

Sylwia Maszewska

Studio Głosu i Mowy Sylwia Maszewska, ul. Więckowskiego 58/17, 90–735 Łódź; Poradnie Logopedyczne Świat Zdrowia Polimedica Alfa, ul. Franciszkańska 53, 91–815 Łódź; Polimedica Zgierz, ul. Armii Krajowej 10, 95–100 Zgierz
e-mail: studioglosuimowy@gmail.com

Rehabilitacja zaburzeń głosu i mowy autorską metodą logopedii artystycznej

Rehabilitation of Voice and Speech Disorders with the Original Method of Artistic Speech Therapy

Słowa kluczowe: logopedia artystyczna, zaburzenia głosu i mowy, autorska metoda rehabilitacji

Keywords: artistic speech therapy, speech and voice disorders, original rehabilitation methods

Streszczenie

Tematyką artykułu jest sposób rehabilitacji zaburzeń głosu i mowy opracowany przez autorkę na podstawie wieloletnich doświadczeń i analitycznych dociekań w praktyce dążenia do uzyskania maksymalnej poprawy lub usunięcia zaburzenia występującego u określonego pacjenta w danej jednostce chorobowej, którą nazwała metodą logopedii artystycznej. Prezentacja zaburzeń wynikających z omówionych chorób wyznacza obszar oddziaływania tej metody. Omówiony został sposób aktywizacji obszarów neuromotorycznych twarzy przez przyczepy mięśni czworokątnych wargi górnej i wywołanie kolejnych reakcji w ruchomych częściach artykulatorów, które wraz z artykulatorami nieruchomymi prowadzą do wzmocnienia dźwięku przez rezonatory nasady. Wyjaśniony został sposób oddychania torem żebrowo-przeponowo-brzusznym i umiejętność operowania strumieniem powietrza przez świadome zatrzymanie pozycji wdechowej, a następnie podparcie dźwięku wysłanego do rezonatorów. Ten system oddechowy prowadzi zarówno do mistrzowskiego posługiwania się głosem, jak i do zdrowej emisji głosu mówionego.

Abstract

The article focuses on the methods of vocal and speech rehabilitation developed by the author and based on her substantial experience and research into a strategy leading to maximum improvement or elimination of the disorders in particular patients and their medical conditions. What defines the scope of application of this approach, which the author named “artistic logopedics,” is the presentation of disorders resulting from the diseases in question. Moreover, the



© 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: 1.08.2023. Data przyjęcia: 1.09.2023

paper explains a method of activating the neuromotor areas of the face through the attachments of the levator labii superioris muscle and eliciting subsequent reactions in the movable articulators, which, together with the immovable articulators, lead to the strengthening of sound through the resonators of the nasopharynx. The author also describes the method of diaphragmatic breathing and the ability to control the airflow by conscious breath-holding in the inspiratory position followed by suspending the sound in the resonators. This respiratory system is beneficial in both mastering the use of the voice professionally and healthy voice emission.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest prezentacja mojego sposobu przeciwdziałania różnego typu zaburzeniom głosu i mowy, powstałym na tle przejściowych schorzeń lub chorób długotrwałych. Przez wieloletnią analizę przypadków i poszukiwanie rozwiązań prowadzących do poprawy zaburzeń głosu i mowy w stopniu maksymalnie możliwym dla pacjenta w jego jednostce chorobowej stworzyłam metodę, która okazała się skuteczna w większości przypadków. W artykule przedstawiam założenia autorskiej metody, którą nazwałam metodą logopedii artystycznej.

Z bagażem doświadczeń w pracy z osobami z różnego rodzaju niepełnosprawnościami podjęłam się, w ramach projektów unijnych, rehabilitacji zaburzeń mowy osób z dyszartrią nabytą, a także osób dorosłych z MPD. Praca metodą logopedii artystycznej stosowana w dwuletnim okresie dawała spektakularne rezultaty.

Na odnalezienie przeze mnie metody rehabilitacji głosu i mowy poprzez logopedię artystyczną dominujący wpływ miał sposób nauczania wymowy zaproponowany przez Bogumiłę Toczyską. Jako aktorka, lalkarka skupiała się ona na technice i estetyce wymowy, wychowując całą rzeszę aktorów, śpiewaków, dziennikarzy, logopedów. Jest autorką wielu książek, m.in.: *Elementarne ćwiczenia dykcji* [2013], *Kama makaka ma* [1992], *Sarabanda w chaszczech* [2006], *Łamańce z dykcją* [1998], *Głośno i wyraźnie* [2007], *Ruch w głosie* [2008], *Zaczynij od samogłoski* [2016]. Jej prace odegrały znaczącą rolę w rozwoju dziedziny, jaką jest logopedia artystyczna.

Śpiewacy, aktorzy, mówcy osiągnęli doskonałość swojego warsztatu dzięki treningowi i żmudnym ćwiczeniom elementów składowych narządu głosu. Ten sam system (sposób, częstość i rodzaj ćwiczeń), który pozwala robić postępy na drodze do profesjonalizmu, zastosowałam w rehabilitacji zaburzeń głosu i mowy prowadzącej do wyzdrowienia.

Zaburzenia głosu i mowy wśród moich pacjentów

W poradni logopedycznej, w której pracuję od dwunastu lat, mam do czynienia z całym spektrum zaburzeń głosu i mowy wymagających rehabilitacji. Są nimi: dysfonia, uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego, porażenie fałdów głosowych, dyzartria, afazja, dystonia, jąkanie.

Liczna grupa pacjentów to osoby z dysfonią czynnościową. Są to nauczyciele nieprawidłowo emitujący głos. Skarżą się na męczliwość, niemożność zwiększenia dynamiki głosu, przejściową afonię.

Zgłaszają się też osoby pracujące w hałasie, używające głosu w sposób siłowy, między innymi wokaliści muzyki techno i hard rock, u których dysfonia czynnościowa przeszła już w organiczną i pojawiły się guzki śpiewacze. Mam też pacjentów z obrzękiem krtani na tle nawracających stanów zapalnych, z krtanią uszkodzoną w czasie zabiegów operacyjnych kręgosłupa szyjnego prowadzonych od strony krtani, inwazyjnym leczeniem kręczy szyjnego, a także osoby po wypadkach komunikacyjnych, u których przez dłuższy czas stosowano rurkę tracheotomijną. U niektórych pacjentów przyczyną dysfonii jest błędny szczytowy sposób oddychania, a co za tym idzie – i fonacji.

W każdym typie dysfonii konieczne jest ograniczenie wysiłku głosowego i rehabilitacja głosu polegająca na nauczaniu lub przywróceniu prawidłowej emisji głosu ze świadomym użyciem rezonatorów, opartej na prawidłowym torze oddechowym.

Każda z grup pacjentów, z którymi pracuję nad zaburzeniami głosu i mowy, boryka się z różnymi problemami i potrzebami.

Pacjenci po leczeniu operacyjnym chorób tarczycy potrzebują przywrócenia uszkodzonej funkcji krtani. Po tyreoidiektomii – całkowitym wycięciu tarczycy – często dochodzi do porażenia nerwu krtaniowego wstecznego. Pacjenci borykają się z problemem trudniejszego pobierania powietrza, zmienioną barwą głosu i zawyżoną wysokością brzmienia. Duża grupa osób przeszła operację strumektomii, czyli usunięcia jednego płata tarczycy lub została poddana strumektomii subtotalnej w związku z koniecznością usunięcia wola guzowatego lub mięszonego. Zaistniałe przy tym porażenie jednego fałdu głosowego, a czasem obydwu, wymaga intensywnego i konsekwentnego planu terapii o wielorakim oddziaływaniu, mającym doprowadzić głos do stanu normalności. Czas rehabilitacji zależny jest od wielu czynników.

Największa grupa moich pacjentów to osoby z dyzartrią nabytą po incydencie udaru krwotocznego lub niedokrwiennego w obrębie mózdzku, pnia mózgu i jąder międzymózgowia. Terapia trwa od roku do kilku lat. Musi dojść do zmian w metabolizmie neuronalnym, neuroprzeżywalności, w organizacji sieci neuronów – dla poprawy lub uzyskania sprawności motorycznej i skuteczności komunikacyjnej pacjenta. Dyzartria w chorobach neurodegeneracyjnych wymaga zmiennych oddziaływań w zależności od postępu choroby.

W stwardnieniu zanikowym bocznym (SLD) terapia powinna być prowadzona aż do wygaszenia zewnętrznych reakcji fizycznych, gdyż myślenie, odczuwanie funkcjonują nadal. Fakt zajmowania się pacjentem pomimo wszystko jest dla niego bodźcem do życia. Oczywiście sposób prowadzonej terapii musi być rodzajem kształtowanego eksperymentu. Częściej mam do czynienia z pacjentami z zajęтым górnym neuronem ruchowym, z objawami zmian w obrębie żuchwy, sprawności języka, ślinienia i obniżenia barwy głosu, gdzie przebieg choroby jest wolniejszy. Przy zajęтым dolnym neuronem ruchowym – co jest cięższym przypadkiem choroby – język się cofa, kurczy, zanika. Pojawia się problem z oddychaniem, fonacją, połykaniem.

Praca z pacjentką z postępującym zanikiem mostowo-móźdkowo-oliwkowym (w obustronnym uszkodzeniu piramidowym) trwała 7 lat – od pierwszych objawów aż do zaniku funkcji życiowych, w cyklach godzinnych spotkań, początkowo dwa razy w tygodniu.

Dyzartria u osób z chorobą Parkinsona ujawnia się we wzmożonym napięciu mięśni mimicznych (maskowatość), w zmniejszonej ruchliwości artykulatorów, skłonności do mamrotania i wymaga długotrwałej terapii. W jednej jednostce zajęć osiągam znaczną poprawę, by za każdym kolejnym spotkaniem zaczynać wszystko od nowa.

Pacjenci z dyzartrią móźdkową w stwardnieniu rozsiałym (SM), którego cechą charakterystyczną jest występowanie rzutów choroby, po przyswojeniu ćwiczeń w gabinecie (ich zrozumieniu i utrwaleniu) mogą z dobrymi rezultatami wykonywać je samodzielnie w domu. Podobnie jest z pacjentami ze zdiagnozowanym bezładem móźdkowym, gdzie zaburzenia mowy są objawem towarzyszącym.

Niejednakowo poddaje się terapii dystonia. W chorobie genetycznej Niemann-Pica (leukodystrofia) pacjent wymaga całościowego pobudzenia, aby zaktywizować mięśnie mimiczne, żuchwę, język. Wtedy z prawie niesłyszalnego głosu osiągnąć można jego wartościowe brzmienie. O wiele łatwiej poddają się terapii osoby z dystrofią miotoniczną, czyli z powolnie postępującym osłabieniem mięśni szkieletowych. Zwiększenie głośności i uzyskanie wręcz piękna dźwięku jest często osiągalne, na co ma wpływ motywacja i osobowość pacjenta.

Zaburzenie programowania mowy występujące w afazji wymaga odmiennego podejścia do problemu. Wznawiany wyraz najłatwiej wywołać metodą, która niesie to słowo w piosence, a przy współistniejącym braku czucia ułożenia narządów mowy dbałość o artykulację jest konieczna.

Kolejną grupą, którą rehabilituję metodą logopedii artystycznej, są osoby z problemem jąkania. Zaburzenie to jest na tyle złożone, że odstąpię od jego szczegółowego omawiania.

W jaki sposób jedna metoda może być skuteczna w tak różnych zaburzeniach i jednostkach chorobowych? Otóż przyczyną jest jej wszechstronność.

Meandry logopedii artystycznej

Ojciec polskiej logopedii, twórca lubelskiej szkoły logopedycznej – Leon Kaczmarek, w artykule pt. *O polskiej logopedii* [Kaczmarek, 1982] wyodrębnił osiem zasadniczych jej działów. Wśród nich kulturę żywego słowa – rozumianą jako logopedia artystyczna, zajmującą się pracą nad wyrazistą, poprawną pod względem artykulatoryjnym i intonacyjnym wymową. Dla Kaczmarka istotą logopedii artystycznej było doskonalenie wymowy. Wyróżnił jej oddziaływanie w trzech postaciach [Kaczmarek, 1991 za: Grabias, 2012]:

- 1) mechanika i technika mówienia;
- 2) frazowania i akcentowanie;
- 3) estetyka i artyzm żywego słowa.

Wiedza na temat potrzeby świadomego posługiwania się żywym słowem narodziła się w starożytnej Grecji, a termin *retoryka* (gr. *techne rhetorika* – ‘mówię celowo, stosownie, pięknie’) znany jest od ponad dwóch tysięcy lat. Arystoteles, autor podręcznika *Retoryka*, napisał, że nie wystarczy wiedzieć, co powinniśmy powiedzieć, ale jak powinniśmy. Kwintylijan, rzymski nauczyciel wymowy, autor *Kształcenia mowy*, określał retorykę jako sztukę dobrego mówienia [Maćkiewicz, 2016].

W tym miejscu przytoczę słowa Barbary Kamińskiej:

W logopedii artystycznej pracuje się nad właściwościami ortofoniczno-estetycznymi mowy, nad wyrazistością, ekspresją słowa, poprawnością akcentowania (chodzi zarówno o akcent wyrazowy, jak i zdaniowy, logiczny), frazowania tekstu i jego interpretacji, nad właściwą intonacją, odpowiednim pauzowaniem, a także nad właściwym tempem (dostosowanym do sytuacji i charakteru wypowiedzianego tekstu), oddechem i fonacją (emisją), które umożliwiają wykorzystywanie odpowiedniej siły i barwy głosu w różnych sytuacjach komunikacyjnych, a ponadto też nad adekwatnością i sugestywnością wypowiedzi [Kamińska, 2016, s. 60].

Tak szczegółową wypowiedź pozwolę sobie podsumować jednym zdaniem. W logopedii artystycznej chodzi o zdobycie sprawności mowy na najwyższym poziomie staranności.

Podstawy teoretyczne opracowanej metody

Podstawą skutecznego oddziaływania jest gruntowna wiedza teoretyczna. Aby wprowadzić narząd głosu i mowy ze stanu zaburzonego, trzeba poznać jego prawidłowe funkcjonowanie u zdrowego człowieka, zależne od ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego wraz z nerwami czaszkowymi, czynności układu mięśniowego głowy, szyi, gardła, krtani, twarzy, klatki piersiowej i mięśni posturalnych, wreszcie rozumieć współdziałanie narządów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego.

Liczne publikacje dają możliwość szerokiej orientacji w tym zakresie [por. np. Pruszewicz, 1992; Gołąb, 2000; Traczyk, 2000; Michajlik, Ramotowski, 2002; Pruszewicz, Obrębowski, 2008; Bochenek, Reicher, 2010; Górski, 2010; Skrzat, Wałocha, 2011; Abrahams, 2012; Waugh, Grant, 2012; Aleksandrowicz, 2014; Brzozowski, 2019; Paulsen, Waschke, 2019].

Impulsem do zaproponowania poniższej metody stała się praca Bożeny Wierzchowskiej *Wymowa polska* [1965]. Autorka zwróciła w niej m.in. uwagę na dwa mięśnie czworokątne wargi górnej (*musculi quadrati labii superioris*), rozmieszczone symetrycznie po obu stronach rowka widocznego nad górną wargą – unoszą one wargę do góry [Wierzchowska, 1965, s. 33]. Ta uwaga stała się dla mnie punktem wyjścia do pracy z osobami dorosłymi, gdyż ich przyczepy znajdują się właśnie w obszarach usprawnianych metodą Castillo Moralesa [por. Paradowska, 2022]. W ten sposób zaczęłam aktywizować te obszary za pomocą skurczów mięśni realizowanych przez samego pacjenta na podstawie moich wyjaśnień i wspólnych ćwiczeń.

Przy tworzeniu tej metody wykorzystałam również elementy techniki śpiewu klasycznego (m.in. uwzględniając moje muzyczne wykształcenie), służące uzyskaniu dźwięczności, nośności, wysokiej pozycji dźwięku i wyrazistości wymowy.

Metoda opiera się na ćwiczeniach związanych z ortofoniczno-estetyczną stroną mowy, wyrazistością, ekspresją słowa, poprawnością akcentowania, dotyczących frazowania tekstu i jego interpretacji, pracą nad właściwą intonacją, odpowiednim pauzowaniem, a także nad właściwym tempem, oddechem i fonacją (emisją) [por. Kamińska, 2016, s. 60].

Ćwiczenia, które przedstawiam, są wyłącznie moim sposobem usprawniania i rehabilitacji. Stosuję je w wielu różnorodnych przypadkach zaburzeń głosu i mowy, a kolejność, którą ułożyłam, wynika ze zweryfikowanych przeze mnie doświadczeń w pracy z pacjentami. Niekiedy poszczególne elementy ćwiczeń wzbogacam lub ograniczam dla lepszego zrozumienia i możliwości ich wykonania.

Obszary moich oddziaływań metodą logopedii artystycznej

Pierwszy kontakt z pacjentem to obserwacja jego warunków anatomicznych twarzy, mięśni żuchwy, szczęki, stanu psychicznego, reakcji słownej lub pozawerbalnej, a także budowanie wzajemnego zaufania. Jeżeli jest to możliwe, staram się uzyskać od pacjenta informacje, jakie ma oczekiwania, co jest dla niego największym problemem. W czasie jego wypowiedzi obserwuję postawę, sposób oddychania, stan emocjonalny.

Następnie moim obowiązkiem jest ustalenie, na czym będzie polegała nasza wspólna praca, jaka jest moja propozycja drogi do osiągnięcia oczekiwanych rezultatów. Zawsze dążę do pokonania przeszkód na kolejnych etapach nauki. Potrzebne są także

wyjaśnienia dotyczące budowy narządu głosu i wspólne rozumienie nazewnictwa. Głos ludzki – naturalny instrument dęty – funkcjonuje przy współdziałaniu trzech narządów. Generatorem dźwięku są płuca (aparatusk expiracyjny), wibratorem krtani (aparatusk fonacyjny), amplifikatorem rezonatory nasady.

Pomimo iż możliwość wydobycia głosu wiąże się z aparatem expiracyjnym, zajęć z pacjentem nie zaczynam od nauki czy korekty oddychania, a od uruchomienia artykulatorów, poczynając od mięśni twarzy.

Decyzja o wprowadzeniu ćwiczeń artykulacyjnych na początku terapii wynika z potrzeby przygotowania przez artykulatory możliwości odczucia aktywności rezonatorów. Prowadzi to do osiągnięcia wyższej pozycji dźwięku, a tym samym do odciążenia krtani. Wydobycie głosu w sposób siłowy blokuje jego nośność. Człowiek mówiący czy śpiewający może ulec złudzeniu głośności, odbierając swój głos z krtani do narządu słuchu od wewnątrz, wtedy nie ma nad nim kontroli. Ważne, żeby pacjent odczuł, że głośność nie jest tym samym co nośność głosu. Dla możliwości auto-kontroli głos musi być przez jego wykonawcę odbierany z zewnątrz. Mówię tu o pacjentach, którzy przeforsowali swój narząd z powodu błędnego użycia głosu. Z kolei osoby z porażeniem strun głosowych, jako powikłaniem po zabiegach operacyjnych, starają się moc głosu kompensować siłowym chuchaniem, co prowadzi do jeszcze większego rozchylenia szpary głośni i pogorszenia możliwości głosowych.

Oddziaływanie terapeutyczne ma nauczyć nowego sposobu wydobycia dźwięku i nowej jakości mowy. Reasumując – chodzi o wprowadzenie emisji głosu śpiewaczego dla rehabilitacji głosu mówionego i wymowy. Nie ma tu miejsca dla śpiewania, skutecznego w terapii afazji i jąkania. Chodzi o przybliżenie, podniesienie, uczynienie dźwięku nośnym, czystym, bez wysiłku krtani. Ciężar pracy przeniesiony jest na mięśnie tzw. podparcia oddechowego.

Obszary moich oddziaływań metodą logopedii artystycznej dotyczą następujących kwestii:

- 1) praca z ciałem – usprawnianie, pobudzanie ciała;
- 2) ćwiczenia wstępne dla uzyskania prawidłowej emisji głosu;
- 3) aktywizacja artykulatorów dla świadomego wykorzystania rezonatorów i uzyskania wysokiej pozycji głosu, zbliżonej do śpiewu;
- 4) wykorzystanie dźwięków nieartykułowanych i odruchów fizjologicznych;
- 5) nauka posługiwania się prawidłowym torem oddechowym;
- 6) zamknięcie oddechu, podparcie oddechowe (*appoggio*);
- 7) praca z tekstem dla skoordynowania i utrwalenia nabytych umiejętności.

Zarówno doskonalenie zdrowego głosu, jak i terapię zaburzonego prowadzę tą samą metodą, dążąc do optymalnej jakości wykonania na miarę możliwości pacjenta/klienta.

Wszystkie ćwiczenia wykonuję razem z pacjentem, tworząc w ten sposób jasny wzorzec do naśladowania. Rozpaczynam je od pracy przed lustrem, wyjaśniając, jakie mięśnie znajdują się w obrębie twarzy, jak je odczuwać, jak aktywizować i jak

przez ruchome artykulatory (wargi, język, podniebienie miękkie i żuchwę) wpływać na udział nieruchomych (czyli zębów, dziąseł, podniebienia twardego oraz tylnej ściany jamy gardłowej).

Mięśniem, który wspomaga prawidłowe funkcjonowanie wszystkich artykulatorów, jest mięsień czworokątny wargi górnej. Zaktywizowanie jego czterech przyczepów znajdujących się w obszarze punktów neuromotorycznych twarzy wyzwala określone reakcje ruchowe, takie jak unoszenie górnej wargi, rozciąganie skrzydełek nosa, ściąganie kącików ust, stymulację podniebienia miękkiego i języka – a więc funkcje połykania, żucia i artykulacyjną.

Pobudzenie mięśni czworokątnych daje gotowość narządu głosu i mowy do działania. Ta gotowość jest absolutną normą dla śpiewaka operowego przed produkcją dźwięku. Osoby z zaburzeniami głosu ukierunkowują właśnie w tę stronę. Uczę ustawienia wysokiej emisji głosu śpiewaczego dla wydobycia nowej jakości głosu mówionego. Dochodzi wtedy do odciążenia wadliwie pracujących elementów narządu głosu oraz stymulacji prawidłowego działania.

Na stymulacji punktów neuromotorycznych oparł swoje metody rehabilitacji osób z zaburzeniami neurologicznymi (dzieci i dorosłych) argentyński lekarz Rodolfo Castillo Morales. Jego działania są znane jako neuromotoryczna terapia rozwojowa oraz ustno-twarzowa terapia regulacyjna. Nietrudno odnaleźć spójność powyższej metody z metodą prezentowaną w tym artykule [por. Paradowska, 2022].

Izolowaną stymulację punktów neuromotorycznych twarzy, polegającą na rozciąganiu, uciskaniu i wibracji, stosuje w terapii ustno-twarzowej Anna Regner – wywołując lub przywracając funkcje fizjologiczne połykania, oddychania, ssania, gryzienia, żucia [por. Regner, 2019].

Ćwiczenia symetrycznych mięśni czworokątnych wargi górnej i kolejność aktywizacji przyczepów z opisem

Pierwszy przyczep znajduje się u nasady nosa między oczami.

Wywołanie kilku fałdów poprzecznych przez tzw. zmarszczenie nosa powoduje gwałtowne uniesienie górnej wargi z odsłonięciem górnych zębów. Należy zatrzymać tę pozycję z liczeniem w myśli do czterech, a na pięć opuścić wargę w taki sposób, żeby nie opadła, a odczuwalnie stopniowo przemieszczała się w dół, pozostawiając część zębów w odsłonięciu. Konieczne są wielokrotne powtórzenia. Aktywizacja punktów motorycznych pierwszych przyczepów pobudza wszystkie ruchome artykulatory – w pierwszej kolejności górną wargę, następnie podniebienie miękkie i język. Ma też wpływ na pracę żuchwy. Pierwsze przyczepy, leżące blisko siebie, ćwiczymy jednocześnie. Drugie należy ćwiczyć oddzielnie.

Drugi przyczep znajduje się na powierzchni policzkowej kości jarzmowej, między kątem oka a uchem.

Przy aktywizacji współdziała on z mięśniem jarzmowym mniejszym, jest to obszar gałęzi policzkowej nerwu twarzowego. Zanim pobudzimy ten przyczep do aktywności, korzystne jest pobudzenie mięśnia masażem szczypcowo-uciskowym (chwyt mięśnia między kciukiem a zgiętym palcem wskazującym) od dołu żuchwy do góry, czterema pasmami. Tak rozgrzanym mięśniem podciągamy kącik ust możliwie najwyżej i zatrzymujemy tę pozycję, licząc do czterech i bardzo wolnym ruchem stopniowo opuszczamy. Powstrzymywanie tego ruchu daje odczucie pracy mięśnia. Po wykonaniu ćwiczenia opracowujemy drugą stronę twarzy. Ćwiczenia nie można wykonywać jednocześnie na dwóch stronach twarzy, gdyż rozciąganie kącików na boki spowodowałoby automatyczne opadnięcie podniebienia miękkiego i spłaszczenie dźwięku. W zalecanym układzie głoski szeregu syczącego zachowują swój „uśmiechnięty” charakter, ale z kącikami ust ukierunkowanymi do góry.

Trzecie przyczepy znajdują się przy skrzydełkach nosa.

Aktywizacja skrzydełek nosa rozwiera nozdrza. Wargę górną rozciąga na szerokość i ku przodowi. Tworzy się jakby daszek, odsłaniający górne zęby. Aktywność trzecich przyczepów należy na tyle wzmocnić, by móc utrzymać górną wargę nieruchomo. Do tego układu dołączamy aktywność mięśni czworokątnych wargi dolnej. Uzyskujemy kształt warg w postaci poprzecznego prostokąta. Ten układ warg jest niezbędny w kompleksowej terapii jąkania, gdzie jednym z wielu problemów jest błędne wymawianie głosek dwuwargowych. W pierwszej fazie tworzenia głoski wargi muszą się zewrzeć, a w drugiej gwałtownie rozewrzeć, jakby odskoczyć od siebie na skutek wyobrazonego oparzenia. W ten sposób nie dojdzie do przepychania powietrza przez zamknięte wargi w tzw. zacięciu. Ten układ warg i zębów jest wzorcowy przy realizacji głosek szeregu szumiącego. Brzmienie jest czyste, bez dodatkowego szumu i zgodnie z wymową artystyczną bez zbędnego ruchu warg.

Punkty motoryczne czwartych przyczepów znajdują się w kącikach ust.

Oba kąciki aktywizujemy jednocześnie. Współdziałają one z mięśniami wewnętrznymi, jakimi są dźwignicze kącików ust. Naprowadzenie kącików do siebie daje układ warg do głosek ciszących, który wiąże się z prawidłowym brzmieniem samogłoski *i*. Dla lepszego odczuwania pracy kącików ust korzystne jest ćwiczenie z unieruchamianiem palcami połowy zwartych warg (jednostronne), podczas gdy połowa górnej wargi unosi się do góry i zatrzymuje w wyobrażeniu sylaby *pi*. Ćwiczenie wykonywane jest z każdym kącikiem oddzielnie. W przypadku porażenia jednostronnego nerwu twarzowego pobudzamy więcej razy słabszą stronę warg i kącik.

Ćwiczenie zuchwy

Po utrwaleniu umiejętności mobilizacji przyczepów mięśnia czworokątneho wargi górnej możemy przystąpić do łagodnego rozwierania zuchwy. Kształt warg powinien być kontrolowany przez aktywność do wewnątrz kącików ust. Pierwszy przyczep unosi górną wargę, co ma wpływ na aktywizację podniebienia miękkiego oraz opadnięcie tyłu języka. Środek języka spoczywa w kształcie rynienki na dnie jamy ustnej, a apex znajduje się przy dolnych zębach. W tym układzie zuchwa może swobodnie opaść nisko. Tak tworzy się obszerna przestrzeń rezonansowa. Absolutnie niewłaściwe jest gwałtowne rozwieranie zuchwy z rozciągniętymi na boki kącikami ust. Zuchwa musi być zawieszona na mięśniach, a główną rolę odgrywa tu aktywność pierwszego przyczepu mięśnia czworokątneho.

Prawidłowe rozwarcie zuchwy i układ warg kształtują samogłoskę. Warto tą drogą już na etapie początkowym poszukać ich brzmienia w izolacji.

Próby odczucia miejsca brzmienia samogłoski w rezonatorze zanosowym, określane dawniej przez nauczycieli śpiewu maską (osadzeniem na masce), warto poprzedzić mručeniami. Zupełnie błędne jest tzw. mormorando na głosce *m*, pomimo że od tej głoski pochodzi to określenie. Jeżeli przymkniętymi wargami zasłonimy zęby, pozbawimy je możliwości przeniesienia dźwięku do czaszki i jej komór rezonansowych. Najlepszą głoską prowadzącą do osadzenia dźwięku w rezonatorze jest *n*. W zależności od indywidualnych cech i sprawności języka ukierunkowującego dźwięk ćwiczymy z pacjentem wejście w rezonator od przodu przez *n* unoszone, czyli brzmienie zbliżone do geminaty głoski *n*. Wcześniej gimnastykujemy język, zmieniając wielokrotnie jego układ z rynienki na dnie rozwartej zuchwy do wysokiego, wąskiego wybrzuszenia środka języka w kierunku podniebienia twardego z apexem podwiniętym i zartym za dolnymi zębami na dnie jamy ustnej. Przymknięcie zuchwy z rozchylonymi wargami odsłaniającymi zęby daje możliwość wysłania dźwięku w rezonator. Na tej bazie poszukujemy brzmienia samogłosek – w rygorze kształtu rozwartych warg – nie jako zasady ich formowania w mowie codziennej na przyszłość, ale jako metody osiągnięcia wysokiej pozycji dźwięku odciążającej krtań.

Znaczenie ma kolejność wymawianych samogłosek (*a, e, o, u, y, i*) według pozycji rozwarcia zuchwy – od najniższej rozwartej w *a* do zwarcia zębów przy *i*. Właściwy układ kącików najłatwiej wywołać za pomocą ciszenia i wyjaśniania realizacji głosek ciszących zawierających głoskę *i*. Tak więc wargi wyprowadzone do przodu przy ściągniętych do siebie kącikach odsłaniają zęby. Przy minimalnej ilości powietrza i miękkim nastawieniu głosu pacjent jest w stanie, dzięki zębom, uzyskać odczucie aktywności rezonatora.

Chciałabym w tym miejscu ustosunkować się do publikacji, w których zalecana jest realizacja *i* przez rozciągnięcie na boki kącików ust. Taka wymowa zaprzecza logice i estetyce dźwięku.

Samogłoski wymawiane *legato* już po uzyskaniu czystego brzmienia dźwięku w rezonatorze kształtujemy, kontrolując słuchem optymalnie dźwięczne brzmienie oraz obserwując przed lustrem układ warg i żuchwy. Przy *a* i *e* żuchwa jest w jednakowo niskim rozwarciu. Dla uzyskania elementu nosowości tył języka unosi się do góry. Kąciki nie rozciągają się na szerokość. W omawianym ćwiczeniu kolejna samogłoska – *o* – wymaga mechanicznego wspomaganie kącików ust ku sobie, co dodatkowo wpływa na uniesienie w górę podniebienia miękkiego. Górne zęby pozostają odsłonięte. Wprowadzenie samogłoski *u* wymaga podciągnięcia żuchwy ku górze. Górna warga nie zmienia swego kształtu, labializuje się dolna warga. Zęby są rozwarne na szerokość włożonego między nie palca. To samo rozwarcie utrzymujemy przy przejściu do samogłoski *y*, której brzmienie wymaga zadziałania mięśniami czworokątnymi wargi dolnej dla odsłonięcia dolnych kłów. Następnie realizujemy *i*, przymykając odsłonięte zęby.

Realizacja samogłosek w ciągu fonicznym wymaga wnikliwego omówienia i jest realizowana z pacjentami po osiągnięciu kolejnego etapu na drodze do dźwięczności, nośności, wysokiej pozycji dźwięku i wyrazistości wymowy. Musi dojść do wypracowania nowych nawyków, nowej jakości mowy, która po osiągnięciu sprawności narządów oraz utrwaleniu umiejętności staje się naturalna i swobodna.

Przedstawię jeszcze drugi sposób wchodzenia w rezonator przez *n* tylnojęzykowe. Uruchamiamy prawidłową realizację głosek *ę*, *ą* przed *k*, *g* w wyrazach takich jak *księga*, *węgorz* lub wyrazach obcojęzycznych, jak *Kongo*, oddzielając pierwszą sylabę lub głoskę, zostawiamy człony *-enga*, *-engo*, *-ongo*. Unieruchamiamy żuchwę z językiem przy dolnych zębach przez zablokowanie ruchu trzema palcami włożonymi między zęby. Ciężar dźwięku osadzamy w brzmieniu tylnojęzykowego *n*, zbliżonego do naśladowania głosu krowy, następnie po przejściu przez głoskę *g* uzyskuje się wręcz potężne brzmienie osadzonej w rezonatorze ostatniej samogłoski. Istotna uwaga: żuchwa nie może być rozwierana gwałtownie, a poprzez fizjologiczny układ ziewania, wymiotowania.

W wielu publikacjach zawarte są wartościowe ćwiczenia usprawniające język, dlatego nie będę ich przytaczała, choć w każdym cyklu zajęć uważam je za konieczne. Dobre efekty daje tzw. malowanie policzków od wewnątrz, a potem siłowanie z językiem przez policzki. W pracy z osobami z różnego typu zaburzeniami mięśni, z dyzartrią, w SM, SLA, a także w pracy z zawodowymi aktorami okazują się one skuteczne. Jednak ci pacjenci, którzy noszą protezy zębowe, wolą inny sposób wzmacniania języka, choć nie powinny to być ćwiczenia zamienne, a stale stosowane. Chodzi o siłowanie z dłonią usytuowaną na dolnej wardze przy dolnych zębach i podciąganie w górę języka wyrzuconego w kształcie grotu na powierzchnię dłoni.

Z ważnych ćwiczeń usprawniających podniebienie miękkie wymienię ziewanie z wargami w kształcie ósemki – duże rozwarcie żuchwy, dociśnięcie palcami kącików ust od strony policzków do środka i w tym układzie ziewanie ze spokojnym pobraniem powietrza, oraz zatrzymaniem tej pozycji. Jest to maksymalnie siłowe

podniesienie podniebienia, odczuwalne w mięśniach szyi, z tyłu pod czaszką. Jest dużym wysiłkiem, powodującym łzawienie oczu. Sprawdza się w osiągnięciu wysokiej pozycji dźwięku.

Proces uzyskiwania i odzyskiwania przez pacjentów zdrowej emisji głosu jest nauką i sztuką. Zarówno artysta śpiewak, jak i osoba po zaburzeniach w tym zakresie dla oczekiwanego efektu musi znaleźć w sobie dużo wewnętrznej energii, by odnieść sukces.

Pacjent rozpoczynający terapię chciałby możliwie szybko dostrzec rezultaty. Wspólna praca przed lustrem, obserwacje własnej twarzy już po kilku ćwiczeniach aktywizujących mięśnie czworokątne wargi górnej, pozwalają zaobserwować drobne pozytywne różnice. To mobilizuje pacjenta i czyni go gotowym na dalsze wyzwania.

Zarówno do akcji na scenie, jak i w usprawnianiu narządu głosu konieczna jest praca z ciałem. Prowadzi to do efektywniejszego działania narządu oddechowego. Jest jakby drugim etapem na drodze do osiągnięcia kolejnych umiejętności.

Praca z ciałem polega na:

- 1) odkrywaniu i uruchamianiu naturalnej motoryki ciała;
- 2) kształtowaniu prawidłowej postawy;
- 3) przygotowaniu dynamiki ruchu zintegrowanego z oddechem;
- 4) wykonywaniu sekwencji ruchów z ukierunkowaniem uwagi na poszczególne części ciała i relacje między nimi.

Głównym celem jest poszukiwanie, odczuwanie i nabywanie świadomości własnego ciała (*soma* – ‘ciało’, somestezja – świadomość własnego organizmu). Mówimy też o somestezji artykulacyjnej, jej braku lub zaburzeniu.

Praca z ciałem i oddechem prowadzi do wypracowania świadomości ciała, opanowania umiejętności odczuwania napięć i wejścia w stan neutralny. Wiele osób powieli niekorzystne wzorce ruchowe w aspekcie motorycznym, a także w zakresie nawyków i zachowań. Efektem przewlekłych napięć jest zaburzenie postawy ciała. Napięcia zlokalizowane w obrębie klatki piersiowej utrudniają uzyskanie właściwego sposobu oddychania.

Wyzwolenie, uruchomienie naturalnej motoryki ciała ma związek z wyzwoleniem wzorca ruchowego oddechu. Ćwiczenia głosowe bez zaangażowania ciała nie przynoszą oczekiwanego efektów. Przebudzenie ciała otwiera głos.

Propozycje ćwiczeń dla pacjenta

Ćwiczenia w pozycji stojącej lub siedzącej (w zależności od możliwości pacjenta), zawsze wykonywane jednocześnie z pacjentem:

1. Gest wskazywania kierunku prowadzony miękko od łokcia, z momentem zatrzymania gestu i dołączeniem przedramienia. Ćwiczenie uczy naturalnego pobrania powietrza, zatrzymania pozycji wdechowej i pauzowania przed

wydechem koniecznym do wypowiedzenia słowa. Ćwiczenie wykorzystuje naukę realizacji gestu scenicznego.

2. Ćwiczenie nazwane przeze mnie „kocham świat”. Pozycja w rozkroku, uniesienie rąk nad głowę w zachwyceniu, radosne pobranie powietrza ustami. Zatrzymanie gestu w uniesieniu i pozycji wdechowej. Następnie skłon boczny i dotknięcie otwartą dłonią jednej ręki boku kolana z rozluźniającym wydechem. Druga ręka znajduje się nad głową. Uniesienie ciała i powrót ręki z boku do góry, ponowne pobranie powietrza i powtórzenie skłonu bocznego w drugą stronę. Ćwiczenie przygotowuje mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne do aktywności.
3. Skręty ciała – ćwiczenia powtarzane kilkakrotnie. Pozycja wyjściowa: ręce ugięte w łokciach, dłonie na wysokości klatki piersiowej, palce rąk splecione. Pobranie powietrza przez usta, skręt tułowia i wydech w bok. Następnie zatrzymanie ruchu na wydechu. Powrót na bezdechu do pozycji wyjściowej. Ponowne pobranie powietrza, skręt i wydech w drugą stronę.
4. „Przesuwanie” górnej części ciała na boki przy ustabilizowanych biodrach i w rozkroku.
5. Zwis ciała od pasa w dół z pełnym wydechem i powrót do pozycji pionowej.

Mechanizm oddychania

Oddychanie statyczne odbywa się samoistnie. Kontrolę nad nim sprawują trzy jądra w ośrodku oddechowym znajdującym się w pniu mózgu. Czynność wydobywania głosu w mowie i śpiewie wiąże się z oddychaniem dynamicznym, sterowanym. Prawdłowe w mowie i śpiewie jest pobieranie powietrza przez usta krótkim, bezgłośnym siorbnięciem lub inaczej to wyjaśniając – syknięciem do wewnątrz. Ilość zassanego powietrza powinna być regulowana przez język przy współdziałaniu przykniętych zębów. Po pobraniu powietrza bardzo istotnym momentem jest pauza, która musi zaistnieć dla zamknięcia powietrza i przygotowania górnych rezonatorów przez artykulatory.

Nie będę omawiała wszystkich typów oddychania. Jedynym właściwym do pracy głosem jest oddech żebrowo-przeponowo-brzuszny, będący też sposobem oddychania rehabilitacyjnego i leczniczego.

Ćwiczenia mięśni dolnożebrowych najlepiej zacząć od nauki odczuwania ich ruchu jednostronnie. Opis ćwiczenia: jednym palcem lewej ręki zamykamy lewe nozdrze, prawą dłonią przyłożoną do boku klatki piersiowej kontrolujemy jej rozszerzanie w czasie, kiedy przez prawe nozdrze pobieramy powietrze. To samo ćwiczenie powtarzamy, zamykając prawe nozdrze. Jednostronne odczuwanie pozwala na lepszą koncentrację w działaniu. Za każdym razem po pobraniu powietrza zatrzymujemy pozycję wdechową.

Ćwiczenia pobierania dwustronnego są ćwiczeniami oddechowymi wykonywanymi przez usta. Opis ćwiczenia: ręce ugięte w łokciach wychylonych ku przodowi,

w tym czasie pięści stykają się kostkami. Z wyobrażeniem szybkiego rozciągnięcia mocnej sprężyny na 7–10 cm, jednocześnie gwałtownie i krótko pobieramy powietrze przez usta i zatrzymujemy pozycję wdechową. Ćwiczenie to poprzedzamy mocnym opuszczeniem ramion wzdłuż tułowia z odczuciem ciężaru utrzymanego w rękach. Ćwiczenie może być wykonywane na siedząco. Przy mniejszej kondycji fizycznej, siedząc, rozciągamy na boki mocną gumę utrzymaną w dłoniach z układem łokci jak poprzednio. Za każdym razem najważniejsze jest utrzymanie pozycji wdechowej.

Sprawne posługiwanie się głosem bez wysiłku krtani, a z jej odciążeniem wiąże się ze wzmocnieniem mięśni skośnych brzucha, które są wspomagane przez mięśnie kręgosłupa lędźwiowego, pośladków i ud. Istnieje bardzo dużo ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha. U pacjentów, z którymi pracuję na siedząco, najczęściej stosuję dwa ćwiczenia w następującej pozycji: siedzimy na brzegu krzesła, tylko pośladki spoczywają na krześle. Jedna noga ułożona jak do klęku w ławce na klęczniku, podparta na palcach pod krzesłem. Druga noga spoczywa na podłodze całą stopą i wysunięta jest do przodu. Pozycja jest ustabilizowana, kręgosłup prosty:

1. Ręce unosimy do góry nad głowę, dłonie płasko, odgięte w tył, jakby dla ochrony głowy. Na hasło „spada sufit” gwałtowny ruch zatrzymania spadającego ciężaru. Pozostajemy w tej pozycji przez jakiś czas dla uświadomienia sobie i odczucia skurczu pośladków, które podnoszą się, współdziałając z lędźwiami i udami, wspomagając mięśnie skośne brzucha.
2. Pozycja na siedząco, ręce wyciągnięte do przodu, dłonie pełnią funkcję zaczepów. Wyobrażamy sobie gwałtowne przyciągnięcie do siebie ciężkiego przedmiotu, np. szafy. Nie pracujemy bicepsami ani mięśniami klatki piersiowej. Zatrzymanie ruchu jak poprzednio uświadamia pracę mięśni skośnych brzucha wspomaganych przez pośladki, mięśnie ud, lędźwi i miednicy.

Wracając do tematu pobierania powietrza, konieczne jest następnie zatrzymanie pozycji wdechowej. Rozćwiczone i wzmocnione mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne nie dopuszczają do skurczu mięśni międzyżebrowych wewnętrznych. Nie ma tu miejsca na pełne napięcie i usztywnienie, jak również nie może być mowy o odczuciu zrelaksowania. Mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne, rozciągając przeponę, która teraz jest obniżona i naciska na trzewia, zatrzymują powietrze w płucach. Powstrzymują działanie mięśni wydechowych, które w tym samym czasie prowadzą do produkcji dźwięku. Jest to balans między dwoma siłami, równowaga sił, która przez mistrzów *belcanta* określana jest jako zmaganie wokalne – *vocal struggle* lub *lotta vocale*. Jest to metoda historyczna mistrzostwa oddechowego, której nauczanie trwa od pięciu wieków. Tak więc najpierw musi nastąpić uruchomienie oddechu, zatrzymanie pozycji wdechowej, a następnie prowadzenie jakby od dołu do szczytu kolumny powietrza poprzez parcie mięśni skośnych brzucha. Płuca wypełnione mają moc utrzymania prowadzonego powietrza bez wysiłku, ale w postawie gotowości. Następuje wypływ wydechu (miękką fonacja). W tchawicy utrzymuje się pozytywne, delikatne ciśnienie. Powietrze jest dozowane i włącza się cały system górnego gardła

i części kostnych głowy, które są bazą górnego rezonansu. Na tym polega *appoggio* (mówienie i śpiewanie na podparciu).

Moich pacjentów nie przygotowuję do mistrzowskiego śpiewu, ale na tej samej zasadzie prowadzę ich do opanowania oddechu dla uzyskania prawidłowej emisji i zdrowego głosu. Prawidłowa emisja głosu (łac. *emitto* – ‘wysyłam, wypuszczam’) jest nauką i sztuką, procesem wydobywania głosu zgodnie z prawami fizjologii oraz wymogami estetycznymi.

Ostatnim etapem, wieńczącym zdobyte przez pacjenta umiejętności, jest praca z tekstem. To proces scalania i utrwalania. Przejście do sposobu mówienia, wydobywania głosu, który teraz odczuwamy jako naturalny (choć w początkowej fazie przemian wzbudzał zdziwienie lub niepokój), daje radość i satysfakcję z możliwości własnego głosu, a umiejętność frazowania, panowanie nad tempem, z dbałością o realizację norm wymowy, daje pacjentowi nową jakość w kontaktach społecznych.

Podsumowanie

W niniejszym artykule nie opisuję wszystkich ćwiczeń stosowanych przeze mnie w rehabilitacji głosu i mowy. Ze względu na zróżnicowane przypadki konieczne są dodatkowe oddziaływania, wybiegające poza metodę logopedii artystycznej – choćby ważne dla usprawniania głosu w porażeniach fałdów głosowych ćwiczenia głowy i szyi: skłony, skręty, obroty, także skręty w stronę porażoną z jednoczesną fonacją.

Nie zostały tu omówione specyficzne ćwiczenia głosu i mowy w przypadku raka języka, dna jamy ustnej czy krtani ani oddziaływania sięgające terapii psychologicznej, niezbędne dla pacjentów obciążonych chorobami neurodegeneracyjnymi, które nie poddają się leczeniu. Ważne, aby praca terapeuty dawała pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i odczucie sensu prowadzonej terapii.

Literatura

- Abrahams P., 2012, *Atlas anatomiczny. Ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie*, Warszawa: Wydawnictwo Weltbild Polska Sp. z o.o.
- Aleksandrowicz R., 2014, *Mały atlas anatomiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Artstoteles, 1988, *Retoryka – Poetyka*. Przełożył wstępem i komentarzem opatrzył H. Podbielski Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bochenek A., Reicher M., 2010, *Anatomia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brzozowski T. (red.), 2019, *Fizjologia człowieka. Konturek*, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Gołąb B.K., 2000, *Podstawy anatomii człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Górski J. (red.), 2010, *Fizjologia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologia zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–68.
- Kaczmarek L., 1982, *O polskiej logopedii*, [w:] *Język i językoznawstwo polskie w sześćdziesięcioleciu niepodległości (1918–1978), materiały konferencji naukowej*, Wrocław: Ossolineum.
- Kamińska B., 2016, *Od retoryki do logopedii artystycznej*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 53–67.
- Maćkiewicz J., 2016, *Od oratora do prezentera*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 34–41.
- Michajlik A., Ramotowski W., 2002, *Anatomia i fizjologia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Paradowska B., 2022, *Terapia ustno-twarzowa wg koncepcji Castillo Moralesa*, Poznań: Forum Media Polska.
- Paulsen F., Waschke J. (red.), 2019, *Atlas anatomii człowieka Sobotta*, t. I–III, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Pruszewicz A., 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pruszewicz A., Obrębowski A. (red.), 2008, *Zarys foniatryi klinicznej*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Regner A., 2019, *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Skrzat J., Wałocha J., 2011, *Anatomia człowieka z elementami fizjologii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Traczyk W.Z., 2000, *Fizjologia człowieka w zarysie*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Toczyska B., 1992, *Kama makaka ma*, Gdańsk: P.P.U. Mirex.
- Toczyska B., 1998, *Łamańce z dykcją*, Gdańsk: Wydawnictwo Podkova.
- Toczyska B., 2006, *Sarabanda w chaszczech*, Gdańsk: Wydawnictwo Podkova.
- Toczyska B., 2007, *Głośno i wyraźnie*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Toczyska B., 2008, *Ruch w głosie*, Gdańsk: Wydawnictwo Podkova.
- Toczyska B., 2013, *Elementarne ćwiczenia dykcji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Toczyska B., 2016, *Zacznij od samogłoski*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Waugh A., Grant A., 2012, *Anatomia i fizjologia człowieka w warunkach zdrowia i choroby*, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Wierzchowska B., 1965, *Wymowa polska*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych.