

Barbara Sambor

Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy studentów wyższych szkół teatralnych

Logopedia Silesiana 3, 250-258

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

BARBARA SAMBOR

Państwowa Wyższa Szkoła Teatralna im. L. Solskiego w Krakowie

Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy studentów wyższych szkół teatralnych

ABSTRACT: The article presents preliminary results from the research on the biological determinants of speech in theatre academy students. The aim was to establish the frequency and intensity of the observed disorders. Analysis of the results inclines to ask questions – how early should entrants begin preparing for the exam; whether the speech diagnosis in case of young actor should differ significantly from the standard procedure?

KEY WORDS: speech therapy, ankyloglossia, malocclusion, primary functions, oral habits

Wstęp

W niniejszym artykule prezentuję wstępne wyniki badań logopedycznych studentów wydziałów aktorskich państwowych wyższych uczelni teatralnych. Skoncentruję się na analizie wyników badań uwarunkowań anatomiczno-czynnościowych badanych osób i ewentualnym wpływie tych uwarunkowań na wymowę. Wyniki badań zostały poddane wstępnej analizie matematycznej (dotyczącej ustalenia częstości występowania danej cechy). Nie można więc traktować ich jako ostatecznych rozstrzygnięć. Zgromadzone dane sygnalizują jedynie wybrane problemy z zakresu współczesnej logopedii artystycznej.

Zadaniem wyższych szkół teatralnych¹ jest jak najlepsze przygotowanie młodych ludzi do pracy w teatrze, filmie, telewizji, radiu i szeroko rozumianych mediach. Program kształcenia obejmuje intensywne zajęcia aktorskie i aktorsko-

¹ W Polsce istnieją trzy państwowe uczelnie teatralne, dające uprawnienia do wykonywania zawodu aktora oraz tytuł magistra sztuki. Są to: Akademia Teatralna im. A. Zelwerowicza w Warszawie (z wydziałem zamiejscowym w Białymstoku), Państwowa Wyższa Szkoła Filmowa, Telewizyjna i Teatralna im. L. Schillera w Łodzi, Państwowa Wyższa Szkoła Teatralna im. L. Solskiego w Krakowie (wraz z wydziałami zamiejscowymi we Wrocławiu i w Bytomiu).

-techniczne, takie jak nauka operowania głosem (w mowie i w śpiewie) oraz ćwiczenia wyrazistości mowy. W niektórych szkołach teatralnych studenci mogą skorzystać z indywidualnych konsultacji logopedycznych. Liczba godzin dydaktycznych, ich intensywność oraz specyfika zawodu aktora (presja efektu, stres, wielopoziomowa praca nad ciałem, słowem i wyobraźnią) sprawiają, iż praca nad wymową jest trudna i nie zawsze przynosi pożądane rezultaty. W automatyzacji nowych wzorców artykulacyjnych nie pomagają ekstremalne stany emocjonalne, w których studenci muszą działać podczas zadań aktorskich i improwizacji. Praca nad techniką nie powinna przesłonić celu nadrzędnego, którym jest wykształcenie twórczego, sprawnego, samodzielnego aktora. Brak umiejętności technicznych bądź niewłaściwe ich wykształcenie (generowanie dodatkowych napięć, nadmierna autokontrola, nadwyrężenie więzadeł głosowych lub uszkodzenie stawów skronio-wo-żuchwowych) mogą w przyszłości utrudniać lub wręcz uniemożliwić wykonywanie zawodu aktora.

Młody aktor powinien być gotów na wykonanie żmudnej technicznej pracy nad wymową, by spełniała ona wymagania wymowy scenicznej, nie tylko w zakresie poprawności ortofonicznej. Wymowa sceniczna polega bowiem „nie tylko na poprawności, ale głównie na szczególnej wyrazistości [...] na pokonywaniu nie tylko głosem, ale przede wszystkim sposobem artykulacji znacznej przestrzeni”². W utworach pisanych wierszem „dyscyplina wymawianiowa musi się w zwiększyć w celu uwydatnienia całej strony fonicznej utworu”³. Obecnie, kwestia uzyskania czystości artykulacyjnej – przy wszechobecnych na scenach mikroportach – jest szczególnie aktualna.

Zadałam pytania: Jakie zaburzenia anatomiczno-czynnościowe obserwuje się wśród specyficznej grupy, jaką są studenci wyższych szkół teatralnych? W jakim stopniu uwarunkowania biologiczne mogą przeszkadzać młodym aktorom w uzyskaniu wymaganej sprawności? Jakie warunki musi spełniać młody człowiek, by móc myśleć o zawodzie aktora? Czy każde zaburzenie artykulacji lub fonacji jest determinowane biologicznie, czy może wynika ze zwykłego „niechlujstwa” mówienia?

Materiał, metody

Badaną grupę stanowili studenci wydziałów aktorskich wyższych uczelni teatralnych, o specjalnościach: aktorskiej i wokalnno-aktorskiej. Opisywana grupa liczyła 116 osób, mieszczących się w przedziale wiekowym 18–25 lat. Badanie

² D. MICHAŁOWSKA: *O podstawach polskiej wymowy scenicznej*. Kraków, Państwowa Wyższa Szkoła Teatralna 1994, s. 7–8.

³ *Ibidem*, s. 16.

obejmowało m.in. logopedyczną ocenę biologicznych uwarunkowań mogących mieć wpływ na artykulację głosek polskich, a także ocenę realizacji poszczególnych fonemów.

Oceniana była budowa całej przestrzeni ustno-twarzowej: warunki zgryzowe, budowa warg, języka, stopień skrócenia wędzidełek, wargi górnej oraz języka, budowa podniebienia twardego i miękkiego. Oceniałam też drożność jamy nosowej z uwzględnieniem ewentualnego skrzywienia przegrody nosowej (w wywiadzie; osoby z podejrzeniem skrzywienia przegrody lub innych schorzeń górnych dróg oddechowych zostały skierowane na konsultację laryngologiczną).

Uwarunkowania czynnościowe oceniałam pod kątem: nieprawidłowości w zakresie funkcji prymarnych⁴ – oddychania, pozycji spoczynkowej warg, żuchwy i języka (podczas oddychania), połykania, występowania nieprawidłowych odruchów z obszaru orofacjalnego, zaburzeń ruchomości żuchwy wynikających z nieprawidłowości w obrębie mięśni żucia lub dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych⁵, występowania parafunkcji narządu żucia, sprawności narządów artykulacyjnych, zaburzeń fonacyjnych, toru oddechowego oraz ogólnego napięcia mięśni. Dalsza część badania⁶ obejmowała również ocenę artykulacji – na podstawie mowy spontanicznej, własnego testu artykulacyjnego i fragmentów interpretowanych tekstów literackich, oraz słuchową, wzrokową i czuciową ocenę realizacji fonemów, z wykorzystaniem prób Czermaka i Gutzmanna (w niektórych przypadkach dokonano również analizy akustycznej). Badani poddani zostali również badaniu praktyki oralnej, lateralizacji, orientacyjnemu badaniu słuchu; przeprowadzony został też wywiad dotyczący przebiegu ciąży, porodu, karmienia, rozwoju mowy, chorób wieku dziecięcego.

Z podsumowania badań zostały wykluczone osoby z zaburzeniami słuchu fizjologicznego i słuchu fonemowego.

Wyniki

Badaną grupę (116 osób) podzielono – na podstawie uzyskanych wyników – na cztery podgrupy:

- I. grupa – brak nieprawidłowości anatomicznych i brak zaburzeń czynnościowych;

⁴ Por. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego 2011, s. 125.

⁵ Oceniane były nieprawidłowości budowy / czynności mięśni żucia oraz stawów skroniowo-żuchwowych, odczuwalne w badaniu palpacyjnym.

⁶ Wyników uzyskanych w tej części badania nie prezentuję w niniejszym opracowaniu – wymagają opracowania z użyciem analiz statystycznych.

- II. grupa – występują nieprawidłowości anatomiczne w różnym natężeniu, brak zaburzeń czynnościowych;
- III. grupa – przy braku nieprawidłowości anatomicznych występują zaburzenia czynnościowe;
- IV. grupa – współistnieją zaburzenia anatomiczne i czynnościowe.
Uzyskane wyniki prezentuję w tabelach 1., 2., 3.

TABELA 1. Warunki anatomiczno-czynnościowe studentów państwowych wyższych uczelni teatralnych

Grupy		Liczba	Procent
I	Brak nieprawidłowości anatomicznych, brak zaburzeń czynnościowych	21	18,10
II	Nieprawidłowości anatomiczne, brak zaburzeń czynnościowych	30	25,86
III	Dobre warunki anatomiczne, zaburzenia czynnościowe	27	23,28
IV	Nieprawidłowości anatomiczne oraz zaburzenia czynnościowe	38	32,76

TABELA 2. Częstość występowania zaburzeń anatomicznych w grupach II i IV

Częstość występowania zaburzeń anatomicznych	Liczba	Procent
Wady zgryzu	39	33,62
Skrócenie wędzidełka II–V*	44	37,93
Podniebienie gotyckie	22	18,97
Skrzywienie przegrody nosowej / niedrożność jamy nosowej i/lub zatok	12	10,34
Skrócenie przestrzeni podnosowej	9	7,76
Asymetria podniebienia miękkiego	3	2,59
Skrócenie wędzidełka wargi górnej	2	1,72

* Według pięciostopniowej rozszerzonej skali B. Ostapiuk, zaproponowanej przez D. Plutę-Wojciechowską (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Badanie logopedyczne młodych adeptów sztuki teatralnej*. W: *Logopedia u progu XXI wieku*. Seria *Mowa i Myślenie* 3. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMERKA. Wrocław, Mkwadrat 2010, s. 183).

TABELA 3. Zaburzenia czynnościowe w grupach III i IV. Częstość występowania

Zaburzenia czynnościowe – częstość występowania	Liczba	Procent
Zaburzenia pozycji spoczynkowej języka** i/lub połykania	50	43,10
Parafunkcje narządu żucia	17	14,66
Wzmoczone lub mieszane napięcie mięśniowe	4	3,45
Słaba sprawność narządów artykulacyjnych	4	3,45
Zaburzenia odgryzania, gryzienia, żucia	3	2,59
Nadwrażliwość w obrębie jamy ustnej	2	1,72

** Podczas oddychania fizjologicznego.

Opisując zaburzenia, przyjął, iż jako „słabą sprawność narządów artykulatoryjnych” klasyfikować będę przypadki o niewyjaśnionej etiologii – niepowikłane skróceniem wędzidełka, zaburzeniami funkcji prymarnych czy wadą zgryzu. Przez „parafunkcje narządu żucia” rozumiem wszelkiego rodzaju parafunkcje: zwarciove i niezwarciove⁷ – ujawnione w badaniu palpacyjnym i potwierdzone w badaniu stomatologicznym.

Dyskusja

Próbuję – na podstawie zgromadzonych w badaniach danych – odpowiedzieć na pytanie: Jakie zaburzenia anatomiczno-czynnościowe obserwuje się wśród specyficznej grupy młodych osób dorosłych, jaką są studenci wyższych szkół teatralnych? Dalsze moje badania i analizy koncentrują się na tym, w jaki sposób poszczególne zaburzenia wpływają na normatywną realizację fonemów. Jak można było przypuszczać, już pierwsze, wstępne wyniki potwierdzają, że najmniejszą liczbę niekształceń głosek odnotowano w I grupie osób, posiadających teoretycznie idealne warunki do mówienia. W IV grupie są osoby z nakładającymi się nieprawidłowościami o różnym stopniu nasilenia – wśród nich odsetek nienormatywnych realizacji wzrasta kilkukrotnie⁸.

Większość badanych osób (62,93% studentów) ma prawidłowe warunki zgryzowe. Jak wykazały badania Liliany Konopskiej⁹, pewne wady zgryzu, np. zgryz otwarty czy wady doprzednie, właściwie uniemożliwiają uzyskanie normatywnej wymowy. Moje badania potwierdzają, iż osoby z tego typu wadami – ze zgryzem otwartym oraz wadami doprzednimi – nie są przyjmowane do szkół teatralnych. Nie oznacza to, oczywiście, że pozostałe obserwowane u studentów uczelni teatralnych nieprawidłowości pozostają bez wpływu na jakość artykułowanych głosek. Najczęściej występujące u badanych wady polegają na zmniejszeniu (8,62%) bądź zwiększeniu nagryzu pionowego (6,90%). Nieco rzadziej zdarzają się przypadki zwiększonego nagryzu poziomego – do 4 mm (5,17%), czy też zwężenia łuków zębowych, współwystępujące najczęściej z tzw. podniebieniem gotyckim (3,45%). Stłoczenia

⁷ „Parafunkcje niezwarciove to nawyki ruchowe odbywające się bez kontaktu zębów przeciwstawnych, np. nagryzanie błony śluzowej warg i policzków oraz różnych przedmiotów [...], obgryzanie paznokci, skórek wokół paznokci oraz żucie gumy [...] parafunkcje zwarciove odbywają się z kontaktem zębów przeciwstawnych. Do tej grupy zaliczamy nawykowe zaciskanie zębów lub zgrzytanie zębami”. K. SZWEDZIŃSKA, J. SZCZEPAŃSKA: *Zaburzenie narządu żucia u dzieci i młodzieży – na podstawie piśmiennictwa*. „Borgis – Nowa Stomatologia” 2012, nr 2, s. 45–49.

⁸ Na przykładzie realizacji fonemu /š/: w I grupie 20% badanych osób realizuje fonem nieprawidłowo, w grupie IV – aż 85,71%.

⁹ L. KONOPSKA: *Wymowa osób z wadą zgryzu*. Szczecin, Media Druk 2007, s. 96.

czy rotacje zębów oraz diastemy zostały ujęte w wynikach badań tylko w przypadku stwierdzenia ich istotnego, determinującego wpływu na wymowę (osobnym już problemem jest to, czy powinny być leczone, jeżeli ewentualne zmiany pozostaną bez wpływu na wymowę, lecz istotnie wpłyną na poprawę estetyki twarzy; moim zdaniem – tak). W pięciu przypadkach (4,31% badanych) stwierdziłam wielopłaszczyznowe, powikłane zaburzenia, wymagające pilnej konsultacji ortodontycznej. Dwie spośród wymienionych osób miały już za sobą próby leczenia ortodontycznego.

W przypadku wad zgryzu największe zniekształcenia głosek występują, oczywiście, w przypadku szeregów dentalizowanych – nawet jeżeli układ masy języka jest prawidłowy, co zdarza się stosunkowo rzadko. Osoby dorosłe, zdając sobie sprawę z niedostatków wymowy, poszukują kompensacyjnego układu żuchwy, warg, języka. Nierzadko efekt jest daleki od oczekiwań – jedna z badanych osób, chcąc skorygować wadę dotylną, doprowadzała do przekroczenia linii zgryzu podczas dentalizacji. Uzyskany efekt niczym się nie różnił od wymowy osoby ze znacznym przodozgrzyzem. W dwóch przypadkach znaczne zwężenie górnego łuku zębowego spowodowało dolny i doprzodni układ masy języka w trakcie artykulacji głosek miękkich (podobne zależności można zauważyć w wymowie osób w trakcie leczenia aparatem stałym). Ze względu na możliwość wypracowania kompensacyjnych doprzodnich ruchów żuchwy wymowa osób z niewielkim zwiększeniem nagryzu poziomego może spełniać wymogi wymowy scenicznej. Niestety, przy mocno zwiększonym nagryzie poziomym tym kompensacjom często towarzyszy nadmierne obciążenie stawów skroniowo-żuchwowych – niefizjologicznym ruchom doprzodnim będą towarzyszyły nieprawidłowości koordynacji ruchów krążków stawowych i głów żuchwy¹⁰. Każda wada zgryzu musi więc być skonsultowana z ortodontą w celu dobrania najlepszej metody leczenia.

Jedna z badanych osób była w trakcie leczenia stałym aparatem ortodontycznym – na obu łukach zębowych (powodem rozpoczęcia leczenia była znaczna protruzja dolnych i górnych siekaczy). Praca nad wymową w trakcie leczenia ortodontycznego jest utrudniona, szczególnie w początkowej fazie leczenia – w trakcie rozszerzania górnego łuku aparat przez kilka miesięcy całkowicie uniemożliwia wzniesienie dorsum. W miarę możliwości leczenie ortodontyczne powinno się przeprowadzić przed rozpoczęciem studiów, choć nie zawsze jest to możliwe (oczekiwanie na wyróżnienie trzecich zębów trzonowych, wieloetapowe leczenie rozłożone w czasie itd.). Często zdarza się, że kandydat zdejmując aparat ortodontyczny wcześniej, niż sugerował to lekarz ortodonta – właśnie ze względu na egzaminy wstępne. Są to błędne decyzje, mogące rodzić poważne skutki. Pomimo utrudnień związanych z leczeniem ortodontycznym, jeżeli jest ono konieczne, powinno być kontynuowane. W miarę możliwości można natomiast brać pod uwagę, zamiast stałej retencji po zakończeniu leczenia, ruchome szyny retencyjne.

¹⁰ M. KLEINROK: *Zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia*. Lublin, Czelej 2012, s. 111.

W wynikach badań zastanawia duża liczba osób z zaburzeniami pozycji spoczynkowej języka w trakcie oddychania i z zaburzeniami połykania – w zaledwie dwóch przypadkach spośród 50 zaburzeniom połykania towarzyszyły współruchy warg i zuchwy. Różnicowałam następujące wadliwe sposoby połykania: połykanie dorsalne, połykanie dorsalne z przyruchem, połykanie z językiem ułożonym na zębach – z tłoczeniem lub bez. Niezależnie od typu połykania u osoby dorosłej¹¹ właściwie nie spotkamy zewnętrznych oznak nieprawidłowo przebiegającej czynności połykania. Żadna z badanych osób nie utrzymywała też języka w trakcie połykania między rozchylonymi łukami zębowymi. Tymczasem wszystkie osoby z zaburzeniami pozycji spoczynkowej języka i/lub połykania¹² prezentowały nienormatywną wymowę przynajmniej jednego szeregu głosek dentalizowanych. W budowie artykulacyjnej nienormatywnych głosek występuje podobieństwo w ułożeniu masy języka w pozycji spoczynkowej i/lub podczas połykania, co skłania do przyjęcia hipotezy Danuty Pluty-Wojciechowskiej o stosowaniu przez pacjentów strategii kompensacyjnych – podobnych w zaburzeniach czynności prymarnych i w artykulacji¹³.

Wstępne analizy matematyczne wyników badań anatomiczno-czynnościowych i badań realizacji fonemów ukazują dużą korelację między występowaniem nienormatywnej wymowy u osób dorosłych a ich uwarunkowaniami biologicznymi. Zaburzenia o dotychczas niezbadanej etiopatogenezie mogą wynikać z nieprawidłowej budowy i funkcji układu stomatognatycznego. Przykładem niech będzie mityczny „szczękościsk”¹⁴, zmora kandydatów na studia aktorskie oraz młodych aktorów. Z moich badań wynika, iż „szczękościsk” jest jedynie efektem głębszych zaburzeń (ankyloglosji¹⁵ oraz parafunkcji narządu żucia), nigdy nie występuje samo-

¹¹ Obserwacje te potwierdzają moje badania prowadzone na osobach dorosłych z wadami wymowy (niezwiązanych z zawodem aktora). W 94-osobowej grupie dorosłych 81 osób prezentowało zaburzenia czynności prymarnych, w tym wadliwy wzorzec pozycji spoczynkowej i/lub połykania.

¹² W kilku przypadkach zaburzenia pozycji spoczynkowej języka nie były tożsame z zaburzeniami połykania, np. przy wadliwej, dolnej pozycji spoczynkowej języka można było zaobserwować prawidłowy, dojrzały wzorzec połykania, ze wznoszeniem końca języka do górnych dziąseł. Ze względu na małą liczbę takich przypadków i niemożność wykonania obiektywnych badań obrazowych trudno na razie rozważać, na ile częsta jest tego rodzaju rozbieżność.

¹³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Patofonetyka mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Bytom, Ergo-Sum 2010, s. 80.

¹⁴ W potocznym rozumieniu – zaburzenia otwarcia samogłosek, mały zakres ruchów dowolnych zuchwy. W ujęciu medycznym – niemożność rozwarcia szczęk, np. z powodu powikłań pooperacyjnych, chorób rozrostowych lub zaburzeń neurologicznych. Por. B. LATKOWSKI: *Otarynolaryngologia – podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa, PZWL 1998.

¹⁵ Jako pierwsza pisała o tym D. Pluta-Wojciechowska: „[...] warto zwrócić uwagę, że brak otwarcia jamy ustnej przy artykulacji samogłosek występował także w grupie osób ze skróconym wędzidełkiem, co skłania do refleksji związanej z ograniczoną ruchomością języka, która może utrudniać wymowę nie tylko spółgłosek, ale także samogłosek”. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Badanie logopedyczne młodych adeptów sztuki teatralnej. Badanie logopedyczne młodych adeptów*

istnie bez biologicznej przyczyny¹⁶. Czy można więc go usunąć za pomocą ćwiczeń z korkiem? Czy uda się skutecznie skorygować np. seplenie boczne bez usunięcia jego przyczyny (nieprawidłowości zgryzowych, skróconego wędzidełka, zaburzeń żucia)? Czy wobec tego logopedia artystyczna powinna nadal koncentrować się tylko na nauczaniu norm ortofonicznych – czy dobra wymowa jest tylko „umiejętnością”, którą można nabyć?

Wnioski

Liczba zaburzeń występujących u studentów i ich natężenie skłaniają do głębszej refleksji. Grupa studentów stanowi grupę wyselekcjonowaną podczas egzaminów wstępnych – w każdej ze szkół teatralnych integralną częścią egzaminu wstępnego jest ocena wymowy i narządów mownych kandydata. Liczba kandydatów na wydział aktorski przekracza tysiąc osób, na I rok studiów przyjmowanych jest, w zależności od uczelni, od 20 do 30 osób. Pierwszy, przesiewowy etap egzaminu pozwala – przynajmniej w zamiarze – wykluczyć osoby z poważnymi wadami wymowy oraz wadami organicznymi. Mimo tej selekcji ponad połowa badanych studentów – jak poświadczają wyniki badań (por. tabela 1.) – posiada wady anatomiczne mogące utrudniać lub uniemożliwiać uzyskanie normatywnej wymowy, spełniającej wymogi wymowy scenicznej i radiowej. Można więc postawić pytanie: Skoro wybrane w drodze przesiewowych egzaminów osoby posiadają biologiczne obciążenia, to jaki jest poziom artykulacji młodzieży przystępującej do egzaminów wstępnych? Badania takie nie były prowadzone, natomiast w powszechnej opinii pedagogów obserwuje się wśród kandydatów tendencję do coraz gorszej wymowy (szacunkowo można ocenić, że około 80–90% kandydatów mówi w sposób uniemożliwiający podjęcie studiów aktorskich). Jakie są powody takiej sytuacji? Być może przyczyniają się do tego zmiany w sposobie karmienia niemowląt i dzieci (brak karmienia naturalnego, kubki „niekapki”, miksowane jedzenie), zmiana modelu rozwoju psychoruchowego, infekcje i coraz częściej występujące alergie. Można podejrzewać, że często leczenie ortodontyczne, czyli niekiedy całkowita zmiana warunków zgryzowych, prowadzone jest bez towarzyszącej terapii logopedycznej (tak wynika z wywiadów przeprowadzonych w trakcie badań – badani zdecydowanie częściej byli leczeni u ortodonta, niż u logopedy. Przypadki skoordynowanej terapii były niezmiernie rzadkie – stąd również może wynikać tak duży wśród badanych osób odsetek nieprawidłowych wzorców pozycji spoczynkowej i połykania).

sztuki teatralnej. Wyniki badań, analiza, komentarz. W: *Logopedia XXI wieku.* Red. M. MŁYŃNARSKA, T. SMEREKA. Wrocław 2010, s. 183.

¹⁶ Por. B. SAMBOR: *Zaburzenia realizacji fonemów samogłoskowych u młodych aktorów – analiza przyczyn.* „Zeszyty Naukowe PWST” 2013, nr 5.

Zdarza się, że jeszcze przed przystąpieniem do egzaminu wstępnego młodzi ludzie w nieumiejętny sposób operują głosem (nie zawsze z własnej winy; niekiedy na rozmaitych kursach poddawani są siłowemu poszerzaniu skali czy obniżaniu wysokości głosu), w związku z czym część osób zgłaszając się na egzamin, prezentuje już pełen zespół zaburzeń fonacyjno-oddechowych. Jak wynika z moich badań, potwierdzonych w badaniach foniatrycznych, każde z audytywnie rozpoznawanych zaburzeń fonacji ma swoją organiczną przyczynę – wszystkie nosowania zamknięte, mieszane, zmiany barwy głosu¹⁷ są uwarunkowane biologicznie.

Istnieje zatem konieczność wcześniejszej, wnikliwej konsultacji logopedycznej, ortodontycznej oraz laryngologiczno-foniatrycznej kandydata, który często dopiero na egzaminie wstępnym dowiaduje się o wadzie wymowy, zgryzu czy niedomykalności więzadeł głosowych, uniemożliwiających uzyskanie pozytywnej oceny w technicznej części egzaminu. W przypadku niektórych wad zgryzu u osoby dorosłej na całkowitą poprawę warunków zgryzowych może być już zbyt późno! W przypadku dyslalii obwodowej rok terapii logopedycznej może, lecz nie musi, być wystarczający. W przypadku dysglosji czy problemów fonacyjnych prawdopodobieństwo uzyskania zadowalającego efektu w trakcie rocznego kursu przygotowawczego zmniejsza się drastycznie. Specjaliści, konsultując kandydata na wydział aktorski, powinni mieć świadomość, iż badana osoba powinna spełniać wymagania ponadnormatywne.

¹⁷ Ibidem.