

Anna Stefan

Uniwersytet Łódzki*

O GŁOSIE „WRAŻLIWCA” (WYBRANE ZAGADNIENIA)

ABOUT VOICE OF HIGHLY SENSITIVE PERSON (SELECTED PROBLEMS)

Słowa kluczowe: głos, wrażliwość emocjonalna, zaburzenia głosu.

Keywords: voice, emotional sensitivity, voice disorders.

Wprowadzenie

„Nasz głos jest przedłużeniem osoby, czyli głos = osoba” [Łastik, 2014, s. 12]. Powszechne pojmowanie głosu ogranicza się często tylko do współdziałania mięśni i narządów, ale jest to postrzeganie niepełne. Nasza osobowość, charakter, temperament i emocje nadają mu szczególnego charakteru – to te elementy są twórczym pierwiastkiem w naszych głosach. Sami decydujemy, świadomie lub nie, jak brzmi nasz głos.

Każdy człowiek posiada własny poziom wrażliwości, który jest uwarunkowany w pewnym stopniu genetycznie, w pewnym zaś środowiskowo. Wysoka wrażliwość nie jest niczym złym, o ile nie zaczyna wpływać destrukcyjnie na nasze funkcjonowanie. W ostatnich latach coraz częściej diagnozuje się zaburzenia adaptacyjne w stresie. Dotyczą one licznej grupy pacjentów o profilu osobowościowym „wrażliwcy”, którzy wykazują pewne predyspozycje osobowe do nadmiernego ulegania stresowi lub nieradzenia sobie z nim. „Wrażliwcom” towarzyszą liczne niechciane symptomy somatyczne, takie jak pocenie się rąk, czerwienie się twarzy, nadmierne napięcie mięśniowe, problemy z oddychaniem oraz w konsekwencji często także problemy z głosem.

Inspiracją do powstania tego tekstu stały się kontakty z pacjentami „wrażliwcami” i ich problemy związane z głosem. Celem artykułu jest opis negatywnych

* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Katedra Filologii Słowiańskiej, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, anna.stefan@uni.lodz.pl

objawów towarzyszących dysfunkcji narządu głosu na podstawie doświadczeń osób nadmiernie wrażliwych. Poprzedzają go krótkie rozważania o wrażliwości emocjonalnej, negatywnym wpływie stresu oraz charakterystyka zaburzeń głosu.

O wrażliwości

Wszyscy ludzie są obdarzeni wrażliwością. Bardzo ich jednak różni sposób, w jaki sobie z nią radzą i okazują ją na zewnątrz. Wśród psychologów nie ma zgodności co do tego, czy jest ona cechą wrodzoną – tak jak kolor oczu czy włosów, czy uczuciowość kształtują przede wszystkim różne życiowe doświadczenia (które swój początek mają już w dzieciństwie). Jak przekonuje Elaine Aron, wysoko wrażliwość nie jest tożsama ani z introwersją, ani z neurotycznością (jest to specjalistyczne określenie tendencji do popadania w depresję lub przeżywania silnych lęków). Według autorki jest to odrębna cecha, choć silnie skorelowana z neurotycznością [Aron, 2017].

Fundamenty pod nasz sposób reagowania kładzie wrodzony temperament oraz sposób reakcji układu nerwowego na różnorodne impulsy. Docierający do niego jakiś bodziec pobudza go, po czym to pobudzenie wygasa. Szybkość wzbudzenia i szybkość wygasania mogą być różne:

[...] człowiek z układem nerwowym, który pobudza się wolniej, będzie ogólnie mniej wrażliwy, poziom jego wrażliwości na bodźce będzie niższy. Ktoś obdarzony układem nerwowym, który pobudza się szybko i szybko wygasa, będzie człowiekiem wrażliwym. Za to osoba z tendencją do szybkiego pobudzania, ale wolniejszego wygasania pobudzenia wykazuje predyspozycje do nadwrażliwości. To, czy zostanie nadwrażliwcem, w dużej mierze zależy od wychowania, środowiska i wszystkiego, co się wydarzy w toku życiowych doświadczeń [www.zwierciadlo.pl/psychologia/zrozumiec-siebie/skarb-ukryty-pod-zbroja/].

Różnice pod względem poziomu pobudzenia układu nerwowego w danej sytuacji i w danych warunkach są w znacznym stopniu dziedziczne, normalne i naturalne. Można tę prawidłowość zaobserwować u wszystkich wyższych zwierząt – myszy, kotów, psów, koni, małp i ludzi. W obrębie gatunku odsetek osobników bardzo czułych na stymulację oscyluje w okolicach 15–20%. Podobnie jak niektóre osobniki danego gatunku są większe od pozostałych, niektóre są bardziej wrażliwe.

Ta różnorodność w zakresie reagowania na pobudzenie oznacza, że osoby wrażliwe rejestrują poziomy stymulacji, których inni nie dostrzegają. Nie oznacza to, że mają lepszy słuch, wzrok czy inny zmysł – różnica tkwi „gdzieś po drodze od narządu zmysłu do mózgu lub w samym mózgu, w bardziej starannym przetwarzaniu informacji” [Aron, 2017]. Osoby wysoko wrażliwe wszystko przetwarzają głębiej. Szukają relacji pomiędzy wszystkim, co postrzegają, a przeszłymi

doświadczeniami lub analogicznymi obiektami. Robią to niezależnie od tego, czy zdają sobie z tego sprawę, czy nie.

Wysoko wrażliwe osoby często bywają odbierane jako zahamowane, nieśmiałe, lękliwe lub introwertyczne (ok. 30% spośród osób wysoko wrażliwych stanowią ekstrawertycy, a wielu introwertyków wcale nie przejawia wrażliwości). Można jednak wyróżnić co najmniej dwa typy osób wysoko wrażliwych – osoby, które ogólnie sobie radzą oraz te do tego niezdolne, co w obu przypadkach wynika z innych cech ich osobowości [Aron, 2017].

Stres

Stres definiowany jest jako konieczność zmierzenia się z wyzwaniami wynikającymi ze zmian cech fizykochemicznych środowiska, w którym przebywa dany organizm lub zmian zachodzących w środowisku wewnętrznym organizmu, zwanych zaburzeniami homeostazy [Krauzowicz, 2013]. Stres jest negatywnym odczuciem, które towarzyszy człowiekowi od zawsze. Stres fizjologiczny jest zjawiskiem odmiennym od stresu psychologicznego ze względu na zróżnicowany charakter przyczyn. Ponadto, każde z pojęć odnosi się do innego poziomu funkcjonowania człowieka. W nowoczesnym społeczeństwie stres socjalny odpowiada za większość dolegliwości i chorób, których źródeł współczesna medycyna upatruje w nadmiernym obciążeniu organizmu. Aktualnie stres jest chorobą cywilizacyjną, syndromem XXI wieku. W mediach, prasie, literaturze fachowej zwraca się uwagę przede wszystkim na fakt, że długotrwałe oraz intensywny stres ma destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie i zdrowie człowieka. Wymienia się niekorzystne objawy stresu, jak: drażliwość, gniew, nerwowość, lęk, depresja, huśtawka nastrojów, obniżona samoocena, myśli samobójcze, agresja, drzenie, tiki nerwowe, itd.

Stres powoduje zmiany wskaźników wegetatywno-somatycznych. Pod wpływem zagrożenia zostaje aktywowany układ sympatyczny, zwiększa się wydzielanie adrenaliny przez nadnercza, wzrasta ciśnienie krwi, przyspiesza akcja serca, wzrasta poziom glukozy we krwi i hamowane są procesy trawienia. Stres wpływa na układ nerwowy (szczególnie na podwzgórze i przysadkę) i mobilizuje organizm do reakcji typu „walcz” albo „uciekaj”. Przewlekły stres również często wyzwała lub zaostrza objawy chorób z autoagresji, np. Hashimoto, Gravesa-Basedowa, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), cukrzyca typu 1, zespół suchości śluzówek (zwłaszcza ust, nosa i spojówek), a także wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Długotrwałe wydzielanie kortyzolu może prowadzić do obniżenia wrażliwości organizmu na ten hormon. Wówczas układ odpornościowy nie odbiera sygnałów, które prowadzą do zakończenia reakcji immunologicznej. Organizm zachowuje się, jakby ciągle był w stanie zagrożenia, dlatego walczy z własnymi tkankami [Łosiak, 2009].

Poza tym stres manifestuje się w postaci szeregu symptomów ze strony organizmu. Objawy somatyczne stresu to: częste przeziębienia i infekcje, palpacje serca, kłopoty z oddychaniem, ucisk w klatce piersiowej, bezsenność, skłonność do omdlenia, migreny, ciśnieniowe bóle głowy, bóle w krzyżu, niestrawności, biegunki, zaparcia, problemy skórne, alergie, astma, wzmożone pocenie się i lepkość rąk, zaburzenia w miesiączkowaniu, szybka utrata wagi.

Adaptacja do stresu uznawana jest za proces dynamiczny, koordynowany przez struktury ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W proces ten włączone jest postrzeganie informacji dopływających z receptorów, integrowanie ich z wcześniejszymi doświadczeniami, neuronalne i neurohormonalne dostosowywanie się do aktualnych wymagań, inicjowanie reakcji behawioralnej itp. [Krauzowicz, 2013].

Zaburzenia adaptacyjne to rodzaj subiektywnego dyskomfortu psychicznego (distresu) i zaburzeń emocjonalnych, które przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu społecznym czy zawodowym. Zaburzenia adaptacyjne pojawiają się wskutek znaczących zmian życiowych lub z powodu stresującego wydarzenia życiowego, które utrudnia efektywne działanie. Wśród stresorów mogących inicjować zaburzenia adaptacyjne wymienia się trudne sytuacje życiowe, m.in.: śmierć kogoś bliskiego, żałobę, rozwód, konieczność migracji, ciążę, rodzicielstwo, pójście do szkoły (w przypadku dzieci), przejście na emeryturę, utratę pracy, poważną chorobę lub ryzyko zachorowania na nią, np. nowotwór, niemożność osiągnięcia ważnych celów osobistych. Stresory mogą destabilizować integralność społecznego usytuowania jednostki, jej systemu wartości lub szerszego systemu wsparcia społecznego.

Obraz kliniczny zaburzeń adaptacyjnych jest bardzo niejednorodny i może objawiać się różnie u poszczególnych pacjentów. Wśród charakterystycznych symptomów chorobowych wymienia się: nastrój depresyjny, lęk i niepokój, zamartwianie się, skłonność do dramatyzowania, wybuchy gniewu, drażliwość, podenerwowanie, poczucie bycia w sytuacji bez wyjścia, poczucie bezradności, ograniczoną zdolność radzenia sobie z codziennymi obowiązkami, permanentny stres, napięcie psychiczne, rozstrój emocjonalny, przygnębienie, smutek, poczucie niepewności przyszłości, niezdolność planowania, zaburzenia snu, bezsenność, spadek apetytu. Niektórzy mają wyższy próg tolerancji na frustrację i są bardziej odporni na stres, inni gorzej radzą sobie w sytuacji traumy (ekstremalnego stresu) ze względu na indywidualne predyspozycje i wrażliwość emocjonalną

Zaburzenia głosu

Prawidłowy głos jest dźwięczny i czysty, pozostaje taki również po wysiłku, nie zawiera komponentów szumowych, jest bogaty rezonansowo i tworzony z nastawieniem miękkim, ma wysokość odpowiednią do płci i wieku oraz natężenie

odpowiednie do sytuacji; w czasie wypowiedzi zmiany natężenia i wysokości tego głosu występują płynnie, stosownie do treści wypowiedzi, artykulacja jest prawidłowa, wyrazista [Szkielkowska, 2014, s. 186].

Odwrotnością głosu eufonicznego jest głos dysfoniczny. W dysfonii zmianie ulegają sposób emisji, charakter głosu, zakres, średnie położenie głosu oraz czas fonacji. Zaburzenia głosu o typie dysfonii określa się jako zmiany wielopostaciowe w zakresie jego wszystkich składowych akustycznych, tj. częstotliwości, poziomu głośności, czasu trwania i barwy głosu. Dysfonia jest zaburzeniem czynności narządu głosu jako skutek istniejącej w obrębie narządu głosu zamiany patologicznej (dysfonia organiczna) lub efekt zaburzeń czynności skomplikowanych mechanizmów w procesie tworzenia (dysfonia czynnościowa).

Czynnościowe zaburzenia głosu stanowią duży problem społeczny. Jest to związane z rozwojem cywilizacji, z wszechobecnym stresem i powstawaniem różnych problemów, które wynikają z mechanizmów nerwowo-mięśniowych w obrębie narządu głosu. W ostatnich latach są one najczęściej orzekaną chorobą zawodową [Wysocka, 2015]. Najbardziej narażone, zarówno na powstanie samych chorób krtani, jak i ich skutków, są osoby, którym stawiane są wysokie wymagania głosowe, m.in. śpiewacy, nauczyciele, wykładowcy, dziennikarze radiowi i telewizyjni, politycy, księża, prawnicy, a nawet muzycy grający na instrumentach dętych.

Wyróżnia się 2 postacie dysfonii czynnościowej: 1) *phonoponosis*, powstające w wyniku nieprawidłowego procesu tworzenia głosu, 2) *phononeurosis* – spotykany u osób ze zmianami i stanami napięcia psychicznego. Sytuacje stresogenne powodują napięcie mięśni karku i odcinka lędźwiowego kręgosłupa, a u tzw. mówców zawodowych często ma miejsce przenoszenie tego napięcia na mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne krtani i gardła. Objawy napięciowe wynikają z nadaktywności autonomicznego i obwodowego układu nerwowego, która jest typowa dla ludzi o wysokim poziomie lęku lub osób nadaktywnych. Ta nadaktywność układu nerwowego może prowadzić do objawów dysfonii hyperfunkcjonalnej, która często współwystępuje z zaburzeniami adaptacyjnymi lub zaburzeniami lękowymi.

W postaci hiperfunkcjonalnej występuje:

- głos party, ochrypy, odcień nosowy, gardłowy, brak pełnego rezonansu;
- zmienna wysokość głosu;
- twarde nastawienie głosowe;
- skrócony czas fonacji;
- nadmierne napięcie mięśni krtani, twarzy, szyi, powłok brzusznych, niekiedy gardła i podniebienia miękkiego;
- zaburzenie płynności fonacji, głos tworzony z wysiłkiem, gwałtowne zmiany wysokości tonów, niekontrolowane przerwy w mówieniu, trudności z wydobyciem głosu;
- wysokie oddychanie żebrowo-obojętkowe;

- często opadnięta nagłośnia;
- fałdy głosowe zaokrąglone, uniesione, poruszają się nierówno;
- zmniejszenie amplitudy drgań, drgają tylko brzegi fałdów głosowych.

Objawy choroby mogą wystąpić w każdym momencie życia, jednak najczęściej w wieku średnim i częściej u kobiet.

Postać hipofunkcjonalną cechuje:

- głos męczliwy, słaby, nastawienie chuchające;
- osłabiona czynność mięśni krtani;
- podwyższone średnie położenie głosu;
- skrócony czas fonacji;
- górna powierzchnia fałdów może być nieco wklęsła, same fałdy mogą być

atroficzne, położone nieco niżej;

– w psychogennych odmianach głos dźwięczny zachowany przy kaszlu, śmiechu, płaczu;

- wzmożenie komponenty pionowej drgań i zwiększenie amplitudy;
- drgania fałdów często nieregularne, niejednakowe, niejednoczesne;
- niekiedy zamknięcie głośni spotyka się tylko w przednim odcinku.

Postać dysfunkcjonalną (fonastenia) charakteryzuje zaś:

– brak koordynacji między oddychaniem, fonacją, artykulacją i czynnością rezonatorów;

– próby obciążenia głosu wykazują: obniżenie natężenia głosu, nasilenie chrypki, uczucie zawadzania, klucia, bólu, zalegania w gardle, załamywania się głosu [Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009].

Na etiologię czynnościowych zaburzeń głosu składają się następujące czynniki:

– uwarunkowania konstytucjonalne: budowa ciała, sylwetka emocjonalna, stabilność układu sercowo-naczyniowego, pobudliwość neurowegetatywna, stan błony śluzowej;

– schorzenia miejscowe i ogólne, np. refluks przełykowo-żołądkowy, alergie, zaburzenia hormonalne;

- nieprawidłowe nawyki emisyjne;
- czynniki psychiczne.

Czynniki psychogenne mogą być współodpowiedzialne za powstawanie zaburzeń głosu lub też mogą być bezpośrednią ich przyczyną. Adaptację w stresie zawodowym mogą utrudniać objawy napięciowe, wynikające z nadreaktywności autonomicznego i obwodowego układu nerwowego, typowej dla ludzi o wysokim poziomie lęku lub osób nadaktywnych. Można wskazać na kilka mechanizmów wyjaśniających związek pomiędzy stresem a powstawaniem dysfonii. Należą do nich:

1) przenoszenie napięcia (np. z mięśni karku i odcinka lędźwiowego kręgosłupa na mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne krtani);

2) powstrzymywanie się od reakcji (co prowadzi do objawu „zaciśniętego” gardła, dławienia gardła);

3) spłylenie oddechu jako utrwalona reakcja na stres, co znacznie utrudnia fonację;

4) zaburzenia wydzielania śluzu w błonie śluzowej układu oddechowego, np. w sytuacjach stresowych występuje charakterystyczna suchość w gardle [Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009].

Objawy zaburzeń głosu

Sylwetki pacjentów

Pacjentka 1: 34-letnia kobieta, wykładowca akademicki, mężatka, wychowuje 6 letniego syna, choruje na chorobę Hashimoto, suplementuje hormony tarczycy, ponadto choruje na endometriozę, jest obserwowana pod kątem insulinoodporności oraz cukrzycy typu 2. 3 lata temu przeżyła silny epizod nerwowy spowodowany poronieniem, w konsekwencji zdiagnozowano u niej zaburzenia adaptacyjne w stresie, konieczna była psychoterapia i leczenie farmakologiczne. Psychiatra zwrócił uwagę na problemy z głosem i zalecił konsultację foniatryczną, w wyniku której zdiagnozowano u niej dysfonię hiperfunkcjonalną.

Pacjentka 2: 49-letnia kobieta, nauczycielka edukacji wczesnoszkolnej, mężatka, matka dwóch dorosłych synów. 2 lata temu starszy syn, będący strażakiem, uległ poparzeniu, kobieta przeżyła silny epizod nerwowy, niedługo potem u męża zdiagnozowano chorobę Parkinsona i zmarła jej matka. Kobieta przeżyła silny kryzys emocjonalny, zdiagnozowano u niej depresję, niedoczynność tarczycy oraz dysfonię hiperfunkcjonalną. Spośród wszystkich kłopotów zdrowotnych te głosowe bardzo ją obciążały, bo bała się, że może stracić pracę.

Pacjent 3: 21-letni student kierunku filologicznego, z bogatą historią zdrowotną, w okresie dorastania zachorował na trądzik, był poddany silnemu leczeniu farmakologicznemu. Równocześnie był ofiarą mobbingu ze strony starszych uczniów, w wieku 15 lat zdiagnozowano u niego zespół stresu pourazowego. Był poddany długotrwałemu leczeniu i psychoterapii. Znalazł sposób na stres, został trenerem fitness i zaobserwował problemy z wydolnością głosową. Dodatkowo, podjął pracę w korporacji, w której się nie odnalazł, przeżył nieszczęśliwą miłość i problemy emocjonalne powróciły ze zdwojoną siłą, a wraz z nimi czynnościowe zaburzenia głosu.

Objawy zaburzeń głosu obserwowane u pacjentów z dysfonią hiperfunkcjonalną można podzielić na kilka kategorii:

1) niekomfortowe odczucia somatyczne w obrębie jamy ustnej i gardłowej. Mogą one mieć różny stopień bądź nasilenie:

– łaskotanie w gardle, które powoduje konieczność odchrząknięcia bądź odkaslnięcia. Łaskotanie jest niezwykle uciążliwe, wiele osób doświadcza go podczas zdrowienia po infekcjach gardła;

– uczucie zalegania ciała obcego;

– „kłucie w gardle”, trudności z przełykaniem, ból podczas przełykania;

– uczucie pieczenia lub palenia;

– suchość śluzówki – pomimo odchrząkiwania i popijania napojów, gardło jest suche, pojawiają się trudności z przełykaniem, uczucie pieczenia;

2) trudności oddechowe:

– spłylenie oddechu, skrócenie fazy wydechowej;

– oddech staje się świszczący, zdarza się również odczuwanie niepokoju.

U niektórych pacjentów występują uciążliwe duszności.

3) nieprawidłowości mięśniowe:

– nadmierne napięcie w okolicy szyi i karku;

– uczucie „drętwienia” szyi, kłucie i bóle.

4) dyskomfort foniczny:

– zmatowienie głosu – głos staje się nieczysty, matowy, niski, twardy i bezdźwięczny;

– zawężenie skali głosu, najczęściej wyższe rejestry;

– skrócenie czasu fonacji;

– zmiany tonacji głosu;

– osłabienie głosu;

– brak naturalnego brzmienia;

– mała nośność głosu;

– okresowe zaniki głosu;

– utrwalona chrypka z bezgłosem;

– męczliwość głosu.

Leczenie zaburzeń głosu często wymaga kompleksowego, wielospecjalistycznego postępowania, w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Po dokładnej diagnostyce narządu głosu specjalista czasami decyduje o potrzebie dodatkowej konsultacji, m.in. endokrynologicznej czy alergologicznej bądź włącza w proces terapii schorzeń narządu głosu psychologa lub fizjoterapeutę. Rolą psychologa jest pomoc w rozwiązywaniu problemów psychicznych pacjenta oraz nauczanie go radzenia sobie ze stresem, który leży u podłoża szeregu chorób narządu głosu. Terapia psychologiczna często poprawia efekty rehabilitacji głosu. Podobnie, działania fizjoterapeutyczne mogą pozytywnie wpłynąć na proces leczenia. Szczególnie w przypadku hyperfunkcjonalnych dysfonii, związanych z podwyższonym napięciem mięśniowym w rejonie krtani, istotną rolę w wielospecjalistycznym zespole terapeutycznym odgrywa fizjoterapeuta, odpowiednio przygotowany do terapii manualnej tej okolicy.

Czynnościowe zaburzenia głosu bardzo często mają związek z kondycją psychofizyczną pacjenta, jego emocjami, sytuacją życiową i funkcjonowaniem społecznym. Postępowanie terapeutyczne ma na celu nie tylko opanowanie sprawności oddechowych i fonacyjnych, lecz także wykształcenie możliwości posługiwania się dźwięcznym głosem w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Aby było ono skuteczne, musi mieć wieloaspektowy charakter, czyli podejmować działania odnoszące się do sfery biologicznego funkcjonowania narządu głosu oraz wpływać na pozabiologiczne czynniki warunkujące posługiwanie się głosem w komunikacji [Wysocka, 2015].

Podsumowanie

Znane stwierdzenie Kerry’ego Erle’a mówi, że „jeżeli oczy są lustrem duszy człowieka, to głos jest barometrem jego emocji”. Dlatego wpływ czynników emocjonalnych na czynność fonacyjną, jak również wyrażanie emocji poprzez głos odgrywa istotną rolę w fizjologii i patologii krtani. Poprzez zabarwienie głosu z łatwością odróżniamy smutek, radość, gniew czy złość. Poprzez elementy prozodyczne (intonację głosu, rytm, akcent) wyrażamy nasze stany psychiczne. Pod wpływem emocji zmieniają się ważne fizyczne komponenty tworzenia głosu związane z oddechem, fonacją i artykulacją. Stan emocjonalny wpływa na napięcie mięśni krtani zewnętrznych i wewnętrznych, na napięcie fałdów głosowych oraz położenie krtani [Wiskirska-Woźnica, 2013].

Osobowość człowieka znajduje swój wyraz w jego głosie. Głos wyrażać może poczucie własnej wartości, pewność siebie, a także nastawienie do osób, z którymi się komunikujemy. Osobowość jest to ogół dyspozycji i cech psychicznych, dzięki którym człowiek stanowi zwartą jednostkową całość, są to m.in. temperament, zdolności intelektualne, usytuowanie człowieka w środowisku [Ekman, 1972]. Z jednej strony głos stanowi odbicie naszych wewnętrznych stanów emocjonalnych i osobowościowych, z drugiej zaś emocje wpływają na głos, a nawet mogą być przyczyną jego dysfunkcji.

Czynnościowe zaburzenia głosu stanowią często problem diagnostyczny dla lekarzy klinicystów i powodują wiele trudności w postępowaniu terapeutyczno-rehabilitacyjnym. Trudności te występują z powodu zmienności obrazu klinicznego u tych samych pacjentów, udziału czynnika emocjonalnego w patomechanizmie tych zaburzeń i znaczącego wpływu czynników psychicznych i osobowościowych. Z uwagi na wymienione trudności diagnostyczno-terapeutyczne konieczne jest włączenie się w opiekę nad takim pacjentem szerszego zespołu specjalistów z dziedziny medycyny (foniatra, psychiatra, neurolog) oraz psychologów. Kierunek interdyscyplinarnej, często długofalowej opieki nad pacjentem mającym czynnościowe zaburzenia głosu jest właściwy i przynosi wymierne efekty terapeutyczne [Szkielkowska, 2014].

Bibliografia

- Aron Elaine, 2017, *Wysoko wrażliwi, jak funkcjonować w świecie, który nas przytłacza*, e-book.
- Ekman Paul, 1972, *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotions*, w: James Cole (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln, s. 207–282.
- Krauzowicz Justyna, 2013, *Stres – konstruktor czy destruktor procesów poznawczych?* w: Ireneusz Kojder (red.), *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2011–2013*, Szczecin, s. 84–92.
- Łastik Aneta, 2014, *Poznaj swój głos... twoje najważniejsze narzędzie pracy*, Warszawa.
- Łosiak Władysław, 2009, *Stres i emocje w naszym życiu*, Warszawa.
- Szkielkowska Agata, 2014, *Klasyfikacja zaburzeń głosu*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 165–184.
- Śliwińska-Kowalska Mariola, Niebudek-Bogusz Ewa (red.), 2009, *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Łódź.
- Wiskirska-Woźnica Bożena, 2013, *Zmiany w głosie pod wpływem czynników emocjonalnych i osobowościowych*, „Edukacja+”, 7, s. 5–6.
- Wysocka Marta, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach osób z czynnościowymi zaburzeniami głosu*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 603–623.

Cytowane źródła internetowe

www.zwierciadlo.pl/psychologia/zrozumiec-siebie/skarb-ukryty-pod-zbroja [dostęp: 10.10.2017].

Summary

“Voice is an extension of a person; reflection of their personality”. It is believed, that voice is just an action of muscles and organs, but we must remember, that it is shaped with our personality, character, temperament and emotions. Everybody has their own level of sensitivity, which is determined to some extent genetically as well as socially. High sensitivity is not bad, unless it does affect negatively on our functioning. In recent years there have been diagnosed adaptive disorders under stress, which applied to large group of patients with personality profile called “very sensitive”.

Occupational voice disorders are noted as considerable social problem. It is related to the development of civilization, omnipresent stress and problems that arise from neuromuscular mechanisms within the vocal organs. Most exposed to the larynx diseases and their effects are people, who are supposed to use their voices excessively, e.g. singers, teachers, academic lecturers, radio and tv journalist, politicians, priests, lawyers. The purpose of the paper is to present characteristics of disfunction of vocal organs based on personal experiences of some very sensitive individuals. It is preceded by short consideration on emotional sensitivity, negative influence of stress, as well as by a brief description of vocal disorders.