

Anna Walencik-Topiłko 

Uniwersytet Gdański, Instytut Logopedii, ul. Wita Stwosza 58, 80–390 Gdańsk, e-mail: anna.walencik-topilko@ug.edu.pl

Diagnoza i terapia głosu – ujęcie holistyczne. Wskazówki metodyczne oraz studium przypadku

Diagnosis and Voice Therapy: A Holistic Approach.
Methodological Guidelines and a Case Study

Słowa kluczowe: diagnoza logopedyczna, głos, holistyka w logopedii, terapia logopedyczna, zaburzenia głosu

Keywords: logopaedic diagnosis, voice, holistics in speech therapy, speech therapy, voice disorders

Streszczenie

Głos jest przedmiotem zainteresowania kilku dziedzin naukowych i specjalizacji praktycznych – m.in. logopedii, foniatrii, wokalistyki, dyrygentury chóralnej, akustyki. W niniejszym opracowaniu zostanie przedstawione ujęcie logopedyczne głosu z podkreśleniem wagi ujęcia holistycznego. Autorka przybliży je jako metodyk i terapeuta głosowy – praktyk, prowadzący różnego rodzaju zajęcia z zakresu profilaktyki, diagnozy i terapii głosu. Rozważania metodyczne poparto tematycznym studium przypadku.

Abstract

Voice is the subject of interest of several scientific and practical disciplines, including speech therapy, phoniatrics, vocal studies, choral conducting, acoustics. This study presents a speech therapy approach of the voice, emphasising the importance of the holistic approach. The author will introduce it as a methodologist and voice therapist – practitioner, conducting various types of classes in the field of voice: prevention, diagnosis and therapy. Methodological considerations were supported by a thematic case study.



© 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: 24.05.2023. Data przyjęcia: 12.09.2023

Głos – przedmiot zainteresowania wielu nauk

Głos jest przedmiotem zainteresowania wielu nauk oraz różnych działań praktycznych. Między innymi stanowi pole obserwacji w logopedii, foniatrii, wokalistyce, dyrygenturze chóralnej, aktorstwie, akustyce. Przedstawiciele tych dyscyplin obserwują i opisują głos w charakterystyczny dla siebie sposób, pod zróżnicowanym kątem oraz zwracając uwagę na jego walory estetyczne, składowe, akustyczne, mechanizm i proces jego tworzenia, prawidłową emisję lub jego choroby. Rozpatrują go jako zjawisko samodzielne, ale też jako jeden z elementów pozwalających na wyrażanie siebie i swojej osobowości. Głos podlega zatem bardzo zróżnicowanej obserwacji, diagnozie, procesom kształtowania lub rozwoju, a jeśli zachodzi taka potrzeba, to i procesowi terapii. Wszystko zależy od sytuacji i potrzeb indywidualnych osoby używającej głosu w określonych sytuacjach życiowych oraz zawodowych i problematyki, z którą zgłasza się ona do określonego specjalisty lub specjalistów. Specjaliści ci natomiast działają albo indywidualnie, albo współpracują ze sobą w określonych zakresach.

W niniejszym tekście zostanie przedstawione ujęcie logopedyczne, wpływające zarówno z kwalifikacji zawodowych, jak i doświadczenia praktycznego autorki. Jest ona zarówno wieloletnim metodykiem diagnozy i terapii głosu [zob. m.in. Walencik-Topiłko, 2005; 2009; 2018a], jak i terapeutą w tej specjalizacji logopedycznej.

Głosem w logopedii specjaliści zajmują się we wszystkich trzech podstawowych formach działań: profilaktyce, diagnozie i terapii. W tych trzech obszarach logopeda powinien wykazać się rzetelną wiedzą oraz odpowiednim doбором metod w trybie swojego postępowania. Poniżej zostaną omówione zalecane w logopedii działania dotyczące diagnozy i terapii głosu w ujęciu holistycznym. Takie bowiem ujęcie jest najbardziej efektywne – do takiego wniosku można dojść, obserwując rezultaty pracy nad głosem u wielu klientów i pacjentów.

Holistyka w logopedii

Logopedia jest dziedziną, u której podstaw leżą dwa główne hasła: interdyscyplinarność i holistyczność. Interdyscyplinarność jest w literaturze metodycznej omówiona szczegółowo [zob. m.in. Jastrzębowska, 2003]. Dotyczy zarówno historii tworzenia logopedii jako odrębnej dyscypliny dzięki korzystaniu z doświadczeń innych nauk (m.in. medycyny, psychologii, pedagogiki, językoznawstwa), jak i wpisanego w logopedię współdziałania w obszarze komunikacji językowej z innymi naukami. Widoczne jest to chociażby w częściowo pokrywającej się terminologii specjalistycznej, którą operujemy w logopedii.

Kolejnym, mającym nieco krótszą tradycję, hasłem stosowanym w logopedii jest holistyczność. Tę całościowość w oglądzie zjawisk logopedycznych i w podejmowanych

wobec nich działaniach omawiało wielu autorów opracowań metodycznych. Jej głównym celem jest optymalizacja procesu terapii. Zwraca się tu uwagę na doskonalenie wszystkich etapów działań szczegółowych. Holistyczność można realizować w połączeniu wczesnego wykrywania z precyzyjnym opisem objawów oraz systematycznością i kompleksowością oddziaływań terapeutycznych [Błachnio, 2001]. Działanie logopedyczne jest uwarunkowane poznaniem podejmowanych czynności diagnostyczno-terapeutycznych i holistycznym podejściem do nich. Logopeda, dzięki wiedzy i umiejętnościom, weryfikuje stawiane diagnozy, dostosowuje oddziaływanie wspomagające i terapeutyczne do potrzeb, możliwości i uwarunkowań wynikających z postawionych diagnoz, kompetentnie dobiera pomoce oraz jest w stanie modyfikować proces terapii [Błeszyński, 2015].

Holistyczne podejście powinno towarzyszyć logopedzie w diagnozie i terapii na poziomie doboru metod i technik postępowania, środków i pomocy dydaktycznych, kompleksowego oglądu pacjenta/klienta, jego uwarunkowań psychomotorycznych, emocjonalnych i społecznych, jego predyspozycji i oczekiwań. Przejawia się również we współpracy z nim samym, jego najbliższym otoczeniem, innymi specjalistami – w tym też innymi logopedami [Banaszkiewicz, Walencik-Topiłko, 2014].

Taki tok postępowania przyświeca logopedzie zawsze, niezależnie od zakreslenia przedmiotu zaburzeń komunikacji językowej, wobec których podejmuje działania diagnostyczno-terapeutyczne – również w odniesieniu do głosu jako podstawowego narzędzia w procesie komunikacji.

Holistyczność w diagnozie głosu

Postępowanie logopedyczne w przypadku zaburzeń głosu jest zróżnicowane i zależy od tego, czy zaburzenia głosu występują selektywnie, czy też współwystępują z zaburzeniami mowy. Do najczęstszych przypadków należą zaburzenia czynnościowe głosu u dorosłych i dzieci oraz dyslalia lub dyszartria ze współwystępującymi zaburzeniami głosu.

Działania terapeutyczne w zakresie terapii głosu należy poprzedzić diagnozą krtań, jej budowy i mechanizmów funkcjonowania. Diagnozę tę przeprowadza lekarz specjalista, foniatra lub laryngolog, dobierając odpowiedni zakres i formę badań – w zależności od schorzenia i wieku pacjenta. Jego postępowanie diagnostyczne powinno zawsze poprzedzać ustalenie programu terapii przez logopedę.

Logopeda dokonuje diagnozy głosu na podstawie wywiadu, oceny audytywnej oraz analizy dokumentacji medycznej, jeśli pacjent był już u foniatry lub laryngologa i dostał zalecenie odbycia terapii głosowej. Jeśli terapeuta głosowy jest pierwszym specjalistą diagnozującym głos pacjenta, to po wykonaniu wywiadu i wstępnej oceny

głosu odsyła na badania specjalistyczne do foniatry/laryngologa. Logopeda prowadzi diagnozę głosu na podstawie karty badania głosu.

Karta badania głosu składa się z wywiadu, analizy cech głosu pacjenta, części dotyczących sprawdzenia budowy i funkcjonowania narządów mowy oraz ewentualnych wad wymowy i błędów wymowy pacjenta.

Na podstawie danych uzyskanych z wywiadu terapeuta zdobywa wiedzę na temat dotychczasowego leczenia (foniatrycznego, laryngologicznego) lub jego braku, diagnozy lekarskiej w tym zakresie, wskazówek udzielonych przez specjalistę. Jeśli diagnozowana jest osoba dorosła z czynnościowymi zaburzeniami głosu, to ważne są również informacje dotyczące wykonywanego zawodu – pracy głosem, charakteru pracy oraz obciążenia głosu. Istotną rolę odgrywają również informacje dotyczące środowiska pracy, stosowanych leków, nałogów oraz wpływu stanów emocjonalnych na jakość głosu [Walencik-Topiłko, 2009; 2018b; Kowalewska, Walencik-Topiłko, 2014; 2015]. Analiza cech głosu dotyczy: rodzaju zaburzeń głosu (chrypka, zanik dźwięczności, zwiększona męczliwość), charakteru głosu (czysty, dźwięczny, szorstki, matowy), barwy, plastyczności i rejestru.

Sprawdzenie budowy i funkcjonowania narządów mowy odnosi się do następujących układów: oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego. Analiza pracy układu oddechowego wymagać będzie zwrócenia uwagi na: realizację oddechu statycznego i dynamicznego, tor oddechowy, sposób wdechu oraz długość fazy wydechowej. Dane na temat układu fonacyjnego pacjenta uzyskuje się w wyniku analizy audytywnej nastawienia głosowego i korzystania z rezonatorów. Badanie w zakresie układu artykulacyjnego dotyczy budowy i sprawności żuchwy, języka, warg, podniebienia miękkiego, podniebienia twardego oraz zgryzu.

Kolejnym etapem badania jest sprawdzenie jakości wymowy pacjenta przez terapeutę, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wady wymowy i błędy wymowy.

Terapeuta dokonuje oceny na podstawie prób głośniego czytania przez pacjenta odpowiednio dobranego materiału lingwistycznego, słuchania jego odpowiedzi na zadawane pytania oraz prowadzonej w czasie wizyty obserwacji postawy ciała pacjenta. W literaturze specjalistycznej z zakresu metodyki logopedycznej znaleźć można szczegółową kartę badania głosu i próby językowe do niej [Walencik-Topiłko, 2009; Kowalewska, Walencik-Topiłko, 2015].

Warto podkreślić, że tylko współdziałanie z innymi specjalistami daje możliwość całościowego oglądu problemu pacjenta/klienta i ułożenia optymalnego planu działań. W uzasadnionych sytuacjach do zespołu włączani są – obok foniatry i logopedy – fizjoterapeuta, psycholog, psychoterapeuta, psychiatra, nauczyciel śpiewu.

Holistyczność w terapii głosu

Po wykonaniu szczegółowej diagnozy logopeda układa program terapii, dopasowując ją do rodzaju i stopnia zaburzenia głosu oraz do wieku i potrzeb pacjenta. Dzięki terapii głosowej dochodzi do zmiany nawyków oddechowych, fonacyjnych i/lub artykulacyjnych.

Najczęściej program ramowy terapii obejmuje ćwiczenia relaksacyjne (umiejętność napinania i rozluźniania określonej partii mięśni, pokonywanie stresu w czasie mówienia), oddechowe (wdech równoległy nos-usta, tor przeponowy, podparcie przeponowe, umiejętność kontrolowania długości i siły wydechu), głosowe (emitowanie głosu na miękkim nastawieniu oraz użycie rezonatorów), artykulacyjne (usprawnienie narządów artykulacyjnych, wyrazista artykulacja), przyjmowanie optymalnej postawy ciała w trakcie mówienia. Ćwiczenia wstępne powinny obejmować ćwiczenia słuchowe, tak by pacjent identyfikował określone parametry głosu i mógł nad nimi pracować. Natomiast ćwiczenia uzupełniające zawierają BHP głosu oraz omówienie wpływu emocji na jakość głosu.

W literaturze specjalistycznej znaleźć można szczegółowo opracowany materiał ćwiczeniowy do poszczególnych etapów terapii [Tarasiewicz, 2003; Toczyńska, 2007; Walencik-Topiłko, 2009; 2018a; 2018b; Binkuńska, 2012]. Zazwyczaj pełny cykl terapeutyczny trwa od kilku miesięcy do roku, a ćwiczenia prowadzone są raz w tygodniu w gabinecie terapeutycznym i codziennie utrwalane przez pacjenta w domu.

Bardzo istotne jest to, by lekarz prowadzący wykonywał w czasie trwania terapii cykliczną diagnozę krtani.

Powyżej opisane postępowanie prowadzi się u pacjentów z zaburzeniami głosu. Jeśli natomiast zaburzenia mowy są dominujące, a towarzyszą im zaburzenia głosu, wówczas działania logopedy koncentrują się głównie na terapii mowy, a terapia głosu jest realizowana z mniejszym naciskiem. Przy diagnozie dyslalii (różnych postaciach wad wymowy, artykulacji) bardzo istotne jest ustalenie, czy budowa i funkcjonowanie narządów słuchu i mowy są prawidłowe. Jeśli nie, to w jakim zakresie odbiegają od normy? Ma to bowiem kluczowe znaczenie w likwidowaniu przyczyny wady wymowy oraz ustaleniu szczegółowych ćwiczeń terapeutycznych w terapii mowy. Logopeda w razie potrzeby odsyła pacjenta na specjalistyczną diagnozę laryngologiczną, prosząc o zbadanie słuchu fizycznego (będzie to wyjściowe do badania słuchu fonemowego i/lub fonetycznego), szczegółowe badanie jamy ustnej, gardłowej, nosowej oraz krtani. Logopeda musi wiedzieć, czy nieprawidłowe wybrzmiewanie głosek ma podłoże w nieprawidłowościach budowy artykulatorów, czy też w ich niesprawnym funkcjonowaniu. Jeśli jest potrzeba przeprowadzenia leczenia lub zabiegu (np. usunięcia trzeciego migdałka, podcięcia wędzidełka językowego, zlikwidowania rozszczepu podniebienia), wówczas z etapem ćwiczeń właściwych czeka się na odpowiedni moment w okresie pooperacyjnym. Logopeda powinien wykonywać z pacjentem ćwiczenia wstępne, przygotowujące do korekty artykulacji.

Natomiast jeśli przyczyna tkwi w niesprawnym lub niewłaściwym funkcjonowaniu narządów mowy (np. przy połykaniu infantylnym, przy nawykowym oddychaniem torem ustnym), wówczas zaczyna od razu realizację odpowiedniego schematu właściwych ćwiczeń terapii logopedycznej.

W przypadku dyzartrii (zaburzenie artykulacji spowodowane porażeniem) diagnozę pacjenta wykonują neurolog, neurologopeda/logopeda oraz laryngolog. Występują tu motoryczne zaburzenia mowy, wynikające z zakłóceń kontroli mięśniowej w realizacji oddychania, fonacji i artykulacji. Dochodzi wówczas do zakłócenia napięcia mięśniowego narządów mowy, dyskoordynacji w pracy ich mięśni oraz do zaburzenia tempa i precyzji ruchu. Diagnoza logopedyczna obejmuje ocenę substancji fonicznej wypowiedzi (realizacja głosek i wyrazów, realizacja cech prozodycznych – intonacji, akcentu, tempa, rytmu, donośności wypowiedzi, paramentów głosu), ocenę ogólnej zrozumiałości wymowy oraz ocenę pracy narządów mowy. Otolaryngolog w takim przypadku powinien dokonać specjalistycznej diagnozy stanu i funkcjonowania krtani, mięśni pierścienia zwierającego gardło oraz słuchu (w przypadku podejrzenia uszkodzeń narządu słuchu). Na podstawie badań diagnostycznych logopeda opracowuje optymalny program terapii dla pacjenta. Głównym celem postępowania terapeutycznego w dyzartrii jest polepszenie zrozumiałości wypowiedzi (jeśli pacjent jest mówiący) lub rozwinięcie sprawności umożliwiających budowanie wypowiedzi zrozumiałych dla otoczenia (jeśli pacjent jest niemówiący). W dyzartrii bardzo często należy przeprowadzić stymulację kompleksu ustno-twarzowego, która poprzedza ćwiczenia mowy. Obejmuje ona stymulację czynności pokarmowych: ssania, połykania, żucia, gryzienia. Logopeda dobiera wówczas odpowiednie techniki masażu oraz ćwiczeń. U pacjentów z dyzartrią może występować dysfagia (zaburzenia w przyjmowaniu i przemieszczaniu pokarmu z jamy ustnej do żołądka), dlatego logopeda przeprowadza odpowiednio dobrany zestaw ćwiczeń pośrednich (ćwiczenia motoryki warg, języka, żuchwy, podniebienia miękkiego i krtani) oraz bezpośrednich (ćwiczenia połykania z zastosowaniem treści pokarmowej).

Bardzo istotne są również ćwiczenia oddechowe – zarówno oddechu statycznego, jak i dynamicznego.

Logopeda powinien dobrać właściwe dla pacjenta metody terapii komunikacji werbalnej lub niewerbalnej. Terapia logopedyczna powinna być zintegrowana z działaniami innych specjalistów, np. lekarzy, pedagogów, psychologów.

Holistyczność przy terapii głosu wpływa bezpośrednio z konieczności postępowania zgodnie z ośmioma głównymi zasadami terapii:

1. Wczesne rozpoczynanie terapii – terapię głosu należy rozpocząć najwcześniej, jak jest to możliwe, tuż po przeprowadzeniu diagnozy. Nie należy odwlekać podjęcia decyzji o terapii. Nawet jeśli pacjent podlega jeszcze leczeniu farmakologicznemu lub powinien mieć ograniczony wysiłek głosowy, powinno się tak dobrać ćwiczenia, by mógł rozpocząć naukę prawidłowego emitowania głosu. Można wówczas zaproponować ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia motoryki

narządów artykulacyjnych lub część ćwiczeń oddechowych. Jeśli zaburzenie głosu jest niesamoistne, wówczas łączy się terapię mowy z ćwiczeniami głosu. Odwlekanie terapii działa na niekorzyść pacjenta.

2. Indywidualizacja terapii – program powinien być opracowany dla konkretnego pacjenta. Przy doborze środków, metod oraz pomocy dydaktycznych należy brać pod uwagę jego możliwości psychofizyczne (tempo pracy, poziom intelektualny, kondycję psychofizyczną). Na przykład inne ćwiczenia oddechowe stosujemy u pacjenta z zaburzeniami głosu i jękaniem (nie wprowadza się wówczas najczęściej techniki podparcia przeponowego), inne u pacjenta z guzkami głosowymi. W innej kolejności będą wprowadzane sylaby i logotomy dla pacjentów z guzkami głosowymi, a w innej dla pacjentów z niedomykalnością fonacyjną głośni. Większość terapii powinna być prowadzona indywidualnie. Terapia grupowa dotyczyć może ćwiczeń relaksacyjnych, utrwalających, oddechowych lub części artykulacyjnych.
3. Wykorzystanie wszelkich możliwości pacjenta – w procesie terapii należy wykorzystać maksymalną liczbę zmysłów pacjenta. Do ćwiczeń głosowych trzeba angażować słuch pacjenta, włączać maksymalnie procesy autokontroli, tak by słyszał różnicę między miękkim, twardym i chuchającym nastawieniem głosu. Do ćwiczeń rezonansu głosowego warto wykorzystać dotyk, by pacjent odczuł delikatnie wibracje (np. dotykanie skrzydełek nosa, policzków, czoła, czubka głowy lub klatki piersiowej). W terapii wykorzystuje się posiadane przez pacjenta umiejętności. Inaczej tłumaczy się niektóre ćwiczenia, pracując z wokalistą, inaczej z nauczycielem wychowania fizycznego, a jeszcze inaczej z telemarketerem firmy komunikacyjnej.
4. Kompleksowe oddziaływanie – z zaburzeniami głosu mogą współwystępować inne zaburzenia – nie tylko mowy i języka, ale również opóźnienia, niepełnosprawności umysłowe i motoryczne, zaburzenia lateralizacji, funkcji percepcyjno-motorycznych (funkcji wzrokowych, słuchowych, kinestetyczno-ruchowych) oraz zaburzenia emocjonalne. Dlatego należy pamiętać o całościowym oddziaływaniu terapeutycznym. Jeśli jest taka potrzeba, to współpracować należy nie tylko z lekarzem foniatrą, ale również z psychoterapeutą, fizjoterapeutą, psychologiem, logopedą.
5. Aktywny i świadomy udział pacjenta – pacjent musi czuć potrzebę ćwiczeń oraz rozumieć konieczność pełnego, czynnego udziału w zajęciach. Terapeuta powinien tłumaczyć celowość ćwiczeń, pobudzać zainteresowanie pacjenta, aktywować maksymalnie przy ćwiczeniach, motywować pozytywnie do dalszej pracy.
6. Współpraca z otoczeniem pacjenta – nie tylko pacjent, ale również jego najbliżsi mają prawo do informacji na temat rodzaju, stopnia i przyczyn zdiagnozowanych zaburzeń. Wspólnie z pacjentem i jego bliskimi należy omówić program i sposób terapii, przybliżony czas jej trwania, częstość spotkań. Należy ustalić również reguły współpracy. Najczęściej potrzebne jest określone wsparcie

rodziny dla pacjenta – albo tolerancja na określony typ ćwiczeń wykonywanych przez pacjenta w domu (np. ćwiczenia głosowe, artykulacyjne, relaksacyjne), albo pomoc przy ich wykonywaniu (np. ćwiczenia z pacjentem z dyzartrią lub jąkaniem). Należy podać, jak często pacjent powinien powtarzać ćwiczenia w domu, by przyniosły one zamierzony efekt. Jeśli zakłada się aktywny udział rodziny w ćwiczeniach domowych, to niezbędna jest również jej obecność na zajęciach. Pacjent otrzymuje także szczegółowy instruktaż ćwiczeń do domu – np. opis i nagranie.

7. Systematyczność – zasada ta dotyczy sposobu prowadzenia zajęć, które powinny być cykliczne, systematyczne i wykonywane w określonym porządku. Terminy i częstość spotkań powinny być określone z wyprzedzeniem (przesuwanie i odwoływanie spotkań demotywuje pacjenta). Spotkanie powinno przebiegać według charakterystycznego schematu, zgodnego z metodyką postępowania w przypadku danego zaburzenia. Terapia powinna przebiegać pewnymi etapami, których należy przestrzegać, a warunkiem przejścia do kolejnego jest właściwe opanowanie poprzedniego. Należy pamiętać, że terapia głosu jest procesem związanym z nabywaniem nowych umiejętności głosotwórczych oraz pozbywaniem się starych przyzwyczajęń oddechowych, fonacyjnych, artykulacyjnych, motorycznych, dlatego wymaga określonego czasu. Nie należy sztucznie przyspieszać terapii, a jedynie bacznie obserwować pacjenta i pozwolić mu spokojnie przyjmować, utrwalać i automatyzować nowe umiejętności. Najczęściej terapię głosową powinno się prowadzić przez kilka miesięcy, spotykając się z pacjentem raz lub dwa razy w tygodniu – uwzględniając jednocześnie systematyczną, codzienną pracę pacjenta w domu.
8. Stopniowanie trudności – terapię zawsze należy rozpoczynać od ćwiczeń najłatwiejszych dla danego pacjenta i przechodzić do coraz trudniejszych. Elementy ćwiczeń należy dobrać tak, by od dobrze znanych przechodzić do mniej znanych, a następnie do nowych. Zasadę tę stosuje się również przy doborze materiału lingwistycznego do terapii głosowej [Walencik-Topiłko, 2016].

Studium przypadku

Opisaną powyżej holistykę w diagnozie i terapii głosu należałoby poszerzyć o przypadek pacjenta, który ma zaburzenia głosu, ale na co dzień wykorzystuje również emisję głosu śpiewanego. W takim przypadku do zespołu specjalistów – obok foniatry i logopedy specjalizującego się w terapii głosu – powinien wejść również nauczyciel śpiewu. W postępowaniu terapeutycznym i procesie rehabilitacji bierze się także pod uwagę walory artystyczne i estetyczne głosu, a nie jedynie zdrowotne. Oba rodzaje emisji – mówiona i wokalna – są wówczas tak samo ważne. Poniżej zostanie przedstawione studium przypadku, dotyczące takiej właśnie sytuacji.

M., 16 r.ż., dziewczynka, skierowana na terapię głosu przez foniatrę. Zalecenie: indywidualne zajęcia – pomoc w rehabilitacji oddechowo-emisyjnej. Rozpoznanie: zaburzenia czynnościowe, skrócony czas fonacji, okolica międzyczręstna obrzęknięta.

Dziewczynka od 3 lat uczy się śpiewu, który jest jej pasją. Uczęszcza regularnie na zajęcia, śpiewa w chórach i solo. Zaczęła w domu i nauczycielom zgłaszać dyskomfort bólowy gardła i krtani, a głos stawał się męczliwy i mniej wydolny. Trafiła do laryngologa, następnie do foniatry. Po lekarskiej diagnostyce specjalistycznej została natychmiast skierowana do gabinetu logopedycznego i objęta systematyczną terapią głosu. Po kilkudniowym odpoczynku głosowym został wdrożony program terapii na bazie ćwiczeń:

- 1) rozluźniających – mięśnie szyi, karku, obręczy barkowej, mięśnie mimiczne i artykulacyjne;
- 2) słuchowych – słuch fonetyczny z nastawieniem na kontrolę i autokontrolę barwy oraz napięcia głosu;
- 3) oddechowych – tor całościowy przy oddychaniu dynamicznym, wypracowanie podparcia przeponowego, delikatne i świadome opanowanie siły wydechu w trakcie fonacji;
- 4) fonacyjnych – uczynnienie rezonatorów, wypracowanie fonacji z techniką „na maskę”, otwarcie na miękkie nastawienie głosu;
- 5) usprawniających motorykę narządów artykulacyjnych – głównie stawu skroniowo-żuchwowego, tyłu języka, podniebienia miękkiego oraz górnej wargi;
- 6) świadomości postawy ciała w trakcie fonacji;
- 7) artykulacyjnych na tekstach mówionych i śpiewanych – mormoranda i samogłoski, grupy spółgłoskowe.

Oprócz tego omówiono szczegółowo elementy poprawnej emisji głosu oraz higienę głosową.

Podjęto współpracę z doświadczonym nauczycielem śpiewu. Wprowadził on na zajęciach:

- 1) dostosowanie materiału wokalnego do skali M.;
- 2) regularne rozgrzewki głosowe przed śpiewem;
- 3) zmianę techniki emisyjnej w śpiewie;
- 4) modyfikację barwy głosu.

Zajęcia terapeutyczne prowadzono systematycznie przez rok, 1–2 razy w tygodniu, ze stałymi ćwiczeniami utrwalającymi w domu. Dziewczynka nagrywała też zadany materiał, a następnie był on wspólnie z terapeutą analizowany pod względem poprawności oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej. Jednostka zajęciowa trwała 45–80 minut.

Lekcje śpiewu prowadzono półtora roku, raz na tydzień lub dwa tygodnie.

Diagnoza foniatryczna była przeprowadzona regularnie co 6 miesięcy. Pierwsza kontrola wykazała poprawę stanu krtani, druga pełną normę.

Odotowane efekty: poprawa zdrowia głosu, jakości głosu, wyjście z powtarzających się infekcji oraz dyskomfortu bólowego. Głos stał się wydolny i dźwięczny.

Po sześciu miesiącach po zaprzestaniu wszelkich działań terapeutycznych wykonano wywiad z M. i jej matką. Dziewczynka nadal śpiewa intensywnie, natomiast przestrzega wyuczonyj techniki emisyjnej oraz stosuje się do zaleceń. Głos utrzymuje się w pełni zdrowia.

Podsumowanie

Diagnoza i terapia głosu są procesami złożonymi. Aby wykonać je optymalnie i efektywnie, należy pamiętać o holistyczności w podejmowanych działaniach. Powinno się zapewnić odpowiednio współpracujący z pacjentem/klientem zespół specjalistów, nastawiony na szczegółowe dopasowanie celów postępowania w zależności od jednostki zaburzenia oraz możliwości pacjenta – jego uwarunkowań psychomotorycznych, emocjonalnych, społecznych, predyspozycji, oczekiwań. Należy dobrać właściwie metody i techniki, formy terapii, środki oddziaływania i pomoce dydaktyczne.

Literatura

- Banaszkiewicz A., Walencik-Topiłko A., 2014, *Model współpracy logopedy z otoczeniem pacjenta – założenia teoretyczne i rozwiązania praktyczne*, [w:] D. Baczała, J.J. Błęszyński (red.), *Terapia logopedyczna*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 85–96.
- Binkuńska E., 2012, *Higiena i emisja głosu mówionego*, Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
- Błachnio K., 2001, *Vademecum logopedyczne*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Błęszyński J.J., 2015, *Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w logopedii*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 228–237.
- Jastrzębowska G., 2003, *Podstawowe problemy logopedii*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, t. 1, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 301–389.
- Kowalewska E., Walencik-Topiłko A., 2014, *Zaburzenia głosu u osób z wadą słuchu – diagnoza i terapia*, [w:] D. Baczała, J.J. Błęszyński (red.), *Muzyka w logopedii*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 165–177.
- Kowalewska E., Walencik-Topiłko A., 2015, *Metodyka diagnozy i terapii głosu*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 270–286.
- Tarasiewicz B., 2003, *Mówię i śpiewam świadomie*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Toczyńska B., 2007, *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Walencik-Topiłko A., 2005, *Ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 303–328.
- Walencik-Topiłko A., 2009, *Głos jako narzędzie*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Walencik-Topiłko A., 2016, *Dobór materiału lingwistycznego oraz zasady prowadzenia ćwiczeń w terapii głosu*, [w:] B. Tarasiewicz (red.), *Kształcenie wokalne*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, s. 367–379.
- Walencik-Topiłko A., 2018a, *Profilaktyka, diagnoza i terapia głosu: zadanie i wyzwanie dla logopedy*, „Forum Logopedy”, nr 27, s. 4–9.
- Walencik-Topiłko A., 2018b, *Rehabilitacja logopedyczna w otolaryngologii*, [w:] J. Kuczkowski (red.), *Metody badań i rehabilitacji w otorynolaryngologii*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 321–330.