

MARTA WYSOCKA
Uniwersytet Mari Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Metody terapii czynnościowych zaburzeń głosu

The Methods of Functional Voice Disorders Therapy

STRESZCZENIE

W wielospecjalistycznej terapii czynnościowych zaburzeń głosu wykorzystuje się dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta programy terapii zawierające ćwiczenia pochodzące z różnych metod lub metody całościowe o ściśle określonej metodyce postępowania.

Artykuł zawiera charakterystykę wybranych metod i technik terapeutycznych opisanych zarówno w piśmiennictwie polskim, jak i zagranicznym.

Słowa kluczowe: zaburzenia głosu, terapia głosu, czynnościowe zaburzenia głosu.

SUMMARY

The therapy programs that are adjusted to the individual patient's needs are used in a specialized functional voice disorders therapy. Those programs, which actions are strictly specified, include the exercises taken from various methods or holistic techniques.

The article contains the profiles of the selected methods and the therapeutic techniques that are described both in the Polish and foreign writing.

Key words: voice disorders, voice therapy, functional voice disorders.

OGÓLNE ZASADY TERAPII GŁOSU

W środowisku osób zajmujących się problematyką dysfonii coraz powszechniej podkreśla się konieczność interdyscyplinarnego podejścia do terapii czynnościowych zaburzeń głosu (por. m.in. Dejonckere i in., 2003; Gębska, Wojciechowska i Żyżniewska-Banaszak, 2011; Niebudek-Bogusz, 2009; Sataloff, 2005). Wymaga ona współpracy wielu specjalistów – foniatry, logopedy, psychologa, fizjoterapeuty. Jest to nieodzowne ze względu na bardzo złożoną etiologię czyn-

nościowych zaburzeń głosu i wpływ na ich powstawanie czynników nie tylko biologicznych, ale również emocjonalnych czy społecznych. Efektem terapii czynnościowych zaburzeń głosu nie jest więc jedynie opanowanie sprawności oddechowych i fonacyjnych, lecz wykształcenie możliwości posługiwania się dźwięcznym głosem w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Aby terapia była skuteczna, musi mieć wieloaspektowy charakter. Powinny być w nią wpisane działania odnoszące się nie tylko do sfery biologicznego funkcjonowania narządu głosu, ale również te, które będą ukierunkowane na pozabiologiczne czynniki warunkujące posługiwanie się głosem w komunikacji.

Warunkiem podjęcia działań terapeutycznych przez logopedę czy trenera głosu jest współpraca z lekarzem foniatrą, do którego zadań należy wykonanie diagnozy laryngologiczno-foniatrycznej pacjenta, sformułowanie zaleceń dotyczących terapii oraz monitorowanie jej efektów.

Logopeda nie ma możliwości fizycznej ingerencji w morfologię narządu głosu. Może jedynie wpływać na jego fizjologię poprzez zastosowanie ćwiczeń zmierzających do wykształcenia prawidłowych nawyków oddechowych, fonacyjnych, rezonacyjnych i artykulacyjnych, koordynacji tych procesów oraz utrwalenia uzyskanych efektów terapii w procesie komunikacji językowej.

Należy podkreślić, że obecnie w proces terapii czynnościowych zaburzeń głosu włącza się metody i techniki relaksacyjne, pomagające pacjentowi w radzeniu sobie ze stresem, będącym często przyczyną zaburzeń głosu. W wielu przypadkach w wielospecjalistycznej terapii uczestniczy także psycholog, pomagający pacjentowi zrozumieć jego sytuację i pracować nad emocjami.

Działania fizjoterapeutyczne wspomagają proces terapii, w szczególności dysfonii hyperfunkcjonalnych, związanych z podwyższonym napięciem mięśniowym w okolicach krtani. Zadaniem odpowiednio wykwalifikowanego fizjoterapeuty jest wówczas terapia manualna, czyli masaż prowadzący do regulacji napięcia mięśni odpowiadających za postawę ciała, oddychanie, pozycję krtani i napięcie mięśni w jej obrębie, ruchomość szyjnej części kręgosłupa, ruchomość stawu skroniowo-żuchwowego. Efektem terapii jest kształtowanie odpowiedniej postawy ciała, usprawnianie prawidłowego sposobu oddychania i utrwalanie odpowiedniego ułożenia krtani.

ETAPY PRACY TERAPEUTYCZNEJ

Pomimo różnorodności metod stosowanych w terapii czynnościowych zaburzeń głosu, większość z nich opiera się na wspólnych zasadach. Zgodnie z nimi rehabilitacja głosu powinna być realizowana w zespole wielospecjalistycznym, przy współpracy ze strony pacjenta i jego zaangażowaniu. W programie terapii, oprócz morfologiczno-czynnościowych uwarunkowań zaburzeń głosu, należy

uwzględnić uwarunkowania emocjonalne i obciążenie stresem. Program terapii musi być zindywidualizowany, dostosowany do kondycji zdrowotnej i emocjonalnej pacjenta, jego wieku, płci oraz uwarunkowań socjalnych. W miarę możliwości, terapię należy zacząć jak najwcześniej, zwracając uwagę pacjenta na wszystkie oznaki poprawy głosu. W rehabilitacji głosu należy uwzględnić usprawnianie autokontroli słuchowej, wzrokowej, kinestetyczno-ruchowej czynności głosotwórczych pacjenta (Gębska i in., 2011).

Znaczną część czynnościowych zaburzeń głosu stanowią dysfonie zawodowe, w których terapii proponowane jest postępowanie obejmujące następujące komponenty:

- kompleksową diagnozę głosu;
- poinformowanie pacjenta o wynikach diagnozy oraz wzbudzenie w nim motywacji do podjęcia wysiłku związanego z rehabilitacją głosu;
- naukę zasad higieny głosu, informację o czynnikach szkodliwych, wpływie diety i kondycji fizycznej na funkcjonowanie głosowe, wskazówki dotyczące emisji głosu, działania zmierzające do zmniejszenia obciążenia głosowego;
- psychoterapię, zmierzającą do poprawy samopoczucia pacjenta, zmniejszenia napięcia oraz kształtowania umiejętności radzenia sobie ze stresem;
- zmianę nawyków głosowych pacjenta, kształtowanie prawidłowej oceny możliwości głosowych i adekwatnych do nich zachowań głosowych, propagowanie zdrowego trybu życia związane z budowaniem przekonania pacjenta o tym, że to on sam ma największy wpływ na efekty terapii;
- ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne;
- ćwiczenia emisji głosu mające na celu usprawnianie procesu fonacji, poprawę zwarcia fonacyjnego, uzyskanie miękkiego nastawienia głosowego i umiejętności panowania nad parametrami głosu;
- ćwiczenia kompensacyjne (jeśli są konieczne), np. tworzenie głosu przedsiódkowego czy zastosowanie protez głosowych;
- utrwalanie wykształconych umiejętności w codziennych zachowaniach językowych, w tym w sytuacjach zawodowych (Dejonckere, 2001; za: Niebudek-Bogusz 2009, 154).

Podobny schemat postępowania proponuje R. Sataloff (2005). Etapy terapeutyczne dzieli na cztery poziomy. Poziom pierwszy, stanowiący terapię pośrednią, obejmuje naukę zasad higieny głosu. Na poziom drugi, związany z terapią bezpośrednią, składa się nauka kontroli oddechu, miękkiego nastawienia głosowego, rezonansu, kontroli wysokości głosu i prozodii mowy. Poziom trzeci obejmuje relaksację: manualną terapię krtani, automasaż twarzy i szyi, relaksację i masaż całego ciała, elementy jogi i tai-chi. Poziom czwarty związany jest z utrwaleniem wypracowanych nawyków w różnych sytuacjach komunikacyjnych i wypracowaniem strategii autokorekty (za: Niebudek-Bogusz 2009, 154).

WYBRANE METODY TERAPEUTYCZNE

W terapii zaburzeń głosu stosuje się odpowiednio dobrane do potrzeb pacjenta ćwiczenia rozluźniające, oddechowe, fonacyjne, rezonacyjne i artykulacyjne oraz utrwalające efekty terapii w zachowaniach komunikacyjnych lub metody całościowe. Zastosowanie metody całościowej, o ustalonej metodyce postępowania terapeutycznego oraz o sprawdzonej efektywności, pozwala terapeutom na uniknięcie ewentualnych błędów metodycznych mogących wystąpić podczas nieprzemyślanego wyboru ćwiczeń pochodzących z różnych koncepcji terapeutycznych. Pomaga także sprawnie monitorować postępy terapii i jasno określić jej cel. Warunkiem osiągnięcia wspomnianych korzyści jest jednak przemyślany i trafny dobór metody.

Poniżej scharakteryzowano niektóre metody całościowe, zaczynając od tych, które są w Polsce najbardziej znane.

Metoda Akcentów

Metoda została opracowana przez S. Smitha (1976) i przeznaczona do przywracania prawidłowych czynności głosotwórczych w mowie. W Polsce stosuje się ją w Katedrze Audiologii i Foniatrii Akademii Muzycznej F. Chopina (do kwietnia 2008) w Warszawie, gdzie została również dostosowana do terapii głosu śpiewanego. W początkowych etapach terapia głosu mówionego i śpiewanego nie różni się, w kolejnych ogólne założenia są te same, inny jest natomiast materiał ćwiczeniowy. Końcowe etapy terapii są odmienne (Kazanecka i in., 2004).

Głównymi cechami tej metody są: a) oddech przeponowo-brzuszny, będący podstawą umiejętności wykonywania akcentów oddechowych związanych z odpowiednią aktywizacją mięśni oddechowych, wpływającą na poprawę czynności fonacyjnej, b) rytmiczna fonacja, a następnie, c) artykulacja głosek i sylab oraz wspomaganie wymienionych procesów ruchami ciała i ramion.

Poszczególne etapy terapii przedstawiają się następująco:

- kształtowanie prawidłowej postawy ciała,
- kształtowanie przeponowo-brzuszego toru oddechowego,
- ćwiczenia fonacyjne na spółgłoskach szczelinowych bezdźwięcznych, a następnie ich odpowiednikach dźwięcznych,
- ćwiczenia wykorzystujące spółgłoski z pojedynczym akcentem zaczynającym fonację,
- ćwiczenia wykorzystujące samogłoski poprzedzone spółgłoską [x] z pojedynczym akcentem zaczynającym fonację,
- ćwiczenia wykorzystujące pojedyncze i powtarzane kilkakrotnie wyrazy,
- realizacja akcentu w różnych wyrazach ze zróżnicowaną dynamiką głosu,
- realizacja akcentów w tekstach wierszowanych,
- realizacja akcentów w prozie,

– realizacja akcentów w dialogu; w przypadku śpiewaków – ćwiczenia wokalne na tekście muzycznym (Kazanecka i in, 2004, 82).

Metoda Kazaneckiej, Wrońskiej i Szkielkowskiej

Metoda ta, nawiązująca do Metody Akcentów, powstała jako wynik wieloletnich doświadczeń pracowników Katedry Audiologii i Foniatrii Uniwersytetu Muzycznego F. Chopina (od kwietnia 2008) w Warszawie, pracujących z osobami, które profesjonalnie posługują się głosem w mowie i śpiewie. Celem metody jest doprowadzenie do bezwysiłkowego tworzenia głosu. Stosuje się w niej początkowe ćwiczenia ruchowe, kształtujące kinestezję, umiejętność samoobserwacji i autokontroli napięć. Duży nacisk położony jest na ćwiczenia spoczynkowe ciała mające za zadanie przygotowanie do oddychania, fonacji i artykulacji w mowie i śpiewie. W kolejnych etapach znaczną rolę odgrywa również autokontrola słuchowa.

W metodzie wyróżniono poszczególne bloki ćwiczeń:

- ćwiczenia rozwijające świadomość własnego ciała, korygujące postawę i zmniejszające napięcia mięśniowe,
- ćwiczenia oddechowe i praca nad elementami cech głosu zależnymi od czynności układu oddechowego,
- ćwiczenia kształtujące spoczynkową pozycję języka i żuchwy oraz ich czynność artykulacyjną,
- ćwiczenia kształtujące poszczególne cechy głosu,
- ćwiczenia uwzględniające czynniki prozodyczne języka polskiego (Szkielkowska i Kazanecka, 2011).

Metoda Uwalniania Naturalnego Głosu K. Linklater

Jest to metoda stosowana w wielu krajach w kształceniu aktorów. Oparta jest na metodzie Iris Warren. Nawiązuje także do techniki Alexandra, jogi oraz tai-chi. Przyświeca jej założenie, że głos jest narzędziem twórczej ekspresji emocji. Praca nad nim wymaga dużej aktywności ćwiczącego i angażuje jego wyobraźnię. Uzyskanie naturalnego, swobodnego głosu możliwe jest dzięki kształtowaniu świadomości ciała oraz wykorzystaniu wizualizacji i autosugestii służących jego rozluźnieniu.

Cały cykl ćwiczeń wymaga około pół roku intensywnej pracy. Podzielony jest na etapy. Pierwszy poświęcony jest budowaniu świadomości ciała i świadomej jego relaksacji oraz uzyskaniu bezwysiłkowego głosu. Drugi etap służy kształtowaniu umiejętności wykorzystania wszystkich rezonatorów, trzeci zaś – wykorzystaniu zdobytych sprawności w interpretacji tekstu (Linklater 2012).

Metoda daje dobre rezultaty w pracy z osobami dorosłymi o dużej motywacji, szczególnie z tymi, u których zaburzenia głosu mają podłoże emocjonalne. Wymaga też dużej zaangażowania czasowego pacjenta. Atutem jej jest świadomość

uczestnictwa w ciągłym procesie rozwijania nowych umiejętności (w kolejnych etapach ćwiczenia rzadko się powtarzają w tej samej formie, co chroni przed znużeniem terapią, kształtuje przekonanie o uczestnictwie w coraz nowych doświadczeniach i wzbudza motywację do podjęcia dalszego wysiłku).

Metoda Schlawffhorst-Andersen

Ta metoda, podobnie jak poprzednie, wykorzystuje połączenie ćwiczeń emisyjnych z ćwiczeniami całego ciała. Zadaniem ćwiczeń ruchowych towarzyszących kształtowaniu właściwego oddychania, fonacji i rezonansu jest pozytywny wpływ na postawę ciała i nastrój ćwiczącego. Polegają one na rytmicznym wykonywaniu ruchów okrężnych lub swingujących podczas recytacji czy śpiewu (Niebudek-Bogusz, 2009, 155). Metoda Schlawffhorst-Andersen, zaadaptowana została obecnie przez M. Saatweber (2009) do rehabilitacji głosu nauczycieli.

Vocal Function Exercises – (Ćwiczenia funkcji głosowych)

Metoda polega na intensywnym treningu mającym na celu regulację napięcia mięśni krtani. Podstawą treningu są cztery ćwiczenia, które pacjent wykonuje podczas spotkań terapeutycznych i w domu, każde powtórzone dwukrotnie podczas ćwiczeń porannych i wieczornych.

Pierwsze ćwiczenie polega na swobodnej, jak najdłuższej fonacji samogłoski [i] na określonej wysokości skali muzycznej. Ćwiczenie służy kontroli ciśnienia podgłośniowego. Jest ćwiczeniem rozgrzewającym. Ćwiczenie drugie polega na przejściu od najniższej do najwyższej możliwej dla głosu pacjenta wysokości podczas artykulacji wyrazów „knoll” lub „whoop”, których struktura fonetyczna pomaga osiągnąć otwarcie krtani, powtarzanych kilkakrotnie bez przerw w fonacji. Towarzyszy temu wibracja na wargach. Ćwiczenie ma na celu kształcenie kontroli mięśni zaangażowanych w fonację i ich elastyczności. Określane jest jako rozciągające. Ćwiczenie trzecie skonstruowane jest na zasadzie analogii do drugiego, z tą różnicą, że tym razem ćwiczący wypowiada wyraz „knoll” lub „boom” od góry skali swojego głosu zaczynając, na dole kończąc. Ćwiczenie określane jest jako skracające, ściągające mięśnie fonacyjne. Czwarte ćwiczenie polega na długiej fonacji wyrazu „noll” (skróconej wersji wyrazu „knoll”) na czterech wysokościach muzycznych: C-D-E-F-G. Oktawa razkreślona przeznaczona jest dla kobiet, dziewcząt i chłopców przed mutacją, mała – dla mężczyzn.

W metodzie ważne jest bezwysiłkowe tworzenie głosu z miękkim nastawieniem głosowym. Zwraca się również uwagę na odpowiedni oddech i właściwą pozycję ciała (Stemple, Glaze i Klaben, 2000; Stemple 2004).

Metoda LSVT (Lee Silverman Voice Treatment)

Jest to metoda przeznaczona dla osób z niedomykalnością głośni, wykorzystywana głównie w terapii osób z chorobą Parkinsona. Stosowane w niej zadania

głosnej i wytężonej fonacji mają na celu poprawę ciśnienia wydychanego powietrza, możliwości przywiedzenia fałdów głosowych, podwyższenie aktywności mięśni krtani i koordynacji ich pracy, a także koordynacji fonacyjno-artykulacyjnej. Prowadzą one do poprawy jakości głosu i jego natężenia oraz precyzji artykulacyjnej. Służą także kształtowaniu prozodii mowy, rezonansu i poprawie zrozumiałości mowy (Baumgartner, Sapir, Raming, 2001).

Metoda LMRVT (Lessac-Madsen Resonant Voice Therapy)

Metoda przeznaczona jest dla osób zarówno z dysfonią hiperfunkcjonalną, jak i hypofunkcjonalną, o podłożu czynnościowym, anatomicznym lub psychicznym. W metodzie wykorzystuje się ćwiczenia wykonywane z małym natężeniem głosu, co służy wzbudzeniu i wzmocnieniu rezonansu. Ich celem jest nauka zmniejszania wysiłku mięśniowego związanego z fonacją.

W metodzie LMRVT kładzie się duży nacisk na autokontrolę słuchową parametrów głosu oraz wykorzystanie rezonansu w różnych sytuacjach komunikacyjnych dla wyrażania różnych intencji i emocji (Verdolini-Marston i in., 1995).

METODY I TECHNIKI RELAKSACYJNE WSPOMAGAJĄCE PROCES UZYSKANIA PRAWIDŁOWEJ FONACJI

Ze względu na dużą rolę czynników psychogennych w etiopatogenezie dysfonii czynnościowych podkreśla się konieczność włączania do procesu ich rehabilitacji metod relaksacji czy nawet elementów psychoterapii w szczególności. Postulat ten dotyczy głównie terapii zaburzeń o charakterze zawodowym (za: Niebudek-Bogusz, 2009).

Metody i techniki relaksacyjne prowadzą do redukcji stresu, a w konsekwencji – zmniejszenia napięcia mięśniowego nie tylko mięśni gardła, krtani i szyi, ale również nadmiernego napięcia mięśni całego ciała, negatywnie wpływającego na proces tworzenia głosu. Relaksacji służą metody i techniki psychoterapeutyczne, fizjoterapeutyczne oraz muzykoterapeutyczne. Poniżej scharakteryzowano niektóre z nich.

Technika Alexandra

Technika, stworzona przez australijskiego aktora Fredericka Matthiasa Alexandra, służy reedukacji psychofizycznej, której celem jest świadome eliminowanie powstałych, głównie pod wpływem stresu, niekorzystnych nawyków psychofizycznych i napięć oraz uzyskanie większej swobody ruchu i oddechu. Pozwala na kształtowanie prawidłowej postawy ciała i odpowiedniej współpracy mięśni posturalnych. Ćwiczący uświadamia sobie nieprawidłowości w postawie własnego ciała, po czym uczy się świadomej ich korekty, co pozwala

na wykształcenie nawyku zachowania prawidłowej postawy podczas mówienia. Efektem tego jest umiejętność kontroli napięcia mięśniowego, rozluźnienia mięśni i kontroli oddychania, również w sytuacji stresującej, co pozytywnie wpływa na proces tworzenia głosu (Kędzior). Technika Alexandra cieszy się obecnie dużą popularnością zarówno w terapii zaburzeń głosu, jak i w kształceniu zawodowych mówców czy śpiewaków.

Trening autogenny

Jest dość powszechnie stosowaną techniką relaksacji neuromięśniowej, opracowaną przez Johanna Heinricha Schultza. Stosowana w niej autosugestia, do której wykorzystuje się odpowiednio skonstruowany, dostosowany do możliwości ćwiczącego, powtarzany przez niego tekst, powinna doprowadzić do: uczucia ciężaru i ciepła w poszczególnych partiach ciała, regulacji oddechu i pracy serca oraz uczucia chłodu w końcowej fazie relaksacji. Efektem ćwiczeń jest uzyskanie stanu rozluźnienia, zwolnienia rytmu oddychania i koncentracji (Derra, 2005).

Progresywna Relaksacja Mięśni

To technika opracowana przez Edmunda Jacobsona. Służy umiejętności odczytywania i identyfikacji napięć mięśniowych. Polega na wykonywaniu celowych ruchów w obrębie nóg, rąk, tułowia i twarzy, co służy świadomemu napięciu mięśni, a następnie ich rozluźnianiu. Celem wykonywanych systematycznie ćwiczeń jest kształtowanie umiejętności nawykowego rozluźniania mięśni, początkowo bezpośrednio zaangażowanych w ćwiczenia, a następnie – mięśni całego ciała (Zieliński, 2011).

Relaksacja Wintreberta

Jej twórcą był Henry Wintrebert – neuropsychiatra dziecięcy. Głównym celem tej metody jest zmniejszenie napięcia emocjonalnego poprzez rozluźnienie mięśni uzyskiwane na drodze ćwiczeń biernych, wykonywanych na pacjencie przez terapeutę rytmicznie i bez przerw, co ma doprowadzić do redukcji napięcia związanego z oczekiwaniem pacjenta na kolejny ruch. Początkowo ćwiczenia obejmują rękę dominującą, w kierunku od dłoni do barku, na twarzy kończąc, następnie rękę niedominującą, nogę dominującą i niedominującą. W metodzie kładzie się nacisk na wyłączenie bodźców wzrokowych oraz na życzliwą atmosferę panującą między terapeutą a pacjentem. Ćwiczenia bierne mogą być wspomagane czynno-biernymi, wykonywanymi przy akompaniamencie muzyki (Zieliński, 2011).

Metoda Feldenkraisa

Metoda reedukacji ruchowej Moshe Feldenkraisa polega na samoobserwacji ciała i zmian, jakie w nim zachodzą pod wpływem intencjonalnego wykonywania powtarzalnych ruchów. Powtarzalność ruchów służy optymalizacji wysiłku

mięśniowego, zmniejszeniu napięcia mięśni i obciążenia stawów oraz zdobyciu kontroli nad ruchem. Celem ćwiczeń jest także kształtowanie prawidłowej sylwetki dzięki optymalnemu, wygodnemu ustawieniu głowy, ramion i miednicy (Paszkowski, 2010).

ZAKOŃCZENIE

Dobór metody czy techniki terapii głosu zdecydowanie nie może być przypadkowy. Powinien być podyktowany indywidualnymi uwarunkowaniami osoby z zaburzeniem głosu: charakterystyką zaburzenia głosu (rodzajem dysfunkcji i jej głębokością), jego przyczyną, wiekiem pacjenta, jego sytuacją osobistą i zawodową, charakterystyką osobowości i temperamentu. Dobrze jest, jeśli wyboru metody – jednej czy kilku równolegle stosowanych – dokonuje razem z pacjentem zespół specjalistów pracujących nad usuwaniem dysfunkcji.

Skuteczność metody w dużej mierze zależy od trafności jej doboru oraz metodyki jej prowadzenia, ale także od motywacji pacjenta i jego akceptacji poszczególnych działań terapeutycznych. Ważną rolę w tym procesie odgrywa kompetencja terapeuty i dobry kontakt między pacjentem a terapeutą.

BIBLIOGRAFIA

- Baumgartner Ch. A., Sapir S., Ramig L. O., 2001, *Voice quality changes following Phoniatory-Respiratory Effort Treatment (LSVT®) versus Respiratory Effort Treatment for individuals with Parkinson Disease*, „Journal of Voice”, 15(1), s. 105–114.
- Derra C., 2005, *Trening autogeny dla każdego*, Amber, Warszawa.
- Dejonckere P. H., 2001, *Occupational Voice-Care and Cure*, Kugler Publications, Haga.
- Dejonckere P. H., Crevier-Buchman L., Marie J.P., Moerman M., Remacle M., Woisard V., 2003, *Interpretation of the European Laryngological Society (ELS) basic protocol for assessing voice treatment effect*, „Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie”, 124, s. 279–283.
- Gartner-Schmidt J. L., Roth D. F., Zullo, T. G., Rosen C. A., 2013, *Quantifying component parts of indirect and direct voice therapy related to different voice disorders*, „Journal of Voice”, 27(2), s. 210–216.
- Gębska M., Wojciechowska A., Żyżniewska-Banaszak E., 2011, *Zasady i metody rehabilitacji chorych z zawodowymi zaburzeniami głosu*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, 57(2), s. 78–84.
- Harris S., 1998, *Speech therapy for dysphonia*, [w:] T. Harris, S. Harris, J. Rubin, *The Voice Clinic Handbook*, Whurr Publishers Ltd., London.
- Kazanecka E., Wrońska A., Szkielkowska A., Skarżyński H., 2004, *Zastosowanie Metody Akcentów do rehabilitacji zaburzeń głosu mówionego i śpiewanego*, „Audiofonologia”, XXVI, s. 81–84.
- Kędzior M., <http://www.technika-alexandra.pl/> [dostęp: 09.02.2014]
- Kotby M. N., 1995, *Classification of Voice Disorders. The Accent Method of Voice Therapy*, Singular Publishing Group Inc., San Diego.
- Linklater K., 2012, *Uwolnij swój głos. Tworzenie obrazów w pracy nad głosem i mową*, PWST, Kraków.

- Niebudek-Bogusz E., 2009, *Postępowanie w dysforiach zawodowych w krajach Unii Europejskiej i na świecie*, „Medycyna Pracy”, 60(2), s. 151–158.
- Niebudek-Bogusz E., Wojnicka E., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M., 2012, *Applicability of the Polish Vocal Tract Discomfort (VTD) scale in the diagnostics of occupational dysphonia*, „Logopedics Phoniatrics Vocology”, 37(4), s. 151–157.
- Paszkowski J., 2010, *Metoda Feldenkraisa, żyć bardziej świadomie*, www.metoda-feldenkraisa.pl
- Roy N., Bless D. M., Heisey D., 1997, *Manual circularyngal therapy for functional dysphonia: An evaluation of short- and long-term therapy outcomes*, „Journal of Voice”, 11, s. 321–331.
- Saatweber M., 2008, *How to help teachers' voices*, „Folia Phoniatica et Logopaedica”, 60, s. 288–290.
- Sataloff R. T., 2005, *Treatment of Voice Disorders*, Plural Publishing, San Diego–Oxford.
- Schutte H. K. (red.), 2007, *Proceedings of the 7 PanEuropean Voice Conference. 29 sierpnia–1 września 2007*, Groningen, Holandia.
- Scott S., Deary I., Wilson J., McKenzie K., 1997, *Functional dysphonia – a role for psychologists?*, „Psychology, Health & Medicine”, 2, s. 169–180.
- Smith S., Thyme K., 1976, *Statistic research on changes in speech due to pedagogic treatment the Accent Method*, „Folia Phoniatica”, 28, s. 98–103.
- Smith B. E., Kempster G. B., Sims H. S., 2010, *Patient factors related to voice therapy attendance and outcomes*, „Journal of Voice”, 24(6), s. 694–701.
- Speyer R., 2008, *Effects of voice therapy: a systematic review*, „Journal of Voice”, 22(5), s. 565–580.
- Stemple J., 2000, *Vocal function exercises*, [w:] *Voice therapy: Clinical studies*, red. J. Stemple, Singular Publishing Group, San Diego, s. 34–46.
- Stemple J., 2004, *Voice therapy: holistic techniques* [w:] *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, red. R. Kent, Massachusetts Institute of Technology MIT Press, s. 85–88.
- Szkielkowska A., Kazanecka E., 2011, *Emisja głosu – wskazówki metodyczne*, AMFC, Warszawa.
- Śliwińska-Kowalska M., Fiszler M., Niebudek-Bogusz E., Ziatkowska E., Kotyło P., Domańska M., 2003, *Ocena skuteczności terapii głosowej w leczeniu zaburzeń głosu u nauczycieli*, „Medycyna Pracy”, 4, s. 319–325.
- Verdolini-Marston K., Burke M. K., Lessac A., Glaze L., Caldwell E. (1995), *Preliminary study of two methods of treatment for laryngeal nodules*, „Journal of Voice”, 9(1), s. 74–85.
- Watson P., 2004, *Voice therapy: breathing exercises* [w:] *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, red. R. Kent, MIT Press, s. 82–85.
- Verdolini K., 2004a, *Voice therapy for adults* [w:] *The MIT Encyclopedia of communication disorders*, red. R. Kent, MIT Press, s. 88–91.
- Verdolini K., 2004b, *Voice therapy for professional voice users* [w:] *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, red. R. Kent, MIT Press, s. 95–98.
- Wysocka M., Skoczylas A., Szkielkowska A., Mularzuk M., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń głosu*, „Logopedia”, 37, s. 243–254.
- Zieliński P., 2011, *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*, Wyd. Akad. im. Jana Długosza, Częstochowa.