianiu komunikacji podczas dialogu terapeutycznego. W artykule opisany jest również wpływ cech głosu zarówno na uruchamianie wielu niespecyficznych czynników terapeutycznych, jak i przyspieszanie pracy wglądowej i procesu przepracowania. Autor zwraca uwagę na duże znaczenie tzw. metakomunikatów, tzn. informacji dotyczących ukrytych emocji w wypowiedziach pacjenta i terapeuty. Na koniec stawia tezę, iż odpowiednie posługiwanie się parajęzykiem może usprawnić proces terapii.

**voice signals
psychotherapy**

Summary: The author, on the basis of literature and his professional therapeutic experience, describes the meaning of voice signals in diagnosing patients' problems and improving communication during the therapeutic dialogue. In the article, the author also shows the influence of voice features on evoking many non-specific therapeutic factors as well as accelerating the insight and overworking process. The great importance of metasignals, i.e. information concerning emotions hidden in the patient's utterance has been noticed. A therapist is able to recognise them by careful listening to all voice signals, particularly: speech rhythm, vocal height and verbal intensifiers (for example „possibly”, „simply”, „minimally”, „really” etc.)

The author presents unusual features of voice signals in recognising patients' personalities (especially their parameters such as: domination-submission) as well as patients' involved emotions. Besides this, the author tries to present optimal ways of a therapist's speaking patterns and suitable parameters of a therapist's voice, mainly: speaking pace and rhythm, voice tone and intensity, speech fluency and intonation.

In the summary, the author indicates that voice signals themselves may often influence the content of transmission and give a lot of reliable information about patients. Patients' reactions to a therapist's behaviour are highly influenced by the reception and evaluation of his/her voice signals. Therefore, a therapist should analyse voice features present in a therapeutic interaction more thoroughly and become their conscious sender and recipient.

Niewerbalne sygnały głosowe pełnią ważną funkcję w wielu wymiarach. Dla psycho-terapeutów mogą one być niezwykle istotnym źródłem informacji ułatwiających diagnozę problemu pacjenta. Z drugiej strony znajomość składowych „parajęzyka” (synonimiczne określenie komunikatów paralingwistycznych) oraz ich znaczeń (metakomunikatów) może znacząco usprawnić dialog terapeutyczny, a zwłaszcza interwencje psychoterapeutyczne — konfrontację, klaryfikację i interpretację. Ponadto psychoterapeuta stając się świadomo-

mym użytkownikiem sygnałów głosowych — zarówno ich skutecznym nadawcą, jak i odbiorcą — może z jednej strony zdynamizować uruchamianie wielu niespecyficznych czynników terapeutycznych, z drugiej zaś pracę wglądową i proces przepracowania czy przeuczania [1].

Metakomunikacja w psychoterapii

Punktem wyjścia rozważań o znaczeniu diagnostycznym i komunikacyjnym sygnałów głosowych musi być niewątpliwie odwołanie się do prac słynnej grupy badaczy i terapeutów Palo Alto. Skupione w niej osoby, tego formatu co P. Watzlawick, G. Bateson czy V. Satir, jako jedne z pierwszych uznały, że decydującą rolę w odczytywaniu znaczenia komunikowanej treści przez pacjenta odgrywają „metakomunikacyjne ramy”. Zgodnie z tym założeniem ramy zawierają wskazówki dotyczące sposobu, w jaki przekaz może być interpretowany. Dostarczają terapeutę przesłanek, dzięki którym może on usystematyzować swoje postrzeżenie i zrozumieć sens wypowiedzianych przez pacjenta słów. Badacze ci podjęli trud ustalenia, w jaki sposób wspomniane ramy są konkretnie komunikowane. Oczywiście było, że musi to następować w jakiejś formie „metakomunikacji”. Mówiąc inaczej, założyli, że każda informacja zawiera jednocześnie wskazówki, jak należy ją rozumieć. W wypadku komunikacji w relacji terapeutycznej (także międzyludzkiej) sugeruje to, że takie wskazówki mogą być wyrażone:

- werbalnie (na przykład poprzez wypowiedzenie zdania: „Sądzę, że zwariowałeś, ale jest to oczywiście tylko żart”);
- poprzez konteksty (na przykład pytanie: „Jak się masz?” może być różnie rozumiane, jeśli przy tych samych niewerbalnych środkach wyrazu zostanie wypowiedziane podczas przypadkowego spotkania na ulicy kogoś znajomego czy na początku sesji psychoterapeutycznej);
- niewerbalnie (na przykład, kiedy zdaniu: „Postradałeś zmysły” towarzyszy przyjacielski uśmiech lub żartobliwy ton) [2].

Metakomunikacja zawarta w sygnałach głosowych jest głównym przedmiotem analiz i rozważań zawartych w tej pracy.

Diagnoza osobowości

Ważnym elementem procesu terapeutycznego jest w miarę szybkie poznanie osobowości pacjenta czy pacjentów (w psychoterapii grupowej). Posiadanie takiej wiedzy sprzyja zarówno zawieraniu kontraktu terapeutycznego, jak i projektowaniu oraz prowadzeniu sesji terapeutycznych. Właśnie umiejętność interpretowania sygnałów głosowych może okazać się pomocna w uzyskaniu dość rzetelnych informacji o osobowości pacjenta, okazuje się bowiem, że naturalny głos jest znaczącym wskaźnikiem osobowości [3]. G.W. Allport i H. Cantril [4] — prekursorzy badań nad związkiem parajęzyka z osobowością — zgodnie przyznają, że głos wyraźnie transmituje trafne i dokładne treści dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych cech. Dodają jednocześnie, że dźwięk głosu jest dość precyzyjnym miernikiem ważnych cech osobowości, a mianowicie: dominacji—submisji oraz introwersji—ekstrawersji.

Dowodzono, że głos jest bardziej ekspresywny niż wyrazy mimiczne w kształtowaniu ocen dotyczących dominacji danej osoby, z kolei twarz góruje nad sygnałami głosowymi w ocenie sympatyczności.

Terapeuta wsłuchując się w parajęzyk pacjentów może z dużym prawdopodobieństwem ustalić, którzy z nich przejawiają skłonności do dominacji, a którzy raczej do bycia uległymi. To z kolei może ułatwić uruchomienie odpowiednich interwencji terapeutycznych, werbalnych i niewerbalnych zachowań w stosunku do konkretnych pacjentów.

Osobowość typu A

Podobnie można polegać na komunikatach paralingwistycznych przy rozpoznawaniu cech osobowości typu A, a więc zespołu postaw i zachowań będących czynnikami ryzyka wielu zaburzeń psychogennych i poważnych dolegliwości somatycznych (np. choroby wieńcowej). Ponadto dowiedziono, że wyrazistą cechą osobowości typu A jest silny gniew i wrogość. Już w chwili wstępnych badań nad sposobami reagowania agresywnych, impulsywnych i przesadnie ambitnych jednostek z osobowością typu A zauważono, że ujawniają one specyficzny styl wypowiedzi. Charakteryzują go: zmienne tempo mówienia, wtrącenia, głośne lub wybuchowe dźwięki, twardy bądź przybierający formę staccato rytm oraz szybka lub przyspieszająca mowa. Niektóre z tych właściwości są także charakterystyczne dla mówców zaliczanych do grupy ryzyka choroby wieńcowej, np. zbyt głośny, energiczny i gwałtowny styl mówienia [5].

Cechy głosu a psychopatologia

Udokumentowano także silny związek między cechami głosu a niektórymi stanami psychopatologicznymi. Na przykład depresji towarzyszy mowa powolna i pełna długich pauz, schizofrenii zaś monotonna i płaska głos. Głos pacjentów cierpiących na te dolegliwości brzmi zazwyczaj bardzo smutno, zwłaszcza gdy stają przed koniecznością referowania zdarzeń z własnej przeszłości, i to zarówno miłszych, jak i przygnębiających czy przytłaczających. Dodatkowo u osób z depresją i schizofrenią zauważalny jest brak zdolności wyrażania emocji tonem głosu. Dotyczy to w szczególności tych pierwszych — znacznie trudniej dostrzec zabarwienie emocjonalne w ich przekazach parajęzykowych [6]. Widać zatem, że cechy akustyczne głosu mogą być źródłem dyskretnego monitorowania stanu pacjenta. Natomiast Ellgring i Scherer [7], Ostwald [8], Heaton [9] i wielu innych, opierając się na procedurach pomiaru właściwości głosowych, zebrali wiarygodny materiał potwierdzający, że cechy głosu mogą znacząco wpływać na powstawanie i rozwijanie się relacji terapeutycznej.

Metakomunikacja a proces terapii

W komunikatach formułowanych przez terapeutę i pacjenta są ukryte dwie warstwy znaczeniowe: pierwsza to przekaz konkretnych słów, druga — tzw. metakomunikacja — to przekaz dotyczący emocji. Zdaniem P. Watzlawicka, J.H. Weaklanda i R. Fisha [10] interakcje terapeutyczne bez metakomunikacji tworzyłyby łańcuch wzajemnych nieporozumień i konfliktów. Każde zajęcie stanowiska, każda dyskusja nad spornym stanem rzeczy, każde dodatkowe pytanie o to, czy właściwie zrozumiało się usłyszane słowa, jest metakomunikacją. Umiejętność metakomunikacji w sytuacji jawnych konfliktów i zakłóceń

relacji u pacjentów należy do profesjonalnych kompetencji terapeutów. Stanowi ona bazę wszystkich udanych kompromisów.

Wyróżnikami metakomunikacji są metakomunikaty. Metakomunikaty są rozpoznawalne poprzez wnikliwsze wsłuchiwanie się w ogół sygnałów głosowych, a zwłaszcza w rytm i wysokość głosu oraz w tzw. modyfikatory werbalne (np. po prostu, naturalnie, naprawdę, rzeczywiście itp.). Jeśli na przykład terapeuta powie do ujawniającego opór pacjenta z intonacją opadającą: „Nie chce pan o tym mówić”, wówczas może w ten sposób wyrażać niezadowolenie czy nawet irytację. Z kolei to samo zdanie wypowiedziane z lekko rosnącą intonacją może być oznaką pytania o przyczynę takiego stanowiska. W pierwszym wypadku może to opór jeszcze bardziej spotęgować, w drugim zaś wydatnie zmniejszyć [2].

Metakomunikaty mogą być przyczyną trudności na każdym etapie terapii, począwszy od zawierania kontraktu terapeutycznego, poprzez stosowanie określonych procedur (np. interwencji terapeutycznych), a skończywszy na finalizowaniu terapii. Niekiedy z pozoru czytelna i logiczna wypowiedź o pozytywnym zabarwieniu może poprzez niewłaściwy metakomunikat wyrażać negatywne nastawienie. Przykładowo, jeśli terapeuta w chwili zawierania kontraktu terapeutycznego wypowie najpierw zdanie „Zamierzam pani pomóc”, a potem doda do niego modyfikator werbalny „jedynie”, jednocześnie akcentując go i wypowiadając z intonacją rosnącą, wówczas powstanie zupełnie inny komunikat. Teraz słowa „Zamierzam jedynie pani pomóc” przybierają formę sygnału wyrażającego atak lub postawę obronną czy też pretensje. Co więcej, użycie tego typu metakomunikatów — zwłaszcza demonstrujących dezaprobatę i złość — nie jest łatwe do zneutralizowania. Jeżeli adresatem tak sformułowanych metakomunikatów jest pacjent, to tym bardziej z większą trudnością może mu przyjść obrona przed zawartymi w nich negatywnymi treściami. Dodatkowym problemem jest fakt, że z jednej strony tworzenie takich metakomunikatów łatwo wymyka się spod kontroli, z drugiej — ukryty w nich atak jest z reguły tak subtelny, że często nadawca (tu: terapeuta) nie jest świadomy krzywdy wyrządzanej odbiorcy (tu: pacjentowi). Podobnie adresat (tu: pacjent) może często nie zdawać sobie sprawy z tego, w jaki sposób go zraniono. Przykładowo: pacjent przyznaje się, że dość często zmienia terapeutów, co przez aktualnego klinicystę zostaje skomentowane następująco: „Przypuszczalnie, nie jestem pana ostatnim terapeutą”. Modyfikator „przypuszczalnie” i akcent na słowie „ostatnim” sprawiają, że przekaz znaczy: „Jest pan psychoterapioholiczkiem” lub „Brakuje panu motywacji, by pokonać problemy” czy nawet „Dolegliwości są tak poważne, iż żaden terapeuta panu nie pomoże”. Terapeuta formułując takie zdanie w dobrych intencjach, by zachęcić pacjenta do intensywniejszej pracy nad sobą, uzyskał odwrotny efekt. W konsekwencji do końca trwania sesji pacjent może odczuwać dyskomfort i niepokój nie mając przy tym pojęcia, jak doszło do pogorszenia się jego samopoczucia. W dodatku może to wyzwać „opór” w terapii, a nawet stanowić ryzyko przedwczesnego jej zaniechania („drop-out”).

Z tego względu każdy terapeuta powinien podjąć trud nauczania się umiejętności panowania nad własnymi metakomunikatami i radzenia sobie z negatywnymi metakomunikatami tworzonymi przez pacjentów i osoby „uwikłane” w terapię (np. członków rodziny). Zdaniem P. Watzlawicka [11] pomocne w tym może być uwzględnianie faktu, że komunikacja ma aspekt treściowy i aspekt relacji (drugi z pięciu pragmatycznych aksjomatów komunikacji). Interpretacja tego, co zostało powiedziane przez pacjenta,

w decydującym stopniu zależy od tego, jak to zostało powiedziane. Dodaje przy tym, że zdolność prawidłowego odczytywania metakomunikatów zawartych w parajęzyku polega na wzroście świadomości, w jaki sposób są one konstruowane, z równoczesnym zwracaniem większej uwagi na rytm i wysokość głosu.

Akcentowanie

Prawie niemożliwe jest, by zdanie złożone ze słów tak samo zaakcentowanych, zawierało metakomunikat. Zarówno terapeuta, jak i pacjent, poprzez zaakcentowanie jednego lub więcej słów, mogą — zgodnie z drugim pragmatycznym aksjomatem komunikacji Watzlawicka — wyrazić swój stosunek emocjonalny do przekazywanych w danej chwili treści. Na przykład, jeśli terapeuta zamierza zmniejszyć „opór” pacjenta wypowiadając zdanie „Bądź aktywniejszy”, obydwa słowa wymawiając z jednakowym akcentem, wówczas komunikat staje się zwykłą prośbą. Gdy zaś zaakcentuje któreś ze słów, może demonstrować swoje niezadowolenie czy zbyt dużą pasywność pacjenta. Podobnie pacjent, akcentując tak samo słowa w zdaniu „Oczekuję pomocy”, wyraża nadzieję i zwykłe życzenie uzyskania wsparcia. Jeśli natomiast mocniej podkreśli któreś ze słów, wtedy może komunikować niecierpliwość lub pretensje [12].

Terapeuta, wsłuchując się w sposoby akcentowania określonych słów płynących z ust pacjenta, może dość dokładnie rozpoznać jego rzeczywiste intencje czy myśli. Tak samo brzmiące zdanie może wyrażać zupełnie coś innego, w zależności od tego, które słowo zostanie zaakcentowane. Na przykład zdanie: „Ja nie identyfikuję się z problemami tego uczestnika grupy terapeutycznej” będzie zmieniało swoje znaczenia wraz ze zmianą położenia akcentu. Gdy zostanie podkreślony pierwszy człon: „Ja nie identyfikuję się...”, wtedy można odczytać to następująco: „Ktoś inny być może identyfikuje się z nim, ale ja nie”. Gdy przemieści akcent na słowo „tego” — przekaz może oznaczać: „Innych uczestników akceptuję, ale tego nie”. Podkreślone „z problemami” może znaczyć: „Nie utożsamiam się jedynie z jego problemami”. Łatwo zauważyć, że każdej zmianie akcentu towarzyszy semantyczne przeformułowanie przekazu, co w sumie skłania do podejmowania różnych „interwencji terapeutycznych”.

Zalecana w niektórych szkołach psychoterapii niedyrektywność terapeuty (np. w terapii rogersowskiej) nakazuje unikanie pouczenia pacjenta, dawania gotowych rozwiązań czy instruowania. Jest to też ważne podczas „interwencji terapeutycznych”. Na przykład podczas „interpretacji” często używanym wyrażeniem powinny być słowa: „Moim zdaniem” czy „W mojej opinii”. Lecz i tutaj niewłaściwie położony akcent może przynieść niepożądany efekt. Wystarczy, że terapeuta mocno zaakcentuje słowo „moim” czy „w mojej”, by tym samym oznajmić pacjentowi: „Posłuchaj, co mówię i nie sprzeciwiaj mi się”. Natomiast poprawne brzmienie — umożliwiające pacjentowi wyrażenie własnego czy odmiennego zdania na dokonywane przez terapeutę „interpretacje” — powstaje poprzez zaakcentowanie słowa „zdaniem” lub „opinii” [3].

Jak twierdzi P. Watzlawick [11] ten sam komunikat może zawierać wiele odmiennych znaczeń. Z tego względu terapeuta powinien odróżniać komunikację cyfrową od analogowej (czwarty z pięciu pragmatycznych aksjomatów komunikacji), czyli znaczenie znaków

językowych od treści, którą one nazywają. Znaki analogowe — mimika, gestykulacja czy parajęzyk — mają bezpośrednio odniesienie do tego, co określają.

Zwroty grzecznościowe

Kolejnym przykładem wskazującym na konieczność uwzględniania racji P. Watzlawicka [11], odnośnie do konieczności odróżniania komunikacji cyfrowej od analogowej w przebiegu terapii, jest interpretacja metakomunikacyjna używanych przez pacjentów zwrotów grzecznościowych lub słów wyrażających pochwałę. Z pozoru w prostych tego typu wypowiedziach można doszukać się skrajnie odmiennych znaczeń, zależnie od rytmu i intonacji zdań. Na przykład pacjent mocno akcentując słowo „wdzięczny” w zdaniu „Jestem panu bardzo wdzięczny za terapię”, czyniąc to z intonacją rosnącą, może wyrażać dezaprobatę czy brak ufności do terapeuty. Przekaz może znaczyć wówczas: „Z podjęciem terapii wiązałem wielkie nadzieje, ale na tym się skończyło”. Przesuwając akcent na słowo „bardzo”, może okazywać faktyczne uznanie i wdzięczność. Natomiast mocne podkreślenie obydwu słów „bardzo” i „wdzięczny”, przy czym tego drugiego z intonacją opadającą, może robić wrażenie wypowiedzi pełnej ironii i sarkazmu [13].

Modyfikatory werbalne

Drugim elementem, który może umożliwić terapeutcie świadome posługiwanie się i odczytywanie metakomunikatów podczas dialogu terapeutycznego, są wspomniane „modyfikatory werbalne”, czyli wyrazy modalne, słowa dodające wypowiedzi dodatkowych znaczeń [14]. Do najczęściej używanych należy zaliczyć: „Naprawdę”, „Faktycznie”, „Tylko”, „Jedynie”, „Teraz”, „Odrobinę”, „Ostatnio”, „Przypuszczalnie”, „Naturalnie”, „Znów”, „Po prostu”, „Ciągle jeszcze”, „Troszkę”, „Daj spokój”, „Z całą pewnością”, „Śmiem przypuszczać” itp. W dialogu terapeutycznym zazwyczaj pojawiają się „modyfikatory werbalne” typu: „Z dużym prawdopodobieństwem”, „Minimalnie”, „Jeszcze”, „Oczywiście”, a także wymienione powyżej „Troszkę” i „Odrobinę”. Jeśli np. zapytany pacjent o efekty kończącej się terapii odrzeknie: „Troszkę jestem zdrowszy”, to może to znaczyć, że w ogóle nie odczuwa poprawy swojego stanu zdrowia. Podobnie można zinterpretować wypowiedzi typu: „Odrobinę czuję się lepiej”, chociaż taki komunikat może służyć podtrzymywaniu „roli chorego” — pacjent może celowo posługiwać się takimi „modyfikatorami werbalnymi”, żeby korzystać z „przywilejów” przynależnych choremu, np. prawa do niewypełniania różnych nakazów i obowiązków (głównie zawodowych i rodzinnych) czy możliwości odraczania czy uniknięcia sankcji karnej itp. Trwaniu w tej roli może również sprzyjać tworzenie przekazów w rodzaju: „Jestem naprawdę chory” lub „Ciągle jeszcze odczuwam te dolegliwości”.

Paуzy i milczenie

Zgodnie z pierwszym pragmatycznym aksjomatem komunikacji P. Watzlawicka [11], który głosi, że „nie można nie komunikować”, nawet krótkie przerwy i chwile milczenia też coś komunikują. Wielu adeptów psychoterapii tak bardzo obawia się milczenia, że zaczyna mówić, zanim zdąży zrozumieć, dlaczego pacjent milczy. Tymczasem przyczyną takiej ciszy może być to, że pacjent: a) intensywnie myśli, b) doznaje silnych emocji, c)

nie chce mówić czy rozmawiać o tym, o czym myśli, d) obawia się reakcji terapeuty, e) próbuje wziąć się w garść, f) nie potrafi dobrać właściwych słów, g) obawia się, że rozmowa zostanie podsłuchana, h) zastawia się, czy ujawnić to, co było do tej pory skrytym sekretem itp. [9].

Sposób mówienia

Zdaniem M.H. Ericksona [15] sposób wysyłania sygnałów głosowych może przybierać formę niespecyficznego czynnika terapeutycznego, sprzyjającego wzrostowi wiarygodności terapeuty w ocenie pacjentów. Ponadto może wpływać dodatnio na wielość treści przez nich zapamiętywanych oraz na skalę indukowanych zmian postaw. Praktycznie ogół badań w tej materii przekonuje, że niski poziom operowania głosem wyraźnie zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia zamierzonego celu, z kolei wysoki — sam z siebie nie indukuje oczekiwanych zmian postaw, lecz tylko zwiększa możliwości ich zaistnienia [16].

Z ogromu rad, które mają sprzyjać poprawnej prezentacji przekazu, a tym samym skuteczniejszym interwencjom terapeutycznym, dla terapeuty najistotniejsze mogą okazać się następujące:

- należy za wszelką cenę dążyć do płynności mowy;
- ustalenia dotyczące doboru parametrów głosu (natężenia, szybkości, artykulacji i tonu przekazu) powinny uwzględniać umiejętności komunikacyjne danego pacjenta, tzn. muszą być do niego dopasowane, a także do warunków terapii;
- trzeba często zmieniać skalę głośności, tempo, ton i artykulację głosu, w przeciwnym razie niezmiennianie wysokości i siły głosu, rezonansu, tempa i rytmu — może sprawić, że pacjent znacznie wyczuwa w głosie terapeuty monotonię oraz znudzenie tym, o czym mówi;
- zmiany głosu nie powinny być rytmiczne lub przebiegać zgodnie z jakimś wzorcem, gdyż pacjent może przestawać je postrzegać jako zmiany, co w sumie może osłabiać przekaz; należy unikać hiperpoprawności parajęzyka, ponieważ zbyt precyzyjna artykulacja jest tak samo szkodliwa dla prezentacji przekazu, jak zła dykcja;
- chcąc zmienić parametry głosu (np. rozszerzyć jego zakres, urozmaicić brzmienie i siłę) należy rozluźnić ciało; jeżeli terapeuta mówi zbyt cicho, jego głos jest drażniący, wysoki lub zbyt cienki, nieprzyjemnie niski czy monotony, to może temu zaradzić właśnie odprężając się, sprzyja to bowiem rozluźnieniu gardła i górnej części klatki piersiowej oraz usprawnieniu pracy strun głosowych [17].

Przestrzeganie powyższych zaleceń może sprawić, że interwencje terapeutyczne będą bardziej jednoznaczne, jaśniej określone, dokładniej ukierunkowane i lapidarniejsze. Lapidarność wypowiedzi jest ważną cechą poprawnej interwencji i dość często terapeuci muszą poświęcić dużo czasu, by umieć przekazać to, co zamierzają wyrazić, w kilku słowach, a nie w wielu zdaniach [1]. Doskonale skracaniu wypowiedzi służy przejawianie dbałości o parajęzyk.

Zdaniem badaczy i terapeutów z grupy Palo Alto — zwłaszcza V. Satir, G. Batesona, R. Fisha, J. Haleya, D.D. Jacksona, P. Watzlawicka, J. Weaklanda — sposoby prezentacji przekazu mogą, z jednej strony, zwiększać prawdopodobieństwo osiągnięcia zamierzonego skutku w relacji terapeutycznej, z drugiej — ułatwiać poznawanie problemów pacjenta

i odpowiednio szybkie komentowanie czy interpretowanie jego wypowiedzi. Ponadto stwierdzone uchybienia w jego sposobie mówienia mogą stać się przedmiotem treningu komunikacyjnego. Ma to szczególne uzasadnienie wtedy, gdy istnieje duże podejrzenie, iż to właśnie niepoprawności w tym względzie skutkują podtrzymywaniem dolegliwości czy nawet mają duży udział w ich powstawaniu. W tym rozumieniu błędne sposoby mówienia i wynikające z nich negatywne oddziaływania podczas porozumiewania się z innymi są elementami — w mniejszym lub większym stopniu — odpowiedzialnymi za nasilanie się czy w ogóle pojawianie określonych zaburzeń [2, 10].

Parametry głosu

Niewątpliwie bardzo ważne dla prawidłowego przebiegu terapii jest właściwe rozumienie i zapamiętywanie przez pacjenta tego, co komunikuje mu terapeuta. Zrozumienie komunikatów płynących od terapeuty dynamizuje pracę wglądową i proces przepracowania, zapamiętanie zaś sprzyja utrwalaniu wiedzy czy informacji zdobytych w trakcie terapii [9]. Jednym ze sposobów zwiększania czytelności przekazu oraz zakresu zapamiętanych treści jest wspomaganie wypowiedzi właściwymi eksponowanymi sygnałami głosowymi. Łatwo sobie wyobrazić, jak mógłby zareagować pacjent stający przed koniecznością obcowania z terapeutą posługującym się wadliwym parajęzykiem. Mimo że wiele z tego typu wad (np. za duża głośność, zbyt wysokie ustawienie głosu) nie wpływa bezpośrednio na zrozumiałość przekazu, to jednak słyszalne odstępstwa od pewnej normy mogą rozpraszać uwagę odbiorcy. Przykładowo, zacinający się czy sepleniący terapeuta może stać się obiektem żartów ze strony pacjentów. Po wtóre mogą oni odczytywać to jako oznaki zaburzeń, a więc przypisywać klinicyście jakąś namiastkę choroby czy nawet patologii. Choćby wspomniane jąkanie się może być odbierane jako skutek lekkości lub traumatycznego dzieciństwa czy też skłonności do ulegania stresom [16].

Nie oznacza to, że tego rodzaju defekty głosu automatycznie dyskwalifikują terapeuta, okazuje się bowiem, że odbiorcy dość szybko oswiają się z takimi wadami wymowy, mają stosunkowo dużą zdolność adaptacji do specyficznych sposobów przekazu. W konsekwencji z minuty na minutę tego typu sygnały głosowe coraz mniej dekoncentrują i stają się mniej dokuczliwe. Po prostu nie są już takimi dystraktorami — czynnikami rozpraszałającymi uwagę — jak w chwili pierwszej ekspozycji. Jeśli zatem pacjent decyduje się na zawarcie kontraktu terapeutycznego z klinicystą z takimi wadami wymowy, to tym samym wyraża pełną akceptację, niejako demonstruje w ten sposób, że z pozoru negatywne „cechy parajęzykowe” w rzeczywistości mu nie przeszkadzają. Wydaje się, że dopiero nadmiar tych cech (np. sygnały głosowe bardzo monotonne i skrajnie nieprzyjemne w odbiorze) może poważnie ograniczać zrozumienie komunikowanych treści. Aczkolwiek eksperymentalnie dowiedziono, że i w takich warunkach odbiorca dość szybko przystosowuje się w stopniu wystarczającym do wychycenia najistotniejszych informacji zawartych w przekazie. Negatywne „cechy parajęzykowe” przypuszczalnie intensywniej oddziałują na odbiór charakteru osobowości lub nastroju komunikatora niż na zrozumienie przekazywanej treści [2]. Zgadzać się z tą tezą trzeba przyznać, że nakłada to na terapeuta szczególnego rodzaju obowiązek przejawiania dużej dbałości o swoje „cechy parajęzykowe”. Bo nie tylko terapeuta, ale także pacjent jest nastawiony diagnostycznie i tak samo skłonny do

szybkiego dokonywania ocen osobowości swojego klinicysty, opierając się niejednokrotnie tylko na parajęzykowych sygnałach.

Perswazyjność parajęzyka

Nierzadko raczej oddziaływań terapeutycznych — na przykład podczas „przepracowania” czy „przeuczania” — upoważniają klinicystę do instruowania pacjenta, wskazywania mu różnych wariantów radzenia sobie z sytuacjami problemowymi. Chodzi tu oczywiście o przekazywanie informacji mających mobilizować pacjentów do samodzielnego zmagania się z trudnościami, a nie podawanie gotowych rozwiązań. Mówiąc prościej, dość często terapeuta staje przed koniecznością wyperswadowania czegoś swojemu pacjentowi czy nawet zaingerowania, by rozpocząć proces zmian jego postawy. Ważne jest to również dla przełamywania „oporu” czy w pracy z trudnymi pacjentami. Okazuje się, że i w tym przypadku wiele można osiągnąć poprzez odpowiednio użyte sygnały głosowe.

A. Mehrabian i M. Williams [18] — opierając się na przeprowadzonych przez siebie licznych eksperymentach — dowiedli, że komunikowane treści są dla pacjenta bardziej wiarygodne, gdy towarzyszy im natężenie głosu, szybsze tempo mowy i mniejsza liczba wahań w głosie. Z kolei J.K. Burgoon i jej zespół [19], odwołując się do wyników tych badań i poddając je wnikliwszej i niejako powtórnej eksploracji, wysnuli wnioski, że przekaz staje się bardziej perswazyjny, a przy tym wiarygodniejszy i w sumie skutkujący rzeczywistymi zmianami postaw u pacjentów, gdy parajęzyk ma następujące cechy:

- płynność mowy, pozbawiona wahań w głosie,
- większa zmienność tonu,
- krótsze opóźnienia reakcji (pauzy stosowane w chwili przejmowania głosu),
- szybsza mowa (określana długością pauz lub liczbą wypowiedzianych słów na minutę),
- większe natężenie głosu.

Nie ulega wątpliwości, że wymienione cechy zwiększające skuteczność perswazji powinny znaleźć się w sygnałach głosowych kierowanych do pacjenta. Jednocześnie należy pamiętać, że każdy z nich ma pewne wartości graniczne, których przekroczenie może prowadzić nie do wzrostu, ale do obniżenia się siły perswazji lub stopnia wiarygodności przekazu terapeuty.

Szybkie tempo mówienia

Z podanego wyżej zestawu pięciu elementów największy udział w skutecznej perswazji zdaje się mieć szybkie tempo mówienia. Nadmiernie szybko mówiący terapeuta może albo tracić na wiarygodności, albo narażać pacjenta na przytłoczenie go informacjami. W tym drugim wypadku może to wprowadzać nerwową atmosferę. Co więcej, zbyt szybka mowa może również rodzić poczucie niepewności w stosunku do treści komunikowanych przez klinicystę. Z drugiej zaś strony prędka mowa zauważalna u pacjenta może sygnalizować brak przekonania do tego, co przekazuje terapeuta. Wówczas tempo mówienia może stać się elementem usprawniającym poznanie pacjenta. Najnowsze badania wskazują, że prędkość mówienia wyraźnie odzwierciedla emocje i nastroje [20].

Artykulacja

Innym parametrem głosu warunkującym skuteczność komunikacyjną terapeuty, a tym samym interwencji terapeutycznych, jest artykulacja. Niezmiernie istotne jest, jak on wymawia słowa i czy dźwięki zlewają się w jedną całość, czy każdą sylabę wypowiada dokładnie. Sposób artykulacji powinien być adekwatny do warunków terapii, dostosowany do konkretnego pacjenta i analizowanych problemów. Przykładowo, gdy podczas „pracy wglądowej” sytuacja wymaga stworzenia klimatu bezpieczeństwa i bliskości, wówczas korzystne może okazać się delikatne połykanie lub przeciąganie głosek. Jeśli zaś pożądane będzie nadanie relacji terapeutycznej pewnej oficjalności, to wtedy bardziej odpowiednia będzie z pewnością artykulacja wyraźna i zdecydowana [21]. Początkującym terapeutom, w szczególności nie obeznanym w „tajnikach” parajęzyka, warto zalecić posługiwanie się artykulacją swobodną, z zachowaniem płynności mowy i trzymaniem się tematu. Jakkolwiek zniekształcenia parajęzyka intensyfikują się, kiedy komunikator — terapeuta lub pacjent — jest rozkojarzony, zdenerwowany lub zaniepokojony. Słyszalne w głosie pacjenta zaburzenia typu jąkanie się, zacinanie czy trudności z artykułowaniem głosek potęgują się na ogół, kiedy referuje on sprawy rodzące w nim silne emocje [22].

Płynność mowy

Wspomniana płynność mowy to następny z parametrów głosu, który wymaga wyjątkowej uwagi ze strony klinicysty. Z jednej strony sam powinien umieć mówić płynnie, z drugiej — uważnie śledzić jakość tego parametru u pacjenta, przy czym należy zwracać uwagę na płynność zarówno w mowie, jak i w rozwijaniu tematu. Zdecydowana większość pacjentów przeskakuje z jednego wątku na drugi i wówczas trudno ustalić, co w rzeczywistości komunikują. W efekcie spowalnia to pracę wglądową i utrudnia stosowanie właściwych interwencji terapeutycznych.

Neurobiolodzy wraz z psychologami klinicznymi dowiedli, że wspomnienia są w ludzkim mózgu dzielone na różne kategorie. Jedną z takich kategorii są przypuszczalnie bolesne uczucia. Kiedy pacjent zaczyna przywoływać jakieś przykre dłań przeżycia, niejednokrotnie przypominają mu się inne nieprzyjemne sprawy i w efekcie nie trzyma się głównego wątku, zaczyna przeskakiwać z tematu na temat [23].

Nagła zmiana tematu

Czasem pacjent zmienia temat dlatego, by dalej nie drażyć czegoś, co w jego odczuciach jest zawile czy wiąże się z przeżywaniem niejako na nowo traumatycznych zdarzeń. Jest to też po części pewna forma „oporu” w terapii. Obserwuję to u wielu moich pacjentów podczas „konfrontacji”, „klaryfikacji” czy „interpretacji”. Przykładowo, jeden z nich mówił płynnie i zrozumiale, lecz nieraz nieoczekiwanie gubił wątek, po czym podejmował zupełnie inny temat. Czynił to parokrotnie i to w chwilach, gdy poruszaliśmy temat jego związków z kobietami. Zapytany wprost, uczciwie przyznał, że bardziej interesują go mężczyźni niż kobiety. Z kolei zachęcany do rozwinięcia tej kwestii wyraźnie kluczył i z łatwością podejmował tematy zastępcze.

„Czy akceptuje pan w sobie te skłonności?” — spytałem. Na to on rzekł: „To nic złego, że wolę towarzystwo facetów. Zawsze miałem lepsze stosunki z ojcem niż matką,

z bratem niż z siostrą, z kolegami niż koleżankami”. Każde moje pytanie pozostawało bez rzeczowej odpowiedzi, a w zamian było pełne wymijających stwierdzeń. W sumie ignorowanie odmienności zapatrywań seksualnych było oczywiste, ale w tym wypadku dawanie wykrętnych odpowiedzi, a więc chęć ukrycia prawdy, mogło mieć poważne następstwa. Brak płynności mowy i ciągle zmienianie tematu wypowiedzi uzmysłowiło mi, że pacjent ten w chwili odczuwania czegoś bolesnego ma zwyczaj krytykowania kobiet. Co prawda nigdy nie czynił tego wprost, ale przez wywyższanie rodu męskiego. Po kilku sesjach, podczas „interpretacji” — kiedy nadszedł odpowiedni moment na zademonstrowanie mu konkretnych przykładów stosowanej przez niego strategii obronnej — zrekonstruowane przeze mnie zachowania, w których nie trzymał się tematu, ułatwiły mu pojąć, iż taka taktyka radzenia sobie z przykrościami jest niekorzystna.

Stopień adaptacji

Wsluchując się w siłę głosu pacjentów można z dużym prawdopodobieństwem ustalić ich nastawienie do omawianego problemu, a także stopień adaptacji do specyficznych warunków terapii. Zazwyczaj podczas pierwszych sesji preferują oni miękkie głosy, co w ich wypadku może być oznaką poczucia niższości, braku pewności siebie czy braku przekonania co do ważności komunikowanych treści [21]. Takim głosem posługują się również współpacjenci w grupie terapeutycznej w stosunku do tych, których problemy czy zaburzenia są traktowane jako wyjątkowo trudne i narażające ich na duże cierpienie. Wówczas miękki głos ma służyć sygnalizowaniu zrozumienia, współczucia i troskliwości [3]. Natomiast nagle pojawiająca się ekstremalna wersja cichego głosu — szeptu — może sugerować, że diskutowane sprawy rodzą negatywne uczucia, np. lęk, smutek czy poczucie dużego zagrożenia [11].

Rytm wypowiedzi

Równie ważnym parametrem głosu jest rytm. Decyduje on o tym, które słowa w zdaniu zostaną wyróżnione. Na przykład, w pytaniu skierowanym do pacjenta: „Od kiedy boryka się pan z tymi problemami?”, akcent powinien padać na słowo „od kiedy”. Gdyby terapeuta zaintonował słowo „problemami”, zburzyłby rytm. Klinicysta powinien pamiętać o tym, że każde zdanie, tak jak piosenka, ma swój charakterystyczny rytm. Początki mówienia u dzieci to w przeważającej mierze naśladowanie rytmu języka dorosłych. Z czasem ma miejsce wzbogacanie go słowami. W dorosłym życiu rytm mowy jest już tak naturalny, że sporadycznie skupia naszą uwagę, co niekiedy może poważnie zniekształcić znaczenie komunikowanych treści. O ile może to mieć małe reperkusje w codziennych kontaktach, o tyle w relacji terapeutycznej może być dużo poważniejsze. Akcenty, którymi terapeuta wyróżnia określone słowa w zdaniu, mogą zmieniać znaczenie całego jego sensu. Na przykład pytając pacjenta: „Czy uporał się pan z tymi trudnościami?” i raz akcentując słowo „pan” a raz „czy”, stawia dwa różne pytania i — co więcej — zdanie, które w pierwszej wersji było zwykłym pytaniem, w drugiej zmienia się w krytykę wyrażającą pretensję, złość i oburzenie.

Generalnie dbałość o bardziej wyraziste mówienie może sprawić, że zostanie do minimum ograniczone ryzyko zakłóceń komunikacyjnych. Większa czytelność metakomu-

nikacyjna słów kierowanych do pacjenta sprawi, że jego reakcje będą odpowiedniejsze, zgodnie bowiem z trzecim pragmatycznym aksjomatem komunikacji P. Watzlawicka [11] charakter związku zależy od tego, jak każda ze stron akcentuje sekwencję komunikatów. Innymi słowy, zakłócenia powstają zwykle w chwili różnej interpretacji przyczyn wcześniejszego zachowania partnera komunikacji.

Komunikowanie emocji

W badaniach nad komunikacją lekarzy wykazano, że im więcej gniewu wyczuwano w głosie lekarza referującego swoją pracę z pacjentami z problemem alkoholowym, z tym większą trudnością przychodziło mu utrzymanie ich w reżimie terapii [24]. Jednocześnie zaobserwowano, iż ton głosu demonstrowany podczas mówienia o pacjencie w pełni odpowiada temu, w jaki lekarz zwraca się do niego [25]. Dodatkowo zauważono, że najwierniejsi i najbardziej profesjonalni w odniesieniu do standardów zawodu (pogłębiony wywiad, precyzyjna diagnoza itp.) i najrzetelniej informujący pacjentów o chorobie i przebiegu leczenia okazywali się ci lekarze, u których w sygnałach głosowych najrzadziej wyczuwano znudzenie [26]. Ustalono również, że zadowolenie pacjenta z pomocy lekarskiej jest największe wówczas, gdy jego wypowiedź jest odbierana jako miła i ciepła, a niektóre składowe parajęzyka — zwłaszcza ton głosu — są jednoznacznie kojarzone z silniejszym gniewem i znudzeniem. Stąd prosty i nieco zaskakujący wniosek: konglomerat pozytywnej treści słownej i bardziej negatywnych cech głosu zdaje się kształtować odpowiedni i oczekiwany przez pacjenta stopień zaangażowania i troski ze strony lekarza [27]. Tak samo psychoterapeuta powinien przejawiać dbałość o tworzenie takiej kombinacji: przyciągać werbalnie i trochę kontrować to sygnałami głosowymi o negatywnym brzmieniu. Niezmiernie ważne jest tutaj, by tego rodzaju niespójność ekspresji werbalnej z parawerbalną była praktykowana rozważnie i tylko wtedy, gdy wymagają tego racje terapii. Na pewno takimi chwilami są wszelkiego rodzaju impasy w terapii, np. niekonstruktywne, zbyt długotrwałe „opór w terapii”, ryzyko zerwania kontraktu terapeutycznego („drop-out”) itp.

Warto w tym miejscu przywołać piąty pragmatyczny aksjomat komunikacji P. Watzlawicka [11], który zaleca, by „rozdzielić interakcje symetryczne i komplementarne”. Postuluje on, by podczas analizowania procesów komunikacyjnych w przebiegu terapii sprawdzać, czy istnieje w nich symetria (równorzędność pozycji) czy też komplementarność (pionowa relacja). Można przypuszczać, że w większości wypadków w relacji terapeutycznej następuje komunikacja komplementarna — z dominującym terapeutą i uległym pacjentem, a bardzo rzadko symetryczna. Każda z tych dwóch form relacji ma według Watzlawicka [11] swoje dobre i złe strony. Ewentualność, że w komplementarnej sytuacji wyjściowej wyższą rangą terapeuta sam przejdzie na symetryczną płaszczyznę komunikacji (to znaczy przyzna pacjentowi te same prawa), Watzlawick nazywa „metakomplementarność”. Za koniecznością „metakomplementarności” w relacji terapeutycznej opowiadają się zwolennicy psychoterapii humanistycznej (C.R. Rogers i F. Perls), a także terapeuci skupieni w słynnej grupie Palo Alto [2]. Można ją osiągać poprzez prawidłową komunikację werbalną i niewerbalną, łącznie z bardziej świadomym i intencjonalnym wykorzystywaniem sygnałów głosowych.

Zakończenie

Sygnały głosowe mogą dostarczać dużo informacji o pacjencie, zwłaszcza o jego cechach osobowości i stanie emocjonalnym. Eksperci, polegając na wynikach swych badań, są coraz zgodniejsi w tym, że niektóre komunikaty paralingwistyczne mogą być traktowane jako rzetelne wskaźniki diagnostyczne. Co więcej, odpowiednie posługiwanie się parajęzykiem, a ściślej zawartymi w nim metakomunikatami i odpowiednim sposobem mówienia, może usprawniać proces terapii — pracę wglądową, przepracowanie i interwencje terapeutyczne. Istnieje jednak jeszcze wiele niewiadomych, wynikających choćby z faktu, że występują duże różnice indywidualne w umiejętności tworzenia i rozpoznawania treści ukrytych w sygnałach głosowych. Dodatkową trudnością są problemy metodyczne, dalekie od doskonałości techniki badawcze, które dotychczas stosowano do eksploracji parajęzyka. W związku z tym dane pochodzące z badań za pomocą dostępnych narzędzi diagnostycznych nie mogą być w pełni wiarygodne dla terapeuty. Jeśli zamierza wzbogacać swój warsztat diagnostyczny elementami paralingwistycznymi, to powinien uprzednio dość dokładnie poznać stan wiedzy w tym przedmiocie, a potem dokonać odpowiedniej selekcji, pomijając informacje kontrowersyjne, zbyt słabo badawczo udokumentowane, a uwzględniając te rzetelnie zweryfikowane.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
2. Walker W. Przygoda z komunikacją. Gdańsk: GWP; 2001.
3. Scherer KR. Vocal affect expression: A review and model for future research. *Psychol. Bull.* 1986; 99: 143–165.
4. Allport G, Cantril H. Judging personality from voice. *J. Soc. Psychol.* 1934; 5: 37–54.
5. Hall JA, Friedman HS, Harris MJ. Nonverbal cues, the type A behavior pattern, and coronary heart disease. W: Blanck PD, Buck R, Rosenthal R, red. *Nonverbal communication in the clinical context.* University Park, PA: Pennsylvania State University Press; 1984, s. 121–140.
6. Levin S, Hall JA, Knight RA, Alpert M. Verbal and nonverbal expression of affect in speech of schizophrenic and depressed patients. *J. Abn. Psychol.* 1985; 94: 487–497.
7. Ellgring H, Scherer KR. Vocal indicators of mood change in depression. *J. Nonverbal Behav.* 1996; 20: 83–110.
8. Ostwald PF. The sound of emotional disturbance. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 5: 587–592.
9. Heaton AH. Podstawy umiejętności terapeutycznych. Gdańsk: GWP; 2003.
10. Watzlawick P, Weakland JH, Fish R. *Change: principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton; 1974.
11. Watzlawick P. If you desire to see, learn how to act. W: Zeig JK, red. *The evolution of psychotherapy.* New York: Brenner/Mazel; 1986, s. 65–68.
12. Bierch AJ. *Mowa ciała kluczem do sukcesu.* Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2001.
13. Argyle M. *Psychologia stosunków międzyludzkich.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
14. Ruckle H. *Mowa ciała dla menadżerów.* Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2001.
15. Erickson MH. The use of symptoms as integral part of therapy. W: Rossi EL, red. *The collected papers of Milton H. Erickson.* New York: Irvington; 1980.

16. Knapp ML, Hall JA. *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000.
17. Głodowski W. *Bez słowa. Komunikacyjne funkcje zachowań niewerbalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Hansa Communication; 1999.
18. Mehrabian A, Williams M. Nonverbal concomitants of perceived and intended persuasiveness. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1969; 13: 37–58.
19. Burgoon JK, Birk T, Pfau M. Nonverbal behaviors, persuasion and credibility. *Hum. Commun. Res.* 1990; 17: 140–169.
20. Smith SM, Schaffer DR. Celebrity and cajolery: Rapid speech may promote or inhibit persuasion through its impact on message elaboration. *Person. Soc. Psychol. Bull.* 1991; 17: 663–669.
21. Leathers DG. *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
22. Sikorski W. *Bezsłowne komunikowanie się w psychoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010.
23. Davitz JR. *The communication of emotional meaning*. New York: McGraw-Hill; 2001.
24. Milmo S, Rosenthal R, Blane HT, Chafetz ME, Wolf L. The doctor's voice: Postdictor of successful referral of alcoholic patients. *J. Abn. Psychol.* 1967; 72: 78–84.
25. Rosenthal R, Vanicelli M, Blanck P. Speaking to and about patients: Predicting therapists tone of voice. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1984; 52: 679–686.
26. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med. Care* 1987; 25: 399–412.
27. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J. Health Soc. Behav.* 1981; 22: 18–30.

Adres: Uniwersytet Opolski
Katedra Komunikacji Społecznej
45-052 Opole, ul. Oleska 48