РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА

ГОЛОС И РЕЧЬ

№1 (9) 2013

Мультидисциплинарный научно-практический журнал

ISSN 2078-8436

Российская общественная академия голоса

ГОЛОС и РЕЧЬ
VOICE and SPEECH

Мультидисциплинарный научно-практический журнал

Учредитель:
Общероссийская общественная организация «Российская общественная академия голоса»

ВАКом РФ включён в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук

УДК 08
ББК 95

Основан в 2010 году
Выходит три раза в год

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-38837 от 09.02.10

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор
Рудин Лев Борисович — кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, Президент Российской общественной академии голоса, Председатель Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов.

Зам. главного редактора
Оссовская Мария Петровна — Заслуженный работник культуры РФ, кандидат филологических наук, доцент, профессор кафедры сценической речи и проректор по учебно-методической и научной работе Театрального института имени Бориса Щукина, Вице-президент Российской общественной академии голоса.

Члены редколлегии:
Агин Михаил Суренович — Заслуженный деятель искусств РФ, Заслуженный работник высшей школы РФ, кандидат педагогических наук, профессор, зав. кафедрой сольного академического пения РАМ имени Гнесиных, Председатель Всероссийской коллегии вокальных педагогов Российской общественной академии голоса.

Бруссер Анна Марковна — Заслуженный работник высшей школы РФ, Почётный работник образования г. Москвы, кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина, Председатель Всероссийской коллегии речевых педагогов Российской общественной академии голоса.

Орлова Ольга Святославна — доктор педагогических наук, профессор, зав. кафедрой логопедии Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова, главный научный сотрудник Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, член Президиума Российской общественной академии голоса.

Осипенко Екатерина Владимировна — кандидат медицинских наук, руководитель отдела фониатрии с лабораторией певческого и сценического голоса Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, член Президиума Российской общественной академии голоса.

Зав. редакцией:
Коробко Марина Юрьевна

Электронный адрес редакции:
golos.journal@gmail.com

Отпечатано в ООО «Тверская Городская Типография»
Тираж 400 экз. Формат 70x100/16
Корректор: Виктория Никитюк
Вёрстка: www.verstki.net
Сайт Академии: www.voiceacademy.ru
E-mail Академии: foncentr@mail.ru
Телефон Аппарата Президиума: (495) 726-97-60
Адрес для почтовых отправлений: 123242, Москва,
ул. Большая Грузинская, д. 20
© Бруссер А.М., Оссовская М.П., Рудин Л.Б., 2010—2013
© Российская общественная академия голоса, 2010—2013
© ООО «Тверская Городская Типография», 2013

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Алмаев Николай Альбертович — доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Института психологии РАН.

Аникеева Зоя Ивановна — Лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», доктор медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории Московского детского центра диагностики и лечения им. Н.А. Семашко.

Бачерикова Елена Александровна — кандидат медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, зав. ЛОР отделением поликлиники Областной клинической больницы №1 г. Екатеринбурга.

Гаращенко Татьяна Ильинична — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебной работе Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России.

Дайхес Николай Аркадьевич — доктор медицинских наук, профессор, директор Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, Член Общественной Палаты РФ, Почётный гражданин города Астрахани, Почётный член Президиума Российской общественной академии голоса.

Ефимова Наталья Ильинична — доктор искусствоведения, профессор, проректор по научной работе Академии хорового искусства имени В.С. Попова

Лаврова Елена Викторовна — Лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры дефектологии Московского социально-гуманитарного института.

Морозов Владимир Петрович — Лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник института психологии РАН и Научно-учебного центра музыкально-компьютерных технологий Московской государственной консерватории им. П.И. Чайковского, Почётный член Президиума Российской общественной академии голоса.

Панкова Вера Борисовна — доктор медицинских наук, профессор, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, зав. отделением клинических исследований и профпатологии Всероссийского научно-исследовательского института железнодорожной гигиены Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Пьявко Владислав Иванович — Народный артист СССР, кавалер ордена «За заслуги перед Отечеством» IV степени, Лауреат Премии города Москвы в области литературы и искусства, профессор кафедры сольного пения Московской государственной консерватории им. П.И. Чайковского, Почётный член Российской общественной академии голоса.

Романенко Светлана Георгиевна — кандидат медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, руководитель отделения фониатрии и микрохирургии гортани Московского научно-практического центра оториноларингологии ДЗ Москвы, член Президиума Российской общественной академии голоса.

Сидорова Маргарита Борисовна — Заслуженный работник культуры РФ, кавалер ордена Дружбы, кандидат педагогических наук, доцент, зав. вокальным отделением института музыки и кафедрой теории музыки Московского государственного университета культуры и искусств, член Президиума Российской общественной академии голоса.

Смелянский Анатолий Миронович — Заслуженный деятель искусств РФ, Лауреат Государственной премии РФ, кавалер орденов «За заслуги перед Отечеством» IV и III степени, доктор искусствоведения, профессор, ректор Школы-студии (вуз) им. Вл.И. Немировича-Данченко при МХАТ им. А.П. Чехова, Почётный член Российской общественной академии голоса.

Сметанников Леонид Анатольевич — Народный артист СССР, кавалер орденов Дружбы, «Знак Почёта», Преподобного Серафима Саровского III степени, профессор, зав. кафедрой сольного пения Саратовской государственной консерватории им. Л.В. Собинова, Почётный гражданин города Саратова, Почётный член Российской общественной академии голоса.

Степанова Юлия Евгеньевна — доктор медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, руководитель отдела патофизиологии голоса и речи Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, профессор кафедры высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, член Президиума Российской общественной академии голоса.

Шульга Игорь Андреевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Оренбургской государственной медицинской академии Росздрава.

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые члены Российской общественной академии голоса!

Приближается Первый Съезд нашей общественной организации. Это главное организационное мероприятие Академии, на основании Устава проходящее раз в шесть лет, на котором нам необходимо будет обсудить пройденный этап нашей деятельности, подвести итоги, высказать мнения, переизбрать руководящие и контрольные органы, а также наметить приоритетные направления развития на следующие шесть лет.

В связи с этим, я как Президент Академии, обращаюсь к Вам с просьбой заранее обдумать продуктивные предложения и замечания, чтобы высказать их на отчётном заседании. Выступать может любой член Академии. Голосовать по принимаемым решениям имеют право только Делегаты Съезда, которые заявлены от региональных отделений согласно выделенным квотам. Таким образом, каждый вправе принять активное участие в обсуждении, однако на делегатов возлагается особая миссия – представлять интересы регионов и высказываться от имени всего отделения.

19 сентября откроет свою работу IV Международный междисциплинарный конгресс «Голос», пройдёт обсуждение научно-практических вопросов. В частности, фониатров прошу вернуться к вопросу о единой классификации в фониатрии и формулировке фониатрического диагноза. В данном номере представляю классификацию, доработанную с замечаниями участников круглого стола, который мы проводили на третьем конгрессе «Голос» в 2011 году. Прошу ещё раз внимательно изучить представленный материал и сформировать своё мнение.

20 сентября будет проходить собственно I Съезд Академии, на котором Президент, Вице-президент и Ревизионная комиссия Академии представят большой отчёт о деятельности, пройдут перевыборы. Торжественная часть – вступление в должность вновь избранного Президента и Президиума – завершится большим концертом вокальной музыки в сопровождении Государственного академического русского народного ансамбля «Россия» имени Людмилы Зыкиной.

С 16 по 21 сентября нас ждёт интересная насыщенная работа. С нетерпением ждём встречи с Вами. Каждый наш Конгресс – это встреча друзей, соратников, болеющих за своё дело, преданных ему.

Президент Академии Лев Рудин

БИОЛОГИЯ

УДК 612.78

К 50-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОРГАНИЗАЦИИ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ ПЕВЧЕСКОГО ГОЛОСА ЛЕНИНГРАДСКОЙ КОНСЕРВАТОРИИ

© Морозов В. П., 2012

д-р биол. наук, проф., главный научный сотрудник ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук» (ИП РАН) (директор – член-корреспондент РАН, проф. А. Л. Журавлёв), главный научный сотрудник ФГОУ ВПО «Московская государственная консерватория (университет) имени П. И. Чайковского» (ректор – Засл. деятель искусств РФ, Лауреат Государственной премии РФ, проф. А. С. Соколов)

В 2010 году исполнилось 50 лет со дня организации и научно-исследовательской работы Лаборатории певческого голоса Ленинградской государственной консерватории им. Н. А. Римского-Корсакова. В Лаборатории впервые с помощью специализированной аппаратуры, включая и прибор конструкции автора, была установлена связь вибрационной активности грудного и головных резонаторов певца с акустическими свойствами его голоса и особенностями дыхательных движений. По результатам исследования певцов разных квалификаций, включая признанных мастеров вокального искусства, в Лаборатории певческого голоса Ленинградской консерватории была выяснена акустико-физиологическая природа полётности певческого голоса, дикции, вокального слуха. Заложены основы позже сформулированной автором в 90-х годах резонансной теории и техники голосообразования. Статья документирована ссылками на многие публикации о работе Лаборатории.

Ключевые слова: певческий голос, голосовой аппарат, акустика, физиология, психология пения, резонансная теория и техника голосообразования.

Библиография: 64 источника.

COMMERATING THE 50-TH ANIVERSARY FROM THE DAY OF ORGANISATION AND SCIENTIFIC-RESEARCH WORK BY THE LABORATORY OF SINGING VOICE OF THE LENINGRAD CONSERVATORY

© Morozov V. P., 2012

doct. of biol. sciences, proff., leading scientific employee of the Federal State Budget Establishment of Higher Professional Education «P. I. Chaikovsky Moscow state conservatory (university)» and Institute of psychology of the RAS

In the year 2010 will be 50 years from the day of organisation and scientific-research work by the Laboratory of singing voice of the Leningrad state conservatory named after N. A. Rimsky-Korsakov. When the Laboratory first time by way of specialised apparatus, also including a device of author pattern, it has been established a connection between vibration activity of thorax and head resonance of the singer and acoustic features of its voice and features of respiratory movements. By results from research, the singers of various qualifications, including the recognised masters of vocal art, the acoustic-physiological nature of "flying" of the singing voice, diction, ear for vocal have been clarified at the Laboratory of singing voice at the Leningrad conservatory. The foundation has been lied later as it was formulated in 90th years by the author by way of the theory of resonance and techniques of phonation. The article was documented by references to many publications about the work by Laboratory.

Key words: singing voice, voice apparatus, acoustics, physiology, psychology of singing, theory of resonance and techniques of phonation.

Bibliography: 64 sources.

Лаборатория певческого голоса Ленинградской государственной консерватории им. Н. А. Римского-Корсакова была организована по приказу Министерства культуры РСФСР в 1960 году и внесла заметный вклад в развитие теории и практики певческого голосообразования.

Необходимо уточнить, что название Лаборатории в разные годы и в разных публикациях и документах несколько изменялось. Например, в хрестоматии И. К. Назаренко «Искусство пения» (1968) говорится о лаборатории физиологии голоса (с. 495–496) и о работах Лаборатории физиологической акустики Лен. гос. консерватории (с. 384–392), а на самом деле речь идёт именно о Лаборатории певческого голоса Ленинградской консерватории.

Штатный состав Лаборатории певческого голоса был невелик: заведующий Лабораторией, радиотехник по обслуживанию электроакустической аппаратуры, лаборант-исследователь, должность которого выполнял вокалист Вячеслав Попов, врач-фониатр Консерватории В. И. Парашина, аспирант Ю. А. Барсов. Исследовательские возможности Лаборатории были значительно увеличены за счёт сотрудничества с другими центрами по изучению голоса (см. ниже).

Заведующим Лабораторией певческого голоса по приказу ректора был назначен В. П. Морозов. Но моя работа в консерватории фактически началась раньше организации лаборатории, т. е. в 1954 г., по приглашению кафедры сольного пения. Дело в том, что, будучи ещё студентом Ленинградского гос. Университета, кафедры высшей нервной деятельности, я сконструировал прибор для объективной регистрации активности резонаторов по их вибрации у певца, а также силы голоса и особенностей дыхательных движений. Всё это – на одной ленте самописца для удобства сопоставления (Морозов В. П., 1955, 1957). Предварительно апробировав работу прибора в классе сольного пения, где я занимался у замечательного педагога эверардиевской резонансной школы М. М. Матвеевой, и в университетском хоре Г. М. Сандлера, где также пел, я приступил к обследованию студентов консерватории.

Предварительные результаты работы с этим прибором (Морозов В. П., 1958) кафедра признала интересными и рекомендовала создать лабораторию для дальнейших исследований.

Для иллюстрации работы с прибором привожу ксерокопию из консерваторской газеты «Музыкальные кадры» от 24 сентября 1960 г. (рис. 1), рисунки и фотографии из публикаций 60-х годов о работе Лаборатории.

Новая лаборатория была оснащена уже современной для того времени техникой: магнитофонами, спектроанализаторами голоса, измерителями силы звука, в том числе и указанным прибором моей конструкции – *фоновибропнеймографом*, как я его назвал.

В задачи лаборатории входило изучение особенностей работы резонаторов во взаимодействии с дыханием у певцов разной квалификации, формантного состава и полётности голоса (Морозов В. П., 1962, 1963; Морозов В. П., Барсов Ю. А., 1965), вибрато, дикции (Морозов В. П., 1963), вокального слуха (Морозов В. П., 1965), вокальной терминологии (Морозов В. П., 1967 и др.). Изучались голоса не только студентов консерватории, но и солистов Кировского (Мариинского) и Малого оперных театров, конечно же, голоса великих певцов в грамзаписи.

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

Музыкальные КАДРЫ

ОРГАН ПАРТБЮРО, ДИРЕКЦИИ, МЕСТКОМА, ПРОФКОМА И КОМИТЕТА ВЛКСМ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННОЙ КОНСЕРВАТОРИИ ИМЕНИ Н. А. РИМСКОГО-КОРСАКОВА

№ 14 (254) | Суббота, 24 сентября 1960 г. | Цена 20 коп.

НОВАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

В НЫНЕШНЕМ учебном году при консерватории организуется лаборатория, где будут изучаться физиологические и биофизические основы певческого процесса.

Пение является одним из самых популярных и горячо любимых народом видов искусства. Вместе с тем искусство певца едва ли не самое сложное для освоения, поскольку «рабочий инструмент» певца — его голосовой аппарат — является «живым» музыкальным инструментом и, следовательно, целиком подчинен сложным физиологическим закономерностям. Поэтому знание и учет основных этих закономерностей весьма важны.

Основной задачей вновь организуемой лаборатории является помощь вокально - педагогической практике по научному обоснованию методов развития и совершенствования певческого голоса. Эта общая проблема может быть расчленена на ряд конкретных тем, в первую очередь выдвигаемых вокально - педагогической практикой.

В числе этих вопросов важное место займет изыскание методов борьбы с утомлением певческого голоса, разработка методов количественной оценки таких важных профессиональных качеств певческого голоса, как «носкость» (полетность), дикция, исследование формантного состава певческого голоса методом спектроскопии, изучение физиологической роли различных органов чувств как регуляторов певческого процесса, экспериментальное исследование роли резонаторной системы певческого голоса и ее взаимодействия с голосовыми связками и дыхательным аппаратом, изыскание объективных способов определения типа голоса певца как вспомогательных средств для вокально-педагогической практики и решение ряда других задач. Между прочим, некоторые из указанных проблем и ранее разрабатывались экспериментальной группой педагогов-вокалистов в составе доц. М. О. Узинг, О. П. Пядышевой, А. М. Разварина, аспиранта Ю. А. Барсова и др. В дальнейших наших опытах будет применяться современная аппаратура для акустических и физиологических исследований.

В задачу лаборатории будет входить также поддержание постоянной связи с научно-исследовательскими учреждениями города.

Новые данные о певческом голосе, полученные в лаборатории, а также в других научно-исследовательских центрах страны и за рубежом, будут популяризоваться среди вокалистов консерватории и за ее пределами в форме лекций-показов, печатных работ и т. д. Лаборатория будет обобщать практический опыт вокальных педагогов и предоставлять им возможность вести самостоятельную научно - исследовательскую работу. Мы надеемся, что вокальные педагоги и студенческое научное общество заинтересуются проблемами новой лаборатории и примут участие в ее работе.

В настоящее время лаборатория переживает организационный период. Перед дирекцией ставится вопрос о помещении, которое должно быть достаточно удобно для размещения аппаратуры и проведения сложных исследований. Кроме того, необходимо оборудовать лабораторию некоторыми новыми приборами. Думается, что эти просьбы будут удовлетворены, так как выполнение новой лабораторией поставленных перед ней задач во многом зависит от условий, которые будут созданы для ее работы.

В. МОРОЗОВ,
зав. научно - исследовательской лабораторией по физиологии певческого голоса

На снимке: исследование «певческой опоры». Одновременно с дыхательными движениями регистрируется сила голоса певца и вибрация его грудного резонатора.

Агитпоходовцы решили з
торому, несмотря на большие тр
лами.

Окончание статьи об агитпо

Наболевши

ЛЕНИНГРАДСКАЯ консерватория — один из главных вузов, обеспечивающих нашу страну музыкальными кадрами.

Особой популярностью пользуется Ленинградская консерватория у желающих учиться заочно.

Таких людей не единицы; в

Рис. 1. Общий вид исследования активности резонаторов певца, силы голоса и дыхательных движений в Лаборатории певческого голоса Ленинградской консерватории (серокопия страницы из газеты «Музыкальные кадры», 24 сентября 1960 г.)

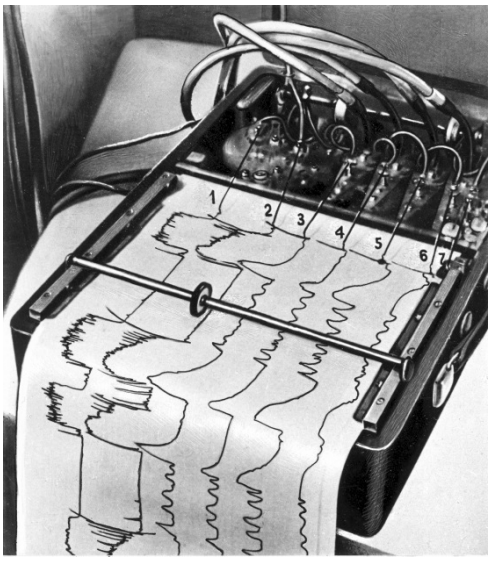

Рис. 2. Исторический предшественник наших современных компьютерных методов исследования певческого голосообразования – чернильнопишущий прибор ***фоно-вибропнеймограф,*** конструкции автора, для одновременной комплексной регистрации силы звука (1), интенсивности вибрации резонаторов (2) и дыхательных экскурсий: верхней части грудной клетки (3), нижних рёбер (4), брюшной стенки в области подложечки (5) и области нижней части живота (6). Отметчик времени (7).

С помощью этого прибора в Ленинградской консерватории в 50-х годах автором впервые были изучены закономерности влияния дыхательных движений («опора дыхания» и др.) на активизацию резонансных процессов голосообразования и акустические качества певческого голоса (по: Морозов В. П., 1955, 1957, 1959).

Рис. 36. Кривые записи дыхательных движений квалифицированного (*а*) и неквалифицированного (*б*) певцов с одновременной регистрацией уровня силы голоса и интенсивности вибрации грудного резонатора.

1 — уровень силы голоса; *2* — интенсивность вибрации грудного резонатора; *3—6* — дыхательные движения: *3* — верхней части грудной клетки, *4* — нижних ребер, *5* — подложечки, *6* — низа живота. *7* — отметка времени через 1 сек.

Рис. 3. Пневмографические записи дыхательных движений квалифицированного (*а*) и неквалифицированного (*б*) певцов с одновременной регистрацией уровня силы голоса и интенсивности вибрации грудного резонатора:

1 – уровень силы голоса, *2* – интенсивность вибрация грудного резонатора, *3–6* – дыхательные движения: *3* – верхней части грудной клетки, *4* – нижних ребер, 5 – подложечки, *6* – низа живота, 7 – отметка времени (по: Морозов В. П., 1965).

Стрелки показывают, что вибрация грудного резонатора хорошего певца возрастает, а у плохого спадает в процессе фонации при задании «держать голос одинаковой силы».

Можно видеть, что хороший певец (а) удерживает нижние рёбра в состоянии умеренного вдоха в течение всего времени фонации, при активном втягивании нижней стенки живота, а неквалифицированный певец (б) начинает фонацию при максимальном вдохе и поёт при быстром спадении грудной клетки и пассивности нижнебрюшной стенки.

Изучали мы также проблемы *утомления* и *профессиональных заболеваний голоса*. Для этого записывали голоса солистов театра до спектакля и после выступления и анализировали, как изменяются сила голоса, высокая певческая форманта, вибрато, что происходит с артериальным давлением. Оказалось, что у известных мастеров акустические показатели остаются в норме и даже улучшаются, а у некоторых солистов – нередко ухудшаются, что, по-видимому, было связано с несовершенством вокальной техники. Об этом у нас был доклад на конгрессе в Праге (Morozov, Ermolaev, Parashina, 1964).

Лабораторией певческого голоса в 1964 г. проводились радио-телеметрические исследования певца на сцене (в совместной работе с М. О. Брегманом). Исследования показали, что во время пения частота пульса увеличивается в полтора-два раза и более по сравнению с нормой, что, по-видимому, вызвано не только физической нагрузкой, но и эмоциональным напряжением и физическим волнением (Морозов В. П., 1977). Изучались также особенности развития детского певческого голоса на базе хора мальчиков Ленинградской академической капеллы им. М. И. Глинки и детского хора Е. М. Малининой во Дворце пионеров (Морозов В. П., 1963; Морозов В. П., 1966; Морозов В. П., 1970).

Будучи заведующим Лабораторией, я присутствовал на заседаниях кафедры сольного пения, где под руководством зав. кафедрой профессора Е. Г. Ольховского педагоги обсуждали, как развивается техника пения их студентов.

На кафедре царила эверардиевская традиция – диафрагматическое дыхание и резонанс, а о гортани – поменьше или ничего. Замечательные мастера резонансной школы – педагоги кафедры А. А. Григорьева, В. М. Луканин, И. И. Плешаков, И. П. Лавандо, Т. Н. Лаврова, Е. Г. Ольховский, С. Н. Шапошников, Н. Д. Болотина и другие – буквально на моих глазах воспитали многие десятки замечательных певцов, в том числе будущих звёзд вокального искусства, Народных артистов СССР: Елену Образцову, Евгения Нестеренко, Владимира Атлантова, Николая Охотникова, Ирину Богачеву, Владимира Морозова (мой однофамилец), Эдуарда Хиля (Нар. арт. РСФСР, академический певец, нашедший себя в эстрадном жанре), Евгению Гороховскую (Нар. арт. РСФСР), Георгия Селезнёва (Нар. арт. России), Сергея Лейферкуса (Нар. арт. России), Константина Плужникова (Нар. арт. России) и многих других.

Рис. 4. Один из основных методов изучения акустических особенностей голоса – метод спектрального анализа. На фотографии 60-х годов – студент Ленинградской консерватории Владимир Атлантов (ныне Нар. арт. СССР) в нашей лаборатории перед электроакустическим спектрометром — историческим предшественником наших современных компьютерных исследований певческого голоса.

Рис. 5. Студент Ленинградской консерватории 60-х годов (ныне Нар. арт. СССР, профессор Санкт-Петербургской консерватории) Н. П. Охотников (бас) вместе со своим педагогом И. И. Плешаковым прослушивают магнитофонную запись только что исполненной арии («Гимн природе» Бетховена). Слева – лаборант Лаборатории певческого голоса Владислав Попов.

Практически все они участвовали в работе Лаборатории певческого голоса в качестве обследуемых и уже в свои студенческие годы демонстрировали великолепную резонансную технику, пели в ведущих оперных театрах, были лауреатами конкурсов, в т. ч. международных!

Помимо студентов, в работе Лаборатории участвовали и педагоги: С. Н. Шапошников, П. Г. Тихонов, И. А. Нечаев, аспирант кафедры Ю. А. Барсов, а также педагоги зарубежных стран. Они работали в Ленинградской консерватории «по обмену специалистами»: профессор Софийской консерватории Илья Йосифов (тенор), солист Пражской национальной оперы и педагог Пржемисл Кочи (баритон) и другие. Участие педагогов состояло в том, что они демонстрировали различные приёмы вокальной техники, а мы записывали и анализировали их голоса, дыхание, активность резонаторов, высказывания о технике пения (Морозов В. П., 1967). Я иногда и сейчас ещё демонстрирую на лекциях, как звучат верхние и грудной резонаторы певца по записям Ильи Йосифова.

Результаты работы Лаборатории постоянно докладывались и обсуждались на кафедре и на научно-методических конференциях в Ленинграде, Москве, Киеве, Риге, Вильнюсе и других городах, в т. ч. на Всесоюзной конференции по вокальному образованию (1966) и опубликованы в ряде статей и монографий (Морозов В. П., 1965, 1967, 1969, 1970, 1977; Шевченко А., 1965; Назаренко И. К., 1968 и др.).

Необходимо упомянуть о творческих связях нашей Лаборатории с организованной позже Лабораторией Музыкально-педагогического института им. Гнесиных (Дмитриев Л. Б., Чаплин В. Л., Ярославцева Л. К.), с Акустической лабораторией Московской консерватории (Рудаков Е. А., Юрченко Д. Д., Назайкинский Е. В.). Совместные работы были у нас с Институтом художественного воспитания АПН РСФСР (Орлова Н. Д., 1966; Морозов В. П., 1966; «Детский голос», 1970), с Ленинградским институтом по болезням уха, горла, носа (Морозов В. П., Шамшева Т. Е., 1965; Шамшева Т. Е., 1966; Ермолаев В. Г., Лебедева Н. Ф., Морозов В. П., 1970; Морозов В. П., 1970; Морозов В. П., Райкин Р. И., 1974 и др.), с Институтом эволюционной физиологии им. И. М. Сеченова АН СССР, где я работал научным сотрудником (Морозов В. П., 1966) и другими центрами по изучению голоса.

Рис. 6. Нар. арт. СССР Константин Лаптев и врач-фониатр Ленинградской консерватории В. И. Парашина. Исследование пульса и артериального давления певца после выступления в роли Ренато в опере «Бал-маскарад» Верди на сцене Ленинградского театра оперы и балета им. Кирова.

С зарубежными коллегами мы также общались, несмотря на все трудности того времени. К нам сами приезжали многие: из Софийской консерватории – Илья Йосифов, Константин Карапетров, Илка Попова, из Чехословакии – Пржемисл Кочи, Анджей Раковский из Варшавской Академии музыки, из ГДР – известные фониатры Юрген Вендлер и В. Зайднер (Берлин). А с коллегами в кап. странах мы общались в научной переписке: с Йоханом Сундбергом – руководителем Лаборатории музыкальной акустики Королевского технологического института (Стокгольм), Джоном Ларджем – организатором и руководителем Международной ассоциации по экспериментальному изучению пения (США). Он включил меня в члены Ассоциации и опубликовал мою статью о дикции вокальной речи в трудах ассоциации. Переписывались также с известным французским учёным Раулем Юссоном (Париж).

Важными и практически ценным в нашем сотрудничестве с российскими и зарубежными коллегами был и остаётся до сих пор обмен публикациями о результатах исследований певческого голоса: книги, статьи, которые хранятся у меня, с автографами уважаемых коллег (Дмитриев Л. Б., 1968; Чаплин В. Л., 1977; Шамшева Т. Е., 1964; Kočí P., 1970; Large J., 1980; Попова И., 1986; Wendler J., Seidner W., 1987; Sundberg J., 1972, 1974, 1987; Husson R., 1960, 1962, 1965 и др.).

В 80-х годах мне довелось и посчастливилось изучать уже сценическую речь в Ленинградском институте театра музыки и кинематографии в общении с такими замечательными мастерами-педагогами сценической речи, как Б. Л. Муравьёв, А. Н. Куницын, В. И. Тарасов, Ю. А. Васильев, В. Н. Гелендеев, Н. А. Латышева, К. В. Куракина, М. П. Пронина. Именно в этом авторитетном центре по воспитанию актёров (ныне – Санкт-Петербургский гос. университет театрального искусства) родился тест на оценку эмоциональной выразительности речи, т. е. – эмоционального слуха с участием нар. арт. СССР О. В. Басилашвили и актёров театра-студии «Время» (см. Морозов В. П., 1985 и др.).

С 1987 г. наши исследования резонансной техники и других психофизиологических основ пения и речи, уже с применением современной компьютерной техники, продолжаются в Московской консерватории, в Институте психологии РАН (см. «Художественный тип человека», 1994; Морозов В. П., 1998, 2002, 2008,

2011 и др.), а также в совместной работе с кафедрой сценической речи Академии театрального искусства – ГИТИС, зав. кафедрой И. Ю. Промптова (см. Автушенко И. А., 2007; Морозов В. П., 2009 и др.), коллегами по Российской общественной академии голоса – педагогами сценической речи (Оссовская М. П., Бруссер А. М.), врачами-фониатрами и логопедами (Рудин Л. Б., Аникиева З. И., Орлова О. С.), Академии музыки им. Гнесиных (Агин М. С.) и другими.

По результатам многолетних исследований, которые начинались ещё в 50–60-х годах в Лаборатории певческого голоса Ленинградской консерватории, разработана резонансная теория голосообразования. В книге «Искусство резонансного пения» (Морозов В. П., 2008) поясняются её научные основы и практическая значимость для вокалистов. Это научно-практическая теория, основа резонансной техники. Если сказать кратко, то резонансная теория – это техника пения выдающихся певцов, научно обоснованная методами акустики, физиологии и психологии и в форме основных положений и практических выводов, т. е. в форме резонансной техники, рекомендована молодым певцам и педагогам.

В 2004 году Министерство образования РФ включило в программы музыкальных вузов изучение студентами основ резонансной теории и техники пения (см. «Основы вокальной методики…», 2004).

В настоящее время готовится к изданию книга «Резонансная техника пения и речи», включающая научно-методические работы не только вокалистов, но и педагогов по сценической речи, как российских, так и зарубежных. Голос в любом его виде – певческом и речевом – рождается с участием резонаторов всего голосового аппарата, включая резонансные свойства и гортани и дыхания, как об этом говорят экспериментально-теоретические исследования. Поэтому резонансная техника, обеспечивающая голосу лёгкость, полётность и защиту гортани, безусловно, полезна всем видам и жанрам вокального искусства, а также – для развития актёрской и ораторской речи, разумеется, с учётом специфики каждого из названных жанров и видов профессионального и даже любительского творчества.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Автушенко И. А.* Развитие эмоционального слуха на уроках сценической речи. Сценическая речь: сб. статей. М.: ГИТИС, 2007. В. 2. С. 36–50.

2. *Барсов Ю. А.* За пять лет (о работе Лаборатории певческого голоса Лен. Гос. консерватории) // Музыкальные кадры. 24 сентября, 1966.

3. *Барсов Ю. А.* Вокально-исполнительские и педагогические принципы М. И. Глинки. Л., 1968.

4. *Дмитриев Л. Б.* Основы вокальной методики. М., 1968.

5. *Дейша-Сионицкая М. А.* Пение в ощущениях. М., 1926.

6. Детский голос. Экспериментальные исследования / под ред. В. Н. Шацкой. М., 1970. 232 с.

7. *Ермолаев В. Г., Морозов В. П., Парашина В. И.* Применение спектрального анализа звука к исследованию роли носовой полости в певческом голосообразования // Вестник оториноларингологии. 1962. №2. С. 43–47.

8. *Ермолаев В. Г., Морозов В. П., Парашина В. И.* Об утомляемости вокалистов // За советское искусство (газ. Ленингр. театра оперы и балета им. Кирова). 15 января, 1963.

9. *Ермолаев В. Г., Лебедева Н. Ф., Морозов В. П.* Руководство по фониатрии. М.: Медицина, 1970. 272 с.

10. *Морозов В. П.* Новая методика исследования голосовой функции человека // Вторая всесоюзная научная конференция по вопр. физиологии труда. Тезисы докладов. Киев, 1955. С. 190–191.

11. *Морозов В. П.* Прибор для исследования голосовой функции человека // Уч. записки ЛГУ. 1957. №222. С. 264–271.

12. *Морозов В. П.* О применении научных данных в вокальной педагогике // Музыкальные кадры. 31 декабря, 1958.

13. *Морозов В. П.* К исследованию голосовой функции певцов способом виброметрии // Вестн. ЛГУ. 1959. №15. С. 11–126.

14. *Морозов В. П.* Новая лаборатория // Музыкальные кадры. 24 сентября, 1960.

15. *Морозов В. П.* Обертоны певческого голоса // Музыкальные кадры. 28 февраля, 1962.

16. *Морозов В. П.* Исследование дикции в пении у взрослых и детей // Развитие детского голоса. М., 1963. С. 93–110.

17. *Морозов В. П.* Измерение звонкости голоса // Музыкальные кадры. 1 сентября, 1964.

18. *Морозов В. П.* Вокальный слух и голос. М.-Л.: Музыка, 1965. 88 с.

19. *Морозов В. П.* Особенности спектра вокальных гласных. В кн.: Механизмы речеобразования и восприятия сложных звуков. М.-Л., 1966. с. 73–86.

20. *Морозов В. П.* Измерение физических свойств детского голоса. О детском голосе / под ред. Н. Д. Орловой. М., 1966. С. 22–37.

21. *Морозов В. П. Барсов Ю. А.* Акустико-физиологические и вокально-педагогические аспекты полётности певческого голоса // 2-я научная конференция по развитию слуха и певческого голоса / Институт худ. воспитания АПН СССР. М., 1965. С. 33–35.

22. *Морозов В. П., Шамшева Т. Е.* Особенности силы голоса певцов при заболевании фонастенией // Вестн. оториноларингол. 1965. №4. С. 68–73.

23. *Морозов В. П.* Тайны вокальной речи. М.; Л.: Наука, 1967.

24. *Морозов В. П.* Биофизические характеристики вокальной речи. Автореф. … дисс. докт. биол. наук. Л., 1969. 38 с.

25. *Морозов В. П.* Особенности акустического строения и восприятия детской вокальной речи. Детский голос. Экспериментальные исследования / под ред. В. Н. Шацкой. М., 1970. С. 64–134.

26. *Морозов В. П., Лебедева Н. Ф.* Исследование типологических особенностей тембра голоса басов, баритонов и теноров при помощи спектрального интегратора // Труды Лен. н.-иссл. ин-та по болезням уха, горла, носа и речи. М., 1974. Т. 19. С. 68–76.

27. *Морозов В. П., Райкин Р. И.* Некоторые результаты исследования частоты вибрато голоса профессиональных вокалистов в норме // Тр. Лен. н.-иссл. ин-та по болезням уха, горла, носа и речи. Л. 1974. Т. 19. С. 89–94.

28. *Морозов В. П.* Биофизические основы вокальной речи. Л.: Наука, 1977. 232 с.

29. *Морозов В. П.* Эмоциональный слух человека // Журн. эволюц. физиологии и биох. 1985. Т. 21. №6. С. 568–577.

30. *Морозов В. П., Муравьёв Б. Л.* Эмоциональный слух как критерий профотбора вокалистов и актёров. Вопросы методики отбора на исполнительские отделения музыкальных вузов страны. Клайпеда, 1985. С. 34–37.

31. *Морозов В. П., Муравьёв Б. Л.* Восприятие эмоционального контекста голоса, как один из критериев профотбора актёров // Теория и практика сценической речи: сб. научн. тр. Ленинградского гос. института театра, музыки и кинематографии им. Н. К. Черкасова. Л., 1985. С. 52–61.

32. *Морозов В. П.* Научные основы вокального искусства: резонансная теория пения // Вопросы вокального образования. Метод. рекомендации Совета по вокальному искусству при МК РФ (для преподавателей вузов и средних спец. учебных заведений) // Ред.-сост. М. С. Агин М., 1995. С. 60–62.

33. *Морозов В. П.* Резонансная теория пения. Комментарии для вокалистов // Музыкальное образование в контексте культуры: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: РАМ им. Гнесиных, 1996. С. 22–29.

34. *Морозов В. П.* Искусство и наука общения: невербальная коммуникация. М.: ИП РАН, 1998. 164 с.

35. *Морозов В. П.* Искусство резонансного пения. Основы резонансной теории и техники. М., 2002 (2-е изд. 2008).

36. *Морозов В. П.* Эмоциональный слух певца и актёра. Вокальное образование в XXI веке: материалы Международной научно-практической конференции. Вып. 6, Ч.1, М.: МГУКИ, 2009. С. 88–95.

37. *Морозов В. П., Макаров И. С.* Компьютерное моделирование резонансных процессов образования высокой певческой форманты // Речевые технологии. 2010. №4. С. 68–84.

38. *Морозов В. П., Морозов П. В.* Искренность–неискренность говорящего и «психологический детектор лжи» // Психол. журн. 2010. Т. 31. №5. С. 54–67.

39. *Морозов В. П.* Невербальная коммуникация: экспериментально-психологические исследования. М., 2011. 528 с.

40. *Морозов В. П.* Эмоциональный слух. Методы исследования и области применения. Современная экспериментальная психология. Том 1 / под ред. В. А. Барабанщикова. М.: ИП РАН, 2011. С. 261–283.

41. *Морозов П. В.* Компьютерные методы оценки вокальной одарённости в мастер-классах профессора В. П. Морозова // Вокальное образование в XXI веке: материалы Международной научно-практической конференции. Вып. 6, Ч. 1. М.: МГУКИ, 2009. С. 200–208.

42. *Назаренко И. К.* Искусство пения. Хрестоматия. М., 1968. 623 с.

43. *Орлова Н. Д.* О детском голосе. М., 1966.

44. Основы вокальной методики. Программа дисциплины по специальности 051000 «Вокальное искусство, академическое пение». М., 2004.

45. *Шамшева Т. Е.* Особенности нарушения голосовой функции профессиональных певцов при фонастении. Автореф. дисс. … канд. мед. наук. Л., 1966.

46. *Шевченко А.* Тайна голоса (о работе Лаборатории певческого голоса Лен. гос. консерватории) // Ленинградская правда. 14 февраля, 1965.

47. *Фант Г.* Акустическая теория речеобразования / Перев. с англ. М.: Наука, 1964. 284 с.

48. Художественный тип человека. Комплексные исследования / под ред. В. П. Морозова и А. С. Соколова. М., 1994. 234 с.

49. *Чаплин В. Л.* Регистровая приспособляемость певческого голоса. Автореф. дис. … канд. искусствовед. Тбилиси, 1977.

50. *Чаплин В. Л.* Физиологические основы формирования певческого голоса в аспекте регистровой приспособляемости. М., 2009.

51. *Fant G.* Acoustic Theory of Speech Production. ëS-Gravenhage, 1960 (2-nd edition 1970).

52. *Husson R.* La Voix Chantée. Paris, 1960. 205 p.

53. *Husson R.* Physiologie De La Phonation. Paris, 1962. 590 p.

54. *Husson R.* Étude théorique et expérimentale de la sirène glottique et contributions diverses a la théorie des pavillons. Paris, 1965. 118 p.

55. *Kočí P.* Základy pevecké techniky. Praha; Bratislava, 1970. 100 s.

56. *Large J. (Ed.).* Contributions of voice research to singing. Houston (Texas), 1980. 426 p.

57. *Morozov V.* Intelligibility In Singing as a Function of Fundamental Voice Pitch. Contributions of voice research to singing // Edited by J. Large. Houston (Texas), 1980. P. 395–402.

58. *Morozov V., Ermolaev V., Parashina V.* The Problem of Fatigue in Vocalists and its Experimental Investigations. Czechoslovak otolaryngological congress with international participation. Discussing the Problems of phoniatrics and audiology. Prague, 1964. P. 54–55.

59. *Morozov V.* Intelligibility In Singing as a Function of Fundamental Voice Pitch. Contributions of voice research to singing. Houston (Texas), 1980. P. 395–402.

60. *Попова И.* Исследованията на певческия глас от В. Морозов и тяхното значение за вокалната педагогика // Музикални хоризонти. 1986. №7.

61. *Rakowski A., Bohdanowicz A.* Wplyw, warunków zdjęcia mikrofonowego na zrozumialość mowy w nagraniu // Zeszyty naukowe. 1968. №3. S. 41–61.

62. *Sundberg J.* Articulatory interpretation of the «singing formant». *JASA* 55. 1974. P. 838–844.

63. *Sundberg J.* Production and function of the singing formant. In Report of the 11-th Congress of the International Musicological Society, vol. 2., ed. H. Glahn, S. Sorenson, and P. Ryom, 679–688. Copenhagen: Edition Wilhelm Hansen, 1972.

64. *Sundberg J.* The Science of the Singing Voice. Dekalb, Illinois, 1987. 216 p. Wendler J., Seidner W. Lehrbuh der Phoniatrie. 1987, 347 s.

Связь с автором:
Морозов Владимир Петрович,
mail@vmorozov.ru

МЕДИЦИНА

УДК 616.22-008.5-057

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛАРИНГО-ФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ПРОФЕССИОНАЛОВ ГОЛОСА

© Осипенко Е. В.[1], Державина Н. А.[2], Кастыро И. В.[3], 2013

1 – канд. мед. наук, руководитель отдела фониатрии с лабораторией певческого и сценического голоса ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Дайхес Н. А.);
2 – канд. мед. наук, оториноларинголог ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Дайхес Н. А.);
3 – канд. мед. наук, ассистент кафедры оториноларингологии факультета повышения квалификации медицинских работников ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (ректор – академик Российской академии образования, докт. физ.-мат. наук., проф. В. М. Филиппов)

В статье представлены результаты исследования, посвящённого изучению роли гастроэнтерологических методов в комплексном обследовании представителей голосо-речевых профессий – 116 пациентов с ларинго-фарингеальным рефлюксом. К использованным методам относились анкетирование, суточная pH-метрия, эзофагогастродуоденоскопия, которые показали свою значимость в комплексном обследовании при выявлении патологи гортани.

Ключевые слова: ларинго-фарингеальный рефлюкс, нарушение голоса, профессионалы голоса, функциональное состояние гортани.

Библиография: 12 источников.

ROLE OF COMPLEX EXAMINATION IN DIAGNOSTICS OF LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX FOR VOICE PROFESSIONALS

© Osipenko E. V.[1], Derzhavina H. A.[2], Kastyro I. V.[3], 2013

1 – cand. of medic. sc., head of phoniatry department together with laboratory of singing and stage voice of the Federal State Budget Establishment «Federal scientific-clinical centre of otorhinolaryngology of the Federal medico-biological agency of the Russia of Russia» (Director– proff. Daikhes N. A.)
2 – cand. of medic. sc., otorhinolaryngologist of the Federal State Budget Establishment «Federal scientific-clinical centre of otorhinolaryngology of the Federal medico-biological agency of the Russia» (Director– proff. Daikhes N. A.)
3 – cand. of medic. sc., assistant of sub department of otorhinolaryngology of the faculty of advanced training for medical workers of the Federal State Budget Establishment of Higher Professional Education «People's friendship university of Russia» (rector – academic of Russian academy of education, doct. of phys.-math. sc., proff. V. M. Fillipov)

The article represents the research results dedicated to studying of the role of gastroenterological methods in the complex examination of representatives from voice-speech related professions – 116 patients with the laryngopharyngeal reflux. The questioning was applied for methods used as the daily pH-testing, esophagogastroduodenoscopy which shown the importance in a complex examination if the the laryngeal pathology has been found.

Key words: laryngopharyngeal reflux, voice disfunction, voice professionals, functional state of the laryngeal pathology.

Bibliography: 12 sources.

В последние годы проблеме ларинго-фарингеального рефлюкса (ЛФР) было уделено внимание многих отечественных и зарубежных исследователей [1; 3; 6; 10]. Наша работа коснулась проблемы особенностей данной патологии у лиц с заболеваниями гортани, профессия которых связана с использованием голоса. У некоторых пациентов эта болезнь приобретает хронический характер, что может приводить к профессиональным проблемам разной степени выраженности. В диагностике и лечении профессиональных заболеваний гортани были достигнуты определённые успехи, число пациентов с такой патологией не уменьшается и даже, напротив, их число неуклонно растёт [3]. Как отмечает О. С. Орлова и другие, в период с 30–60-х годов до конца 90-х годов прошлого века у преподавателей наблюдалось увеличение заболеваемости голосового аппарата с 30–40% до 55–60% [4]. Весьма характерно, что среди учителей голосовые нарушения встречаются гораздо чаще, чем в общей популяции населения [7; 13]. Боле того, заболеваемость голосового аппарата достаточно высока также и у студентов голосо-речевых специальностей, и выпускников вузов, и данная тенденция не снижается [5].

Симптомы ЛФР значительно отличаются от гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭРБ). Если гортань и глотка весьма чувствительны к воздействию желудочного секрета [6; 11], то нижняя часть пищевода к нему более устойчива. Замечено, что характерные для ЛФР изменения слизистой в глотке, гортани (отёк голосовых и вестибулярных складок, гиперемия, частичная облитерация желудочков, отёк Рейнке, гранулёмы, язвы, узелки и др.) могут быть находкой при пристальном оториноларингологическом осмотре в отсутствии специфичных симптомов ГЭР, в том числе изжоги [10]. А. С. Епачинцева, Ю. Л. Солдатский рекомендуют всем больным, имеющим симптомы ощущения «комка» в горле, гиперемии слизистой оболочки глотки и гортани и страдающим периодической охриплостью голоса, пройти обязательное обследование у гастроэнтеролога [1; 3].

В нашем исследовании мы изначально оценивали состояние гортани, как основного органа голосообразования, и фиксировали определённые ларингеальные показатели, которые нас настораживали с точки зрения возможного наличия ЛФР. Очевидно, что, если бы мы ориентировались только на жалобы пациентов, нам бы не удалось доказать или опровергнуть наличие этого заболевания, поэтому нами было проведено обследование ряда пациентов, лечение которых оказалось неэффективным, либо имеющим незначительный кратковременный эффект от ранее проводимых лечебных мероприятий, включавших в себя, как правило, антибактериальную, противоотёчную, противовоспалительную терапию, аэрозоль-терапию различных лекарственных средств. Сведений о приёме антисекреторных, антацидных препаратов, прокинетиков накануне и во время обследования получено не было, в связи с чем этот фактор явился одним из критериев отбора пациентов.

Исходя из начальных проявлений данного заболевания, **целью нашего исследования** было доказать целесообразность использования методов анкетирования и дополнительного гастроэнтерологического обследования для выявления ларингофарингеального рефлюкса у профессионалов голоса.

Материалы и методы. Мы обследовали студентов вокальных отделений высших и средних учебных заведений, профессиональных вокалистов, стаж работы кото-

рых насчитывал более 5 лет, а также представителей других голосо-речевых профессий. Для решения поставленных задач нами были изучены анамнестические данные: особенности учёбы и работы; вокальный стаж; характер и объём голосовой нагрузки; адекватность восстановления голоса; наличие табако-зависимости, сопутствующей соматической и ЛОР патологии.

Основную группу пациентов составили 96 человек – профессионалов голоса – с симптомами ларинго-фарингеального рефлюкса, 40 (41,7%) человек из которых были студентами вокальных отделений, 13 (13,5%) пациентов – профессиональные вокалисты со стажем работы более 5 лет, 22 (22,9%) человека – представители голосо-речевых профессий (преподаватели, воспитатели, актёры, радиоведущие, экскурсоводы, менеджеры и т. д.), у 21 (21,9%) пациентов голосовая нагрузка оказалась смешанной – певческая и речевая. В соответствии с этим ранжированием участники исследования основной группы были отнесены к четырём подгруппам. Контрольную группу составили 20 пациентов с ЛФР, деятельность которых не была связана с вокальной или голосо-речевой сферой. Период наблюдения варьировался от 1 года до 5 лет. Работа выполнялась на базе ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». Число мужчин в основной группе составило 33 человека, женщин – 63 человека. Число женщин в контрольной группе аналогично основной группе превалировало над числом мужчин. При этом средний возраст пациентов в основной группе составил 33,2 года, в контрольной группе – 37,6 лет. Соотношение пациентов в основной и контрольной группах возрасту и полу было сопоставимо.

Проводили комплексное обследование, основанное не только на видеоларингоскопии подтверждающей наличие изменений в гортани, подозрительных на ЛФР, но и на данных анкетирования с использованием специального разработанного нами опросника «Индекс Симптомов Рефлюкса» (ИСР) для диагностики оториноларингологических проявлений внепищеводной формы ГЭРБ, что можно считать достаточно информативным методом в отношении пациентов с внепищеводной формой ГЭРБ. Однако в отношении пациентов «голосоречевиков» это не всегда находит свое подтверждение ввиду особенностей этого заболевания: пациенты не всегда набирали достаточное количество баллов, поскольку ЛФР у этой группы больных в некоторых случаях может проявляться лишь одной неспецифической жалобой (как правило, связанное с расстройством голоса) при отсутствии или незначительных проявлениях остальных симптомов.

ОПРОСНИК ПАЦИЕНТА

Ф.И.О: _____

Возраст: _____ Дата рождения _____

Адрес: _____

Дата обращения: _____

Профессия, вид деятельности: _____

Голосовая нагрузка (часов в неделю) _____

Вокальная нагрузка (часов в неделю) _____

Профессиональный стаж _____

Вокальный стаж _____

Стаж, с использованием речевого голоса_____

ДЛЯ ВОКАЛИСТОВ

В какой манере поёте? _____

Какое учебное заведение закончили либо учитесь? _____

Как давно был определён тип голоса? _____

- сопрано колоратурное, лирическое, драматическое, меццо-сопрано
- тенор лирический, баритональный тенор
- баритон лирический
- бас, бас-профундо

в спорных случаях опишите ситуацию _____

сколько спектаклей/концертов в месяц _____

- сольные/ сборные

в качестве солиста/ артиста хора _____

сколько репетиций в месяц _____

Вы курите? Нет; Да;

Количество сигарет в день _____ , стаж курения_____

Отказ от курения в течение _____ месяцев; лет. Стаж курения до отказа_____количество сигарет_____

Жалобы: (в случае, если жалоб несколько, указать в порядке убывания)_____

_____

_____

Дата появления жалоб, обстоятельства, вызывающие их вызывающие _____

_____

_____

Состояние голоса на момент начала заболевания _____

Динамика голосовых проблем / динамика состояния голоса от начала заболевания: (необходимое подчеркнуть)

улучшение, без изменения, ухудшение

Когда голос звучит хуже: (необходимое подчеркнуть)?

утром, днем, вечером

Что влияет на звучание вашего голоса (состояния, влияющие на голос)_____

Проблемы с голосом имеют характер (нужное подчеркнуть либо описать своими словами): _____

_____

_____

Стойкий (присутствуют постоянно); приходящий (возникают периодически); возникают и усиливаются при голосовых нагрузках; либо_____

Влияют ли проблемы с голосом на Вашу профессиональную деятельность (нужное подчеркнуть):

не влияют; влияют незначительно; влияют значительно;
невозможно заниматься профессиональной деятельностью

Влияют ли проблемы с голосом на Вашу социальную сферу (нужное подчеркнуть):

не влияют; влияют незначительно; влияют; влияют значительно

Испытываете ли Вы в связи с этим психологические сложности (нужное подчеркнуть):

да; незначительно; значительно; нет

Ранее проводимое лечение (дата проведения; мероприятия; диагноз)_____

_____

Его результаты: улучшение; кратковременное улучшение; без изменений _____

Испытываете ли Вы указанные в таблице состояния, отметьте соответствующую цифру в порядке возрастания в соответствии:

0 – не беспокоит, 5 – очень сильно беспокоит

1.Осиплость или проблемы с голосом	0	1	2	3	4	5
2.Желание «прочистить» горло, откашляться	0	1	2	3	4	5
3.Стекание слизи по задней стенке глотки	0	1	2	3	4	5
4.Затруднение при глотании	0	1	2	3	4	5
5.Появление кашля после еды и при вертикальном положении тела	0	1	2	3	4	5
6.Внезапные эпизоды затрудненного дыхания	0	1	2	3	4	5
7.Приступы кашля	0	1	2	3	4	5
8.Ощущение «комка» в горле	0	1	2	3	4	5
9.Изжога, боль за грудиной, ощущение кислого	0	1	2	3	4	5

Какая из вышеуказанных в таблице проблем беспокоит Вас наиболее (отметьте цифру)?____

Отметьте, как часто Вы испытываете проявления приведенные в таблице в соответствии с:

1 – реже одного раза в неделю, 7 – постоянно в течение недели

1.Осиплость или проблемы с голосом	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
2.Желание «прочистить» горло, откашляться	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
3.Стекание слизи по задней стенке глотки	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
4.Затруднение при глотании	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
5.Появление кашля после еды и при вертикальном положении тела	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
6.Внезапные эпизоды затрудненного дыхания	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
7.Приступы кашля	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
8.Ощущение «комка» в горле	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
9.Изжога, боль за грудиной, ощущение кислого	-1	0	1	2	3	4	5	6	7

Какая из вышеуказанных в таблице проблем присутствует у Вас постоянно (отметьте цифру)?_____

Учитывая то обстоятельство, что внепищеводные проявления ГЭРБ, в частности, рефлюкс-ларингит, — это симптомокомплекс, не являющийся специфичным и не позволяющий однозначно судить о наличии либо отсутствии заболевания, мы проанализировали характерные жалобы с целью выявления характерных особенностей проявления данного заболевания среди профессионалов голоса посредством метода анкетирования и сбора анамнеза.

Функциональное состояние гортани оценивали видеоларингостробоскопически. Всем пациентам основной и контрольной групп проводили исследование на аппарате «XION», жесткими телескопами 90° и 70°. При выявлении патологических изменений, характерных для ЛФР, их тяжесть оценивали по классификации Williams [12], в соответствии с которой:

- 0 степень – отсутствие данных за ЛФР;
- I степень – гиперемия либо бледность, пастозность межчерпаловидного пространства, черпаловидных хрящей;
- II степень – распространение процесса за пределы межчерпаловидного пространства и черпаловидных хрящей на область задней трети голосовых складок;
- III степень – наличие контактных язв, пахидермии, распространение воспалительного процесса в подскладковый отдел.

При анализе результатов исследования мы оценивали амплитуду и симметричность колебательных движений, эффект «слизистой волны». Исследование начинали с примарного тона, попеременно двигаясь вниз и вверх с целью проверить голос во всём его тональном и динамическом диапазоне.

Гастроэнтерологическое исследование включало в себя анкетирование, консультацию гастроэнтеролога и применение специальных методов обследования. Анкетирование выполняли в обязательном порядке всем пациентам, имеющим ларингоскопические признаки ЛФР, а также жалобы на нарушение качества голоса наряду с жалобами, характерными для ЛФР или ГЭР. В анкете выраженность этих проявлений переводилась в балльную систему. Соответственно, при набранной сумме равной 9 баллам рефлюкс желудочного содержимого в гортань и пищевод рассматривали как сомнительный; при совокупности баллов от 9 до 13 представлялся вероятным диагноз ГЭРБ; при сумме выше 13 баллов данный диагноз расценивали как несомненный. Затем пациенты проходили специализированное гастроэнтерологическое обследование у гастроэнтеролога, состоящее из консультации специалиста, суточной pH-метрии, эзофагогастродуоденоскопии.

При анализе статистики при адекватном распределении значений этого ряда мы использовали t-критерий Стьюдента с показателем значимости (p), равным 0,05, что обеспечивало вероятность ошибки $p < 0,05$. Далее для выявления связи между показателями использовались различные методики корреляционного анализа. Промежуточные расчёты производились посредством статистических программ Excel, SPSS 17.0.

Результаты исследования. По итогам оценки анамнестических данных, мы пришли к выводу, что наличие той или иной патологии желудочно-кишечного тракта у пациентов не является обязательным условием возникновения ЛФР. По нашим данным, она была у 45,8% основной и у 90% контрольной групп. Из этого следует, что её отсутствие не является исключением возможного диагноза ЛФР и поводом для прекращения диагностического поиска в этом направлении.

На основании опросов и анкетирования пациентов мы выявили, что у 89 пациентов (92,7%) основной группы главной жалобой наблюдалось снижение качества голоса. Так, в подгруппе профессиональных вокалистов, студентов, обучающихся вокалу, и пациентов со смешанной голосовой нагрузкой в 100% случаев наблюдались проблемы с певческим голосом, а у 52% из них страдало также и качество речевого голоса. В данном случае под определением «качество голоса» мы подразумеваем его акустические свойства в соответствии с возрастом и полом, а также степень устойчивости к любого рода голосовым нагрузкам.

Проведённый анализ предъявляемых жалоб, характерных для ЛФР и выявленных на основании опроса и анкетирования подгрупп основной и контрольной групп, показал следующее: непрофессионалы голоса преимущественно предъявляли жалобы, свойственные симптоматике ЛФР, например, такие как ощущение «кома» в горле, сухой кашель, лёгкое покашливание, ощущение стекания слизи по задней стенке глотки, стремление «прочистить» горло; симптомы, характерные для ГЭР (такие как изжога, отрыжка). Эти жалобы имели место в контрольной группе в большей степени по сравнению с основной группой; с другой стороны, в основной группе испытуемых во всех подгруппах превалировали проблемы, связанные с изменением качества голоса.

Нами было установлено, что среди факторов, оказывающих влияние на качество голоса, причём как певческого, так и речевого, были стандартные, ранее не вызы-

вающие проблем голосовые нагрузки у 68% человек основной и 31% контрольной групп непрофессионалов голоса, предъявивших данную жалобу. Также 30% человек основной и 46% контрольной групп непрофессионалов голоса указали на неправильный рацион питания. Незначительный процент пациентов (всего 6% основной и контрольной групп непрофессионалов голоса) указывали на несколько факторов, влияющих, по их мнению, на голосовой аппарат, либо затруднялись их назвать вовсе.

У пациентов ощущение «кома» в горле носило как постоянный (31% основной и 42% контрольной групп непрофессионалов голоса), так и периодический характер в остальных случаях. В основной группе кашель был отмечен в 67,7% случаев (65 человек), но среди пациентов подгруппы вокалистов и студентов-вокалистов данная жалоба достигала 72%, то есть была у 38 человек. Кашель был сухим, более характерным для ночного времени или возникающим в горизонтальном положении пациента. Кроме того, в подгруппах вокалистов и студентов-вокалистов кашель появлялся и во время пения либо сразу после вокальных нагрузок, причём чаще у женщин, чем у мужчин. Как мы полагаем, данный выявленный феномен связан именно с диафрагмальным дыханием, изменением давления в брюшной полости, следствием чего и является проявление эпизодов ЛФР. Как представляется, кашель во время пения, при учёте других симптомов, с большой степенью вероятности может свидетельствовать о наличии ЛФР у пациентов рассматриваемой профессиональной группы.

Изучение фактора давности заболевания, времени обращаемости пациентов выявило, что более раннее обращение и наименьший срок заболевания (от нескольких недель до 6 месяцев) были характерны для подгруппы студентов-вокалистов и профессиональных вокалистов. При этом важно отметить, что профессионалы голоса со смешанной голосовой нагрузкой, а также лица голосо-речевых профессий обращались за медицинской помощью в гораздо более поздние сроки: в среднем от 6 месяцев до 5 лет от начала заболевания. Однако в контрольной группе, напротив, не было выявлено ни одного случая обращения к врачу ранее 6 месяцев от начала заболевания, а наибольший процент обращений наблюдался в промежутке от 1 года до нескольких лет.

Весьма характерно, что во всех случаях как в основной, так и в контрольной группах были отмечены явная неэффективность либо незначительный кратковременный эффект от традиционной терапии, проводимой ранее. Причём информация о приёме антисекреторных или антацидных препаратов, прокинетиков до и в процессе обследования у пациентов отсутствовала, и этот фактор был одним из критериев отбора представителей групп данного опроса.

Результаты видеоларингоскопии и видеоларингостробоскопии. Традиционно к подозрительным для ЛФР ларингоскопическим признакам относят: воспалительные проявления в межчерпаловидном отделе, области черпаловидных суставов, наличие пахидермии межчерпаловидного отдела, симптома «капюшона» в заднем отделе гортани [6; 9; 10]. В ходе этих исследований мы выявили признаки рефлюксларингита (согласно классификации Williams), соответствующие различным степеням тяжести [12]. Было отмечено, что превалирующее число пациентов с лёгкой степенью заболевания было зафиксировано среди студентов-вокалистов и профес-

сиональных певцов – 62,5% (n = 25) и 61,5% (n = 8) соответственно. Поражения II и III степени преобладали у непрофессионалов голоса. Видеоларингостробоскопические показатели варьировали от нормальных (6 пациентов (12%)) основной группы с I степенью рефлюкс-ларингита до асинхронного колебания голосовых складок и отсутствия смещения слизистой оболочки по свободному краю. При этом была установлена достоверная взаимосвязь между степенью рефлюкс-ларингита и упомянутыми выше признаками ($p < 0,05$).

Анализ данных гастроэнтерологического обследования. На основании анкетных данных, итогов подсчёта Индекса Симптомов Рефлюкса (ИСР) в основной группе (n = 96) сумма набранных баллов превышала 13 у 38 (39,5%) опрошенных, что, согласно критериям, соответствовало достоверному диагнозу ГЭРБ. Так, у 44 пациентов (45,8%) диагноз был поставлен как вероятный при совокупности баллов между 9 до 13. При наборе менее 9 баллов у 14 (14,5%) пациентов диагноз ставился под сомнение. В контрольной группе (n = 20) совокупность набранных баллов, превышающая 13, отмечена у 11 (55%) опрошенных. Количество баллов, свидетельствовавших о вероятности диагноза было у 8 (40%) пациентов, а сомнительный диагноз по результатам анкетирования – у 1 (5%) пациента (табл. 1).

Таблица 1.

Вероятность наличия ларингофарингеального рефлюкса по данным опросника в подгруппах пациентов основной и контрольной групп

Вероятность наличия ЛФР	Основная группа (n=96)								Контрольная группа n=20	
	Вокалисты n=13		Студенты вокалисты n=40		Смешанная группа n=21		Профессии, с использованием речевого голоса n=22			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
достоверно	7	7,3% (n=96) 53,8% (n=13)	9	9,3% (n=96) 22,5% (n=40)	12	12,5% (n=96) 57,1% (n=21)	10	10,4% (n=96) 45,4% (n=22)	11	55%
вероятно	11	11,4% (n=96) 76% (n=13)	9	9,3% (n=96) 22,5% (n=40)	10	10,4% (n=96) 47,6% (n=21)	14	14,5% (n=96) 63,3% (n=22)	8	40%
сомнительно	4	4,2% (n=96) 30,7% (n=13)	7	7,3% (n=96) 17,5% (n=40)	1	1% (n=96) 4,7% (n=21)	2	2% (n=96) 9% (n=22)	1	5%
отсутствует	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–

Учитывая, что наличие ЛФР было подтверждено у всех пациентов, участвующих в данном исследовании, нами было выявлено, что тестирование пациентов «ИСР» можно считать вполне информативным методом относительно пациентов с внепищеводной формой ГЭРБ. Вместе с тем, в отношении пациентов основной группы, в особенности, студентов и обученных вокалистов, данный вывод не всегда находит своё подтверждение, поскольку у этих пациентов в некоторых случаях заболевание может проявляться лишь ухудшением качества голоса. Этот факт необходимо учитывать при обследовании пациентов этих профессий.

Суточная pH-метрия, проводимая для подтверждения диагноза с установкой верхнего датчика на уровне гортаноглотки, позволяет фиксировать динамику pH в данном отделе на протяжении суток.

При проведении суточной pH-метрии мы рассчитали среднее значение pH у пациентов основной и контрольной групп на уровне верхнего гортанного датчика. При

этом в основной группе среднее число ГЭР за сутки с pH < 4 составило 27; среднее максимальное время ГЭР – 00:48:15. Для контрольной группы среднее число ГЭР за сутки с pH < 4 составило 44; среднее максимальное время ГЭР – 01:33:12. Из этого следует, что рефлюкс в контрольной группе был выражен больше.

Результаты эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выявили В-степень поражения, характеризующую изменения в пищеводе в виде не сливающихся нециркулярных эрозий у 3 пациентов контрольной группы n = 3 (15%). У пациентов основной группы в подгруппе профессионалов голоса в 1 случае также была выявлена эрозивная форма эзофагита, соотносимая со степенью В (n = 96, 1%), что составило 4,5% (n = 22) в данной подгруппе.

Если говорить в целом, то у пациентов основной и контрольной групп изменения пищевода характеризовались небольшим отёком и инфильтрацией слизистой оболочки. В свою очередь, 58 (60,5%) пациентам основной группы был поставлен диагноз «эндоскопически негативный рефлюкс-эзофагит», а у 38 (39,5%) установлена степень А рефлюкс-эзофагита. У пациентов контрольной группы эндоскопически негативная форма рефлюкс эзофагита встречается в 9 (45%) случаях. Степень А в контрольной группе выявлена у 11 (55%) пациентов.

Заключение. Проведённое нами исследование подчеркивает общеизвестные положения, согласно которым при внепищеводной форме ГЭРБ воздействие рефлюктата на слизистые оболочки ЛОР-органов, не имеющих естественной защиты, приводит к развитию хронического воспалительного процесса, несмотря на то, что на слизистую оболочку пищевода подобное воздействие не оказывается, либо оно минимально.

Анализ результатов проведённого обследования позволил нам чётко сформулировать понятие рефлюкс-ларингит среди профессионалов голоса, отражающее симптомокомплекс и патогенез данного заболевания. Это, в свою очередь, дало возможность разработать методику комплексного лечения рефлюкс-ларингита, позволяющую воздействовать как на патогенетическое звено заболевания, так и его отоларингологические проявления.

По нашему мнению, внедрение метода анкетирования с помощью ИСР у лиц голосо-речевых профессий позволяет предположить наличие ларингофарингеального рефлюкса, что, в совокупности с выявлением ларингоскопических находок, подозрительных с точки зрения наличие рефлюкса, обосновывает направление пациентов на консультацию к гастроэнтерологу. В этой связи важна роль специализированного гастроэнтерологического обследования и лечения ГЭРБ наряду с консультацией специалиста, проведением суточной pH-метрии и эзофагогастродуоденоскопией.

Таким образом, рутинное использование выше указанных способов диагностики в практике врача-фониатра будет способствовать лучшему пониманию причинно-следственных связей между ЛФР и ГРЭБ, что, несомненно, приведёт к назначению адекватной терапии и выбору соответствующих лечебных мероприятий.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с хронической патологией гортани // *Солдатский Ю. Л.* [и др.] // Вестник оториноларингологии. 2006. №5. Приложение. С. 342.

2. *Державина Н. А.* Ларингофарингеальный рефлюкс при нарушении голоса у лиц голосо-речевых профессий. Автореф. дис. … канд. мед. наук. М. 2012. 24 с.

3. *Епачинцева А. С., Ашуров З. М., Осипенко Е. В.* Роль антирефлюксной терапии в комплексном лечении пациентов с доброкачственными заболеваниями гортани // Российская оториноларингология. 2008. Приложение №3. С. 396–399.

4. Распространённость, причины и особенности нарушений голоса у педагогов // *Орлова О. С.* [и др.] // Вестник оториноларингологии. 2000. №5. С. 18–21.

5. *Романенко С. Г., Павлихин О. Г., Елисеев О. В.* Роль оториноларинголога и фониатра в профессиональном отборе студентов, поступающих в творческие вузы // Российская оториноларингология. 2008. Приложение №3. С. 447–449.

6. *Erickson E., Sivasankar M.* Simulated reflux decreases vocal fold epithelial barrier resistance // Laryngoscope. 2010. №120. P. 1569–1575.

7. Frequency and effects of teacher' voice problems // *Smith E.* [et al.] // J. Voice. 1997. Vol. 11. №1. P. 81–87.

8. *Gawron A., Hirano I.* Advances in diagnostic testing for gastroesophageal reflux disease // World J. Gastroenterol. 2010. №16. P. 3750–3756.

9. *Kjellen G., Brudin L.* Gastroesophageal reflux disease and laryngeal symptoms. Is there really a causal relationship? // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. 1994. №56. P. 287–290.

10. *Koufman J. A., Sataloff R. T.,* Toohill R. Laryngopharyngeal reflux. Consensus conference report // J. Voice. 1996. Vol. 10. №3. P. 215–216.

11. Pepsin in nonacidic refluxate can damage hypopharyngeal epithelial cells // *Johnston N.* [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2009. №118. P. 677–685.

12. Predictors of outcome in an open label, therapeutic trial of high-dose omeprazole in laryngitis // *Williams R. B.* [et al.] // Am. J. Gastroenterol. 2004. №99 (5). P. 777–85.

13. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics // *Smith E.* [et al.] // J. Voice. 1998. Vol. 12. №3. P. 328–334.

Связь с авторами:
Осипенко Екатерина Владимировна,
nxhosipenko71@yandex.ru
Державина Наталья Анатольевна,
natali527@mail.ru
Кастыро Игорь Владимирович,
ikastyro@gmail.com

УДК 612.78

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИСФОНИЙ У ВОКАЛИСТОВ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

© Рудин Л. Б., 2012

канд. мед. наук, доц., ведущ. научн. сотр. ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – д-р мед. наук, проф. Н. А. Дайхес), Президент Российской общественной академии голоса

Данный научный обзор посвящён изучению проблемы профилактики дисфоний у вокалистов. С общепринятых в мировой гигиенической практике позиций рассматриваются все три вида профилактики (первичная, вторичная, третичная) в контексте фониатрической патологии и проблем профилактики в фониатрии. В результате анализа выявлено отсутствие системной структуризации профилактического направления в фониатрии как в России, так и за рубежом, показана необходимость разработки методического единства и унификации комплексной системы мер профилактики дисфоний в виде первичной, вторичной и третичной профилактики.

Ключевые слова: гигиена голоса, профилактика дисфоний, первичная профилактика, вторичная профилактика, третичная профилактика, гигиена труда вокалистов, физиология трудовой деятельности.

Библиография: 127 источников.

DYSPHONIA PREVENTIVE CARE WITH VOCALISTS (SCIENTIFIC REVIEW)

© Rudin L. B., 2012

Candidate of medical sciences, assistant professor, leading researcher of Federal State Institution «Scientific Clinical Center of Otorhinolaryngology of Federal Medical and Biology Agency of Russia» (Director – Professor N. A. Daykhes), President of Russian Public Academy of Voice

The given scientific review deals with the problem of dysphonia preventive care with vocalists. On the basis of the universal hygiene principles there are treated all the three types of preventive care (primary, secondary and tertiary) in the context of phoniatric pathology and the problems of preventive care in phoniatrics. The results of the analysis show the lack of any systemic approach in dysphonia preventive care both in Russia and abroad. The paper claims the importance of developing a methodologically unified and complex system of primary, secondary and tertiary dysphonia preventive care.

Key words: voice hygiene, dysphonia preventive care, primary, secondary and tertiary preventive care, vocalists' occupational hygiene, labour physiology.

Bibliography: 127 sources.

Никогда болезнь нельзя уподоблять грому среди ясного неба: она всегда является следствием множества повседневных ошибок, которые, постепенно накапливаясь, обрушиваются в конце концов на голову тех, кто по незнанию или небрежности допускал их.
Гиппократ

Профилактическое направление в медицине было и остаётся приоритетным. Оториноларингология с фониатрией не являются исключением. Принципы охраны голоса, в свою очередь, неразрывно связаны с физиологией и гигиеной труда что, несомненно, носит междисциплинарный характер.

По модели обусловленности здоровья [70], основными и определяющими факторами риска являются: образ жизни – 50–55%; внешняя среда – 20–25%, генетический фактор – 15–20%, здравоохранение – 8–10%. Согласно концепции факторов риска и образа жизни, большая их часть, способствующих возникновению заболеваний, относится к субъективным факторам, зависящим от поведения человека. Залогом сохранения здоровья и высокой производительности труда является организация здорового образа жизни, рациональный режим труда и отдыха. В современных социально-экономических условиях наблюдается интенсификация труда лиц различных профессий, в том числе и вокальных, что существенно повышает значение показателей состояния здоровья работников [6; 24; 71; 82; 84].

Улучшению состояния здоровья лиц голосо-речевых профессий, снижению уровня заболеваемости голосового аппарата способствует не только реализация гигиенических, но и валеологических принципов. По Э. Н. Вайнеру, структура здорового образа жизни должна включать следующие факторы: оптимальный двигательный режим, рациональное питание, рациональный режим жизни, психофизиологическую регуляцию, психосексуальную и половую культуру, тренировку иммунитета и закаливание, отсутствие вредных привычек и валеологическое образование [15]. Рациональная организация жизнедеятельности есть система жизни данного конкретного человека, которая с учётом необходимых и возможных условий обеспечивает ему высокий уровень здоровья и благополучия в сферах социального, профессионального, семейного и культурного бытия [15; 29; 48; 49; 56; 75].

Однако следует отметить, что многолетними исследованиями установлена ведущая роль поведения (индивидуумов, семей) в патологии и сохранении здоровья [70; 71]. Поведение – это главный фактор здоровья человека. Непосредственно от самого человека, его мировоззрения, культуры и поведения зависят такие факторы, как гипокинезия, неправильное питание и вредные привычки [118]. Другими исследованиями установлено, что в большинстве случаев население не обращается за помощью к специалистам, объясняя это следующим образом: «считаю, что заболевание пройдёт само собой, без лечения»; «стараюсь не обращать внимания на состояние своего здоровья»; «боюсь изменить к себе отношение по месту работы»; «боюсь материальных затрат», – и т. п. Всегда обращаются за помощью примерно 15% опрошенных лиц [58].

В настоящее время наблюдается парадокс: при положительном отношении к факторам ЗОЖ, особенно в отношении питания и двигательного режима, в реальности их используют лишь 10–15% опрошенных. В целом, в нашей стране 78% мужчин и 52% женщин ведут нездоровый образ жизни [21; 45; 83].

Рациональная организация жизнедеятельности должна строиться с учётом всего многообразия индивидуальных гено- и фенотипических, возрастных, половых и др. особенностей данного человека, и, с этой точки зрения, она будет пригодна лишь для данного индивидуума. С другой стороны, такая организация должна служить максимально полной реализации возможностей человека [13; 15; 25; 85; 88].

Учёт профессиональных факторов при формировании рациональной жизнедеятельности предполагает, что выполнение человеком своих профессиональных функций часто сопряжено:

- с определённым временным режимом работы;
- с длительным поддержанием высокого уровня психоэмоционального напряжения;
- с необходимостью выполнения однообразных движений или поддержания статических, неблагоприятных для здоровья поз;
- с увеличением нагрузки на мозг при снижении двигательной активности (гиподинамии и т. д.).

Задачами рациональной организации жизнедеятельности в отношении профессионального статуса человека должны быть, во-первых, обеспечение высокого уровня профессиональной работоспособности, а во-вторых – минимизация неблагоприятных факторов профессиональной деятельности, влияющих на здоровье человека [19; 23; 24; 46; 49; 53; 56; 55; 60; 61; 62; 63; 64].

Как в нашей стране, так и за рубежом всё более активно формируется новое научное направление – психология здоровья, имеющее широкое поле теоретических и практических задач и включающее не только предупреждение психической и соматической патологии. Задачей психологии здоровья является сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья. В условиях труда и обучения здоровье становится не только состоянием организма, но и субъективной самоценностью для работающего человека [3; 4; 5; 26; 31; 59].

В существующей практике поддержания профессионального здоровья существуют два подхода: применение мер обеспечения безопасности труда и обеспечение компенсации возможных случаев нарушения здоровья работников, его восстановления. Для одних профессий на первый план выходит первый подход, а для других – второй. Но оба этих подхода используются, прежде всего, в области исполнительской деятельности. Более того, сложность ситуации заключается в том, что в этой деятельности нередки случаи положительного влияния относительного нездоровья на достижение профессиональной успешности [12; 102; 108].

Профилактика – (от греч. *prophylaktikos – предохранительный*) – предварительные меры для недопущения чего-либо. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Соз-

дание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет 3 вида профилактики заболеваний: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика – это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний общих для всего населения, отдельных профессиональных, стажевых и возрастных групп и индивидуумов (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение обострений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности и работоспособности, снижения общей и профессиональной трудоспособности.

Третичная профилактика – это комплекс мероприятий по профилактике прогрессирования заболеваний во избежание инвалидности и преждевременной смерти, а также реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику.

Индивидуальная профилактика включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек. Общественная профилактика включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения. Практическое осуществление общественной профилактики требует законодательных мер, постоянных и значительных материальных затрат, а также совместных действий всех звеньев государственного аппарата, медицинских учреждений, предприятий промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса и т. д. [10; 24; 75; 98].

Профилактика профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний – это система мер медицинского (санитарно-эпидемиологического, санитарно-гигиенического, лечебно-профилактического и т. д.) и немедицинского (государственного, общественного, экономического, правового, экологического и др.) характера, направленных на предупреждение несчастных случаев на производстве, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья работников, предотвращение или замедление прогрессирования заболеваний, уменьшение неблагоприятных последствий. Развитие многих профессиональных заболеваний и профессионально обусловленных заболеваний зависит от комплексного взаимодействия повреждающих факторов и от качества трудовой жизни. Все работники должны

приобретать гигиенические знания и навыки, выполнять нормы и требования, обеспечивающие безопасность труда [10; 22; 24; 54; 55; 56; 67; 75; 78; 81].

Производственные факторы, в зависимости от их интенсивности могут вызывать у работающих профессиональные заболевания или отравления, симптомокомплекс которых специфичен. Вредные производственные факторы могут вызывать как развитие профессиональных болезней в результате длительного воздействия на организм, так и острые заболевания в виде производственных отравлений и травм.

К производственным травмам относят заболевания, вызванные внезапным влиянием на организм производственных факторов [24, 40, 41, 60, 64, 82, 101, 103, 107].

В структуре как соматической патологии, так и профзаболеваний значительное место занимают пограничные нервно-психические состояния. Сплошное обследование работников ряда крупных предприятий показало, что на долю пограничных нервно-психических расстройств приходится более 80% всех заболеваний. Следует отметить, что при длительном течении профзаболеваний возможно изменение социального статуса больного с нарушением отношения к труду. Это, в свою очередь, нередко способствует развитию психопатологических нарушений [108].

В целом, профессиональное здоровье рассматривается как свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях, в которых протекает профессиональная деятельность индивидуума. Понятие о профессиональном здоровье, в отличие от принятых определений здоровья, подразумевает наличие такого качества, как способность организма восстанавливать нарушенное состояние в соответствии с регламентацией объёма и вида профессионального труда, сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы в процессе трудовой деятельности [11; 27].

Трудовые взаимоотношения между работником и работодателем, в контексте сохранения общесоматического и профессионального здоровья, регулируются рядом законодательных актов, в том числе регламентами безопасности труда [14; 24].

В отношении голосовых нагрузок, в настоящее время исключённых из перечня вредных производственных факторов (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. №302н), нет ни одного нормативного акта, позволяющего каким-либо образом реализовывать задачу по снижению уровня заболеваемости голосового аппарата. И это при том, что роль голосовых нагрузок, особенно ненормированных, в возникновении патологии гортани всецело доказана [8; 16; 17; 18; 19; 20; 37; 47; 68; 72; 86; 89; 91; 92; 93; 99; 100; 105; 109; 111; 114; 119; 121; 122; 123; 124; 125].

Однако следует отметить, что ждёт подписания Проект приказа Минздрава России от 28 сентября 2012 г. «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах с вредными и (или) опасными условиями труда»

В пункте 62 данного документа указаны изменения, которые вносятся в приложение №1. «Приложение №1 дополнить пунктом 4.3 «Перенапряжение голосового аппарата», столбец «периодичность осмотров» дополнить словами «1 раз в год», столбец «участие врачей-специалистов» дополнить словами «оториноларанголог», столбец «лабораторные и функциональные исследования дополнить словами «спирометрия, *ларингостробоскопия», столбец «дополнительные медицинские противопоказания» дополнить словами «Хронические воспалительные заболевания голосового аппарата с частотой обострения 3 раза и более за календарный год; Стойкие функциональные заболевания голосового аппарата; Выраженные нарушения функций носового дыхания».

Профилактика дисфоний представляется весьма специфичным и непростым направлением в отоларингологии и фониатрии.

Термином «дисфония» принято обозначать любое расстройство голоса, нарушение голосовой функции. Это определение не даёт представления об изменениях качества голоса, его силы, диапазона, тембра, а также причинах возникновения подобных нарушений. Крайней степенью дисфонии является утрата голоса – афония [20; 72].

Голосовой аппарат был и остаётся источником материального благосостояния для лиц, использующих его в качестве основного орудия труда. Знание особенностей профессиональной деятельности вокалистов в современных социально-экономических условиях, во многом отличающихся от таковых у представителей других голосо-речевых профессий [8; 19; 92; 99], является важным условием для понимания причин возникновения заболеваний голосового аппарата у данного контингента, а соответственно и для поиска путей их профилактики.

Ранее проведённые исследования [105] показали, что до 70% артистов хора имели работу по совместительству. Вторую работу по певческой специальности имели не менее 50% вокалистов. Подавляющее большинство солистов оперы имело дополнительную голосовую нагрузку в виде работы по совместительству и (или) разовых контрактов как в России, так и за рубежом. Длительность голосовых нагрузок варьировала суммарно от 1 до 4, иногда 5 часов в день с различным количеством выходных дней, а порой – и их отсутствием. У работающих студентов отмечалась нерегулярность занятий по специальности, что пагубно отражалось на формирование у них вокально-технических навыков. Подобное положение подтверждается данными других авторов [19]. Значительная интенсификация труда у вокалистов чаще всего не позволяет им прерывать трудовую деятельность при начинающихся голосовых расстройствах или острых заболеваниях верхних дыхательных путей, что неизбежно ведёт к росту органической патологии гортани и увеличению сроков реабилитации [19; 38; 91; 92].

Важными производственными факторами трудовой деятельности у представителей вокальных профессий являются такие, как суммарная голосовая нагрузка в день, неделю; степень равномерности в её распределении на протяжении недели, месяца; репертуарная политика театра; правильность выбора репертуара певцом; система проката спектаклей; задействованность солиста в репертуаре; разноплановость исполняемых партий и др., которые во многом способствуют развитию

дисфоний у данного контингента [6; 8; 19; 20; 32; 33; 34; 51; 52; 92; 99; 100; 110; 116; 127]. Актуальными остаются проблемы ранней диагностики начинающихся голосовых расстройств и максимально быстрой их коррекции для предотвращения формирования стойких функциональных, органических и профессиональных заболеваний гортани с ограничением или потерей профессиональной пригодности [42; 96].

Большое значение в возникновении соматических заболеваний и патологии ЛОР-органов вокалистов имеют санитарно-гигиенические условия труда в театре. Исследования гигиенических характеристик помещений оперного театра показали нарушение санитарно-гигиенических норм состояния воздуха производственной среды за счёт неэффективности вентиляции в репетиционных залах, наличия сквозняков в закулисной части и гримуборных, большой бактериальной загрязнённости воздуха, костюмов, гримировальных принадлежностей [8; 23; 46]. Другой микроклиматической особенностью состояния помещений театра является наличие осветительного оборудования сцены, которое выделяет в окружающую среду значительное количество тепла. При нарушении гигиенических требований по воздухообмену и вентиляции возможно повышение верхней границы зоны комфорта на сцене, что усугубляется в тёплое время года и костюмами с низкой теплоотдачей, в которые одеты артисты. Эти вредные производственные факторы могут влиять на процессы теплорегуляции. По мнению многих авторов, только с учётом времени года и особенностей костюмов, декораций, мизансцен, следует брать спектакли в прокат. Например, спектакли, в которых артисты одеты в тёплые костюмы, с использованием меха и т. п., целесообразно прокатывать в холодное время года и, наоборот [6; 8; 23; 24; 46; 95; 97; 99; 100].

Сочетание вокальной практики в театре с педагогической деятельностью является дополнительным неблагоприятным фактором риска возникновения патологии голосового аппарата. Во многом это связано с опосредованным воздействием через ЦНС на голосовой аппарат педагога несовершенных певческих навыков ученика [19].

Профессиональная деятельность студентов вокальных факультетов имеет свои специфические особенности. Как известно, вокальное образование, особенно на первых курсах обучения, есть выработка ряда условных рефлексов, формирующих индивидуальный стереотип фонации, а также иных профессиональных качеств. Именно поэтому пение «на стороне» не рекомендуется, как минимум, первые три года обучения, т. к. способствует разрушению рефлексов, вырабатываемых на занятиях с педагогом [9; 34]. Особое внимание уделяется природной тесситуры звучания начинающего певца [20; 94; 113; 116; 124; 125], подбору репертуара, который должен соответствовать начинающему исполнителю не только технически, но психологически [69; 116; 124; 125]. Важное значение имеет оценка пиков заболеваемости студентов, один из которых – в конце сентября – начале октября – связан с резким началом голосовых нагрузок после длительного каникулярного периода молчания.

Оценивая факторы риска трудовой деятельности, сопряжённой с теми или иными производственными вредностями, следует уделять особое внимание вопросам рационализации отдыха работников, занятых на подобных производствах [8; 24;

64]. Физиология и гигиена труда достаточно детально касаются этой проблемы. Однако в фониатрической литературе и публикациях по гигиене голоса этому вопросу уделяется недостаточное внимание, а взгляды на проблему мало соответствуют современным представлениям, в основном имеют историческое значение или обывательский характер [32; 33; 44; 51; 52; 77; 112; 113]. Роль психо-эмоционального напряжения и переутомления нервной системы при профессиональных вокальных нагрузках в возникновении патологии гортани показана в немногочисленных работах разных лет, что позволяет учитывать данные исследования для построения принципов и оптимизации труда и отдыха вокалистов [58; 61; 90].

Практически все авторы, чья научно-исследовательская деятельность связана с изучением проблем голоса, отмечают безусловную патогенетическую связь возникновения дисфоний с наличием различных хронических заболеваний верхних дыхательных путей [1; 6; 7; 8; 20; 30; 34; 35; 36; 38; 42; 72; 79; 123], что ещё раз подчёркивает актуальность комплексной системы профилактики дисфоний и, в частности, систематизации диспансерных мероприятий вторичной профилактики как одного из важнейших её направлений.

Как среди специалистов, так и среди профессионалов голоса давно стало общеупотребимым такое понятие, как ***гигиена голоса***. Гигиена голоса является научно-популярным, адаптированным изложением теоретических основ профилактики дисфоний и адресована конкретным потребителям – настоящим и будущим профессионалам голоса.

Гигиена голоса, изучающая взаимодействие организма лиц голосо-речевых профессий с внешней средой, играет важную роль для сохранения их голосового здоровья и профессионального долголетия. Гигиенические положения занимают столь большое значение потому, что без них невозможно выполнить основные задачи по всестороннему и гармоничному развитию людей, сохранению на долгие годы крепкого здоровья и творческой активности. Молодые специалисты, оканчивающие вузы страны, должны хорошо знать основные положения личной и общественной гигиены и умело применять их в быту, учёбе, на производстве.

Последнее руководство по гигиене голоса в России относится к 1962 году [33]. Естественно, что многие охранительные принципы будут актуальны вне зависимости от времени и при любых условиях, а некоторые представляют лишь историческую ценность. Рекомендации по гигиене голоса были опубликованы в 2002 г. в монографии Ю. С. Василенко «Голос. Фониатрические аспекты» [20] и сводятся к голосовому отдыху после рабочего дня, профилактике ОРВИ, оптимизации распорядка дня и питания. Безусловно, данные принципы являются основополагающими, однако их выполнение вокалистами зачастую сопряжено с производственными трудностями [91] и отсутствием информационных источников. В своей монографии автор отмечает, что «к разработке проблемы охраны и развития голоса необходимо привлекать внимание заинтересованных организаций, создавать научно-практические центры (проблемные лаборатории), которые проводили бы в широком плане научные исследования в этой области…». Предлагается ряд мероприятий по снижению частоты профессиональных заболеваний, в частности диспансеризацию лиц соответствующих профессий.

Проблема охраны голоса очень многогранна и неоднозначна. С одной стороны, – это ряд ограничений и запретов, складывающихся в определённый образ жизни, а с другой – реальная действительность повседневной жизни и трудовой деятельности, диктующая свои правила для достижения финансового благополучия. В итоге – отсутствие какой-либо вообще системы мер профилактики, недостаток знаний в этой области у вокалистов, непонимание механизмов оптимизации своей трудовой деятельности. Отсутствие утверждённой нормативной базы и санитарно-гигиенических норм вокальных нагрузок, регламентов безопасности труда привело в настоящее время к недопустимым формам трудовой дисциплины в музыкальном театре [106].

В современных социально-экономических условиях напряжённость трудовой деятельности лиц вокально-речевых профессий диктует необходимость широкого внедрения профилактических мер. При этом данный спектр мероприятий должен быть чётко адаптирован к особенностям трудовой деятельности вокалистов в современных учреждениях культуры, носить системный характер и быть психологически обусловленным [76; 83; 84].

В настоящее время в мире не существует чётко выработанной системы первичной, вторичной и третичной профилактики дисфоний. До сих пор принципы гигиены голоса строятся на антитабачной и антиалкогольной пропаганде, разъяснении правил подбора вокального репертуара, предупреждении о вреде форсированного пения и пения в больном состоянии и т. п. [2; 34; 52; 73; 74; 112; 116; 124; 125]. Таким образом, профилактика дисфоний носит бессистемный характер. Исследования показали, что применение принципов гигиены голоса как стратегии для предотвращения голосовых расстройств остаётся бездоказательной, а применение некоторых из них для лечения дисфоний (вокальная техника, режим молчания и пр.) лишь улучшает терапевтические результаты и не может заменить медикаментозную терапию [116]. Следует отметить, что зарубежные коллеги уделяют много внимание изучению целесообразности преподавания гигиены голоса будущим профессионалам голоса. Целесообразность этого доказана, а оптимальным временем преподавания считается срок не ранее, чем через 8 месяцев от начала обучения [115; 127].

В фониатрии применимы все виды профилактики. Однако их принципы по отношению к лицам голосо-речевых профессий требуют адаптации, а некоторые – дальнейшего изучения.

Меры личной профилактики и гигиены не могут быть стандартными для всех и должны видоизменяться в зависимости от специфики работы человека, от его быта и совокупности его жизненных условий. Поэтому, кроме общей гигиены, профессионал голоса, и особенно певец, должен соблюдать и специальные правила.

Следует особо отметить, что комплексная система мер профилактики расстройств голосовой функции может строиться лишь на чётких представлениях об этиопатогенетических механизмах их возникновения, которые С. Г. Романенко с соавт. [104] выделяет как одни из важнейших принципов реабилитации голосовой функции.

В. Б. Панкова [96] отмечает, что в настоящее время недостаточно разработаны методы ранней диагностики и лечения заболеваний голосового аппарата у пред-

ставителей голосо-речевых профессий, а также мероприятия по их профилактике, недостаточно научно обоснованы существующие санитарно-гигиенические нормы голосовой нагрузки в зависимости от её профиля.

К сожалению, уже по давно сложившимся «традициям» и стереотипам, всё, что связано с профилактикой расстройств голосовой функции отвечает на вопрос: чего нельзя. А вот ответа на вопрос: что же все-таки можно? – как правило, никто дать не может. Профессионала голоса меньше всего интересуют запреты. Запрет – это нарушение обязательств, срыв контракта, отмена спектакля и пр., а значит – финансовые потери. И даже материальный аспект не всегда является приоритетным. Вокалисты, актёры, педагоги и рады бы были оптимизировать свои голосовые нагрузки, но информации об этом нет, врачи также недостаточно владеют знаниями из данного раздела. Подобная ситуация сложилась в связи с отсутствием узкоспециальных исследований в этом направлении, а немногочисленные диссертации последних лет в качестве профилактики предлагают очередные методики по постановке голоса и речи, исправлению дикции, что рассчитано на «обычных» пациентов и не имеет ничего общего с повседневной театральной практикой [80].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Авдеева С. Н.* Патогенетическая взаимосвязь развития дисфонии с наличием хронических заболеваний верхних дыхательных путей у населения промышленного мегаполиса // Росс. оториноларингология. 2002. №1 (1). С. 6–7.

2. *Аллаяров Х. А.* Гигиена голоса: метод. разработки. М.: МГУ, 1983. 30 с.

3. *Ананьев В. А.* Психология здоровья новая отрасль человекознания. Психология: итоги и перспективы. СПб., 1996.

4. *Ананьев В. А.* Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 10–88.

5. *Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья. СПб.: Балтийская педагогическая академия, 1998. 148 с.

6. *Аникеева З. И., Аникеев Ф. М., Плешков И. В.* Клиника и лечение нарушений голоса у вокалистов. М.: ПК «Акцидент», 1995. 192 с.

7. *Аникеева З. И.* Распространённость хронических заболеваний верхних дыхательных путей среди профессионалов певческого голоса // Материалы науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы фониатрии и реконструктивной хирургии гортани», 20–22 мая 2002 г.: сб. тр. М., 2002. С. 9–10.

8. *Аникеева З. И.* Современные методы диагностики и комплексного лечения заболеваний респираторного тракта у профессионалов голоса в амбулаторных условиях // под. ред. *Л. Б. Рудина*. М.: Издательская группа «Граница», 2011. 416 с., ил.

9. *Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 306 с.

10. *Балмасов А. А., Свешников А. Е.* Диспансеризация. Л.: Медицина, 1982. 186 с.

11. *Бехтерев В. М.* Личность и условия её развития и здоровья. Избранные труды по психологии личности. т. 2. Объективное изучение личности // под ред. *Г. С. Никифорова Л. А. Коростылёвой*, СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 1999. 283 с.

12. *Брехман И. И.* Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. 1982. №2. С. 48–53.

13. *Брехман И. И.* Введение в валеологию – науку о здоровье. Л: Наука, 1987. 124 С.

14. *Бузунов О. В.* Правовые основы охраны труда: учебно-практическое пособие. СПб.: Петербургский государственный университет путей сообщения, 2007. 52 с.

15. *Вайнер Э. Н.* К вопросу об основополагающих признаках валеологии // Валеология. 1997. №4. С. 5.

16. *Василенко Ю. С.* Профессиональные нарушения голоса у лиц речевых профессий, их лечение, профилактика: дис. ... докт. мед. наук. М., 1974. 325 с.

17. *Василенко Ю. С., Панкова В. Б., Кудинова О. В.* Критерий диагностики профессиональных заболеваний голосового аппарата и вопросы экспертизы трудоспособности // Вестник оториноларингологии. 1979. №5. С. 75–77.

18. *Василенко Ю. С., Кажлаев О. М.* О профессиональных заболеваниях гортани у вокалистов // Вестник оториноларингологии. 1982. №5. С. 60–64.

19. *Василенко Ю. С., Павлихин О. Г., Изгарышева З. А.* Анализ причин возникновения заболеваний голосового аппарата у певцов // Вестник оториноларингологии. 2000. №5. С. 13–17.

20. *Василенко Ю. С.* Голос. Фониатрические аспекты. М.: Энергоиздат, 2002. 480 с.

21. *Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Изд. центр Академия, 2001. 352 с.

22. *Величковский Б. Т.* Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге XXI века // Вестник РАМН. 2000. №9. С. 51–55.

23. *Вощинская В. П.* Гигиеническая характеристика условий труда работников сцены стационарных театров // Тезисы докладов I съезда гигиенистов 11–13 октября 1956 г. Тбилиси.: Грузмедгиз., 1956. С. 86.

24. Гигиена труда: учебник / под ред. *Н. Ф. Измерова, В. Ф. Кириллова*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 592 с.: илл.

25. *Гундаров И. А., Киселёва Н. В., Копина О. С.* Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни. Серия ФЗОЖ. М., 1989. Вып. 2. 84 с.

26. *Гурвич И. Н.* Социально-психологические факторы здоровья. Психология здоровья / под ред. *Г. С. Никифорова*. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 361–404.

27. *Денисов Д.* Оценка экономической эффективности мероприятий по улучшению условий и охраны труда // Охрана труда и социальное страхование. 2002. №8. С. 32–35.

28. Диагностика и лечение заболеваний голосового аппарата у лиц голосо-речевых профессий: метод. рек. Киев.: М-во здравоохр. УССР, 1987. 21 с.

29. *Дмитриева М. А., Крылов А. А., Нафтульев А. И.* Психология труда и инженерная психология. Л.: Изд-во ЛГУ, 1979. 220 с.

30. *Доронина Л. М., Овчинникова Т. Р., Фишер В. В.* Влияние профилактики очагов хронической инфекции ЛОР-органов на улучшение голоса у лиц речевых профессий // Первый междунар. междисциплинарный конгресс «ГОЛОС» (29–30 ноября 2007 г., Москва): сб. тр. М., 2007. С. 50–52.

31. *Дудченко З. Ф.* Психологические особенности поддержания профессиональ-

ного здоровья на примере преподавателей ВУЗов: автореф. дисс. … канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2003.

32. *Егоров А. М.* Гигиена певца. М., 1955. 140 с.

33. *Егоров А. М.* Гигиена голоса и его физиологические основы. М.: Музгиз, 1962. 174 с.

34. *Ермолаев В. Г., Лебедева Н. Ф., Морозов В. П.* Руководство по фониатрии. М.: Медицина, 1970. 272 с.

35. *Зарицкий Л. А., Тринос В. А., Тринос Л. А.* Практическая фониатрия. Киев: Вища школа, 1984. 168 с.

36. *Заседателев Ф. Ф.* Работа голосового аппарата как комплексный процесс // Архив оториноларингологии. 1934. Т.1. С. 64–73.

37. *Злобин К. В.* Физиология пения в профилактике заболеваний голосового аппарата. Л., 1958. 136 с.

38. *Золотых А. О., Прошина Л. Н.*. Роль этиологических факторов в возникновении и реабилитации гипотонусной дисфонии у лиц с вокальной нагрузкой // Первый международный междисциплинарный конгресс «ГОЛОС»: сб. тр. М., 2007. С. 55–58.

39. *Иванова Е. М., Носкова О. Г., Чернышева О. Н.* Спецпрактикум по психологическому изучению профессиональной деятельности. Учебное пособие. М.: МГУ, 1980. 82 с.

40. *Иванова Е. М.* Основы психологического изучения профессиональной деятельности. М.: МГУ, 1987. 208 с.

41. *Иванова Е. М.* Психотехнология изучения человека в трудовой деятельности. Учебно-методическое пособие для студентов факультетов психологии государственных ун-тов. М.: МГУ, 1992. 94 с.

42. *Иванова О. Э.* Значение своевременной терапии заболеваний верхних дыхательных путей в профилактике голосовых расстройств у студентов республиканского музыкального колледжа // Голос: междисциплинарные проблемы. Теория и практика: сб. тр. // Российская общественная академия голоса. М.: Граница, 2009. С. 80–86.

43. *Ивановская Ф. А.* Профилактика голосовых расстройств. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты) / под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селивёрстова. М.: Гуманит. изд. центр Владос, 1997. Т.1. С. 302–306.

44. *Иванько Т. А.* Берегите голос. Советы учителям: метод. рек. Великий Новгород: Новгор. регион, центр развития образования, 1999. 28 с.

45. *Ильин Е. П.* Физическая культура как составная часть здорового образа жизни. Психология здоровья // Г. С. Под ред. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 337–360.

46. *Иоарданишвили Г. А.* Гигиена театров и театральных работников. Тезисы докладов I съезда гигиенистов 11–13 октября 1956 г. Тбилиси.: Грузмедгиз, 1956. С. 96–98.

47. *Кажлаев О. М.* Профессиональные нарушения голоса у вокалистов, их терапия и профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1984. 22 с.

48. *Казин Э. М., Блинова Н. Г., Литвинова Н. А.* Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. 192 с.

49. *Казначеев В. П.* Теоретические основы валеологии. Фундаментальные основы. Новосибирск, 1989. 121 с.

50. *Калуев А. В., Натт Д. Дж.* О роли ГАМК в патогенезе тревоги и депрессии // Эксперим. и клинич. фармакол. 2004. №4. С. 71–76.

51. *Кантарович В. С.* Что надо знать артисту о своём голосе. М.: Гос. муз. изд., 1937. 69 с.

52. *Кантарович В. С.* Гигиена голоса. М., 1955. 156 с.

53. *Китаева Н. Н.* Опыт гигиенической характеристики микроклимата в воздушной среде театра (по данным обследования ГАБТ) // Гигиена и санитария. 1957. №1. С. 68–69.

54. *Киколов А. И.* Умственный труд и эмоции. М.: Медицина, 1978. 366 с.

55. *Киколов А. И.* Физиология и гигиена умственного труда и эмоционального напряжения в условиях высшей школы. М: НИИВШ, 1978. 60 с.

56. *Киколов А. И.* Умственное утомление, нервно-эмоциональное напряжение и их профилактика. М: Отд. науч. информ. НИИВШ, 1979. 48 с.

57. *Киндурис В. Ю., Гоштаутас А. А., Улоза В. Д.* Исследование психологических особенностей больных с функциональными нарушениями голоса // Журн. ушн. нос. и горл. бол. 1980. №4. С. 48–52.

58. *Кицул И. С.* Мнение пациентов о состоянии своего здоровья и результатах оказанной медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. №4. С. 7–8.

59. *Климов Е. А.* Введение в психологию труда. М.: Изд-во МГУ, 1998. 197 с.

60. *Клюкина И. В.* Условия труда как один из основных факторов сохранения работоспособности // Труд и репродуктивное здоровье работающего населения Северо-запада России: сб. тр. Кировск, 2006. С. 10

61. *Клюкина И. В.* Снижение напряжённости труда путем оптимизации нагрузки на голосовой аппарат // Безопасность жизнедеятельности. 2007. №4. С. 14–16.

62. *Клюкина И. В.* Теоретические основы расчёта голосовой нагрузки человека // Известия Петербургского университета путей сообщения. 2007. Вып. 3. С. 154–166.

63. *Клюкина И. В., Пронин А. П.* Оптимизация акустического качества производственных помещений, как средство улучшения условий труда // Безопасность жизнедеятельности. 2007. №11. С. 4–8.

64. *Козлов В. Н.* Физиология и психология труда. Научные основы оценки тяжести и напряженности труда. Саратов, 1984. 46 с.

65. *Котелова Ю. В.* Очерки по психологии труда. М.: Изд-во МГУ, 1986. 118 с.

66. *Крушевская И. И.* Экспертиза нетрудоспособности при профессиональных заболеваниях голосового аппарата // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1984. №4. С. 44–46.

67. *Лаптев А. П.* Закаливайтесь на здоровье. М.: Медицина, 1991. 160 с.

68. *Левидов И. И.* Развитие голоса певца и профессиональные болезни голосового аппарата. Л., 1933. 194 с.

69. *Левидов И. И.* Певческий голос в здоровом и больном состоянии. Л. М.: Искусство, 1939. 254 с.

70. *Лисицын Ю. П., Петленко В. П.* Детерминационная теория медицины. СПб., 1992.

71. *Лисицын Ю. П.* Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. 1998. №3. С. 49–52.

72. *Максимов И.* Фониатрия / пер. с болг. М.: Медицина, 1987. 288 с.

73. *Малютин Е. Н.* Экспериментальная фонетика и научные основы постановки голоса. Орёл, 1924. 15 с.

74. *Малютин Е. Н.* Экспериментальная фонетика и фониатрия // Вестник оториноларингологии. 1936. №3. с. 3–12.

75. *Марков В. В.* Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. М.: Изд. центр Академия, 2001. 320 с.

76. *Марченко В. Д., Куршев В. А.* Психологические аспекты гигиены голоса (бытовые и профессиональные). Вопросы гигиены труда: Вып. 2. Волгоград, 1969. С. 279–280.

77. Массаж гортани как профилактика профессиональных заболеваний голосового аппарата у преподавателей. М.: МГУ, 1982. 26 с.

78. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Учебное пособие // под редакцией *В. С. Лучкевича и И. В. Полякова*. СПб., 2005.

79. *Митринович-Моджеевска А.* Патофизиология речи, голоса и слуха: пер. с польского. Варшава: польское гос. мед. изд., 1965. 356 с.

80. *Михалевская И. А.* Профилактика нарушений голоса у лиц речевых и вокальных профессий: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03. М., 2005. 185 с.

81. *Навакатикян А. О.* Стресс и профилактика его неблагоприятного действия. К.: Знание, 1981. 28 с.

82. *Навакатикян А. О., Шлейфман Ф. М.* Физиолого-гигиенические проблемы оптимизации трудовой деятельности. Киев, 1985. 17 с.

83. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья. СПб.: Речь, 2002. 256 с.

84. *Оботурова И. А.* Понимание студентами здорового образа жизни. Психологические аспекты пропаганды ЗОЖ. Сыктывкар, 1988. С. 38–40.

85. *Оганов Р. Г.* Здоровый образ жизни и здоровье населения России // Вестник РАМН. 2001. №8. С. 14–17.

86. *Оленчик Н. В.* Заболевания голосового аппарата у студентов вокальных и дирижёрско-хоровых факультетов. Этиология, клиника, лечение: дисс. … канд. мед. наук. М., 1998. 120 с.

87. *Орлова О. С.* Система логопедической работы по профилактике и коррекции нарушений голоса у лиц речевых профессий: автореф. дис. … докт. пед. наук. М., 1998. 56 с.

88. Основы физиологии человека. Учебник для высших учебных заведений, в 2-х томах // под ред. акад. РАМН Б. И. Ткаченко. СПб., 1994. Т.1 – 567 с., Т.2 – 413 с.

89. *Остапкович В. Е., Брофман А. В.* Профессиональные заболевания ЛОР-органов. М.: Медицина, 1982. 288 с.

90. *Павлихин О. Г.* Значение уровня личностной и ситуационной тревожности вокалистов в возникновении заболеваний их голосового аппарата: сб. тр. М., 2002.

91. *Павлихин О. Г.* Заболевания голосового аппарата у вокалистов, работающих в жанре мюзикла. Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи: сб. тр. М., 2003. С. 149–150.

92. *Павлихин О. Г., Изгарышева З. А.* Профессиональные нарушения голоса по данным обращаемости // Вопросы практической фониатрии (материалы международного симпозиума 27–29 мая 1997 г.). М., 1997. С. 158–159.

93. *Павлихин О. Г., Изгарышева З. А.* Профилактика заболеваний голосового аппарата у оперных певцов // Актуальные проблемы фониатрии и сурдологии (материалы научно-практической конференции 21–24 мая 1998 г.). М., 1998. С. 60–62.

94. *Павлихин О. Г., Мещеркин А. П.* Роль спектрального компьютерного анализа в определении типа голоса певца и профилактике заболеваний голосового аппарата у вокалистов // Вестник оториноларингологии. 2003. №1. С. 9–11.

95. *Панкова В. Б.* Принципы реабилитации работающих в условиях воздействия производственных вредностей на ЛОР-органы. Проблема реабилитации в оториноларингологии: сб. тр. Самара, 2003. С. 496–498.

96. *Панкова В. Б.* Профессиональные заболевания голосового аппарата у профессионалов голоса // Первый международный междисциплинарный конгресс «Голос»: сб. тр. М., 2007. С. 90–93.

97. Патологическая физиология. Учебник для студентов медицинских институтов // *Н. Н. Зайко* [и др.]. Элиста: АОЗТ «Эссен», 1994. 576 с.

98. *Петленко В. П., Давиденко Д. Н.* Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность. СПб.: БПА, 1998. 120 с.

99. *Плешков И. В.* Влияние профессиональных факторов на формирование заболеваемости у вокалистов // Актуальные вопросы фониатрии и реконструктивной хирургии гортани: сб. тр. М., 2002. С. 51.

100. *Плешков И. В., Аникеева З. И.* Заболевания голосового аппарата у вокалистов и представителей речевых профессий. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 168 с.

101. *Пивоваров Ю. П., Королик В. В., Зиневич Л. С.* Гигиена и основы экологии человека: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2004. 528 с.

102. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / под ред. *Г. С. Никифорова*. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 1991. 152 с.

103. Психология труда / под ред. *К. К. Платонова.* М.: Профиздат, 1979. 216 с.

104. *Романенко С. Г., Павлихин О. Г.* Основные принципы лечения больных с заболеваниями голосового аппарата // Первый международный междисциплинарный конгресс «ГОЛОС»: сб. тр. М., 2007. С. 93–98.

105. *Рудин Л. Б., Чернявская Г. В.* Анализ профессиональной деятельности вокалистов в современных социально-экономических условиях, как показатель необходимости дальнейшего совершенствования фониатрической помощи в России // Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи: сб. тр. М., 2003. С. 187–189.

106. *Рудин Л. Б., Оссовская М. П., Бруссер А. М.* Официальный отчёт о проведении II конгресса Российской общественной академии голоса // Российская оториноларингология. 2009. №4 С. 160–164.

107. Руководство Р 2.2.2006–05 по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда.

108. *Тарасова Л. А., Думкин В. Н., Деларю В. В.* Роль психологических исследований в клинике профзаболеваний // Вопросы гигиены труда. 1992. №1 С. 31–33.

109. *Фомичёв М. И.* Основы фониатрии. Л.: Медгиз, 1949. 188 с.

110. Фониатрия и фонопедия // *Л. Б. Дмитриев* [и др.]. М.: Медицина, 1990. 272 с.

111. *Хаймович М. Л., Макарова В. Н., Кирикова Г. А.* Влияние повышенной голосовой и психофизиологической нагрузок на состояние здоровья гидов-переводчиков // Медицина труда и промышленная экология. 1995. №11. С. 24–26.

112. *Чернозатонская Е. П.* Берегите голос – оружие лектора, певца, педагога. Л.: Знание, 1965. 44 с.

113. *Эрбштейн М. С.* Анатомия, физиология и гигиена дыхательных и голосовых органов. СПб., 1908. 209 с.

114. A pilot survey of vocal health in young singers // *Tepe E. S.* [et al.] // J Voice. 2002. Vol. 16 (2). P. 244–50.

115. Analysis and evaluation of a voice-training program in future professional voice users // *Timmermans B.* [et al.] // J Voice. 2005. Vol. 19 (2). P. 202–10.

116. *Behlau M., Oliveira G.* Vocal hygiene for the voice professional. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg., 2009. Vol. 17 (3). P. 149–54.

117. *Braun-Janzen C., Zeine L.* Singers‘ interest and knowledge levels of vocal function and dysfunction: survey findings. // J. Voice. 2009. Vol. 23 (4). P. 470–83.

118. *Chan R. W.* Does the voice improve with vocal hygiene education? A study of some instrumental voice measures in a group of kindergarten teachers. // J. Voice. 1994. Vol. 8 (3). P. 279–91.

119. *Hocevar-Boltezar I.* Prevalence and risk factors for voice problems in priests // Wien Klin Wochenschr. 2009. Vol. 121 (7–8). P. 276–81.

120. *Holland J. S.* The Psychology of Vocational choice Waltham. Mass., 1966.

121. *Murry T., Rosen C. A.* Vocal education for the professional voice user and singer // Otolaryngol. Clin. North. Am. 2000. Vol. 33 (5). P. 967–82.

122. *Rosen CA, Murry T.* Nomenclature of voice disorders and vocal pathology // Otolaryngol. Clin. North. Am. 2000. Oct. 33 (5). P. 035–46.

123. *Sapienza C., Ruddy B.* Voice disorders. 2008. 548 p.

124. *Sataloff R. T.* Professional singers: the science and art of clinical care // Am. J. Otolaryngol. 1981 Aug. 2 (3). P. 251–66.

125. *Sataloff R. T.* Professional voice: the science and art of clinical care. 1997. 1069 p.

126. The effects of preventive vocal hygiene education on the vocal hygiene habits and perceptual vocal characteristics of training singers // *R. B. Broaddus-Lawrence P. L.* [et al.] // *J. Voice*. 2000. Vol. 14 (1). P. 58–71.

127. *Timmermans B., Vanderwegen J., De Bodt M. S.* Outcome of vocal hygiene in singers // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2005. Vol. 13 (3). P. 138–42.

Связь с автором:
Рудин Лев Борисович,
foncentr@mail.ru

УДК 612.78

ВАЗОМОТОРНАЯ ЛАРИНГОПАТИЯ (ПСЕВДОГЕМАТОМА ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ)

© Рудин Л. Б., 2010

канд. мед. наук, доцент, врач-отоларинголог ФГКУК «Академический ансамбль песни и пляски Российской Армии имени А. В. Александрова» Министерства обороны РФ (директор – Заслуженный работник культуры РФ Л. И. Малев), вед. нучн. сотр. ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н. А. Дайхес)

В данной статье описывается редко встречающаяся патология гортани, симулирующая гематому голосовой складки. Течение заболевания быстрое, ларингоскопическая картина нормализуется к 4-5 дню. Данное состояние чаще всего является случайной находкой, так как пациенты при нём жалоб не предъявляют, или они сводятся к минимуму. Предлагается расценивать данное состояние как молниеносную форму вазомоторного монохордита или псевдогематому голосовой складки.

Ключевые слова: вазомоторный монохордит, молниеносная форма вазомоторного монохортида, кровоизлияние в голосовую складку, псевдогематома голосовой складки.

Библиография: 10 источников.

VASAMOTOR MONOCHORD, VASOMOTOR MONOCHORDOPHATY, VASOMOTOR LARYNGOPATHY, FALMINANT FORM (PSEUDO HEMAETHOMA OF VOCAL FOLD)

© Rudin L. B., 2010

cand. of med. sciences, assistant to professor, doctor-otolaryngologist of the «Academic ensemble of songs and dancing of the Russian Army named after A. V. Alexandrov» of the Ministry of defence of the RF (director – Honoured worker of culture of the RF L. I. Malev), lead. sc. employee of the Federal State Establishment «Scientific-clinical centre of otolaryngology of the Federal Medical-biological Agency of the Russia» (director – proff. N. A. Daikhnes)

This article describes a seldom met pathology of larynx simulating a haematoma of the vocal fold. The duration of illness is fast, the picture of laryngoscopic examination shall be normalised up to 4-5 day. This state often could be discovered by accident because of the fact that the patient in such condition have not claims and such claims are minimised. It is offered to evaluate this condition as a falminant form of the vasomotor monochord or pseudohaematoma of the vocal fold.

Key words: vasomotor monochord, falminant form of vasomotor monochord, haemorrhage of the vocal fold, pseudohaematoma of the vocal fold.

Bibliography: 10 sources.

В своей практической деятельности мы периодически сталкиваемся с неким феноменом, который симулирует кровоизлияние в голосовую складку. Проявляется он той же объективной картиной: одна голосовая складка имеет ярко-красный, лакированный вид. Однако данное состояние, в отличие от истинного кровоизлияния, в основном, выявляется случайно, т. к. пациенты редко при этом предъявляют жалобы, подобные изменения в гортани существуют не более двух дней, а полная нормализация ларингоскопической картины происходит к 4–5-му дню.

При первичном выявлении подобные патологические изменения трактовались как кровоизлияние в голосовую складку, назначалась соответствующая терапия. В большинстве случаев пациентов подобный диагноз вызывал сомнение, т. к. субъективной симптоматики могло вообще не быть, или она носила минимальный характер, отсутствовали и типичные в анамнезе указания на голосовые эксцессы. При динамическом наблюдении на следующий день ларингоскопическая картина кардинально менялась: диффузная «лакированность» исчезала, оставаясь небольшими островками до 1–2 мм, определялась выраженная инъекция сосудов голосовой складки. Поставленный накануне диагноз оказывался неправомочным.

Изучая данные литературы, мы не встретили описания подобного явления.

Целью данной работы явилось описание редко встречаемого состояния гортани, симулирующего кровоизлияние в голосовую складку.

С 2002 по 2010 годы мы наблюдали 7 таких случаев. Все пациенты были профессиональными вокалистами. Из них – 4 женщин, 3 мужчин с различным стажем работы, с различными типами голосов. Пять человек были солистами, двое (одна женщина и один мужчина) – артистами хора. В трёх случаях жалоб не было, а состояние было выявлено в результате рутинного осмотра перед спектаклем. Четверо пациентов жаловались на голосовую усталость, незначительный дискомфорт в области шеи, глухость тембра. Одна солистка (меццо-сопрано) как таковых жалоб не предъявляла, но коллеги-солисты настоятельно рекомендовали ей обратиться к фониатру, так как во время распевки перед спектаклем слышали у неё определённые тембральные изменения. В анамнезе у всех вокалистов последние несколько дней имела место повышенная голосовая нагрузка.

Считаем необходимым описать каждый из этих случаев.

Солистка, драматическое сопрано, накануне спела партию Катерины в «Леди Макбет Мценского уезда» Д. Шостаковича, которая считается одной из сложнейших оперных партий и, не имея жалоб, обратилась к фониатру с целью контрольного осмотра. Объективно: правая голосовая складка интенсивно розового цвета, визуализируется выраженный сосудистый рисунок, неровность краёв голосовых складок в узелковых зонах, умеренная их отёчность по нижнебоковой поверхности.

Солистка, меццо-сопрано, усердно готовила новую партию для ввода в спектакль. Жалоб не предъявляла. Обратилась по настоянию других солистов (коллег по театру) из-за наличия «песка» в голосе. Важно отметить, что, являясь драматическим сопрано, она постоянно работала в амплуа меццо-сопрано, а на момент осмотра отмечался mensis. Объективная картина характеризовалась разлитой гиперемией правой голосовой складки и её диффузным отёком. На протяжении всей складки визуализировался сильно расширенный сосуд. При этом наибольшая ин-

тенсивность гиперемии отмечалась в непосредственной близости к сосуду, уменьшаясь к периферии.

Артистка хора, лирическое сопрано, ежедневно работала в спектаклях на фоне ОРВИ, первого триместра беременности, на фоне общей и голосовой усталости продолжала занятия с театральным вокальным педагогом, которые, ко всему прочему, носили для неё некомфортный характер. Левая голосовая складка была ярко-красного цвета и выглядела «лакированной». Отмечался диффузный её отёк с неровным краем на протяжении всей средней трети. Здесь же, по ходу неровности, визуализировался расширенный сосуд с нечёткими контурами.

Пациентка Н., меццо-сопрано, солистка Московского музыкального театра «Новая опера имени Колобова». Готовилась к вводу в спектакль «Русалка». Обратилась в фониатрический кабинет на фоне mensis с целью профилактического осмотра, т. к. накануне отмечалась голосовая нагрузка. При осмотре – выраженная отёчность голосовых складок, отёчность края левой голосовой складки, гиперемия её в средней трети, гиперпродукция слизи при фонации. При видеоларингостробоскопии в различных фазах вибраторного цикла участки расширения сосудов и интенсивность гиперемии визуализируются неодинаково. На вдохе более отчётливы краевые изменения. При динамическом наблюдении данные явления в гортани купировались к третьему дню.

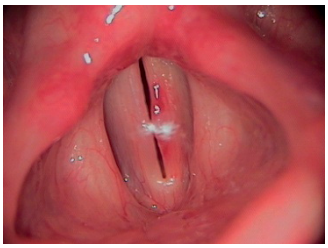
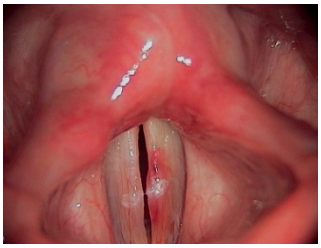

Фото 1, 2. Фазы вибраторного цикла.

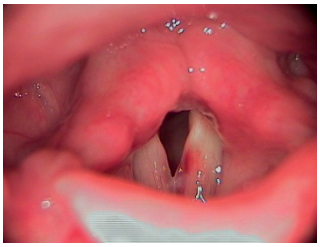
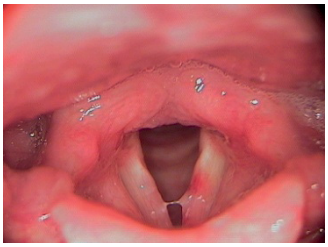

Фото 3, 4. Раскрытие голосовой щели.

Пациент Т., артист хора Московского музыкального театра «Новая опера имени Колобова». Обратился в фониатрический кабинет с жалобами на неудобство при пении, сужение динамического и тонового диапазона. Объективно: при ларингоскопии левая голосовая складка умеренно диффузно отёчная, однородно яркорозового цвета; при видеоларингостробоскопии амплитуда и частота колебаний левой голосовой складки уменьшена.

Фото 1. Ларингоскопическая картина пациента Т. при первичном обращении.

Фото 2. Ларингоскопическая картина во время фонации.

Фото 3. Ларингоскопическая картина на второй день.

Фото 4. Ларингоскопическая картина на третий день.

Фото 5. Ларингоскопическая картина на третий день (фонация).

Фото 6. Ларингоскопическая картина на четвёртый день (фонация).

Студентка вокального факультета предъявляла жалобы на незначительный дискомфорт при пении. При объективном осмотре диффузная гиперемия правой голосовой складки, её отёк, больше – по краю средней трети. В анамнезе за день до осмотра самостоятельно, без контроля педагога, работала над вокальной техникой с помощью упражнений в течение 1,5–2 часов. Голосовая нагрузка имела место за один день до начала месячных.

Студент вокального факультета консерватории был осмотрен фониатром на фоне ОРВИ и бывшей накануне голосовой нагрузки (разучивал новое произведение). Диффузная гиперемия левой голосовой складки.

Студентка вокального факультета института искусств. При осмотре гортани диффузная гиперемия правой голосовой складки, отёчность по свободному краю правой голосовой складки. На следующий день на голосовой складке визуализировалась лишь подчёркнутая сосудистая сеть.

Стробоскопическая картина во всех случаях характеризовалась асимметрией колебаний голосовых складок за счёт уменьшения частоты и амплитуды колебаний

патологически изменённой голосовой складки, укорочением или отсутствием фазы смыкания.

Впервые столкнувшись с данным феноменом, естественно, при данной объективной картине подозревалось кровоизлияние, назначался строгий голосовой покой и соответствующее медикаментозное лечение. Но не вполне типичные жалобы и объективная картина вызывали сомнение в этом диагнозе.

Однако на следующий день отёчность поражённой голосовой складки была намного меньше, краевые изменения были несколько сглажены, вместо диффузной гиперемии наблюдались отдельные пятнообразные участки ярко красного цвета и начинала визуализироваться сеть расширенных кровеносных сосудов. Становилось заметным, что краевая неровность чётко соответствовала ходу одного из сильно расширенных сосудов. Стробоскопическая картина характеризовалась асимметрией колебаний.

Видя подобное, первоначальный диагноз ставился под сомнение и возникал вопрос: а что мы видели вчера, что это вообще за состояние, симулирующее кровоизлияние?

Ещё через день голосовая складка была серого цвета, иногда – с еле заметным розоватым оттенком, с отдельными точечными участками гиперемии, краевые изменения либо отсутствовали, либо были незначительными. Стробоскопическая картина характеризовалась незначительной асимметрией колебаний и нормализовывалась к 5–6 дню наблюдения.

Дифференциальную диагностику следует проводить с кровоизлиянием в голосовую складку и вазомоторным монохордитом.

При псевдогематоме, несмотря на «лакированный» вид, выражена диффузная и (или) краевая отёчность поражённой голосовой складки, что отличает её от кровоизлияния (фото 7).

Фото 7. Кровоизлияние в левую голосовую складку.

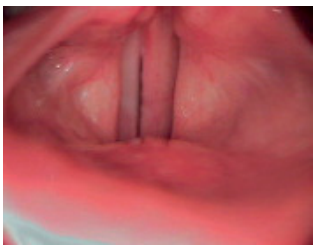

Фото 8. Левосторонний вазомоторный монохордит

В неясных случаях при подозрении на кровоизлияние в голосовую складку окончательный диагноз целесообразно ставить на 2–3 день динамического наблюдения.

Для постановки диагноза и дифференциальной диагностики предлагаем использовать таблицу, приведенную ниже.

Мы считаем, что данный феномен является пограничным состоянием гортани, так как, вероятнее всего, патогенетически он связан с физиологической артериальной гиперемией поверхностных отделов голосовой складки – её слизистой. Данное суждение связано с наличием характерных признаков артериальной гиперемии тканей.

дифференциальные признаки	кровоизлияние в голосовую складку	вазомоторный монохордит	псевдогематома
выраженность жалоб	выражены	выражены или умеренные	умеренные или отсутствуют
данные анамнеза	интенсивная голосовая нагрузка, голосовой эксцесс, голосовая нагрузка на фоне ОРВИ, mensis	интенсивные голосовые нагрузки, нерациональный режим труда и отдыха, снижение резистентности сосудистых стенок	одновременное сочетание нескольких факторов, чаще ОРВИ, дисгормональные явления, mensis, голосовая нагрузка, иногда незначительная
цвет голосовой складки	интенсивно бордовый	от бледно-розового до ярко-красного	ярко-красная
динамика цвета голосовой складки	в дальнейшем «цветёт»	цветовая вариабельность у одного и того же пациента	на 2–3 день отдельные ярко-красные островки, на 4–5 день – нормализация окраски
распространённость процесса	от точечного до диффузного, но не изменяется в динамике	всегда диффузно	всегда диффузно, затем отмечается симптом «истаивания» окраски и наблюдаются лишь отдельные её островки
длительность процесса	не менее 10 дней	длительно, имеет рецидивирующий характер	не более 5 дней

Процесс инициируется сочетанием ряда факторов, угрожаем по кровоизлиянию в голосовую складку, что также согласуется с представлениями о подобном состоянии, и процесс должен быть включён в классификацию заболеваний и состояний гортани.

Патогенетически считаем обоснованным называть данное состояние вазомоторной ларингопатией, так как воспалительных явления при этом не определяется.

Патогенетически и терминологически описанный процесс может уточняться.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Василенко Ю. С.* Голос. Фониатрические аспекты. М.: Энергоиздат, 2002. 480 с.
2. *Ермолаев В. Г., Лебедева Н. Ф., Морозов В. П.* Руководство по фониатрии. М.: Медицина, 1970. 272 с.
3. *Максимов И.* Фониатрия / пер. с болг. М.: Медицина, 1987. 288 с.
4. Патологическая физиология. Учебник для студентов медицинских институтов // *Н. Н. Зайко, Г. М. Бутенко, Ю. В. Быць* и др. Элиста: АОЗТ «Эссен», 1994. 576 с.
5. Clinical voice disorders. // *Arnold E. Aronson, Diane M.* Bless. – 4th ed. Thieme Medical Publishers, 2009. 301 p.
6. *Colton R. H., Casper J. K., Leonard R.* Understanding voice problems: a physiological perspective for diagnosis and treatment. Lippincott Williams & Wilkins, 2006. 498 p.
7. *Rammage L., Morrison M. D., Nichol H.* Management of the voice and its disorders. Cengage Learning, 2001. 316 p.
8. *Sapienza C., Ruddy B.* Voice disorders, 2008. 548 p.
9. *Stemple J. C., Glaze L. E., Gerdeman B. K.* Clinical voice pathology: theory and management. Cengage Learning, 2000. 544 p.
10. Vocal arts medicine: the care and prevention of professional voice disorders. // *Benninger M. [et al.].* Thieme, 1994. 374 p.

Связь с автором:
Рудин Лев Борисович,
foncentr@mail.ru

ПЕДАГОГИКА

УДК 37

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ МУЗЫКАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ БАКАЛАВРОВ-ВОКАЛИСТОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПЕДАГОГИКИ ИСКУССТВА

© Кудрявцева В. В., 2013

аспирантка кафедры культурологии и методологии музыкального образования и преподаватель кафедры вокала ФГБОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет им. М. А. Шолохова» (ректор – доктор политических наук, проф. В. Д. Нечаев)

Статья посвящена проблеме формирования музыкальной культуры бакалавров-вокалистов. В ней раскрываются три вида профессиональной подготовки студентов-вокалистов, выявляется наличие противоречий между ними, и акцентируется внимание на требованиях к ее содержанию.

Ключевые слова: педагогика, музыкальное образование, музыкальная культура, компетентностный подход, классическая вокальная школа, компетенции, бакалавр-вокалист, профессиональная подготовка, двухуровневая система.

Библиография: 7 источников.

SOME PROBELMS IN MUSICAL CULTURE FORMATION FOR BACHALOIRS DEGREE-VOCALISTS AS AN ACTUAL PROBLEM IN THE ART OF PEDAGODGICS

© Kudryavtseva V. V., 2013

postgraduate student of the sub-department of culturology and methodology in musical education and teacher of the sub-department of vocal of the Federal State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education «Moscow state humanitarian university named after M. A. Sholokhov», (rector – doctor of political sciences, proff. V. D. Nechaev)

The articles is dedicated to a problem of the formation of musical culture of bachelors degree-vocalists. It discovers the three types of professional training for students-vocalists, it shows a presence of contradictions between them and it focuses attention on requirements to its content.

Key words: pedagogics, musical education, musical culture, competent approach, classic vocal school, competence, bachelor degree-vocalist, professional training, two-level system.

Bibliography: 7 sources.

Педагогика музыкального образования и практика подготовки профессионалов-музыкантов переживают в настоящее время этап поиска согласований между новыми тенденциями высшей школы и сложившимися в течение десятилетий теоретико-дидактическими установками, подкреплёнными устоявшимся общепризнанным научным аппаратом, терминологией.

Новые тенденции высшей школы, являющиеся следствием современной социокультурной ситуации, заключаются в таких показателях, как:

- усиление роли высшего образования в обществе, его массовость;
- усложнение задач реализации выпускников высших учебных заведений в избранном виде профессиональной деятельности;
- мобильность послевузовской трудовой деятельности, предполагающая постоянное повышение квалификации или переподготовку.

Всё перечисленное послужило толчком для перехода российской высшей школы на двухуровневую форму профессиональной подготовки музыкантов (бакалавриат – магистратура), произошедшего достаточно быстро и не подкреплённого прочной научно-исследовательской и методической базой. Поэтому сегодня в работах учёных и педагогов-практиков можно встретить опору на два методологически различных подхода к содержанию высшего профессионального, в том числе музыкального, образования. Первый из них – традиционный, обычно называемый «знаниевым», второй – «компетентностный» [1].

В русле «знаниевого» методологического подхода содержание образования определяется задачами передачи подрастающему поколению некоего опыта, выработанного человечеством [5]. Чаще всего под опытом понимается четыре дидактических «столпа» обучения:

- знания;
- умения, навыки;
- опыт творческой деятельности;
- опыт эмоционально-ценностного отношения к миру.

«Знаниевая» парадигма сегодня влияет на конструирование содержания большей части учебных программ, несмотря на то, что государственными образовательными стандартами третьего поколения предусмотрен компетентностный подход, требующий иных теоретических ориентиров и установок в подготовке студентов.

Это имеет прямое отношение к содержанию высшего музыкального образования, где на практике приоритет отдаётся традиционному подбору учебного материала (например, репертуара для занятий в индивидуальном классе), нацеленного на приобретение знаний, умений и навыков.

Как известно, компетентностный подход направляет учебный процесс от внешней заданности на центральный объект обучения – личность студента, на организацию разнообразных форм учебной деятельности, на внутреннее творческое развитие [1; 3; 4]. При этом очевидно, что переход от адаптационной «знаниевой» системы подготовки специалиста к компетентностной модели, прогнозирующей будущий профессиональный рост выпускника, требует анализа фундаментальных понятий отечественной педагогики музыкального образования в контексте новых реалий практики высшей школы. К числу таких фундаментальных понятий отно-

сится музыкальная культура. Музыкальная культура трактуется в отечественных гуманитарных науках, начиная с 20-х годов XX в., как особый вид человеческой деятельности, в основе которой – создание, исполнение, восприятие, сохранение ценностей музыкального искусства. Однако в педагогике музыкального образования категория музыкальной культуры обрела особое не только теоретическое, но и практическое значение.

Подчеркнём, что инновационные процессы, затронувшие высшую школу, не отменяют важности фундаментальных для отечественной педагогики задач музыкального образования: приобщение студентов к высшим культурным ценностям, выработанным человечеством, формирование личностной музыкальной культуры. Особая духовная значимость этих ценностей подчеркивалась в трудах основоположников педагогики музыкального образования: Э. Б. Абдуллина, Ю. Б. Алиева, О. А. Апраксиной, Н. А. Ветлугиной, А. Л. Готсдинера, Д. Б. Кабалевского, А. А. Мелик-Пашаева, Е. В. Николаевой, Л. А. Рапацкой, К. В. Тарасовой, Б. М. Теплова, Г. М. Цыпина, Л. В. Школяр, А. И. Щербаковой и др.

Ряд диссертационных исследований последних лет подтвердил актуальность изучения процессов формирования музыкальной культуры личности в новых условиях [1]. Вместе с тем, эти работы показали, что трактовка музыкальной культуры базируется, как правило, на понятийном аппарате «знаниевой» педагогики и не соответствует установкам нового компетентностного подхода.

Ещё более осторожно к компетентностному подходу относятся педагоги-практики музыкально-исполнительских направлений, подкреплённых традицией обучения, признанной во всём мире. К числу таких направлений относится классическое вокальное искусство.

В музыкальном образовании России к началу XXI века сложилось несколько видов вузовской профессиональной подготовки вокалистов. Первый из них, наиболее устоявшийся и основанный на достижениях отечественной и зарубежной классических вокальных школ, – консерваторский. В отечественных консерваториях и сегодня сохраняется традиционный «специалитет», то есть пятилетняя подготовка специалистов, не предполагающая компетентностного подхода к содержанию обучения и опирающаяся во многом на многовековые традиции и практику, на «педагогическое ремесло» [7].

Второй вид профессиональной подготовки студентов-вокалистов – двухуровневая система «бакалавриат-магистратура». Становление данного вида образования в начале XXI века шло параллельно с функционированием «специалитета», и часто музыкальные вузы, теоретически проектирующие вокальный бакалавриат и магистратуру, предпочитали своих студентов обучать по старым «специалитетным» моделям.

Более успешно внедрение двухуровневой системы пошло в российских педагогических вузах, ранее не осуществлявших вокальную подготовку студентов и не имеющих соответствующих специализированных кафедр. В таких вузах функционировали музыкально-педагогические факультеты, где учебным планом предусматривался вокальный класс, столь необходимый в профессии будущего учителя музыки. Со временем вокальные классы этих вузов составили профессиональную

конкуренцию вокальным факультетам консерваторий, но явно проигрывали последним в качестве подготовки выпускников. Это связано с несколькими причинами, среди которых:

- отсутствие высококвалифицированных педагогов-вокалистов;
- отсутствие методической базы для подготовки классических вокалистов, опора на опыт подготовки учителя музыки;
- отсутствие должного рода конкуренции при приёме на вокальное направление, низкий конкурс среди абитуриентов;
- самое же главное – стремление заменить двухуровневую систему подготовки вокалистов на традиционную, сложившуюся в специалитете с её пятилетним образованием в музыкальных вузах.

Третий вид профессиональной подготовки студентов-вокалистов – вокальные факультеты или вокальные кафедры в гуманитарных университетах, как в государственных (например, в МГУ им. М. В. Ломоносова), так и в коммерческих. Вокальное образование в гуманитарных университетах также не имело традиций, так как родилось сравнительно недавно. Подготовка вокалистов классического направления в гуманитарных университетах осуществляется, как правило, по двухуровневой системе «бакалавриат-магистратура». Содержание вокальной подготовки студентов в таких многопрофильных вузах, с одной стороны, не обременено грузом установок музыкально-педагогических факультетов, с другой – не имеет сложившейся теоретической или методической базы, отвечающей компетентностному подходу в образовании [2].

Таким образом, перечисленные реалии вузовской подготовки студентов-вокалистов позволяют говорить о наличии следующих **противоречий**:

- между требованием ФГОС к качеству подготовки бакалавров-вокалистов на основе компетентностной модели и отсутствием теоретико-методологической базы для реализации данных установок на практике;
- между фундаментальными понятиями, сложившимися в отечественной педагогике музыкального образования, в числе которых – понятие музыкальной культуры, и компетентностным подходом, являющимся научной базой для двухступенчатой системы подготовки студентов-вокалистов;
- между содержанием обучения вокалистов, вытекающего из многовековых традиций отечественной вокальной школы, и необходимостью выработки новых подходов к теории и практике подготовки студентов-бакалавров в контексте образовательного процесса гуманитарного университета.

Выявленные противоречия позволили определить требования к содержанию вокальной подготовки студентов-бакалавров, цель которой – формирование музыкальной культуры как профессионально-значимого качества личности выпускника гуманитарного университета по направлению «вокальное искусство».

Требование первое. Содержание обучения должно интерпретировать социальный заказ, который выражается в требованиях общества к современному бакалавру-вокалисту.

Требование второе. Содержание обучения должно быть проекцией тех компетенций, которые должен приобрести бакалавр-вокалист в вузе.

Требование третье. В процессе обучения бакалавр-вокалист должен осваивать те виды профессиональной деятельности, которые формируют его музыкальную культуру, включающую комплекс компетенций.

Первая составляющая музыкальной культуры бакалавра-вокалиста – общекультурные компетенции. Общекультурные компетенции, с одной стороны, являются необходимыми для осуществления профессиональной деятельности музыканта любой специальности. С другой – включают компетенции, вытекающие из специфики вокального искусства. Поэтому общекультурные компетенции имеют интегративный характер. Они приобретаются в течение всех лет обучения культурологическим, специальным музыкальным (история музыки, музыкально-теоретические предметы и др.) и вокальным дисциплинам (индивидуальные занятия по вокалу, вокальный ансамбль, оперный класс и др.). Исполнительские компетенции являются наиболее многогранными, так как отражают весь спектр профессиональных знаний, умений, навыков, опыта творческой деятельности вокалиста и его эмоционально-ценностное отношение к исполняемой музыке.

Среди исполнительских компетенций – способность к использованию культурологических, музыкально-исторических и музыкально-теоретических знаний и умений в исполнительской интерпретации вокального произведения. Немаловажную роль играют компетенции, связанные с готовностью студента к активному освоению вокального репертуара на основе знаний о стилях, жанрах и формах в музыке. К числу исполнительских компетенций можно отнести стремление вокалиста к проникновению в сущность художественного образа в процессе его исполнительского прочтения, понимание специфики исполнительства как особого вида творческой деятельности музыканта, готовность к созданию индивидуальной художественной интерпретации музыкального произведения, способность демонстрировать артистизм, исполнительскую волю, свободу самовыражения на сцене.

Третья составляющая музыкальной культуры бакалавра-вокалиста – музыкально-педагогические компетенции. Эти компетенции связаны как с общей психолого-педагогической подготовкой бакалавров, включённой в учебный план гуманитарного университета, так и со специальной музыкальной методической подготовкой, дающей теоретические знания и опыт их практического применения.

Четвёртая составляющая музыкальной культуры бакалавра-вокалиста – междисциплинарные специальные музыкальные компетенции. В числе данных компетенций – готовность и способность студентов осуществлять не только исполнительскую деятельность, но и стремиться к её расширению: умение планировать эту деятельности в контексте запросов общества и в контексте деятельности учреждений культуры.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Арштейн Л. И.* К вопросу о формировании музыкально-эстетической культуры студентов в воспитательном пространстве вуза // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: гуманитарные науки. 2010.

2. *Болотов В. А., Сериков В. В.* Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. 2003. №10.

3. *Зеер Э. Ф.* Модернизация профессионального образования: компетентностный подход: учебное пособие для вузов. М.: Московский психолого-социальный институт, 2005 г.

4. Компетентностный подход в педагогическом образовании: коллективная монография / под ред. *В. А. Козырева* и др. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2005.

5. *Лернер И. Я.* Дидактические основы методов обучения. М.: Педагогика, 1981.

6. Педагогическая культура. Коллективная монография // отв. ред. *В. Л. Бенин, В. В. Власенко*. СПб: Эйдос, 2012.

7. *Рапацкая Л. А.* Музыкальное образование в университете: традиции и инновации // Высшее образование в России. 2011. №6

Связь с автором:
Кудрявцева Виктория Викторовна,
vika-ireland@mail.ru

ПЕДАГОГИКА

УДК 376

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ С ЗАТРУДНЕННЫМ ВЕРБАЛЬНЫМ ОБЩЕНИЕМ

© Поварова И. А., 2013

канд. пед. наук, доц., старш. научн. сотр. ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» МЗ РФ (директор – Заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАМН, проф. Ю. К. Янов), доцент кафедры педагогики и психологии АОУ ВПО «ЛГУ им. А. С. Пушкина» (ректор – проф. В. Н. Скворцов)

В статье на основе изучения литературы и практического опыта специалистов сделана попытка приближения проблем методологии специальной педагогики и психологии к практическим вопросам совершенствования коррекционного воздействия при речевых нарушениях (на модели заикания). Обосновывается необходимость построения коррекционной работы на основе холистического подхода к личности заикающегося. На практическом уровне в качестве приоритетной задачи определена необходимость внедрения в современных условиях инструментов разработки чётких критериев для определения оптимальных форм коррекционного воздействия, адекватно для конкретного индивида с учётом специфики структуры их совладающего поведения (обучение на диагностической основе).

Ключевые слова: социализация, казуальная атрибуция, вербальная коммуникация, заикание, социально-психологическая адаптация, контроль поведения, копинг-стратегия, психологическая защита, совладающее поведение, адаптационно-компенсаторные ресурсы.

Библиография: 24 источника.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND A COPING OF STRATEGY AT PERSONS WITH THE COMPLICATED VERBAL COMMUNICATION

© Povarova I. A., 2013

Ph. D. Associate Professor MZ Russian Federation Federal State Budgetary Institution St. Petersburg Scientific Research Institute of an Ear, Throat, Nose and Speech (the director – the corresponding member of the Russian Academy of Medical Science, prof. Yu.K.Yanov), the associate professor of pedagogical and psychology of the Correspondence Department of Leningrad State Pushkin University St. Petersburg (the rector – prof. V. N. Skvortsov)

In article on the basis of studying of literature and practical experience of experts attempt of approach of problems of methodology of special pedagogics and psychology to practical questions of improvement of correctional influence is made at speech violations (on stutter model). Need of creation of correctional work on the basis of holistichesky approach to the identity of the stammering locates. At practical level as a priority task need of introduction for modern conditions of instruments of development of accurate criteria for definition of optimum forms of correctional influence is defined, is adequate for the specific individual taking into account specifics of structure of their sovladayushchy behavior (training on a diagnostic basis).

Keywords: socialization, casual attribution, verbal communication, stutter, social and psychological adaptation, behavior control, coping-strategy, psychological protection, sovladayushchy behavior, adaptation and compensatory resources.

Biblioqraphy: 24 sources.

Актуальность и постановка проблемы данного исследования определяются возрастающими потребностями общества в поисках расширения представлений о причинах, лежащих в основе деструктивного поведения, и способах преодоления таких негативных его последствий, как нарушения в общении. Системно-структурный подход, основанный на интеграции знаний нейрофизиологии, психофизиологии, психологии, психолингвистики, логопедии и других смежных дисциплин, изучающих речевую деятельность, открывает широкие перспективы в решении вопросов совершенствования коррекционного воздействия при речевых нарушениях.

Цель исследования – определение актуальной конструктивно-творческой доминанты, оптимизация функциональных возможностей и моделей поведения субъекта с затрудненным общением.

Объект исследования – совладающее поведение (coping) как способ преодоления трудных жизненных ситуаций.

Предмет исследования – стилевые особенности и стратегии совладающего поведения у лиц с нарушением вербальной коммуникации.

При всём многообразии подходов к пониманию феномена человека и определений предмета исследования учёные в сфере естественных, физико-математических и гуманитарных наук едины в понимании двойственной природы человека: человек – природное существо, и человек – общественное существо. Только в социальной среде, в общении, в различных видах деятельности через усвоение готовых форм и способов социальной жизни происходит становление личности и выработка собственных ценностных ориентаций [18].

В русле концепции отношений А. Ф. Лазурского, В. Н. Мясищева личность представляет собой сложную систему отношений, которая развивается в процессе общения с другими людьми. Личность – это социальный индивид, субъект общественных отношений, деятельности и общения. С первых дней своего существования человек окружен себе подобными. С самого начала своей жизни он включён в социальные взаимодействия. Первый опыт социального общения человек приобретает ещё до того, как начинает говорить. Этот опыт, субъективно усвоенный в процессе социального взаимодействия, становится неотъемлемой частью личности. Процесс социализации непрерывно связан с общением и совместной деятельностью людей. Благодаря общению, происходит процесс социализации, процесс «вхождения» личности в разные ситуации взаимодействия людей, в том числе и ситуации напряжения. Механизмы отношения и приспособления личности к стрессовым ситуациям чрезвычайно многообразны [7; 12].

Социальное в человеке не оторвано от биологического. С точки зрения психологии социализация не может рассматриваться как простое, механическое отражение личностью социального опыта, непосредственно испытанного или полученного в ходе наблюдения. Усвоение этого опыта субъективно. Одни и те же социальные ситуации по-разному воспринимаются, по-разному переживаются различными личностями. Поэтому разные личности могут выносить из объективно одинаковых ситуаций разный социальный опыт. Это положение, в числе других, лежит в основе прочной связи двух одновременно и противоположных и единых процессов – социализации и индивидуализации.

Индивидуальное начало включено в личность и проявляется в личностном, но проявляется уже будучи «переработанным», ассимилированным в личность, проявляется на высоком личностном уровне. Лежащее в основе социализации усвоение социального опыта становится источником индивидуализации личности, которая не только субъективно усваивает этот опыт, но и активно его перерабатывает [2; 8; 9]. Социализация личности продолжается непрерывно на протяжении всего онтогенеза человека и рассматривается как неограниченность саморазвития личности. Поэтому важно рассматривать личность в качестве активного субъекта социализации. При этом подчёркивается, что при объяснении любых психических явлений личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних условий, через которые преломляются внешние воздействия. С. Л. Рубинштейн [20] полагает, что внешние причины всегда действуют опосредованно через внутренние условия. Сами эти внутренние условия включают в себя психические явления – психические свойства и состояния личности.

В психолого-педагогической литературе процесс социализации рассматривается как совокупность четырёх составляющих:

- стихийной социализации под влиянием объективных обстоятельств, содержание, характер, и результаты которой определяются социально-экономическими и социокультурными условиями жизни общества;
- относительно направляемой социализации, когда государство предпринимает экономические, законодательные, организационные меры, объективно влияющие на изменение возможностей и характера развития различных возрастных групп;
- относительно социально контролируемой социализации, когда общество и государство планомерно создают правовые, организационные, материальные и духовные условия для развития человека;
- более или менее сознательных самоизменений человека в соответствии с его индивидуальными ресурсами и объективными условиями жизни, или вопреки им [8].

В исследованиях А. Н. Леонтьева убедительно обоснована взаимообусловленность не только процессов развития, социализации, воспитания, образования, но и автономность процесса социализации. Социализация – это непрерывный процесс, продолжающийся всю жизнь, к которому относятся как социально определённые, направляемые и контролируемые факторы, так и факторы, возникающие стихийно. Процесс социализации осуществляется в результате целенаправленных воспитательных усилий и непосредственного влияния среды при активном взаимодействии индивида со своим окружением и самостоятельном воспроизводстве социальных связей [9].

Каждый индивид должен накапливать жизненный опыт, в том числе и в сфере взаимоотношений, а это значит – уточнять, углублять, модифицировать свои оценки и их способы, совершенствовать критерии оценивания. Наблюдая поведение других людей, человек всегда в той или иной степени пытаемся вникнуть в его движущие силы: мотивы, намерения, цели, а через них – в то, «каким» является данный индивид. Мы судим о людях и по поступкам: не только оценивая эти поступки, но пытаясь выяснить, что происходит во внутреннем мире данного индивида. Необходимость оценки психического статуса других людей, особенностей их темперамен-

та, характера, направленности интересов может определяться нами лишь предположительно. Успех взаимодействия зависти от способностей личности к казуальной атрибуции [3; 13; 14].

Казуальная атрибуция – сложное, типично оценочное явление: может быть объективной и необъективной. Оценивая основания того или иного поступка индивида, важно сопоставлять роль внутренних, диспозиционных причин (специфика потребностей, особенности темперамента, характера, черт поведения) и роль внешних, ситуационных причин. Очевидно, что всегда важно соотносить активное и реактивное начала в поведении других людей [13,14]. Казуальная атрибуция может основываться на чертах уже осуществляемого поведения или на предполагаемых его чертах: последнее возможно на основании предыдущего опыта, на выработавшемся у нас подходе к восприятию типичных жизненных ситуаций. Субъективность результатов казуальной атрибуции связана с тем, что мы оцениваем внутренний мир индивида по косвенным признакам, на основании предыдущего своего опыта.

Процесс социализации непрерывно связан с общением и совместной деятельностью людей. В процессе социализации и социальной адаптации человек обретает свою индивидуальность, но чаще всего сложным и противоречивым образом. Разные личности могут выносить из объективно одинаковых социальных ситуаций различный опыт. Личность – это не просто социальный индивид, но и активный субъект социального развития, и что не менее важно, активный субъект саморазвития. Таким образом, чрезвычайно важно не просто говорить об усвоении социального опыта индивидом, но необходимо рассматривать личность в качестве активного субъекта социализации [10; 14; 15].

В многочисленных исследованиях ранние межличностные взаимодействия ребёнка однозначно оцениваются как определяющий фактор его дальнейшего психического развития и социальной адаптации. Как подчёркивал Р. Плутчик, в процессе взросления каждый индивид сталкивается с большим разнообразием ситуаций, вызывающих эмоциональные состояния, выражения которых чреваты дальнейшим конфликтом и дополнительной опасностью. В результате чего ребёнок развивает механизмы защиты, представляющие из себя косвенные пути переживания эмоционального конфликта и совладания с ним [3, 11, 22. 23]. Формирование полноценной системы психологической защиты происходит по мере взросления человека, в процессе индивидуального развития и научения. Индивидуальный набор защитных механизмов зависит от конкретных обстоятельств жизни, с которыми сталкивается ребёнок, от многих факторов внутрисемейной ситуации, от отношений ребёнка с родителями, от демонстрируемых им паттернов защитного реагирования [14; 15].

Анализируя литературные данные, можно выделить два взгляда на онтогенез психологической защиты через призму детско-родительского взаимодействия, которые являются взаимодополняющими. Защитные механизмы возникают у ребёнка как результат:

- усвоения демонстрируемых родителями образцов защитного поведения;
- негативного воздействия со стороны родителей.

Биологический смысл раннего запечатлевания и научения (импринтинга) можно напрямую связать с образованием системы психологической защиты, при невоз-

можности сформировать которую необратимо наступают изменения в поведении. Под негативным воздействием со стороны микро- и макросоциума подразумевают недостаточное удовлетворение базовых потребностей. Что же заставляет ребёнка включать особые способы переработки тревожащей информации? Необходимость защитить себя. При этом защищается положительное отношение к себе (самопринятие) и ощущение себя как достойного, полноценного независимого. Одним из важных факторов, определяющих развитие защиты, является наличие барьеров общения с окружающими [20].

Полноценная речь является необходимым условием становления и функционирования человека, в частности, его коммуникативных возможностей, лежащих в основе формирования личности. Очевидно, что все речевые навыки представляют собой сложно координированную деятельность, для которой характерна повышенная чувствительность к психическому состоянию субъекта, прежде всего уровню его тревоги. Уровень тревоги, в свою очередь, является результатом комплекса адаптивных реакций и определяется, наряду с личностными свойствами субъекта (ценностными и содержательными), обстоятельствами, в которых личность находится. Для речи это, прежде всего, – ситуации интерперсонального взаимодействия [16; 18; 19].

Продуктивным с точки зрения изучения проблем личности как субъекта деятельности и общения в условиях затрудненной социальной коммуникации является изучение личности как субъекта жизнедеятельности и раскрытие социально-психологических механизмов совладающего поведения [5; 10; 21].

В отечественной психологии проблемы преодоления сложных жизненных ситуаций сегодня изучаются достаточно активно. Доказательством служат исследования последних лет, которые основаны на материале самых разных видов деятельности и трудных ситуаций: учебной и профессиональной деятельности, детско-родительских отношений, социально-политических ситуаций, преодоления соматических болезней, а также на разных этапах онтогенеза (Л. А. Александрова, Л. И. Анцыферова, Н. О. Белорукова, Е. В. Битюцкая, В. А. Бодров, Н. Е. Водопьянова, Т. В. Гущина, К. И. Корнев, Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк, К. Муздыбаев, С. К. Нартова-Бочавер, И. М. Никольская, Р. М. Грановская, О. Б. Подобина, А. И. Прихидько, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова, И. В. Шагарова, Е. А. Шепелева и др.). Также нужно отметить, что в последние десятилетия интерес к способам совладающего поведения особенно обострился в связи с психологически непростой обстановкой в нашей стране.

Мы полагаем, что выявление особенностей и взаимосвязи механизмов совладания, механизмов психологической защиты дают более полное представление об адаптационных возможностях личности, их связи с психологическим благополучием и качеством жизни. Содержание этих исследований позволит целенаправленно рассмотреть роль и значение оптимизации копинг-поведения при разработке и оценке эффективности логотерапевтических мероприятий [17].

В литературе описаны и различные формы нарушений социализации, в частности, при патологии речи и голоса. Ограничение или отсутствие способности осуществлять ту или иную деятельность человеком с нарушением вербальной коммуникации меняет его объективное место, занимаемое в социальной среде, а тем самым – и внутреннюю позицию по отношению ко всем внешним обстоятельствам.

Поскольку социализация носит динамичный характер, то можно сделать вывод, что личность постоянно находится в стадии своего становления. В условиях нарушений вербальной коммуникации возникает ситуация рассогласованности между объективной необходимостью осуществления полноценного общения и невозможностью его полноценной реализации, исключается свобода выбора и действий, это отрицательно сказывается на жизнедеятельности индивида.

Известно, что нарушения вербальной коммуникации, а именно наличие пароксизмов заикания, возникающих у ребёнка преимущественно в возрасте 3–5 лет, формирует и тревожащий опыт взаимодействия с окружающими. Ребёнок не всегда имеет возможность отреагировать и выразить свои переживания, освободиться от страхов, и пережитое развивается в психическую травму. Нарушение вербальной коммуникации манифестирует психологическую защиту.

С психологической точки зрения можно выделить два подхода к проблеме преодоления ситуаций напряжения. Первый подход рассматривает преодоление в терминах черт личности как постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным образом. Во втором подходе, более близком концепции отношений, преодоление понимается как динамический процесс, специфика которого определяется не только ситуацией, но и степенью сложившейся системы её отношений, активности личности, направленной на решение возникших проблем при столкновении со стрессовым событием [1; 4; 6; 7; 9].

Суть совладания заключается в том, чтобы человек либо полностью смог преодолеть негативные жизненные трудности, либо уменьшил их отрицательное воздействие на организм. Поэтому совладающее поведение – это «целенаправленное социальное поведение, позволяющее субъекту справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессором) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действия» [4; 13; С. 22; 19; 21].

Принято считать, что совладающее поведение личности проявляет себя, прежде всего, в определённом поведенческом репертуаре – копинг-стратегиях. Данная проблема начала разрабатываться в середине XX века, в настоящее время психологическая наука имеет много определений термина coping. Мы воспользуемся следующим определением копинг-поведения, где под ним понимается комплекс стратегий действий, предпринимаемых человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемых в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущих к успешной или менее успешной адаптации [6; С. 12; 13; 24].

В настоящее время не существует общепризнанной классификации копинг-стратегий. Однако большинство из них построено вокруг двух предложенных Лазарусом и Фолкманом типов психологического преодоления: проблемно-ориентированный копинг и эмоционально-ориентированный копинг. При проблемном ориентировании усилия направляются на решение возникшей проблемы, а согласно эмоциональному ориентированию, человек эмоционально реагирует на стрессовые обстоятельства, в отдельных случаях, изменяя при этом собственные установки в отношении ситуации. Таким образом, и в первом и втором случае возможен когнитивный компонент копинг-стратегии [6; 22; 23].

Благодаря концепции Е. Хейма, все существующие стратегии совладания делятся на адаптивные копинги, способствующие развитию личностного потенциала, частично адаптивные, а также дезадаптивные – ригидные, неэффективные механизмы совладания с ситуациями напряжения.

Представитель ресурсного подхода С. Хобфолл предложил многоосевую модель «поведения преодоления». В отличие от других моделей, преодолевающее поведение рассматривается им как стратегии (тенденции) поведения, а не как отдельные типы поведения. В его модели имеются 2 основные оси: 1) просоциальная – асоциальная; 2) активная – пассивная.

В целом, можно отметить, что на сегодняшний день психологическая наука располагает не только огромным арсеналом теоретических концепций совладающего поведения, но и имеет достаточную методическую базу для проведения глубоких эмпирических исследований в этой области.

С точки зрения специальной педагогики (логопедии), результатом психологической травмы, длительно воздействующих стрессорных факторов, истощающих адаптационные возможности личности, может стать заикание. Кроме того, заикание часто появляется после тяжело переживаемого заболевания, возможно, психосоматического или в связи с каким-либо нервным потрясением. Вместе с тем, заикание как функциональное расстройство речи может быть следствием общего и речевого дизонтогенеза и дисгармоничного развития личности [16; 17].

Заикание особо существенно отражается на формировании личности. При хронификации этой речевой патологии часто наблюдается нарушение системы отношений, что приводит к патологическим формам поведения и сужению рамок социальной адаптации. Нарушение вербального общения меняет условия формирования личности, её сознание и самосознание. У лиц с нарушениями в общении формируются различного вида личностные расстройства, как-то: тревожность, страх, фобии, неуверенность в себе и другие разной степени поддающиеся коррекции нарушения [5; 16; 19].

Заикающимся свойственна особая дезорганизация личности, проявляющаяся в недостаточной способности к самоактуализации, самовыражению, характеризующаяся торможением творческой продуктивности и активности личности в целом. Стержневым звеном такой дезорганизации выступают особенности мотивационной сферы заикающихся, где на первый план выступает сверхценное отношение к дефекту речи, «закрученность» основных мотивов на него.

Отмечено, что у заикающихся в момент актуального речевого общения возникает комплекс сложных негативных психических состояний, что способствует формированию у них неадаптивных форм поведения. Сюда можно отнести: снижение коэффицента социальной адаптации не только по сравнению с группой здоровых лиц, но и больных разными формами неврозов, которые проявляются по пассивно-оборонительному, агрессивному, самоуничижительному типу, чтобы скрыть дефект речи и избежать фрустрации. Поэтому актуальными становятся как диагностика, так и «выравнивание» этих характеристик в процессе коррекционного воздействия [18].

Но, несмотря на то, что копинг-стратегии изучены в теоретических и практических аспектах достаточно хорошо, существуют вопросы, которые требуют более глу-

бокого и детального рассмотрения. В частности, необходимо заметить отсутствие научных исследований по проблеме особенностей использования копинг-стратегий лицами с нарушениями в общении, чему и будет посвящено наше следующее сообщение, основанное на собственном прикладном исследовании совладающего поведения у заикающихся с использованием батареи экспериментально-психологических методик.

Только углубленное изучение личности больного и всей системы его интерперсональных отношений, направленностей и ценностных ориентаций позволяет понять психологические механизмы, формирующие его субъективную модель болезни при патологии речи и голоса.

• Жизненный и психический потенциал человека проявляется на разных уровнях его деятельности и обладает способностью как снижаться, исчерпываться, так и пополняться.

• Мера адаптивности и неадаптивности совладающих механизмов является одним из центральных звеньев при исследовании механизмов развития и лечения различных заболеваний психогенной природы.

• Изменение копинг-поведения является существенным терапевтически ориентированным фактором при невротических расстройствах. Мера адаптивности / неадаптивности совладающих механизмов является одним из центральных звеньев при исследовании механизмов развития и лечения различных заболеваний психогенной природы. Совладающее поведение тесным образом связано с понятием психологической защиты. Однако чрезмерная психологическая защита может привести к невротизации личности, к дезадаптации и формированию девиантности и виктимности.

• Профиль контроля поведения – своеобразное соотношение когнитивного, эмоционального и волевого компонентов – связан с типами стратегий совладания и видами предпочитаемых психологических защит, т. е. определяет возможности использования определённых копинг-стратегий, предпочитаемых способов контроля поведения [6; 7; 19; 24].

Таким образом, рассмотренные выше взгляды исследователей свидетельствуют о перспективности концепции внутренней картины дефекта для изучения патологии речи, а также возможности определить определенные «точки роста» этой концепции, в частности, в связи с изучением субъективного благополучия с позиций исследования «стиля жизни» и «качества жизни». Прежде всего, они убеждают в центральной роли личности как фактора, формирующего внутреннюю картину болезни.

Выводы

1. Проблема коррекции заикания носит междисциплинарный характер и может быть решена на основании системно-интергативной методологии в русле полипарадигмального подхода.

2. Проведённые исследования убеждают в необходимости применения системно-структурного подхода как в процессе получения информации, так и в процессе

её анализа, а также интеграции сведений о больном с патологией речи. Кроме того, должна быть учтена специфика заболевания, в частности, для адекватного выбора исследовательских методик и индивидуализации тактики коррекционного воздействия. Поэтому в качестве приоритетной задачи выступает разработка чётких критериев для определения оптимальных форм коррекционного воздействия адекватно для каждого индивида, то есть обучение на диагностической основе с применением системно-структурного подхода.

3. Психологический ресурс межличностного взаимодействия может выступать показателем субъективного качества жизни лиц с патологией речи и являться предметом постоянного мониторинга. Динамичность психологических параметров требует регулярной диагностики их состояния.

4. Значимость исследования совладающего поведения заключается в реализации социально-психологического подхода к решению профилактики виктимности у лиц с затрудненным вербальным общением.

5. Использование клинических признаков заболевания, результатов выявленных сравнительных нарушений акустических показателей и полученных взаимосвязей в состоянии их нервно-психической сферы позволит осуществлять комплексное целенаправленное влияние на эффективность оказания психолого-педагогической помощи лицам с затрудненным вербальным общением.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Ананьев В. А.* Психология здоровья – базовая отрасль первичной профилактики нервно-психических, психосоматических расстройств и девиантных форм поведения в школах // Адаптивная физическая культура. 2002. №3 (11). С. 34–35.

2. *Духновский С. В.* Переживание дисгармонии межличностных отношений. Курган, Изд-во Курганского гос. Ун-та, 2005. 174с.

3. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс. СПб.: Речь, 2005. 400 с.

4. *Исаева Е. Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПб ГУ, 2009. 136 с.

5. *Карпова Н. Л.* Основы личностно-направленной логопсихотерапии. М.: Ин-т общегумманитарных исследований, Московск. психолого-социальный ин-т, 2003. 225 с.

6. *Коржова Е. Ю.* Человек болеющий: личность и социальная адаптация. СПб.: Академия акмеологических наук, 1994. 190 с.

7. Копинг-поведение (механизмы совладания) как сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций и методы их определения: пособие для врачей и психологов // *Б. Д. Карвасарский* [и др.]. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 28 с.

8. *Крюкова Т. Л., Петрова Е. А.* Социально-психологические ресурсы совладания: семейная история и значимые предки // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы: сб. тр. / под ред. *А. Л. Журавлёва Т. Л. Крюковой Е. А. Сергиенко. М.*: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. С. 445–470.

9. *Леонтьев А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 352 с.

10. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Медгиз, 1939. 96 с.

11. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. М., РАМН, 1994. 101 с.

12. *Мясищев В. Н.* Проблема отношений человека и её место в психологии // Вопросы психологии. 1957. №5. С 142–153.

13. *Нартова-Бочавер С. К.* «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18, №5. С. 20–31.

14. *Нартова-Бочавер С. К.* Психологическое пространство личности. М.: Прометей, 2005. С. 242–244.

15. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Семья – среда, определяющая развитие защиты // Практическая психология и логопедия. 2008. №3 (32). С. 43–50.

16. Патогенетические механизмы заикания // *Шкловский В. М.* [и др.]. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2000. №4. С.50.

17. *Поварова И. А.* Улучшение качества жизни человека – стратегия персонологии в реабилитации лиц с патологией речи // Психология XXI века: матер. III Всероссийской науч.-практич. конф. (16 ноября 2007г.). СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2007. С. 289–296.

18. *Поварова И. А.* Стили совладания у лиц с заиканием в контексте проблемы контроля копинг-поведения // Образование. Наука. Инновации: Южное измерение. 2013. №1 (27). С. 130–138.

19. *Поварова И. А.* Совершенствование процесса психолого-педагогической коррекционной работы в системе комплексной реабилитации заикающихся // Детская речь: норма и патология: сб. тр. регионального научно-практического семинара (1–2 ноября 2006 года). Самара.: СГПУ, 2007. С. 165–190.

20. *Рубинштейн С. Л.* Бытие и сознание: о месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений. М.: Изд-во АН СССР, 1957. 357 с.

21. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. *А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. М.*: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. 474 с.

22. *Слотина Т. В.* Психологические защиты и творческое мышление у студентов // Человек и транспорт. Психология. Экономика. Техника: материалы I международной научно-практической конференции (14–16 сентября 2010). СПб.: ПГУПС, 2010. С. 357–361.

23. Corjng style and post-traumatie stress disodes following severe traumatic brain injury // *Bryant R. A.* [et all.]. // Brain injury. 2000. №1. V. 14. P. 175–180.

24. *Frydenberg E.* Corjng competencies what to teach and when. Theory Into Practice. Wntr. 2004. P. 43–66.

Связь с автором:
Поварова Ирина Александровна,
shepilova_elena@mail.ru

УДК 376

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ С ЗАТРУДНЕННЫМ ВЕРБАЛЬНЫМ ОБЩЕНИЕМ

© Поварова И. А.[1], Слотина Т. В.[2], 2013

1 – канд. пед. наук, доц., старш. научн. сотр. ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» МЗ РФ (директор – Заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАМН, проф. Ю. К. Янов), доцент кафедры педагогики и психологии АОУ ВПО «ЛГУ им. А. С. Пушкина» (ректор – проф. В. Н. Скворцов);
2 – канд. психол. наук, доц. кафедры прикладной психологии АОУ ВПО «Петербургский Университет путей сообщения» (ректор – проф. Н. К. Румянцев)

Статья посвящена проблемам внедрения в современных условиях социально-психологического подхода к вопросу профилактики виктимности у лиц с затрудненным общением. Обосновывается необходимость построения коррекционной работы на основе холистического подхода к личности заикающегося. На основе обобщения собственного прикладного исследования с использованием батареи экспериментально-психологических методик, ориентированных на решение лечебно-восстановительных задач, представлены психологические особенности заикающихся, включающие характеристики их направленности в общении, способы взаимодействия, специфика структуру их совладающего поведения.

Ключевые слова: социализация, казуальная атрибуция, вербальная коммуникация, заикание, социально-психологическая адаптация, контроль поведения, копинг стратегия, психологическая защита, совладающее поведение, адаптационно-компенсаторные ресурсы.

Библиография: 14 источников.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND A COPING OF STRATEGY AT PERSONS WITH THE COMPLICATED VERBAL COMMUNICATION

© Povarova I. A.[1], Slotina T. V.[2], 2013

1 – Ph. D. Associate Professor MZ Russian Federation Federal State Budgetary Institution St. Petersburg Scientific Research Institute of an Ear, Throat, Nose and Speech (the director – the corresponding member of the Russian Academy of Medical Science, prof. Yu.K. Yanov), the associate professor of pedagogical and psychology of the Correspondence Department of Leningrad State Pushkin University St. Petersburg (the rector – prof. V. N. Skvortsov);
2 – Ph.D. Associate Professor Petersburg Transport University. ESU Faculty Department of applied psychology

Article is devoted to introduction problems in modern conditions of social and psychological approach to a question of prevention of a viktimnost at persons with the complicated communication. Need of creation of correctional work on the basis of holistichesky approach to the identity of the stammering locates. On the basis of synthesis of own applied research with use of the battery of the experimental and psychological techniques focused on the solution of medical and recovery tasks, psychological features stammering, including characteristics of their orientation in communication, ways of interaction, specifics structure of their sovladayushchy behavior are presented.

Keywords: socialization, casual attribution, verbal communication, stutter, social and psychological adaptation, behavior control, koping strategy, psychological protection, sovladayushchy behavior, adaptation and compensatory resources.

Bibliography: 14 sources.

Индивидуальное развитие человека осуществляется в процессе многообразных прямых и косвенных, непосредственных и опосредованных, осознанных и неосознанных отношений с окружающей социальной средой, в процессе социального общения, реализующего и формирующего эти отношения. В последнее время исследователи подчеркивают необходимость выделения разных видов субъективного благополучия в связи с изучением субъективного качества жизни, которое включает как психологическое, так и другие виды благополучия – социальное, социально-психологическое, экономическое, а также обусловленное здоровьем. В случае появления симптоматики нервно-психических расстройств адаптационные процессы в значительной степени определяются влиянием патологического процесса на повседневную жизнь и уровнем зависимости человека от ситуации болезни (общая мобильность; способность и возможность выполнять обычные для себя обязанности в быту и на работе; зависимость клинического статуса и самочувствия от лекарств и лечения) [9, с. 93].

Специалист-практик стремится помочь пациенту выработать адаптивное поведение в условиях болезни, потому при диагностике, прежде всего, интересуется его эмоциями (импрессивными и экспрессивными), переживаниями, исходя из того, что они отражают объективные проявления болезни и являются частью общей картины болезни (КБ), существенно влияющей на её течение и исход. В структуре личности и обусловленной ею структуре КБ эмоции выполняют роль связующего звена между её тремя аспектами (ценностным, содержательным и поведенческим), а также между личностью и окружающей её средой. Для клинических задач особо следует подчеркнуть роль экспрессивных эмоций, контролирующих собственное поведение. Они наиболее значимы в процессе психокоррекционной работы, поскольку осуществляют регуляцию поведения субъекта.

Как психологическое понятие «субъективное благополучие» предполагает, прежде всего, ценностные аспекты отношения человека к различным сферам его жизни, а также уровень адаптации к ним. При этом главной составляющей его психологического измерения становятся переживания, чувственно-эмоциональная и когнитивная сферы, обусловленные как объективными обстоятельствами жизнедеятельности, так и личностными свойствами. Ряд отечественных исследователей делает различие между патологической психологической защитой или неадекватными формами адаптации и нормальной, профилактической, постоянно присутствующей в нашей жизни (Грановская Р. М., Никольская И. М., 1984; Соколова Е. Т., Николаева В. В., 1995).

Важно подчеркнуть, что одним из направлений в исследовании проблем адаптационно-компенсаторных ресурсов являются её клинико-психологические аспекты, среди которых, по нашему мнению, должны быть исследования психики человека и его эмоционального статуса во взаимосвязи с ситуативными критериями, определяющими объективное влияние различных психогенных факторов на психосоматику [2; 6; 12]. Различные авторы определяют участие личности в заболевании с помощью таких понятий как переживание болезни, сознание болезни, реакция адаптации, концепция болезни. Центральное место в системе индивидуальных психических ресурсов занимает контроль поведения. Профиль контроля поведения – своеобразное

соотношение когнитивного, эмоционального и волевого компонентов связан с типами стратегий совладания и видами предпочитаемых психологических защит, т. е. определяет возможности использования определённых копинг-стратегий (coping), предпочитаемых способов контроля поведения [1; 10; 11; 14].

По мнению авторов, одной из задач реабилитации лиц с темпо-ритмическим нарушением речи (заиканием) является изучение эмоционального статуса во взаимосвязи с ситуативными критериями, определяющими объективное влияние различных психогенных факторов на контроль поведения.

Объект исследования – совладающее поведение (coping) как способ преодоления трудных жизненных ситуаций.

Предмет исследования – стилевые особенности и стратегии совладающего поведения у заикающихся подростков и взрослых.

Практическая значимость исследования заключается в том, что его результаты можно использовать в рамках интегративного подхода в медико-психолого-педагогическом воздействии при коррекционной работе широкого круга специалистов: психологов (в том числе специальных и клинических), педагогов (в том числе коррекционных – логопедов, дефектологов), а также во взаимодействии социального окружения с субъектами затрудненного общения.

Реализация концепции доказательной медицины и специального образования в современных условиях предполагает учёт особых потребностей лиц с тяжелыми нарушениями речи. Взаимосвязь изменений личности и общения была подтверждена в целом ряде теоретических и экспериментальных исследований. Особенно ярко она проявляется в феномене «порочного круга» при нарушениях речи, когда патологическая личностная реакция в виде «страха речи» препятствует актуализации даже имеющихся у больного возможностей общения, а невозможность общения ещё более усиливает неврозоподобные изменения личности. Указанные обстоятельства делают речевые нарушения личностно значимыми, однако эта значимость опосредована особенностями самой личности и её социального окружения [13; 12].

Проблема состоит в том, что человек выступает как субъект социальной деятельности во всех ее видах, основную форму которой представляет собой труд, познавательная деятельность, ценностно-ориентационная деятельность и общение. Структура личности адекватно этому включает в себя четыре соответствующих потенциала: преобразовательный (творческий), гносеологический, аксиологический и коммуникативный (Ананьев Б. Г., 1980). Следовательно, становится очевидным, что данный вопрос может быть решен в опоре на ту научную категорию, которая удовлетворяла бы указанным требованиям: воплощать диалектику индивидуально-личностного и социально-группового. Необходимо, чтобы эта категория фиксировала и отражала в качественном аспекте всю совокупность форм и способов социальной жизнедеятельности, типичные черты поведения и общения в сферах труда, быта, а также особенности их мышления.

Этим категориям в их комплексе в полной мере удовлетворяют категории «стиль жизни», «образ жизни», «качество жизни», поскольку означают реально существующие, устоявшиеся и типичные для конкретных общественно-исторических условий формы индивидуальной и групповой жизнедеятельности людей, характеризующие

особенности их поведения, общения и склада мышления применительно к основным сферам социальной практики (Толстых В. И., 1975). Указанные обстоятельства придают особую актуальность исследованиям, направленным на целостное изучение жизни человека, интегрированных оценок его бытия в различных проявлениях. Проблема «человек-среда» приобретает в современных условиях принципиально новое содержание. Проблемы в системе «человек-среда» рассматриваются в рамках различных научных дисциплин и направлений: философии, психологии, социальной экологии, педагогики и др. Актуализация проблемы обусловливается уровнем развития современного общества, изменением самого человека как главного субъекта, адаптирующего, организующего, воспроизводящего разные уровни и сферы своего обитания (Фельдштейн Д. И., 1994).

С этих позиций становится возможным обоснованно разрешить вопрос о цели психолого-педагогической реабилитации лиц с речевой патологией. Ключевое значение здесь приобретает акцентируемое обстоятельство, что образ жизни имеет свою экономическую сторону, охватываемую понятием «уровень жизни», и социально-психологическую, связанную с особенностями поведения и общения личности, определяемых понятием «стиль жизни». Стиль жизни воплощает в себе устойчиво воспроизводимые личностью черты, манеры, привычки, склонности, и его «индикаторами» служат такие внешние формы бытия, как организация свободного и рабочего времени, устройство быта, любимое занятие вне сферы труда, ценностные предпочтения.

Для адекватного планирования программы логопедической и психологической работы с заикающимися и определения её эффективности целесообразен холистический подход: углубленное психолого-педагогическое и логопедическое изучение и сопровождение заикающегося, а также анализ результатов медицинского обследования. Комплексный подход включает систему чётко разграниченных, но согласованных между собой средств воздействия разных специалистов. Это предусматривает совместную работу врача, логопеда, психолога. Круг специалистов, участвующих в реабилитационном процессе, может быть и более широким. Комплексный метод реабилитации заикающихся реализуется поэтапно, с учётом всей симптоматики этого сложного речевого нарушения [3].

Как и любой процесс воздействия, психолого-педагогическая коррекция включает три обязательных компонента: диагностику, собственно коррекционный процесс и оценку его эффективности, которые тесно связаны между собой. Проводимая диагностика позволяет наметить мишени воздействия и выбрать адекватные коррекционные средства. Чтобы процесс не был «слепым», необходим текущий и результирующий контроль степени достижения поставленной цели.

Характеризуя сложившуюся систему комплексной реабилитации лиц с патологией речи, авторы выделяют педагогический аспект в качестве одного из направлений их реабилитации в целом наряду с такими направлениями, как медицинская и психологическая реабилитация. Педагогическая коррекционная работа предполагает осуществление специфических мероприятий в содержательно-целевом и в методическом плане обучения; выступает как деятельность, направленная на удовлетворение специфических потребностей лиц с патологией речи и, тем самым, на

преодоление их социальной недостаточности, прямо или косвенно связанной с нарушением речи.

Можно разграничить теоретическую и прикладную сферы реабилитации лиц с патологией речи. В области теоретических изысканий, на наш взгляд, она должна рассматриваться как психический процесс адаптации человека с речевой патологией к социальной среде. С этих позиций становится возможным построить модель реабилитации лиц с нарушениями речи: она представляет собой не одномерное, а многомерное явление. Четко обнаруживается ее видовое изменение, поскольку жизнедеятельность людей охватывает все основные социальные сферы. Тем самым, определяются содержательные направления реабилитации, единство которых предполагает деятельность с использованием разных реабилитационных технологий и средств, обеспечивающих положительную динамику статуса лиц с речевой патологией в различных сферах жизнедеятельности. Именно с этих позиций следует рассматривать сущность психолого-педагогического аспекта реабилитации.

В сфере практической деятельности реабилитацию лиц с речевой патологией нужно понимать как систему мероприятий различного характера, объединяющую сложившиеся направления работы, каждое из которых обеспечивает протекание адаптационных процессов определенного уровня, следует различать влияющие друг на друга звенья адаптации.

Содержание реабилитации предполагает следующие направления: осуществление мероприятий по формированию у лиц с патологией речи специфических знаний, умений, навыков, личностных свойств, необходимых для участия в социальной практике; обучение технике речи (навыкам речевого дыхания, рационального голосоведения, самоконтроля темпо-ритмической организации речи и др.), медицинскую реабилитацию (лечебно-профилактическая и оздоровительная работа), социально-психологическую реабилитацию (осуществление психодиагностических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий: процесс адаптации к системе межличностных отношений, повышение самооценки, формирование установки на социальную активность). В действительности каждое из направлений реабилитации, реализуемые параллельно, обеспечивает протекание не какого-то одного, а всех адаптационных процессов. Таким образом, комплексная коррекционная работа предполагает поэтапное целенаправленное психолого- педагогическая воздействие.

Исследование личности больного, его индивидуально-психологических характеристик необходимо для составления программы комплексного восстановительного лечения, определения приоритетных задач логопсихотерапии. Раннее выявление и квалифицированная оценка отклонений от нормы психического и речевого развития, группы риска эмоциональных нарушений при патологии речи позволяет разработать мероприятия превентивного порядка, связанные с нарушением коммуникативных функций, с затруднениями, возникающими при общении в семье, классе, логопедической группе. Указанные проблемы делают задачу совершенствования качества жизни данного контингента высоко социально значимой. Выработка такой концепции позволит оптимизировать и сделать более эффективными усилия специалистов по решению этой актуальной задачи [2; 4; 5; 7].

Многообразные данные об особенностях личности, эмоционального реагирования и основных психологических проблемах должны использоваться для более сбалансированного составления программы комплексной реабилитации заикающихся. По направленности выделяют симптоматическую и казуальную (патогенетическую) помощь. Первая осуществляется с целью устранения отдельных симптомов. Вторая (причинная) помощь обычно рассчитана на более длительные сроки и направлена на факторы, вызвавшие отклонение. Она обычно используется в работе со взрослыми больными с целью оказания глубинной личностной помощи по преодолению и переработке психогенных причин заболеваний. Необходимо отметить, что, несмотря на процесс, достигнутый в унификации клинических подходов к диагностике и коррекции речевых нарушений, остается нерешенным вопрос об оценке совладающего поведения этой категории лиц. Поэтому в качестве приоритетной задачи выступает разработка чётких критериев для определения оптимальных форм коррекционного воздействия, адекватно для конкретного индивида, то есть обучение на диагностической основе.

Материал и методы исследования. Осуществлено определение структуры копинг-поведения, стилевых особенностей, стратегий совладающего поведения у заикающихся подростков и взрослых. Осуществлён отбор методик для определения роли социальных отношений людей с нарушениями речи и их апробация на контингенте взрослых заикающихся. В качестве объекта исследования выступила выборка, состоящая из экспериментальной и контрольной групп по 50 человек в каждой, где 25 человек составляли мужчины и 25 человек – женщины. Средний возраст респондентов – 24 года.

Проведено психодиагностическое обследования лиц с заиканием с использованием следующих методик: опросник «Копинг-стратегии (WCQ)», автор – Р. Лазарус; опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS)», автор – С. Хобфолл; опросник «**Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»,** авторы С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер, адаптация Т. Л. Крюковой; методика для психологической диагностики копинг-механизмов (тест Э. Хейма) [8].

Экспериментальные результаты, полученные с помощью опросников и теста были проанализированы и математически обработаны. Вторичная обработка данных реализована с помощью: t-критерия Стьюдента, критерия χ^2 (Хи-квадрат), корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты исследования и их обсуждение. Получены сведения об особенностях контроля поведения людей с затрудненным общением как регулятивной функции. Установлено, что пациенты с заиканием используют копинг-стратегии чаще, и более активно, чем лица без патологии речи на уровне значимости $p < 0,05$.

Несмотря на то, что в целом по выборке лицам из экспериментальной группы в основном присущи адаптивные копинги, установлено, что показатели по шкале «Принятие ответственности», значимо отличается от контрольной выборки ($t = 2,062$, при $p \leq 0,05$) в меньшую сторону. Возможно, речь идет о том, что у заикающихся людей ответственность за ситуации напряжения, в которые они попадают, переносится на других людей или же на сами обстоятельства. На сегодня это лишь предположение, которое мы планируем проверить в дальнейших исследованиях

с помощью использования методик, направленных на изучение уровня субъективного контроля и ответственного поведения данной группы респондентов.

С помощью математической обработки методом t-критерия Стьюдента выявлено также, что существует значимая разница в использовании такой эффективной и адаптивной стратегии, как «*Планирование решения проблемы». Контрольная группа использует данный механизм значительно чаще, чем лица с нарушениями в общении* ($t = 2{,}019$, при $p \leq 0{,}05$). Остальные копинги в экспериментальной группе используются на среднем уровне. Данный факт свидетельствует о том, что адаптационный потенциал личности испытуемых находится в пограничном состоянии и достаточно разнообразен.

Согласно теории копинг-стратегий Хобфолла, обнаружили, что испытуемые в равной степени предпочитают использовать разные копинг-стратегии на среднем уровне. Единственно представленной в группе заикающихся на низком уровне является модель «Вступление в социальный контакт». Это может быть связано с тем, что лица с нарушениями в общении в ситуациях стресса и нервно-психического напряжения не склонны вступать во взаимодействие с другими, они предпочитают не проявлять активности, и поэтому для них более характерны осторожность и избегание. Вместе с тем, социальной поддержки они ждут, возможно, в надежде на понимание и терпимость окружающих.

По результатам использования копинг-стратегий той же методики С. Хобфолл было установлено, что наиболее ярко выраженная асоциальная стратегия поведения, преобладание агрессивных действий наблюдается именно у лиц, имеющих заикание ($t = 2{,}083$ при $p \leq 0{,}05$). Можно предположить, что данный факт имеет глубокий личностный подтекст, несомненно, связанный и с самооценкой наших респондентов, уровнем уверенности, и, возможно, особенностями межличностных контактов. И мужчины, и женщины с нарушениями речи чаще, чем в контрольной группе, выбирали такие стратегии, как: вступление в социальный контакт, осторожное действие и поиск социальной поддержки ($p \leq 0{,}05$).

При анализе результатов, полученных с помощью опросника Лазаруса были выявлены половые особенности использования копинг-стратегий в группе с нарушениями в общении. Так, мужчины с нарушениями в общении чаще предпочитают в ситуации нервно-психического напряжения использовать копинг «Дистанцирование» ($t = 2{,}1$, при $p \leq 0{,}05$), что подразумевает их желание отстраняться от проблемы, либо постоянно откладывать решение проблемы. Женщины же экспериментальной группы показали значимо выше результаты по шкале «Поиск социальной поддержки» ($t = 2{,}1$, при $p \leq 0{,}05$). Возможно, это связано с тем, что для женщин, особенно с нарушениями в общении, в стрессовой ситуации более свойственно искать поддержку и проявление эмпатии со стороны окружающих людей.

Интересные результаты были получены при сравнении копинг-стратегий в женской группе испытуемых. Несмотря на то, что в целом по выборке людям с нарушениями в общении в основном присущи адаптивные копинги, более конкретный анализ (сравнение используемых копингов у женщин из двух групп) показал противоположный результат. Именно респондентки контрольной группы продемонстрировали с достоверным уровнем значимости выбор адаптивных стратегий чаще, чем

женщины с нарушениями в общении. В экспериментальной группе значимо ниже оказались показатели по шкалам «Дистанцирование» ($t = 2,5$ при $p \leq 0,05$), «Поиск социальной поддержки» ($t = 2,7$ при $p \leq 0,05$), «Принятие ответственности» ($t = 3,3$ при $p \leq 0,01$), «Эмоционально-ориентированный копинг» ($t = 3,1$ при $p \leq 0,01$). Данный факт доказывает, что заикание является более болезненным именно для женщин.

Результаты, полученные с помощью теста Хейма, позволили говорить, что большая часть респондентов использует эмоциональный механизм, согласно которому, человек склонен изменять собственные установки в отношении ситуации, чуть меньше мужчины и женщины используют когнитивную сферу в основе копинг-стратегий. **Типичной эмоцией является страх. Недостаточна инициатива и активность, готовность к зависимым отношениям. Эти черты сочетаются с отсутствием внушаемости, высокой критичностью, эмоциями неприятия.** В ходе статистической проверки с помощью *критерия χ^2 (Хи-квадрат) в экспериментальной группе по половому признаку* были выявлены существенные различия конструктивных механизмов в когнитивной сфере. Чаще их выбирают мужчины контрольной группы. Это объясняется тем, что мужчины в своём поведении более ориентированы на рациональные способы поведения, нежели эмоциональные.

В результате корреляционного анализа по Пирсону были обнаружены значимые связи на уровне $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$ в группе лиц с нарушениями в общении:

- с возрастанием самоконтроля увеличивается число ассертивных действий. Сохранение самообладания позволяет людям с нарушениями в общении чувствовать себя уверенно и самостоятельно регулировать собственное поведение;
- с возрастанием эмоционально-сфокусированного преодоления увеличивается частота действий агрессивного характера, и наоборот. Можно предположить: агрессивного поведения представляет собой один из видов эмоциональных копинг-стратегий;
- осторожные действия прямо коррелируют с планированием решения проблемы, т. е. планирование решения проблемы возможно при сдержанном поведении, которое и помогает предусмотреть и учесть возможные выходы из стрессовой ситуации.

В контрольной группе, помимо прямых связей, например, конфронтационного копинга и ассертивных действий, существуют и обратные связи: между возрастом и такими копинг-стратегиями, как избегание, дистанцирование, асоциальные действия и отвлечение. В экспериментальной группе этот факт замечен не был. Таким образом, можно предположить, что у заикающихся респондентов виды совладающего поведения всегда влекут за собой развитие или наоборот снижение других видов копинг-стратегий.

Единственной общей связью, встречающейся и у экспериментальной, и у контрольной группы, является связь принятия ответственности с неадаптивной эмоциональной копинг-стратегией импульсивных действий. Необходимо отметить, что у экспериментальной группы эта связь прямая, а у контрольной – обратная, т. е. в экспериментальной группе с повышением ответственности количество необдуманных поступков возрастает, а в контрольной группе с увеличением ответствен-

ности количество импульсивных действий уменьшается. Мы предполагаем, что данный факт свидетельствует, с одной стороны, об осознанном поведении, о чём говорит наличие ответственности, с другой стороны, – неадекватном с точки зрения здравого смысла совладающем поведении лиц с заиканием.

Исследование копинг-поведения в стрессовых ситуациях, согласно концепции Нормана, Эндлера, Джеймса, Паркера, позволило выявить, что доминирующей копинг-стратегией для испытуемых экспериментальной группы является проблемно-ориентированное поведение, при котором усилия направляются на решение возникшей проблемы (3,45 баллов). Менее выбираемым оказалось копинг-поведение отвлечения (2,28 баллов). При анализе полученных результатов с помощью опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» С. Нормана было выявлено три значимых различия по шкалам: «Проблемно-ориентированная копинг-стратегия», «Поиск социальной поддержки» на 1% уровне значимости и «Избегание» на 5% уровне значимости.

На основании полученных результатов, можно говорить о том, что и мужчины, и женщины с заиканием наиболее часто выбирают такие копинг-стратегии, как дистанцирование, асоциальные действия и поиск социальной поддержки. **Установлено, что по средним данным выраженность психологических защитных механизмов несколько выше у заикающихся по сравнению со здоровыми лицами.** Анализ представленных защитных механизмов у заикающихся предпочитаемый ими «репертуар», степень напряженности позволили придти к заключению, что в основе их применения лежит чувство неполноценности, неуверенности, отсутствие самодостаточности. Показано, что в комплексе переживаний имеется базовый психофизиологический компонент, обеспечивающий общую мобилизацию психических ресурсов в ответ на фрустрацию, обусловленную нарушением коммуникативной функции речи, и специфические адресные реакции, направленные на социум или собственную речь.

Заключение. На основе эмпирического психологического исследования осуществлено определение структуры копинг-поведения у заикающихся, проанализированы взаимосвязи между психодиагностическими показателями копинг-стратегий. Результаты исследования подтвердили особенности социально-психологической адаптации заикающихся подростков и взрослых.

При анализе стилевых особенностей и стратегии совладающего поведения у заикающихся подростков и взрослых, при сопоставлении с данными контрольной группы, отмечается сложная структура совладающего поведения, что может свидетельствовать о частичной дисфункции механизмов, участвующих в обеспечении процессов психологической адаптации, о «ригидности» намеченной программы речевого поведения вплоть до полной невозможности вербальной коммуникации. Для заикающихся не характерны такие эффективные копинг-стратегии, как «Принятие ответственности» и «*Планирование решения проблемы*». Данный факт, на наш взгляд, является перспективным для дальнейшего более детального изучения и построения комплексной системы личностной коррекции.

Существует специфика в использовании копинг-стратегий мужчинами и женщинами с нарушениями в общении. Так, для мужчин более распространенным яв-

ляется копинг «Дистанцирование», для женщин – копинг «Поиск социальной поддержки».

Несмотря на то, что в целом по выборке людям с нарушениями в общении в основном присущи адаптивные копинги, более конкретный анализ (сравнение используемых копингов у женщин из двух групп) показал противоположный результат. Именно респондентки контрольной группы продемонстрировали с достоверным уровнем значимости выбор адаптивных стратегий чаще, чем женщины с нарушениями в общении. Данный факт доказывает, что заикание является более личностно значимым именно для женщин.

Выявленные особенности и взаимосвязи механизмов совладания, МПЗ (механизмов психологической защиты) дают более полное представление об адаптационных возможностях личности в условиях нарушения речевой функции, их связи с психологическим благополучием. В целом, здоровые испытуемые чаще, чем больные с нарушениями речи используют МПЗ, которые препятствуют поступлению травмирующей информации в сознание. Активность, целеустремлённость, установка на самореализацию и достижения, направленные в будущее, утрачивают свой смысл в ситуации крайне высокой степени выраженности заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального существования. Следовательно, хроническая стрессогенность вербальной коммуникации для заикающихся, фрустрация от невозможности достичь желаемой цели, требует больших резервов психики, самообладания, навыков саморегуляции и оказывает повышенные нагрузки на такое интегративное образование как защитно-совладающее поведение.

Вышеизложенное позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Психологический ресурс межличностного взаимодействия может выступать показателем субъективного качества жизни лиц с патологией речи и являться предметом постоянного мониторинга. Мера адаптивности и неадаптивности совладающих механизмов является одним из центральных звеньев при исследовании механизмов развития и лечения различных заболеваний психогенной природы.

2. Программа адаптивного поведения субъекта в условиях болезни (речевой патологии) строится на основании его ценностно-мотивационной ориентации, индивидуально-типологических особенностей и приобретенного опыта. Сложная структура речевых и нервно-психических нарушений при заикании затрудняет спонтанное формирование коммуникативной компетентности, вследствие чего значительно снижается эффективность взаимодействия с окружающими.

3. Применительно к феномену коррекции нарушенного речевого общения у заикающихся следует подходить с учётом компенсаторных и гиперкомпенсаторных возможностей личности, общих механизмов личностного развития в условиях речевой патологии, гармонизации взаимодействия «личность-среда». Личностно-ориентированный подход к восстановительной работе при нарушениях речи и голоса повышает точность прогностических оценок эффективности комплексной психолого-педагогической работы с конкретным больным.

4. Повышение функциональной активности и оптимизация совладающего поведение (coping) как способ преодоления трудных жизненных ситуации и как фактора улучшения качества жизни лиц с нарушениями речи возможно, если: снизить

речевую тревогу; повысить степень самопринятия и аутосимпатии; скорригировать дезадаптивные стереотипы поведения и сформировать адаптивные коппинг-стратегии.

Практические рекомендации. Многообразные данные об особенностях личности, эмоционального реагирования и основных психологических проблемах должны использоваться для более сбалансированного составления программы комплексной реабилитации заикающихся. При такой организации диагностического и коррекционного блоков индивидуальной программы комплексной психолого-педагогической реабилитации лиц с патологией речи достигается оптимальное как по содержанию, так и по форме сопряжение коммуникативной и практической деятельности. Это способствует развитию способностей и личностных потенциалов, личностной динамике, прежде всего в области самооценки личностных реакций и установок пациента, что отражается на поведенческом уровне и в сфере перцепции межличностных отношений с окружающими.

Раскрытие сущностных характеристик педагогической реабилитации лиц с патологией речи позволяет определить базовые принципы, обеспечивающие оптимизацию их качества жизни и стиля жизни. Психолого-педагогическая коррекция должна подчиняться принципам деятельности и отношений конкретной личности к конкретным ситуациям взаимодействия людей, опосредованной целевыми установками социальной реабилитации лиц с патологией речи в целом, и специфическими особенностями субъектов затрудненного общения. Существенным катализатором реализации данного подхода является целенаправленное формирование положительного отношения к осваиваемой деятельности. Это предполагает связь психолого-педагогического процесса с жизнью, социальной практикой и жизнедеятельностью; осуществление процесса реабилитации в коллективе и через коллектив; учёт индивидуальных особенностей объекта в педагогическом процессе; системный подход к организации медико-психолого-педагогического процесса.

Для компенсации нарушенных функций при составлении индивидуальной программы комплексной реабилитации с целью социальной адаптации заикающихся необходимо учитывать психосоциальные данные и формировать программу реабилитации в соответствии с результатами диагностики и актуальными потребностями пациента. Указанные базовые принципы, по нашему мнению, должны лежать в основе психолого-педагогической работы по совершенствованию стиля и качества жизни лиц с патологией речи, предотвращающих её социально-психологическую дезадаптацию и виктимность, что в целом будет способствовать оптимизации социальных отношений заикающихся.

Результаты проведённого исследования дают возможность сформулировать следующие рекомендации для лиц, взаимодействующих с субъектами затрудненного общения (логопедов, психологов):

- у лиц с нарушениями в общении следует развивать принятие ответственности, поскольку оно поспособствует развитию обеих групп копинг-стратегий (проблемно-ориентированных и эмоционально-ориентированных);
- лицам с нарушениями в общении необходимо оказывать помощь и поддержку со стороны окружающих, поскольку они не всегда готовы сами обратиться за ними,

но надеются на социальное понимание и терпимость. Особенно это свойственно женщинам, которые чаще мужчин ищут поддержку и проявление эмпатии со стороны окружающих в стрессовой ситуации;

• для повышения эффективности психологической помощи лицам с затруднённым общением целесообразно использовать обратную связь, обеспечивающую коррекцию дезадаптивных нервно-психических нарушений и нормализацию психического состояния;

• при контроле психологического состояния лиц с нарушениями в общении целесообразно оценивать выраженность и значимость ведущих стресс-факторов их жизнедеятельности, сформированность базисных копинг-стратегий и личностные копинг-ресурсы. Для этого следует использовать комплекс информативных психологических тестов и методик. Проведение многих психодиагностических тестов, имеющих так называемый процессуальный характер, помогут лицам с нарушениями в общении осмыслить важные жизненные ситуации. Поскольку уже сами вопросы, над которыми задумываются отвечающие, заставляют их переосмыслить, изменить своё отношение ко многим жизненно важным ситуациям.

• динамичность психологических параметров требует регулярной диагностики их состояния. Планирование и осуществление речевой терапии должно опираться на достижения педагогической науки и практики, а также должно проводиться с опорой на лечебные мероприятия, учитывать их характер и «совместимость» с психолого-педагогическими технологиями работы. Попытки ограничиться только логопедическим воздействием препятствуют решению вышеперечисленных задач. Такой подход позволяет решать задачи речевой терапии в комплексе с развитием высших психических функций и стимулированием эмоционально-волевой сферы пациента с патологией речи, что особенно важно при наличии синдромальных нарушений.

Дальнейшее исследование совладающего поведения и комплекс мероприятий по оптимизации стратегий поведения в вербальной коммуникации будут способствовать социально-психологической адаптации заикающихся. Содержание этих исследований позволит целенаправленно рассмотреть роль и значение копинг-ресурсов при разработке программы комплексной коррекции заикания и оценке эффективности логотерапевтических мероприятий.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А.* Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное осознание личности // Сибирский психологический журнал. 2011. №3 (40). С. 129–135.

2. *Исаева Е. Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПб ГУ, 2009. 136 с.

3. *Карпова Н. Л.* Основы личностно-направленной логопсихотерапии. М.: Ин-т общегумманитарных исследований, Московск. психолого-социальный ин-т, 2003. 225 с.

4. *Коржова Е. Ю.* Человек болеющий: личность и социальная адаптация. СПб.: Академия акмеологических наук, 1994. 190 с.

5. Копинг-поведение (механизмы совладания) как сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций и методы их определения: пособие для врачей и психологов // Б. Д. Карвасарский [и др.]. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 28 с.

6. *Комарова А. В., Слотина Т. В.* Психологические механизмы совладания со стрессом студентов транспортного вуза // Ананьевские чтения – 2012. Психология образования в современном мире: материалы научной конференции, 18–20 ноября 2012 г., Санкт-Петербург / отв. ред. Н. В. Бордовской. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2012. 512 с.

7. *Крюкова Т. Л., Петрова Е. А.* Социально-психологические ресурсы совладания: семейная история и значимые предки. Совладающее поведение: современное состояние и перспективы: сб. тр. / под ред. *А. Л. Журавлева Т. Л. Крюковой Е. А.* Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. С. 445–470.

8. *Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В.* Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психологаю. 2007. №3. С. 93–112.

9. *Мясищев В. Н.* Проблема отношений человека и её место в психологии // Вопросы психологии. 1957. №5. **С**. 142–153.

10. *Нартова-Бочавер С. К.* «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. №5. С. 20–31.

11. *Нартова-Бочавер С. К.* Психологическое пространство личности. М.: Прометей, 2005. С. 242–244.

12. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Семья – среда, определяющая развитие защиты // Практическая психология и логопедия. 2008. №3 (32). С.43–50.

13. *Поварова И. А.* Улучшение качества жизни человека – стратегия персонологии в реабилитации лиц с патологией речи // Психология XXI века (16 ноября 2007 г.): матер. III Всероссийской науч.-практич. конф. СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2007. С. 289–296.

14. *Поварова И. А.* Стили совладания у лиц с заиканием в контексте проблемы контроля копинг-поведения // Образование. Наука. Инновации: Южное измерение. №1 (27). 2013. С. 130–138.

Связь с авторами:
Поварова Ирина Александровна,
shepilova_elena@mail.ru
Слотина Татьяна Викторовна,
vladislava-97@mail.ru

ТАНТУМ® ВЕРДЕ

бензидамин

Эффективен при лечении:

- тонзиллита
- фарингита
- афтозных язв и стоматита
- травм полости рта и горла
- после оперативных вмешательств
- воспалений слизистой оболочки, в том числе в результате радиотерапии

Регистрационный номер:
П №014279/01 - спрей для местного применения дозированный;
П №014279/02 - таблетки для рассасывания;
П №014279/03 - раствор для местного применения.

ANGELINI

115478, г.Москва,Каширское шоссе, д.23
гостиница "Дом Ученых" ОНЦ РАМН, 2 этаж, к.А.
Тел.: (495) 324-9640, 324-9230.
Факс: (495) 324-55-08, 324-9140.
www.cscrussia.ru

CSC LTD
"Си Эс Си Лтд."

исла

Голос нужен всем!

пастилки из исландского мха!

с экстрактом черной смородины!

с мятой!

исла моос

исла кассис

исла минт

- **ПРИ ОХРИПЛОСТИ И ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА, ПЕРШЕНИИ В ГОРЛЕ, СУХОМ КАШЛЕ***
- **ПРИ ПОВЫШЕННОЙ НАГРУЗКЕ НА ГОЛОСОВЫЕ СВЯЗКИ** (УЧИТЕЛЯ, ВРАЧИ, ЛЕКТОРЫ, БОЛЕЛЬЩИКИ)*
- **ДЛЯ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТ ДЕЙСТВИЯ ВРЕДНЫХ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ** (СУХОЙ ВОЗДУХ, ГАРЬ, ВЫХЛОПНЫЕ ГАЗЫ)*

Исла теперь в России!

Производитель:
Энгельхард Арцнаймиттель ГмбХ и Ко (Германия)
www.engelhard-am.de

ENGELHARD ARZNEIMITTEL

Alpen Pharma

Официальный представитель в России:
ООО «Альпен Фарма»
105082, Москва, ул. Фридриха Энгельса, д. 75, стр. 11
Тел./факс +7 (495) 609-65-72
www.alpenpharma.com; info.russia@alpenpharma.com

*свойства полисахаридов, дополнительным источником которых являются биологически активные добавки

СГР №77.99.23.3.У.4370.6.07 от 21.06.2007, 77.99.23.3.У.4369.6.07 от 21.06.2007, 77.99.23.3.У.10478.12.07 от 25.12.2007
БАД. Не является лекарством. Информация для дистрибьюторов и аптечных организаций. Не подлежит распространению

ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ

УДК 784:612.78

ИЗУЧЕНИЕ ДЕТСКОГО ГОЛОСА – ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ОСНОВА РАСЦВЕТА ДЕТСКОГО ХОРОВОГО ИСКУССТВА В РСФСР

© Щапова Е. В., 2012

соискатель кафедры хорового дирижирования ФГБОУ ВПО «Академии хорового искусства имени В. С. Попова» (ректор – Н. Н. Азаров)

В статье рассматриваются пути формирования и распространения научно-методических знаний в области изучения детского голоса в 50–80 гг. XX в., положенных в основу массового певческого воспитания в школьных и внешкольных учреждениях советского общества.

Ключевые слова: изучение детского голоса, охрана детского голоса, детская хоровая студия, Всероссийское хоровое общество.

Библиография: 12 источников.

EDUCATIONAL ROLE OF ALL-RUSSIAN CHORAL SOCIETY ON PROTECTION OF VOICE AND VOCAL CULTURE.

© Shchapova E. V., 2012

Postgraduate of Choral Conductors Department of Federal State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education Victor Popov Academy of Choral Arts (rector – N. N. Azarov)

The article examines the formation and propagation of scientific and methodological knowledge in the field of children's voices in 50–80 years of XX century in soviet schools and after-school institutions.

Keywords: children's voices research and practice, All-Russian Choral Society, children's singing culture, Children's Choir Studio.

Bibliography: 12 sources.

Вторая половина XX века в РСФСР была отмечена рядом революционных достижений в детском хоровом исполнительстве. Одновременно, благодаря деятельности (1957–1987 гг.) Всероссийского хорового общества (ВХО) – «добровольной массовой общественной организации, объединяющей музыкантов-профессионалов и любителей музыки» [10] существенные успехи были достигнуты как в научной области, так и в сфере практического применения накопленных теоретических знаний.

ВХО инициировало двуединый процесс музыкально-эстетического воспитания подрастающего поколения и организацию певческого и музыкального образования детей в массовом масштабе. Совместно с Министерством культуры и Министерством просвещения РСФСР ВХО работало над созданием целой системы подготовки профессиональных педагогических кадров для работы с детьми и внедрением новейших методологий преподавания пения. Без изучения проблем сохранения и гигиены детского голоса сделать это было бы невозможно.

К вопросу детского музыкального воспитания советское государство всегда относились с большим вниманием. Но положение дел в этой области, особенно на начальном этапе, было отмечено бюрократической несогласованностью между различными ведомствами. К тому же, система массового музыкального воспитания в школах, сложившаяся в 30-е годы, не способствовала прогрессивному развитию певческого воспитания, так как обучение пению в начальных классах, как правило, велось учителями, не владеющими специальными профессиональными знаниями и навыками, а число уроков пения с 1 по 7 (8) класс не превышало одного часа в неделю. Не было единого научно-методологического базиса.

С середины 1950-х гг. в РСФСР начинается активное привлечение народных масс к хоровому искусству, что особенно ярко проявилось в области детского певческого воспитания во внешкольных учреждениях. Наряду с количественным ростом, осуществлялись значительные качественные сдвиги, свидетельствующие о повышении исполнительской культуры, а значит, – знании и владении методикой работы, прежде всего, – с детским голосом.

Единый научно-методический фундамент, на основе которого развивалась детская певческая педагогика второй половины XX столетия, был сформирован благодаря исследованиям отечественных деятелей музыкального воспитания, учёных и медиков в Ленинграде и Москве. Изучение возможностей детского голоса велось группой педагогов секции охраны детского голоса при Ленинградском доме художественного воспитания детей под руководством доктора медицинских наук И. И. Левидова, автора таких трудов, как «Детское пение и охрана голоса детей» (1935), «Вокальное воспитание детей» (1936), «Охрана и культура детского голоса» (1939) и др. Исследователи собрали и обобщили ценные материалы, которые были опубликованы в сборниках двух всесоюзных конференций в 1939–40 гг. и в пособии по работе с детскими хорами И. П. Понамарькова, изданном Министерством просвещения РСФСР (1950). Широкая научно-практическая работа проводилась на базе ленинградского Дворца пионеров им. А. А. Жданова, где практиковались лабораторные стробоскопические и кимографические исследования (фониатр М. И. Фомичёв).

В Москве этим же вопросом занимались фонетические лаборатории Московской консерватории и Центрального дома художественного воспитания детей Академии педагогических наук (НИИ ХВ АПН РСФСР), где в секторе музыки и танца вели свою работу учёные и деятели детского музыкального воспитания О. А. Апраксина, Л. Н. Гродзенская, М. А. Руммер, Д. Л. Локшин и другие. Принципы работы детского хора НИИ ХВ АПН РСФСР под управлением В. Г. Соколова значительно отличались от внешкольных коллективов массовой самодеятельности и легли в основу дальнейшего развития студийного хорового искусства.

Если в послевоенный период (1946–47 гг.) фониатрические исследования велись для подкрепления педагогических наблюдений более точными данными, то уже в 50-х годах они приобретают систематический характер. Большинство научных сотрудников НИИ ХВ АПН РСФСР проверяло новые методы в базовых школах АПН. Создавались и специальные коллективы, как, например, уникальный по своему составу и методу работы хор юношей 14–17 летнего возраста с голосами переходного периода в Ленинградском Дворце пионеров (рук. Г. И. Беззубов). В этом же направлении велась практическая работа на базе Ленинградского и Московского хоровых училищ.

Перед учёными стояла задача определить показатели, характеризующие нормальное возрастное звучание детского голоса, получить комплекс объективных данных по многим неизученным вопросам: влияние утомляемости на звукообразование, вокальный режим во время формирования голоса, процесс мутации у мальчиков и девочек и его воздействие на психику ребёнка и т. п. Выход в свет ценных методических материалов, среди которых следует отметить работы В. А. Багадурова, М. Ф. Заринской, Е. М. Малининой, Е. Н. Шнюковой и других, свидетельствовал о новом периоде в детском музыкальном воспитании, когда проблема охраны и развития детского голоса впервые была поставлена на научную основу и велась в государственном масштабе наряду с развитием всеобщего детского музыкально-эстетического воспитания.

Для достижения этих целей Всероссийское хоровое общество взяло на себя координирующую и организующую роль между различными ответственными структурами (министерствами, отделами культуры, учебными заведениями, школами, методическими центрами и т. п.). Разворачивая свою деятельность, Правление ВХО во главе с А. В. Свешниковым проводит в 1958 г. по заданию Министерства просвещения РСФСР коллегию по вопросу певческих занятий с мальчиками в период мутации, которую возглавили врач-ларинголог, кандидат медицинских наук В. И. Петров, доцент С. С. Благообразов, профессор И. И. Любимов.

Чтобы выявить полную картину состояния детской певческой культуры в стране, Общество инициирует проведение «Всероссийского смотра постановки музыкального воспитания в общеобразовательных школах» [12] (1959–1960 гг.). Результаты смотра вскрыли множество острых проблем. Свешников назвал школу «самым запущенным, самым трудным участком в области массового музыкального просвещения и образования» [2]. Одним из самых неудовлетворительных факторов являлся недостаток педагогов-специалистов и их слабая профессиональная и методическая подготовка, а также невнимание к этому предмету в школьных программах. «Широкое

музыкальное просвещение двигалось бы значительно быстрее, если бы пение в нашей общеобразовательной школе было приравнено к числу предметов, слабое знание которых расценивалось бы как неполноценное освоение курса средней школы» [9].

Для изменения ситуации требовалось провести ряд образовательных реформ, повысить уровень преподавания, восполнить нехватку методических материалов, наладить систему внешкольного массового музыкального воспитания, внедрить в программы новейшие научно-методические знания и передовой опыт, прежде всего в области охраны детского голоса.

Благодаря деятельности хорового общества, в системе профессионального образования была расширена сеть учреждений и факультетов, готовящих педагогические кадры учителей пения и руководителей детских хоров, открыты вечерние и заочные отделения при музыкально-педагогических училищах и институтах культуры, специальный факультет при Центральном заочном пединституте в Москве. К середине 1980-х гг. процент преподавателей-специалистов в региональных школах возрос более чем в два раза. Поощрялось перенесение педагогической практики учащихся и студентов дирижерско-хоровых отделений в школы, где они организовывали внеклассную музыкальную работу. В Магнитогорске, например, в 57-ми городских школах действовало 134 детских хора, а на майском празднике песни (1986 г.) выступил 10-тысячный сводный детский хор [5]. Подобные методы ВХО практиковало во всех региональных центрах: Владивостоке, Новосибирске, Петрозаводске, Свердловске, Суздале и др.

Для укрепления научно-методической работы и внедрения передовых знаний в практику проводились крупные коллегии и конференции, на которых обсуждались проблемы певческого обучения. Так, в 1961 г. состоялась научная конференция, обобщившая десятилетний опыт исследований предыдущих лет и наметившая пути дальнейших разработок в вопросах гигиены детского голоса и певческого воспитания при участии специалистов смежных областей: физиологов, врачей-фониатров, акустиков, педагогов школ и руководителей внешкольных хоровых классов, представителей научных лабораторий Москвы и Ленинграда. В конференции приняли участие крупнейшие специалисты своего времени: Е. И. Алмазов, Н. Ф. Лебедева, Т. Е. Шамшева, Е. А. Рудаков, В. П. Морозов и др., а также руководители хоровых коллективов, принимавшие участие в исследованиях.

Распространяя новейшие научные знания и современные формы работы с детьми, Общество организовывало просветительские программы через методические секции своих отделений, которые курировали, в том числе, и детские хоровые коллективы. При Московском областном отделении был создан дискуссионный клуб хормейстеров, композиторов и учителей пения «Камертон» (под руководством Г. А. Струве), ставший впоследствии всероссийским.

В апреле 1982 г. в Суздале прошёл пленум Правления ВХО совместно с Министерством просвещения РСФСР, министерством культуры РСФСР и активом музыкально-педагогической общественности, по вопросу музыкально-эстетического воспитания школьников, задачей которого, под девизом «Каждый музыкант – просветитель», стало привлечение к работе с детьми музыкантов-профессионалов. В 1983 г. при Правлении ВХО был открыт координационный отдел по работе с деть-

ми и юношеством, регулярно представлявший предложения в Министерство просвещения РСФСР, соавтор документа «Эстетическое воспитание учащихся общеобразовательных школ и профессионально-технических училищ на период 1985–1990 гг.» [4; 17].

Развивая внеклассную хоровую деятельность, ВХО обеспечивало научно-методическую поддержку сети детских хоровых объединений при общеобразовательных и музыкальных школах, внешкольных учреждениях, клубах и домах культуры. Но «наиболее целесообразным, с точки зрения учебно-воспитательного процесса, представляется опыт детских хоровых студий» [5; 19] или ДХС – новой формы массового музыкального воспитания детей и юношества. Первая в СССР Детская хоровая студия «Пионерия» была создана С. Г. Струве в 1953 году на базе школьного хора. Она стала творческой лабораторией для последующего внедрения опыта и повсеместной организацию подобных учреждений.

Уже через несколько лет после создания ВХО при его отделениях действовало 38 ДХС и около 200 музыкально-хоровых школ [3; 8], ставших областными и районными методическими центрами, в которых под руководством опытных педагогов обучалось несколько тысяч школьников. Педагоги студий вели шефскую работу над общеобразовательными сельскими и городскими школами, проводили открытые уроки и мастер-классы, выездные концерты, широко делились опытом с преподавателями пения и руководителями детской хоровой городской и сельской самодеятельности.

В отличии от музыкальных школ, где царила относительно консервативная форма обучения, а занятия хора (в 60-е годы) были сокращены до 1 часа в неделю, хоровые студии стали и творческими экспериментальными центрами, позволившими применять на практике новейшие методики по развитию детского голоса. «Именно в хоровых студиях <…> сложились организационные, методические, педагогические и творческие основы комплексного осуществления учебной и воспитательной работы...» [3; 19].

Ещё одна из особенностей хоровых студий – обучение детей сольному и ансамблевому академическому пению, требующее высококвалифицированного педагогического подхода. Но основной учебной дисциплиной всё же являлся хор, занятия в котором были обязательны для всех студийцев. Обычно хоровые классы формировались по возрастному принципу: подготовительный (дети дошкольного возраста 6–7 лет); младший (8–9 лет); средний (11–12 лет); кандидатский (из учащихся среднего хора, который в следующем году претендуют перейти в старший хор); старший (от 12 лет и старше). В некоторых студиях, где это было возможным, хоры разделялись на хор мальчиков и хор девочек [7; 14].

Немаловажная характеристика ДХС – насыщенные творческие планы, развёрнутый репертуар и широкий опыт участия в концертах и гастрольных поездках. «Если бы не было поездок – не было бы «Пионерии» [11], – утверждал Георгий Струве. Именно в концертных выступлениях формируется богатый исполнительский опыт, который позволяет «почувствовать себя артистом – подняться на несколько ступеней интеллектуально, духовно. У такого ребёнка речь другая, поведение, общение, получается совершенно другой результат» [11].

На основе принципов студийности (углубление учебно-образовательного цикла на занятиях хора, дифференцированный подход к различным возрастным группам, продолжение занятий летом, создание хоровых классов в общеобразовательной школе и пр.) возникли новые формы массового детского музыкального воспитания: хоровые школы, хоровые собрания, фольклорные детские хоровые студии, летние хоровые лагеря и т. п. В 1969 г. во Всесоюзном пионерском лагере «Орлёнок» состоялся Первый всероссийский сбор участников хоровых студий, а в 1973 г. – детский музыкальный праздник. Все эти достижения не были бы возможны без освоения новейших к тому времени научных достижений в области гигиены и охраны голоса.

Крепкая научно-методическая база обеспечила многим ДХС успешную и продолжительную деятельность, позволившую преодолеть сложные времена перехода страны на новые экономические рельсы, сохранив свой статус до настоящего времени. Некоторые из них в Москве: ДХС «Веснянка» (создана Е. Н. Свешниковой, 1961 г. во Дворце культуры имени Серафимовича, теперь находится во Дворце Творчества Детей и Молодёжи); «Преображение» (Л. Б. Тенета-Бартеневой в 1961 г., в Доме культуры им. Ильича завода «Красный богатырь», с 1999 г. базируется в средней общеобразовательной школе №1360); ДХШ «Весна» (А. С. Пономарёв, 1966); ДХС «Юность Красной Пресни» (И. П. Гейнрихс, 1964) превратилась в Хоровую школу им. П. Г. Чеснокова; «Подлипки» (А. Григорян, 1964, Королёв), ДХС «Дружба» (Э. А. Дуркина, 1972, Новосибирск); «Канцона» (Н. А. Минакова, 1974, Ярославль); «Мечта» (В. А. Шереметьев, 1972, Челябинск) и другие.

Десятки хоровых студий, расширяя свои возможности, стали музыкальными школами и школами искусств: ДХС ДК Красногорского механического завода (основана в 1974) – музыкальной хоровой школой «Алые паруса»; ДХС «Мечта» (1972, Челябинск) – вокально-хоровым отделением ДШИ № 1; ДХС «Дружба» (1966, Москва) – ДШИ № 6; Вологодская хоровая студия – ДМШ №5; Кузбасская хоровая студия «Уголёк» (1977, Междуреченск) – ДМХС №90; ДХС при Карельском отделении ВХО (1966, Петрозаводск) – в ДМХС (единственную на сегодняшний день музыкально-хоровую школу в Карелии) и т. п.

Научно-методический вклад лёг в основу успешных практических достижений в детском хоровом исполнительстве, что привело к росту качества певческого воспитания. В свою очередь, высокое качество детского хорового исполнительства стимулировало творчество ведущих композиторов. Значительно расширились диапазон и сложность детского хорового репертуара: от хоровых циклов и песен к кинофильмам и мультфильмам до ораторий, кантат, детских опер и музыкальных сказок. Массово проводились праздники детской хоровой музыки, Всероссийский и Всесоюзный конкурсы детских хоровых коллективов, смотры-конкурсы школьных хоров, крупные праздники детской песни к 25-летию Общества в Казани, Перми, Владивостоке, Москве с заключительными концертами в Кремлёвском Дворце съездов. Для поощрения детей, президиумом Правления ВХО была учреждена поощрительная награда – почётный значок «Юный любитель хорового пения», которой награждались юные члены ВХО «за активное участие в детской хоровой самодеятельности» [8; 6].

В конце 70-х гг. в СССР насчитывалось уже более 600 хоровых школ и студий. Были найдены новые формы детского массового эстетического воспитания, намечены пути дальнейшего развития детского хорового искусства. 80-е годы можно назвать расцветом детского певческого образования, уровень которого заметно вырос. В 64168 школах РСФСР существовало около 18 тыс. первичных организаций ВХО. Появилось большое число детских хоровых коллективов обладающих высочайшим исполнительским мастерством. Среди самых известных: Детских хор Института художественного воспитания Академии педагогических наук СССР (В. Г. Соколов), Детский хор телевидения и радио Ленинграда (Ю. М. Славницкий), Большой детский хор Центрального телевидения и Всесоюзного радио (В. С. Попов), Магнитогорский хор мальчиков «Жаворонок» (М. М. Никитина), Ансамбль песни и пляски имени В. Локтева Московского городского Дворца пионеров и школьников на Ленинских горах, Хор мальчиков Свердловской детской филармонии. Благодаря заметному повышению общего качества образования, русское детское хоровое искусство было высоко оценено на IX Международной конференции ИСМЕ (Международной организации по музыкальному образованию).

Оценивая ситуацию середины 80-х годов, Д. Б. Кабалевский, стоявший во главе принципиально новой программы музыкально-эстетического образования в школе, отметил: «Сегодня практика многих школ показала, что можно смело говорить о программе «каждый класс – хор» как о реальной задаче» [1; 7].

И в самом деле, детское хоровое исполнительство в РСФСР не могло бы достичь таких высоких результатов без фундаментального изучения культуры детского голоса, создания научно-методических основ в работах физиологов, врачей-фониатров, акустиков, педагогов, популяризации этих достижений и включения их в образовательные программы. Получив широкое практическое подтверждение, научные достижения того времени ценны и продолжают сохранять свою актуальность по сей день, став основанием для дальнейшего изучения детского голоса, и разработки новых научно-методических подходов.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Кабалевский Д. Б.* Ещё о педагогических оценках на уроке музыки // Музыка в школе. 1986. №4 (16).

2. *Каблевский Д. Б.* Требование времени // kabalevsky.ru: Сетевой портал «Дмитрий Борисович Кабалевский». URL: http://www.kabalevsky.ru/p04_3.htm.

3. Материалы II съезда Всероссийского хорового общества. М., 1972.

4. Материалы пленума Правления ВХО, посвященного 25-летию Всероссийского хорового общества. 27 ноября 1984 г. М., 1984.

5. О задачах хоровых обществ Российской Федерации по воплощению решений XXVII Съезда КПСС (Материалы пленума Правления ВХО 23 мая 1986 года). Пермь, 1986.

6. Первый пленум правления Всероссийского хорового общества. Сборник материалов. М., 1958.

7. Положение о Детской хоровой студии. М., 1979.

8. Сборник материалов о наградах и поощрениях в системе Всероссийского хорового общества. М., 1982.

9. Свешников А. В. Хоровое пение – искусство истинно народное. М., 1962. 30 с.

10. Учредительный съезд Всероссийского хорового общества (30 июня – 2 июля 1959 г.): сокращенная стенограмма / под ред. *А. И. Живцова*. М., 1959. 148 с.

11. *Шереметьев В. А.* Шереметьев и его сбывшаяся мечта. // uralpress.ru : Сетевой портал «Информационное агентство URALPRESS». URL: http://uralpress.ru/reviews/vladimir-sheremetev-i-ego-sbyvshayasya-mechta.

12. Приказ Министерства просвещения РСФСР от 5 июня 1959 г № 547/1–2 «О проведении смотра музыкальной работы в школах РСФСР. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Фонд А-646. Опись 1. Дело 100. 1 с. (неопубликованный источник).

Связь с автором:
Щапова Елена Владимировна,
e.shchapova@axu.ru; elenas5@yandex.ru

ЛЕКЦИИ ВЕДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

УДК 37

ПУТИ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ

© Бруссер А. М., 2012

Рождение педагогической индивидуальности – непрогнозируемый, неизведанный момент. Ведь путь в педагогику у каждого свой. Актёры далеко не всегда занимаются театральной педагогикой – нехватка времени, нежелание заниматься чужой судьбой или другая неведомая причина останавливают их. Однако находятся и такие, которые ищут в педагогике призвание и на многие годы связывают с ней свою жизнь. И всё же не каждый, кто пришёл в театральную школу преподавать, сразу может похвастаться своим педагогическим почерком и мастерством.

Думаю, что не буду оригинальна если скажу, что в начале своего профессионального пути знала я крайне мало и, что для меня сегодня очевидно, отчёта в этом себе не отдавала. Всю свою дальнейшую профессиональную жизнь я старалась навёрстывать упущенное и училась учить.

Этот процесс условно можно поделить на два основных этапа. Первые годы я в большом количестве посещала занятия и зачёты коллег, получая обширный и очень разнообразный созерцательный опыт. Во время второго этапа – много читала. Принципиальное значение имело то обстоятельство, что я начала заниматься научной работой и, соответственно, не только читать и писать, но в результате – сопоставлять, осмысливать, анализировать.

Для чего я об этом пишу?! Лишь для того, чтобы повторить известную истину: «Артист, который начинает заниматься театральной педагогикой, должен пройти трудный путь освоения новой профессии». И ничего в этом нет странного или зазорного. Делать это приходится, как правило, самостоятельно: невозможно научить того, кто неспособен научиться. Приведу несколько примеров в подтверждение типичности моего профессионального опыта. Все они совершенно конкретны и взяты из моей семилетней практики работы со стажёрскими группами кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина.

Типичный диалог на занятии стажерской группы:

– Какое различие между звонкими и глухими звуками?

Ответа нет.

– Как происходит процесс рождения звука?

Внятного ответа нет.

– Какие типичные ошибки при произнесении свистящих звуков?

Ответа нет.

Важно отметить, что все эти люди преподают. Имеют педагогическую практику. Входят в аудиторию и учат детей, студентов, взрослых… Они, как правило, имеют актёрское высшее образование, но у них нет ни филологической, ни лингвистической, ни логопедической подготовки. Ни в одного из них я не брошу камня, ибо сама прошла этот путь. Они пришли учиться. Они научатся.

Наиболее распространённая проблема начинающих специалистов – неумение читать научно-методическую литературу. Можно сказать, что у многих молодых коллег практически отсутствует *навык преобразования теоретических знаний в практические умения*. Теория и практика, в неравновеликой пропорции существующие в их профессиональной оснащённости, функционируют обособленно, не сливаясь в единое профессиональное знание. Это обстоятельство напрямую определяет степень педагогической компетентности педагога: ограничивает предметную перспективу, не даёт в должной мере развиваться педагогической фантазии.

Признаем, что созерцательная практика предоставляет огромный материал для создания «картотеки упражнений» и значительно расширяет арсенал молодого преподавателя. Однако без подробного методического кураторства и осознанного чтения специальной литературы в процессе обучения (переквалификация, повышение квалификации) могут возникнуть необоснованные предположения и иллюзорные знания, дающие педагогу ложную уверенность в собственном профессионализме. Приведём примеры утверждений, используемых стажёрами и магистрантами кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина на начальной стадии обучения:

- правильная осанка напрямую связана с процессом голосообразования;
- использование носового вдоха положительно влияет на физическое состояние человека;
- диафрагма представляет собой плоскую мышцу, которая отделят грудную полость от полости живота.

Все эти утверждения совершенно верны. Проблема заключается в том, что элементарный вопрос по расшифровке данных положений вызывает недоумение, вызванное элементарной безграмотностью. Эти высказывания нередко звучат из уст опытных преподавателей, и их можно «перехватить» во время созерцательной практики. Педагог, ведущий урок, знает научное обоснование своего высказывания, но для работы со студентом ему не нужны подробные теоретические обоснования, а с участниками созерцательной практики он на уроке не работает.

Методическая практика показывает, что крайне полезными могут оказаться в такой ситуации практические задания. Например, по нахождению теоретического обоснования предложенных выше или самостоятельно подобранных положений.

Систематический поиск поможет начинающему или будущему преподавателю начать важнейший для себя этап перевода эмпирических, поверхностных сведений в реальные, профессиональные знания.

Например, он узнаёт из учебника двух замечательных учёных, докторов наук М. Р. Богомильского и О. С. Орловой, что «Глотка расположена впереди шейной части позвоночника. Задняя её стенка прикреплена к позвонкам, с боков её окружает рыхлая соединительная ткань, а спереди она сообщается с полостью носа, полостью рта и гортанью» и то, что «Верхняя граница гортани соответствует третьему шейному позвонку, нижняя – шестому» [1]. А после этого найдёт в статье одного из ведущих педагогов Театрального института имени Бориса Щукина, профессора М. П. Оссовской информацию, которая поможет соотнести прочитанное ранее с реальной аудиторной работой: «Только при сохранении осанки, а именно: голова держится прямо, шейные мышцы свободны, плечи без напряжения слегка опущены и отведены назад, спина прямая, низ живота подтянут – становится возможным воспитание навыков полного дыхания. Правильная осанка и сбалансированное дыхание взаимосвязаны. Любое изменение осанки, в первую очередь, отражается на позвоночнике и грудной клетке и, соответственно, затрудняет работу органов дыхания, нарушает механизмы дыхания» [2].

Иными словами, по мере овладения осознанным чтением стажёр получит научное представление обо всех процессах, помогающих или мешающих рождению голоса и других механизмах, происходящих в организме и сможет постепенно нащупывать межпредметные, междисциплинарные и внутрипредметные связи.

Крайне полезно читать параллельно совершенно разную по сложности литературу, приучать себя к налаживанию этих взаимосвязей путём подробной рефлексии. Можно рассматривать профессиональные учебно-методические издания как своеобразный мостик между чистой наукой (педагогика, медицина, психология, искусствоведение и т. д.) и практикой, и не сомневаться, что этот процесс положительно повлияет на переход из этапа «фактического знания» к этапу «научно-методического анализа».

Надо признать, что неосознанное, поверхностное чтение научной литературы приводит к её отторжению и «наукобоязни». «Часто приходится встречаться с позицией непонимания важности научных основ предмета. Некоторые педагоги субъективно подходят к преподаванию, утверждая, что сценическая речь – искусство, а не наука. В результате, поиски индивидуального метода находятся в сфере творческих проб и исканий через увиденное, но не осмысляются, что скорее ведёт только к творческим экспериментам, а не к точно обоснованному методу» [2].

Предмет «Сценическая речь» в театральном образовании является, пожалуй, наиболее аккумулирующим разные знания предметом. В процессе педагогической деятельности, начинающий преподаватель, владеющий исполнительским мастерством, должен *освоить* (не прочитать, а именно освоить для дальнейшего использования!!!) большое количество научно-методической литературы разнообразного направления. Фундаментальные исследования по теории актёрского мастерства, педагогике, по акмеологии, психологии, искусствоведению, филологии, лингвистике, психолингвистике, медицине, философии и т. д. должны стать основой педагогического ма-

стерства. Исключительная сложность заключается именно в том, что педагогическая деятельность – это одновременно наука и искусство, как шахматы – одновременно наука, искусство и спорт. Обратимся к исследованиям в области педагогики.

Б. Т. Лихачёв считает, что педагогическое мастерство является частью педагогического искусства и выражается в современном владении педагогом методами и приёмами, всем арсеналом педагогических умений и навыков, обеспечивающих практическое воплощение педагогического искусства в процессе формирования личности [3].

И. П. Подласый придерживается мнения, что это наполовину рациональная технология, наполовину искусство [4].

А. С. Макаренко спрашивает: «…можем ли мы строить воспитание в расчёте на талант? Нужно говорить о мастерстве, т. е. о действительном знании воспитательного процесса, о воспитательном умении. Я на опыте пришёл к убеждению, что решает вопрос мастерство, основанное на умении, на квалификации» [5].

Исследования показывают, что профессиональное становление преподавателя в среднем занимает 26 лет (!), и, следовательно, можно говорить о том, что значительная часть театральных педагогов уходит на пенсию, так и не став мастерами своего дела [6].

Ключ к решению этой проблемы был предложен А. С. Макаренко. Он впервые обратил внимание на то, что между знанием и поведением педагога имеется некая канавка, которую необходимо заполнить опытом (педагогический опыт – отрефлексированная деятельность педагога) [5]. В этом случае проблема овладения педагогическим мастерством превращается в технологическую проблему овладения педагогическим опытом. А педагогическое мастерство перестаёт восприниматься как некий божественный дар [7].

Следовательно, можно говорить о том, что профессиональная компетентность педагога складывается из знания, умения и отношения [8]. На первом этапе обучения будущий педагог должен сформировать фундамент своей деятельности – получить профессиональные знания по интересующему его предмету. Далее следует приобретение профессиональных умений – освоение научно-методических основ преподавания предмета. Третья, чрезвычайно важная составляющая – профессиональное отношение к учебному процессу. *Важнейший вывод, который можно сделать из этих размышлений – один из современных подходов к пониманию сути театральной педагогики заключается в рассмотрении её даже не как двуединства (наука и искусство), но как триединства (наука, искусство и любовь)* [9]. Любовь в данном случае понимается как отношение педагога к созидательному делу, которым он занимается, и ко всем участникам процесса обучения, которые в сотворчестве это дело творят.

Приобретение профессиональной компетентности происходит постепенно. Рассмотрим этапы этого процесса:

- *получение исполнительского опыта* формируется на стадии получения базового актёрского образования и в процессе актерской практики;
- *получение созерцательного опыта* начинается с момента принятия решения о начале педагогической деятельности и получения соответствующего статуса;

• *освоение научно-методических основ предмета и преобразование теоретических знаний в практические умения должны* проходить самостоятельно или под научно-методическим кураторством в процессе повышения квалификации (стажировка, магистратура, аспирантура);

• *профессиональное совершенствование и поиск наиболее эффективных методов преподавания* продолжается всю оставшуюся профессиональную жизнь.

Центральным и основополагающим этапом приобретения профессиональной компетентности, безусловно, является третий этап. Именно он даёт возможность переквалификации – профессиональному переориентированию молодого специалиста.

Но как актёру, ориентированному на практическую творческую работу, приступить к освоению этого этапа? Как научиться читать «умные» книжки, в которых он «ничего не понимает»? Отсутствие навыка осознанного чтения рождает наукобоязнь. Замкнутый круг?! Попробуем разобраться. Для этого условно выделим в специальной литературе несколько типов:

• литература *«более или менее понятная», отражающая аудиторную* работу, дающая направление собственным размышлениям, не перегруженная незнакомой лексикой. К такой литературе можно отнести книги по общей и профессиональной педагогике, научно-популярные издания психологической направленности, учебно-методические пособия по предмету «Сценическая речь» и др.;

• литература *«не очень понятная»,* отражающая глубинные размышления авторов, затрагивающая научные основы преподавания, дающая возможность анализировать взаимосвязи теории и практики. К такой литературе можно отнести профессиональные издания по смежным наукам – логопедии, фониатрии, филологии, лингвистики и др., а также серьёзные научные исследования в области сценической речи;

• литература *«совсем не понятная»*, углублённо исследующая специальные отрасли науки, содержащая фундаментальные знания. К такой литературе можно отнести монографии по философии, психолингвистике, литературоведению, диссертационные исследования представителей смежных наук.

Первый тип литературы читать несложно и чрезвычайно полезно. И, чем больше будет прочитано, тем лучше. Однако, стремясь к осознанному чтению, не будет лишним:

• читать книги с карандашом в руке, отмечая важные для дальнейших размышлений положения. Это даёт возможность при необходимости найти и перечитать нужные отрывки текста;

• если книги написаны представителями смежных наук или дисциплин, продумать варианты использования предложенных рассуждений в процессе преподавания сценической речи – развивать ассоциативное мышление;

• в конце книги на чистых страницах «для заметок» записывать возникающие при чтении мысли и вопросы, которые в дальнейшем необходимо расшифровать или находить ответы в беседах со старшими коллегами или в других изданиях. Чрезвычайно важно этот процесс доводить до логического завершения и не оставлять «открытых вопросов»;

• составлять списки литературы для дальнейшего чтения, используя ссылки и библиографию;

• пополнять «картотеку упражнений», выписывая описания заинтересовавших вариантов, фиксируя их авторство и формулируя педагогическую задачу;

• обращать внимание на точность формулировок, логику и структурирование текста. В дальнейшем этот опыт будет полезен для самостоятельной научной деятельности;

• постепенно формировать библиотеку профессиональной литературы, стараясь быть в курсе последних изданий.

Эти и подобные советы могут быть чрезвычайно полезны. Важно не просто прочитать книгу и поставить «галочку», а осознанно, поэтапно расширять сферу научно-практических интересов, увеличивать объём предметных знаний, открывать новые перспективы преподавания.

Второй тип литературы читать гораздо труднее. Однако при незначительной подготовке и определённом усилии можно справиться и с ней. Определим некоторые пути самостоятельной работы.

Формулировать вопросы и находить на них ответы. Например, от чего зависит сила резонанса и с чем она связана?

Вновь обращаемся к М. Р. Богомильскому и О. С. Орловой и читаем: «Если в поле звучания какого-либо источника звука попадает другой способный звучать предмет, то он может стать вторичным излучателем звука, или резонатором; это явление называют *резонансом.* Резонанс бывает особенно резко выраженным, или, как говорят, острым, когда резонатор настроен одинаково (в унисон) с первичным источником звука, т. е. когда период собственных колебаний резонатора и период колебаний звучащего тела одинаковы. Так, например, если открыть крышку рояля, нажать педаль и пропеть над струнами какой-либо тон, то начнет звучать струна, настроенная на тот же самый тон.

Обычно резонатором называют полое тело той или иной формы и объёма с отверстием определенной величины. Воздух, заключённый в этом полом теле, имеет свой собственный тон, высота которого зависит от объёма резонатора и величины его отверстия. Если к нему приблизить звучащий камертон, настроенный одинаково с собственным тоном резонатора, то воздушная масса придёт в соколебание и значительно усилит звук камертона» [1].

Опыт показывает, что отсутствие вопросов вызвано низким уровнем профессионализма педагога. По мере же повышения профессиональной оснащённости количество вопросов растёт в геометрической прогрессии. Следовательно, «провокационное» формулирование вопросов и поиск разнообразных ответов – реальный путь к повышению педагогической компетентности.

Проводить сопоставляющий анализ теоретических положений, найденных в различных источниках.

Например, читаем у профессора кафедры сценической речи Санкт-Петербургской академии театрального искусства Е. И. Чёрной: «Дыхательные мышцы делятся на вдыхатели и выдыхатели, когда первые сокращаются, вторые должны расслабиться. Во время звучания такое же взаимодействие осуществляется между дыхательным аппаратом, с одной стороны, и гортанью и надставной трубой, с другой. В момент

выхода на дыхательную опору звука, когда мышцы вдыхатели и выдыхатели как бы уравновешиваются во взаимном контр-действии, приготавливаются к работе гортань, язык, челюсть, губы... Борьба между мышцами-антагонистами продолжается, пока это необходимо для звучания; затем мышцы-выдыхатели должны мгновенно расслабиться, чтобы отдохнуть, снова напрячься и т. д.» [10].

Интересно сравнить образное описание театрального педагога с чётким, точным взглядом врача-фониатра: «Центральное и ведущее место среди мышц-вдыхателей занимает *диафрагма*. Это большая, плоская мышца является уникальной по своей форме, расположению мышечных волокон, по способу фиксации, по характеру осуществляемых движений и функции. Она расположена горизонтально и разделяет грудную и брюшную полости. Мышечные волокна залегают в ней подобно спицам колеса. Они крепятся к грудине, ребрам, поясничным позвонкам и сходятся к её сухожильному центру. В расслабленном состоянии диафрагма имеет форму купола, выпуклостью обращенного вверх. При сокращении мышечных волокон сухожильный центр опускается вниз, и весь купол уплощается. Этим перемещением книзу диафрагма действует наподобие всасывающего поршня по отношению к грудной полости. Движения диафрагмы доставляют около 75% объёма участвующего в газообмене воздуха. Однако следует уточнить, что при выключении деятельности диафрагмы лёгочной газообмен не нарушается, поэтому её роль как ведущей вдыхательной мышцы оценивается в нормальных, а не в патологических условиях осуществления дыхательной функции» [11].

Читая, сопоставляя и анализируя различные варианты теоретических положений, можно выработать собственную формулировку, которая окажется максимально доступной и доходчивой для студента. Это сравнимо с тем, как, получая разнообразный созерцательный опыт, молодой педагог значительно увеличивает арсенал упражнений для достижения поставленной практической задачи, а затем уже включает свою собственную фантазию и создаёт авторские упражнения. Мы знаем, что знакомое умозаключение, сказанное другими словами, порой производит ошеломляющее впечатление на человека. Осознание происходит вдруг и закрепляется на многие годы. Поэтому чрезвычайно важно найти «свою» книжку и «свою» формулировку.

Находить взаимосвязи между физиологией и методикой; проводить сопоставительный анализ типичных ошибок, связанных с отклонениями от физиологических процессов дыхания, голосообразования, произношения и т. п.

Читаем у Е. И. Чёрной: «Вялые, полурасслабленные мышцы живота (выдыхатели) и вялая, неэластичная диафрагма (мышца вдоха) не обеспечивают достаточно яркой амплитуды колебаний между напряжениями на вдохе и выдохе, что влечёт за собою вялость и недостаточность в работе артикуляционных органов: неполноту гласных, неясность, стёртость согласных и пр.

Напротив, очень сильные, но чрезмерно напряжённые мышцы живота, которые после выдоха почти не расслабляются и, соответственно, малоподвижная диафрагма провоцируют напряжение гортани, и, вследствие дополнительного вынужденного автомата – зажима челюсти и мимической мускулатуры, – гласные сдавлены, согласные искажены» [10].

Но ведь для того, чтобы грамотно расшифровать термин «согласные искажены», необходимо точно представлять себе артикуляционный уклад каждого согласного звука. Тут могут пригодиться, предложенные педагогами Театрального института имени Бориса Щукина А. М. Бруссер и М. Н. Радциг таблицы артикуляционных укладов[12]:

		[Р] переднеязычный передненёбный, смычный, дрожащий, сонорный, звонкий	**[Р’]** переднеязычный передненёбный, смычный, дрожащий, сонорный, звонкий
Губы		Разомкнуты и принимают положение следующего за ним гласного	Разомкнуты и чуть растянуты, углы напряжены
Расстояние между зубами		4–5 мм	
Положение языка	Кончик	Поднят и неплотно прилегает к альвеолам верхних зубов, напряжён и вибрирует в проходящей воздушной струе	Чуть уплощается, поднят к основанию верхних зубов, напряжён и вибрирует в проходящей воздушной струе
	Передняя часть спинки	Напряжена и приподнимается	Продвигается вперёд и поднимается
	Средняя часть спинки	Напряжена и приподнимается	Продвигается вперёд и поднимается
	Задняя часть спинки и корень	Оттянута назад и чуть поднята к мягкому нёбу	Продвигается вперёд
	Боковые края	Прижаты к верхним коренным зубам	
Воздушная струя		Взрывает смычку языка с основанием верхних зубов, вызывая вибрации кончика языка. На [Р’] более сильная	
Мягкое нёбо		Поднято и закрывает проход в нос	
Голосовые складки		Сомкнуты и вибрируют	

При этом важно понимать, что знание артикуляционного уклада – информация необходимая, но далеко не достаточная. Крайне полезна будет, например, соображение, предложенное Ю. А. Васильевым: «Тянущиеся язычные сонорные согласные «л», «р», «р», «н», «н» в сочетании с губными сонорными «м», «м» и свистящими придают артикуляции при напевном произнесении текста своеобразную эластичность, которая не прерывается, не перебивается даже заметным числом взрывных согласных. Это способствует тренингу языковой эластичности: язык и губы буквально «плавают» в процессе артикулирования. Благодаря плавности артикуляция обретает подвижность и каждая строка оживлена хорошей звуковой кантиленой» [13].

Далее следует методический анализ, подбор соответствующих упражнений, структурирование урока.

Можно сказать, что понимание необходимых взаимосвязей реально помогает начинающему педагогу встать на желанный путь обнаружения наиболее эффективных способов исправления типичных речевых ошибок. Знание артикуляционного уклада воспитывает педагогический слух и даёт возможность быстрого, грамотного диагностирования дикционных погрешностей, а исследования в области анатомии и физиологии речевого аппарата создают плацдарм для осознанной созерцательной практики и создания собственных упражнений.

Отыскать теоретические положения, указывающие на межпредметные и внутрипредметные взаимосвязи, и подбирать соответствующие блоки упражнений.

Возьмём для примера взаимосвязь предметов «Сценическая речь» и «Сценическое движение». Сколько речевых упражнений выполняется в сочетании с активными физическими, акробатическими, силовыми движениями?! В программе Те-

атрального института имени Бориса Щукина по сценическому движению раздел «Дыхание» полноправно входит в перечень необходимых для освоения тем, наравне с ловкостью, силой и выносливостью [14]. В свою очередь хотелось бы, чтобы и речевики имели представление о том, как и какие движения влияют на процесс дыхания.

Например:

- вращение головой (повороты, наклоны), активизируют мышцы, расположенные возле верхних дыхательных путей, снимают излишнее напряжение с окологортанной мускулатуры и улучшают кровоснабжение верхних частей лёгких;
- упражнения, выполняемые с наклонами при установленных на талии руках, создают условия для лучшей вентиляции верхних частей лёгких;
- упражнения, при которых руки разводятся в стороны, помогают регулировать движения межреберных мышц и отвечают за работу средних долей лёгких;
- упражнения с движением рук выше уровня головы отвечают за работу нижних долей лёгких, активизируя дыхательную функцию в нижней части грудной клетки и диафрагмы;
- упражнения с движением ног из любой позиции (лёжа, сидя и стоя), укрепляют мышцы брюшного пресса, диафрагмы и поясничной мышцы, столь важные для овладения полным дыханием [15].

Такие знания будут способствовать расшифровке причинно-следственных связей предмета, формулировать конкретные педагогические задачи, а точное понимание целевой направленности упражнения облегчит создание методических линеек, поможет выстроить логику урока, добиться эффективных результатов. В свою очередь, можно сказать, что процесс подбора и создания авторских упражнений чрезвычайно субъективен и имеет глубинную связь с педагогической индивидуальностью педагога. Как часто во время созерцательной практики ловишь себя на мысли: «Какое чудесное упражнение. Надо его обязательно попробовать с моими студентами». Или: «Да. Бесспорно. Упражнение полезное. Но я его делать не буду». В этот момент включаются такие сложно описываемые субстанции, как мироощущение, интеллект, художественный вкус, такт, вероисповедание... Это же в дальнейшем влияет на выбор материала на всех этапах работы, способ его освоения, манеру общения со студентами и многое другое, что определяет неповторимость педагогической индивидуальности. *Ведь самое главное в учебном процессе – личность педагога, а каждый из нас преподаёт себя!*

Литература третьего типа особенно трудна для чтения. Кого не испугает так сформулированная мысль в книге Л. Р. Городецкого «Квантовые смыслы Осипа Мандельштама. Семантика взрыва и аппарат иноязычных интерференций»: «Трудность здесь возникает уже на уровне дефиниций: что есть семантика мандельштамовского текста? Недостаточно переобозначить это в смыслы М – текста. Ясно лишь, что этот объект резко неконвенционален» [16]?! Да. Сначала возникает ощущение, что непонятно *всё*, а главное, что это не имеет никакого отношения к предмету. Но ведь есть важнейшие для осознания книги, которые написаны сложным, но доступным для освоения, языком. Это работы И. Сеченова, И. Павлова, Р. Юссона, А. Леонтьева, Л. Работнова, Н. Жинкина, Л. Дмитриева, В. Морозова и многих других.

Такие книги читать необходимо. Читать, разбираться, думать, задавать вопросы, опять думать…

Думается, что развитие мотивации осознанного чтения заложено в желании понять написанное, уверенность в необходимости предложенной тем или иным автором информации, и оно будет активно способствовать не только борьбе с наукобоязнью, но и преобразованию теоретических знаний в практические умения. Это проверенный путь, который помог многим молодым коллегам войти в удивительный мир анализа, рассуждений и обобщений и перевести обыденную аудиторную и домашнюю работу педагога на другой уровень профессионализма.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Богомильский М. Р., Орлова О.* С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М.: Авторская академия. Товарищество научных изданий КМК. 2008. С. 171.

2. *Оссовская М. П.* Работа над голосом. Теоретические аспекты и практические рекомендации. Сценическая речь в системе Вахтанговской школы: сборник статей и материалов / сост. и науч. ред. А. М. Бруссер. М., 2012. С. 138.

3. *Лихачев Б. Т.* Педагогика. М., 2001. С. 284.

4. *Подласый И. П.* Педагогика. М., 2001. Т.1. С. 240.

5. *Макаренко А. С.* Пед. соч.: в 8 т. М., 1985. Т.4. С. 236.

6. *Батышев А.* С. Практическая педагогика для начинающего преподавателя. М.: Ассоциация «Профессиональное образование». 2003. С. 14.

7. Как создать эффективную методическую службу. Методические рекомендации // *Сергеева Т. А.*, Уварова Н. М., Максимченко Т. В. М.: «Интеллект-центр». 2003. С. 71.

8. *Зарецкая И. И.* Коммуникативная культура педагога и руководителя // М.: Сентябрь, 2002. 160 с.

9. *Булатова О. С.* Педагогический артистизм: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия». 2001. С. 12.

10. *Чёрная Е. И.* Воспитание фонационного дыхания с использованием принципов дыхательной гимнастики «йоги». М.: Граница, 2009. С. 16.

11. *Рудин Л. Б.* Основы голосоведения. М.: Граница, 2009. 100 с.

12. *Бруссер А. М., Радциг М. Н.* Практические задания по методике преподавания сценической речи. Раздел «Дикция». М.: Издательская группа «Граница». 2009. С. 77.

13. *Васильев Ю. А.* Сценическая речь: голос действующий: учебное пособие для вузов. М.: Академический Проект, 2010. С. 314.

14. *Дрознин А. Б.* Сценическое движение. Учебная программа для студентов актёрского факультета. М. 2010. С. 21.

15. *Ласкавая Е. В.* Речеголосовой тренинг. М.: «ИПЦ Маска». 2006. С. 13.

16. *Городецкий Л. Р.* Квантовые смыслы Осипа Мандельштама. Семантика взрыва и аппарат иноязычных интерференций. М., Таргум. 2012. С. 13.

ДИСКУССИЯ

Уважаемые коллеги, члены Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов!

В 2011 году, в рамках III Международного междисциплинарного конгресса «Голос», мы провели инициированный мной круглый стол, посвящённый классификации заболеваний и состояний голосового аппарата. Дискуссия была активной и продуктивной. Высказанные замечания и предложения учтены, классификация доработана и в очередной раз выносится на публичное обсуждение.

Убедительно прошу всех специалистов-фониатров изучить предлагаемый материал и сформировать своё мнение с целью повторного обсуждения классификации на IV конгрессе «Голос» и голосования за неё.

С уважением, Л. Б. Рудин

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Комплекс укоренившихся стереотипов и чрезвычайная сложность организации голосового аппарата не позволяют найти универсальный (унифицированный) путь классификации в фониатрии, а неполноценная диагностика причин возникновения дисфоний, а соответственно, и симптоматическая тактика лечения, не дают ожидаемых результатов. Возникает вариативность неправомерных формулировок, подобно таким, как «хроническая гипотонусная дисфония», «органическая гипотонусная дисфония», «функциональная дисфония» и пр., с которыми приходится сталкиваться в повседневной практике.

В настоящее время в отечественной фониатрии во многом утрачен принцип единообразия формулировки диагноза, полностью отсутствует принцип преемственности. Из медицинской документации невозможно извлечь информацию о первоначальном состоянии пациента, степени изменения его голосовой функции, динамики процесса на фоне лечения. Более того, особенно касательно функциональных расстройств, в большинстве случаев диагноз вообще неясен.

В связи с этим, нам более чем необходимо выработать унифицированную классификацию заболеваний и состояний голосового аппарата и принципы формулировки развёрнутого клинического диагноза. Это сложная, но решаемая задача.

Врач-фониатр должен строго констатировать то, что видит и слышит. Наибольшие проблемы связаны с констатацией клинико-функциональных изменений на уровне гортани. Так, например, нам следует полностью отказаться от таких диа-

гнозов, как психогенная дисфония или афония, функциональная дисфония и пр., которые на дают в документации чёткого представления о той объективной картине, которую врач видит в гортани. Тем более, что данные диагнозы не являются отоларингологическими, а подразумевают сопутствующий процесс, который может констатировать исключительно специалист этой обрасти. Главным нашим принципом, как и во всей медицине, должна стать строгая констатация только лишь того, что мы видим.

Дисфонию мы не видим – мы её только слышим! Слово «дисфония» может указывать только на степень расстройства голосовой функции!

Формулировка диагноза в медицинской документации должна быть строго развёрнутой, подчиняться принципу «тип, тяжесть, течение», указывать на степень нарушения голосовой функции.

Предлагаем следующие принципы классификации заболеваний и состояний голосового аппарата.

Заболевания и состояния голосового аппарата:

- внутригортанные;
- внегортанные.

Уровень возникновения дисфонии:

- ларингогенный (развитие дисфонии связано с изменениями на уровне гортани);
- соматогенные (возникающие на внегортанном уровне).

Следует подчеркнуть, что уровень возникновения заболевания (состояния) и дисфонии не тождественен причине их возникновения. Например, говоря о мутации, мы понимаем, что дисфония возникает вследствие тех общих изменений в организме, которые связаны с половым созреванием, ростом гортани, воздействием на неё половых гормонов. Однако возникновение собственно дисфонии в период мутации связано с определёнными изменениями именно в гортани, которые визуализируются при ларингоскопии и классифицируются как мутационный ларингит. Другой пример: возникновение дисфонии на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника. Для реализации симптома дисфонии должна прослеживаться патогенетическая последовательность: шейный остеохондроз – рефлекторное влияние на гортань – изменение подвижности или вибрации голосовых складок – дисфония. Если патологических изменений на уровне гортани не будет, то не будет и дисфонии. Именно поэтому в данном случае уровень возникновения дисфонии гортанный, а вот причина данных изменений в гортани – нейрогенная.

Собственно термины «**дисфония и афония**» должны являться обязательным компонентом клинического диагноза, указывая на **степень нарушения голоса**. С той же целью в употребление целесообразно ввести такое понятие, как «**нормофония**», указывающее на отсутствие объективных и субъективных изменений голоса.

В качестве рутинного метода оценки голосовой функции предлагаем использовать следующую шкалу:

0 степень – отсутствие изменений голосовой функции (нормофония);

I степень – аудиально изменений голоса нет, однако пациент предъявляет жалобы на изменение голосовой функции;

II степень – аудиально незначительные тембральные и (или) тоново-динамические изменения голоса, зачастую носящие непостоянный характер;

III степень – аудиально явные тембральные и (или) тоново-динамические изменения голоса;

IV степень – аудиально выраженные тембральные и (или) тоново-динамические изменения голоса или афония.

Считаем, что для повседневной практики внедрение акустических критериев степени дисфонии нецелесообразно. Однако выработка объективных акустических критериев, соответствующих каждой степени данной шкалы, будет являться следующим этапом доработки данной классификации в случае её принятия сообществом.

Важно отметить, что мы всецело согласны с мнением о том, что степень нарушения голосовой функции не в одинаковой степени воспринимается различными категориями пациентов. Так, неулавливаемые слухом тоново-динамические изменения голоса вокалиста при минимальных изменениях в гортани могут вызывать серьёзные трудности нюансировки при пении в верхнем участке диапазона и, как следствие, вообще отказ от пения в период заболевания. Таким образом, нормофония или дисфония I степени при аудиальной оценке не совпадают с оценкой своего состояния самим пациентом, которая оказывается более завышенной.

А вот актриса драмы при большом стаже курения, наличии полипозной дегенерации голосовых складок со значительными изменениями тембра, соответствующими дисфонии III или IV степени, таковыми эти изменения не считает и вообще не принимает их во внимание.

Учитывая значимость данного обстоятельства при выборе тактики лечения, считаем целесообразным выделять классы соответствия аудиальной оценки голоса и самооценки голосовой функции пациентом.

- класс **a** – самооценка голосовой функции и состояния голоса пациентом соответствует аудиальной оценки голоса;
- класс **в** – заниженная самооценка голосовой функции и состояния голоса пациентом относительно аудиальной оценки голоса;
- класс **c** – завышенная самооценка голосовой функции и состояния голоса пациентом относительно аудиальной оценки голоса.

Этиологические факторы:

- генетические;
- поногенные;
- инфекционно-аллергические;
- профессиональные;
- аудиальные;
- дисметаболические;

- возрастные;
- конституциональные;
- вазомоторные;
- при заболеваниях других органов и систем (нейрогенные, психогенные, эндокринные и пр.);
- ятрогенные;
- посттравматические;
- полиэтиологические;
- идиопатические.

Органические заболевания гортани не тождественны **органическим изменениям**. В фониатрии практически не применяется термин **«ларингопатия»**, за исключением менструальной. Зарубежные авторы выделяют понятие «ларингопатия беременных». На основании многочисленных наблюдений мы считаем, что любая неспецифическая реакция голосовых складок или гортани в ответ на тот или иной фактор (mensis, голосовую нагрузку, хронический тонзиллит, гипотиреоз и т. д.), зачастую не сопровождающаяся жалобами на нарушение голосовой функции и купирующаяся после устранения основного фактора, является, соответственно, ларингопатией (тонзиллогенной, тиреоидной, менструальной, поногенной, др.), что соответствует патофизиологическим представлениям о данном состоянии, т. е. является обоснованным. По своей сути ларингопатии не являются заболеваниями, а представляют собой лишь вторичные (симптоматические) страдания гортани, что соответствует одному из значений данного термина. В литературе отчётливо описываются подобные изменения, однако авторы по непонятным причинам не относят их к категории патий. Более того, в МКБ 10 чрезвычайно часто звучит диагноз со значением «патия» (алкогольная миопатия, токсическая энцефалопатия, травматическая артропатия и т. д.), что вполне обоснованно позволяет более широко употреблять этот термин в ларингологии.

Функциональная патологии гортани, а именно голосовых складок, связана с нарушением мышечного тонуса. Нарушение функции есть дисфункция. Термин дисфункция имеет международное употребление и присутствует во многих разделах МКБ (дисфункция височнонижнечелюстного сустава, оргазмическая дисфункция, дисфункция яичников и яичек, соматоформная дисфункция и т. д.). Таким образом, патогенетически обосновано и максимально понятно для медицинского сообщества применение термина дисфункция голосовых складок.

Функциональные заболевания:

Дисфункция голосовых складок;

- по гипотонусному типу;
- по гипертонусному типу (двусторонняя, односторонняя);
- по гипогипертонусному типу;
- фонастения;

Спастическая дистония гортани.

Органические заболевания гортани:

- врождённые пороки развития гортани;
- приобретённые структурные посттравматические дефекты гортани;
- воспалительные диффузные: ларингиты;
- воспалительные локальные: хордиты (специфические, не специфический, посттравматический, маргинальные), артриты, контактная язва, гранулёма;
- невоспалительные (парезы, параличи, вывихи перстне-черпаловидного сустава, варикоз голосовых складок, кровоизлияние в голосовую складку;
- опухоли;
- опухолеподобные образования (узелки, кисты, полипы).

Ларингопатии (менструальная, дисгормональная, вазомоторная, поногенная, тонзиллогенная, беременных).

Внегортанные заболевания и состояния голосового аппарата связаны с изменениями со стороны энергетического, но чаще резонаторно-артикуляционного отделов голосового аппарата, которые непосредственно отражаются на качественных характеристиках голоса (слышимых или не слышимых). В данном контексте целесообразно указывать основное заболевание, повлекшее за собой дисфонию, не сопряжённое с изменениями в гортани. В противном случае, все заболевания дыхательных путей окажутся в данном списке.

Мутационные дисфонии:

1) предмутационный период;
2) собственно мутационный период (начальная, пиковая, конечная стадии);
3) постмутационный период;
4) преждевременная мутация (mutatio praematurus);
5) длительная мутация (mutatio longus);
6) запоздалая мутация (mutatio tardantes).

По механизму голосообразования:

- фальцет (фальцетофония);
- вентрикулярный голос (вентрикулофония);
- псевдоголос.

В связи с вышеизложенным, считаем, что этиопатогенетический принцип классификации заболеваний голосового аппарата и формулировки фониатрического диагноза с обязательным указанием патогенетического механизма и причины возникновения патологического состояния позволит избежать изобилие дублирующих диагнозов и внедрить унифицированный принцип формулировок, максимально сохранив принцип преемственности. К тому же, данный подход позволит согласовать фониатрический диагноз с общемедицинскими понятиями, принципами и нормами.

Примеры формулировки диагноза:

- дисфункция голосовых складок по гипотонусному типу: дисфония Iа;
- дисфункция левой голосовой складки по гипертонусному типу нейрогенная: дисфония IIв;
- сочетанная патология голосового аппарата: искривление перегородки носа с нарушением функции внешнего дыхания, дисфункция голосовых складок по гипотонусному типу, внегортанная форма дисфонии IIа (гипоназализация);
- сочетанная патология голосового аппарата: хронический компенсированный тонзиллит, тонзиллогенная ларингопатия с варикозом и маргинальным хордитом левой голосовой складки, дисфония IIа;
- гипертрофия аденоидов II-III ст., внегортанная форма дисфонии IIIв. (гипоназализация).

Связь с автором:
Рудин Лев Борисович,
foncentr@mail.ru

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА»

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

Министерства культуры РФ
Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии имени А. В. Александровна
Театрального института имени Бориса Щукина
при Государственном академическом театре имени Евг. Вахтангова
Московского государственного университета культуры и искусств

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

О ПРОВЕДЕНИИ ТРЕТЬЕГО МЕЖДУНАРОДНОГО КОНКУРСА ВОКАЛЬНЫХ И РЕЧЕВЫХ ПЕДАГОГОВ

Учредителем и организатором Международного конкурса вокальных и речевых педагогов является Общероссийская общественная организация «Российская общественная академия голоса».

К участию в конкурсе допускаются вокальные и речевые педагоги, в том числе логопеды и фонопеды, работающие в образовательных учреждениях среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, музыкальных школах, детско-юношеских творческих центрах, студиях, профессиональных народных и эстрадных коллективах, медицинских учреждениях, чей педагогический стаж на момент подачи документов составляет не менее 5 лет.

Цель конкурса – стимулирование развития творческой деятельности педагогических работников, поддержка инновационных технологий в организации образовательного процесса, утверждение приоритетов художественного образования в обществе.

Задачи конкурса:

- выявление талантливых педагогических работников;
- признание и поощрение личного вклада преподавателей в развитие профессионального образования в России;
- распространение успешного опыта педагогической деятельности;
- выявление теоретических, методических и методологических проблем преподавания и выработка путей их решения.

Конкурс проводится в двух номинациях:

1. Профессиональное вокальное образование (подноминации: академический вокальный жанр; эстрадно-джазовый вокальный жанр; народный вокальный жанр; детско-юношеское вокальное образование);

2. Профессиональное речевое образование (подноминации: техника речи; логопедия; фонопедия).

Порядок проведения конкурса

Конкурс проводится в два тура. Первый (заочный) – в 2013 году, второй (очный) – в 2014 году.

Для участия в первом туре до 1 октября 2013 года необходимо представить следующий конкурсный пакет:

- анкету утверждённого образца, заверенную по месту работы (размещена на сайте Академии, заполняется печатными буквами);
- протокол экспертизы профессионального уровня, заслуг и методики преподавания (размещён на сайте Академии);
- видеозапись урока преподавателя (исключительно VIDEO DVD продолжительностью 20–30 минут);
- справку из отдела кадров о педагогическом стаже работы;
- выписку из протокола заседания коллегиального органа (кафедры, отделения, Учёного или педагогического совета);
- список научных и учебно-методических работ (при их наличии);
- копии документов, подтверждающих последипломное образование, учёную степень, учёное, почётное звание, награждение государственными наградами и пр.;
- информацию о достижениях студентов, учеников, коллективов конкурсанта в конкурсах и фестивалях (с указанием ФИО ученика, названия конкурса, даты проведения, вида награды) (предоставление дипломов с разных конкурсов одного и того же ученика не допускается!), список выпускников конкурсанта, поступивших по специальности в ВУЗы (с указанием ФИО выпускника и названия ВУЗа);
- творческую характеристику участника, заверенную по месту работы;
- копию документа об уплате организационного взноса (квитанции для оплаты размещены на сайте Академии).

Организационный взнос для граждан РФ составляет 3000 рублей, для граждан других стран – 120 € (код валютной операции – 70070). Для членов Российской общественной академии голоса – бесплатно.

Заявочный пакет необходимо высылать *простой бандеролью* по адресу: 123242, г. Москва, ул. Большая Грузинская, д. 20. Наименование адресата: в Аппарат Президиума Российской общественной академии голоса (конкурс педагогов).

Первый (заочный) тур проводится экспертными комиссиями с 01 по 30 ноября 2013 года на основании представленных конкурсных пакетов. Академия оставляет за собой право продления сроков первого тура.

Критерии экспертизы

Обязательные требования

	КРИТЕРИЙ
1	работа в учреждении любой организационно-правовой формы и формы собственности
2	стаж работы по специальности от 5 лет
3	педагогический стаж от 5 лет
4	видеозапись урока на CD/DVD

Отсутствие одного или более из данных критериев является основанием для отказа конкурсанту в участии во II (очном) туре.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ, ЗАСЛУГ И МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ

Оценивается по специальной таблице, представленной на сайте Академии. Пункты 1–12 протокола заполняются конкурсантом самостоятельно (отмечаются любым способом соответствующие критерии). При этом к личному делу прикладываются все подтверждающие документы. Достоверность указанных данных проверяется экспертной комиссией. Пункты 13–15 заполняются Экспертной комиссией.

Во II тур допускаются конкурсанты, набравшие не менее 65 баллов.

Итоги первого тура публикуются на сайте Академии не позднее 31 декабря 2013 года. Победителям первого тура направляются официальные приглашения для участия во втором туре.

Второй (очный) тур конкурса будет проводиться во второй половине апреля 2014 года в г. Москве и приурочен к международному Дню голоса, который отмечается в мировом сообществе 16 апреля. Даты и место проведения, программа мероприятий будут уточнены позднее.

Организационный взнос для граждан РФ составляет 5000 рублей, для граждан других стран – 200 €. Для членов Российской общественной академии голоса предоставляются льготы согласно Уставу Академии.

Второй тур включает в себя открытый урок (25 мин.) и ответы на вопросы жюри (5 мин.). Очерёдность выступления, ученик и произведение для открытого урока определяются на жеребьёвке. Оргкомитет Конкурса предоставляет рояль и концертмейстера.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА УЧАСТНИКОВ II (ОЧНОГО) ТУРА

Представлены на сайте академии в виде специальной таблицы

По итогам конкурса присваиваются звания Лауреата I, II, III степени.

Окончательное количество дипломов Лауреата определяется Жюри конкурса по его итогам и количеству участников второго тура.

Лауреатам Гран-при присваивается почётное звание:

1. Хранитель традиций национальной вокальной школы;
2. Хранитель традиций профессионального речевого образования;

Гран-при может быть присвоен конкурсантам, чей стаж педагогической деятельности на момент конкурсных испытаний составляет не менее 15 лет.

Премиальный фонд определяется Президентом Российской общественной академии голоса в феврале 2014 года и публикуется на сайте Академии.

Победителям Конкурса вручается главный приз Конкурса – «Золотой» или «Серебряный» камертон.

Порядок формирования и функции Жюри

Составы Жюри фестиваля-конкурса и экспертных комиссий утверждаются Президентом Российской общественной академии голоса по представлению председателей соответствующих коллегий Академии отдельно для каждой номинации. В их состав входят ведущие специалисты в области вокальной и речевой педагогики,

выдающиеся работники образовательных, методических учреждений, творческих союзов, деятели культуры, искусства, науки из числа членов Академии, а также приглашённые. Экспертная комиссия формируется в июне 2013 года, и её списочный состав публикуется не позднее 1 сентября на сайте Академии. Жюри формируется в декабре 2013 года, и его списочный состав публикуется не позднее 25 января 2014 года на сайте Академии.

В первом туре работают экспертные комиссии. Данные экспертизы заносятся в протокол и разглашению не подлежат. Протокол подписывается всеми членами комиссии. Результаты могут быть оглашены только в особых случаях по решению Президента Академии. Победители определяются суммой баллов, полученной при экспертизе конкурсных пакетов. Результаты экспертизы являются окончательными и обсуждению не подлежат.

Во втором туре соответственно номинациям работает два состава Жюри. Каждое Жюри проводит своё заседание после прослушивания конкурсантов соответствующей номинации. Результаты обсуждения Жюри открытого урока заносятся в протокол и разглашению не подлежат. Протокол подписывается всеми членами Жюри. Результаты могут быть оглашены только в особых случаях по решению Президента Академии. Окончательное подведение итогов Конкурса проводится на заседании объединённого Жюри. Победители определяются суммой баллов, полученной при обсуждении Жюри открытого урока. Решение Жюри является окончательным и обсуждению не подлежит.

Вся информация размещена на сайте Академии на странице «МЕРОПРИЯТИЯ» в разделе «КОНКУРС ПЕДАГОГОВ».

Охраняется законом об авторском праве

© Агин М. С., Бруссер А. М., Оссовская М. П., Рудин Л. Б., Силантьева И. И., 2008–2012 г.
© Российская общественная академия голоса, 2008–2012 гг.

НАШИ КОНТАКТЫ:

web: www.voiceacademy.ru
e-mail: foncentr@mail.ru
телефон Академии: (495) 726–97–60
для почтовых отправлений:
123242, г. Москва, ул. Большая Грузинская, д. 20.

По всем вопросам обращаться к управляющему делами Российской общественной академии голоса Хаустову Ивану Николаевичу по тел.: +7 (965) 101–86–99

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ ДЛЯ ОПУБЛИКОВАНИЯ В ЖУРНАЛЕ «ГОЛОС И РЕЧЬ»

- Авторы должны указать отрасль наук, по которой готовился представляемый материал (медицина, биология, психология, педагогика, искусствоведение).
- Материалы к публикации подаются в печатном (1 экземпляр на адрес Академии) и электронном виде (по электронной почте редакции). Печатный вариант должен быть подписан авторами (на каждой странице) и руководителем (научным или организации) (фамилия, имя, отчество, подпись).
- К печатному варианту рукописи прикладывается подписанный авторами лицензионный договор с редакцией в 2-х экз. (см. на сайте на странице журнала).
- В печатном варианте авторы обязательно указывают почтовый адрес с индексом, контактный телефон, факс, электронный адрес.
- В конце электронной версии статьи указываются фамилия и ***полностью*** имя и отчество авторов, контактная информация, которая будет указана при публикации в журнале.
- Представляемые к публикации научные статьи, интервью, мастер-классы, круглые столы должны быть объёмом примерно 12000–18000 печатных знаков с пробелами; случаи из практики, советы специалиста, тезисы, аннотации – 3000–9000 знаков; обзоры, обобщающие статьи – 18000–30000 знаков.
- Между соседними словами – строго один пробел.
- Материалы должны быть представлены в виде одного файла (Microsoft Word).
- Теоретические научные статьи должны содержать в себе результаты исследований, выполненных с помощью таких методов познания, как абстрагирование, синтез, анализ, индукция, дедукция, формализация, идеализация, моделирование. Главенствующее значение имеют логические законы и правила.
- Статьи эмпирического характера хотя и используют ряд теоретических методов, но больше опираются на методы измерения, наблюдения, эксперимента и т. п. В заголовках этих статей часто употребляются слова «методика», «оценка», «определение» и т. п.
- Интервью (профессионально ориентированная беседа) содержит вопросы и ответы, напрямую соотносимые с темой научного труда.
- В титульной части рукописи указываются: название (заглавными буквами), фамилия и инициалы автора (авторов) с указанием (при наличии) почётного звания, учёной степени, учёного звания, занимаемой должности, полное наименование учреждения (по Уставу), откуда вышла статья, с указанием инициалов, фамилии и званий руководителя, резюме до 200 слов, ключевые слова,

количество литературных источников. Резюме должно содержать данные о характере работы, методике её проведения и основных результатах. Авторы могут сопроводить титульную часть качественным переводом на английский язык.

- Научные статьи теоретического и эмпирического характера должны содержать введение, цели, задачи, объект (материалы) и методы, результаты и их обсуждение, выводы и рекомендации, список литературы.
- В интервью указывается его цель и задачи, основная часть, заключение.
- В научных обзорах, исторических и обобщающих сообщениях отражается состояние определённой проблемы. Состояние проблемы освещается в основном на основании литературных источников за последние 5–10 лет.
- В тексте можно использовать стандартные термины и сокращения (аббревиатуры). Вводимые сокращения могут применяться только после упоминания полного термина.
- Устаревшие термины не должны употребляться (напр., голосовые связки, ложные складки, подсвязочное давление и т. п.).
- В соответствующих словах должна использоваться гласная «ё».
- Века пишутся римскими цифрами.
- При упоминании в тексте имён инициалы без пробела ставятся впереди фамилии, идущая далее фамилия отделяется пробелом от инициалов (И. И. Петров). В случае ссылки на автора в круглых скобках сначала пишется фамилия, затем через пробел инициалы, после запятой и пробела год публикации (Петров И. И., 2005).
- Кавычки выполняются только в виде двойных скобок-уголков: «…».
- В тексте статьи приводятся лишь ссылки на источники арабскими цифрами в квадратных скобках [1] в соответствии с порядковым номером в пристатейном библиографическом списке.
- Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщённые и статистически обработанные материалы. Каждая таблица снабжается заголовком; все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок, каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более 3 таблиц (фото таблиц не принимаются).
- В конце статьи в алфавитном порядке помещаются библиографические списки в соответствии с действующим ГОСТом Р 7.0.5–2008. Вначале перечисляются русские, а затем – иностранные авторы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции. Автор может указать не более 3-х своих предыдущих работ. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. За точность приведённых литературных источников и правильность их оформления ответственность несёт автор.
- В обзорах должны быть даны ссылки не менее, чем на 15–20 источников.
- Материалы не должны быть ранее опубликованы или направлены на публикацию в другие издания.
- Работу следует тщательно отредактировать как научно, так и стилистически.

- Реферативные сообщения не принимаются.
- В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).
- Вопрос о публикации статьи, носящей рекламный характер, решается после согласования с соответствующей фирмой.
- Все материалы, поступающие для публикации, подвергаются рецензированию. Рецензенты работают со статьёй как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности. Замечания рецензентов направляются автору без указания имён рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора. В отдельных случаях редколлегия может направить статью на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое.
- Стоимость опубликования материалов, получивших положительную рецензию и принятых редколлегией, составляет 100 руб. за каждые 700 знаков с пробелами. ***Оплата производится после уведомления автора о принятии его рукописи к публикации.***
- Опубликование рукописей аспирантов бесплатное.
- Кандидатам в члены Российской общественной академии голоса предоставляется скидка 25%, членам Академии – 50%.
- Стоимость срочной публикации составляет 200 руб. за каждые 700 знаков с пробелами для всех.
- Авторы, являющиеся членами Российской общественной академии голоса, пользуются внеочередным правом опубликования своих рукописей.

ТРЕБОВАНИЯ ЖУРНАЛА ПО ОФОРМЛЕНИЮ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ГОСТОМ Р 7.0.5–2008

Диссертация:

Агапова Т. Н. Состояние голосового аппарата у больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение): дисс. … канд. мед. наук. М. 1997. 130 с.

Статья из сборника:

Багирова Л. Г. О некоторых вопросах вокальной педагогики. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 3. М.: МГУКИ, 2006. С. 48–57.

Книги:

До 3-х авторов:

Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты. М.: Энергоиздат, 2002. 480 с.

От 4-х авторов и более:

Нестационарная аэродинамика баллистического полета / Ю. М. Липницкий [и др.]. М., 2003. 176 с.

Статья из журнала:

До 3-х авторов:

Фельдман-Загорянская В. А. О тонзилэктомии у певцов. // Вестник оториноларингологии. 1948. №5. С. 64.

От 4-х авторов и более:

Новые возможности повышения качества здоровья часто болеющих детей / Ильенко Л. И. [и др.] // РМЖ. 2008. Т. 16. №18. С. 1166–1169.

НАШИ КОНТАКТЫ:

телефон Академии:
(495) 726-97-60

WEB:
www.voiceacademy.ru

E - mail:
foncentr@mail.ru

адрес для почтовых отправлений:
123242, г. Москва, ул. Большая Грузинская, д. 20

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение 4

БИОЛОГИЯ

К 50-летию со дня организации и научно-исследовательской работы Лаборатории певческого голоса Ленинградской консерватории 5
Морозов В. П.

МЕДИЦИНА

Роль комплексного обследования в диагностике ларинго-фарингеального рефлюкса у профессионалов голоса 16
Осипенко Е. В., Державина Н. А., Кастыро И. В.

Состояние проблемы профилактики дисфоний у вокалистов (научный обзор). . . 26
Рудин Л. Б.

Вазомоторная ларингопатия (псевдогематома голосовой складки) 42
Рудин Л. Б.

ПЕДАГОГИКА

Некоторые проблемы формирования музыкальной культуры бакалавров-вокалистов как актуальная проблема педагогики искусства 48
Кудрявцева В. В.

ПЕДАГОГИКА

Особенности психологических защит и копинг-стратегий у лиц с затрудненным вербальным общением 54
Поварова И. А.

Особенности психологических защит и копинг-стратегий у лиц с затрудненным вербальным общением 64
Поварова И. А., Слотина Т. В.

ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ

Изучение детского голоса – фундаментальная основа расцвета детского хорового искусства в РСФСР 79
Щапова Е. В.

ЛЕКЦИИ ВЕДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Пути преобразования теоретических знаний в практические умения 87
Бруссер А. М.

ДИСКУССИЯ

Классификация заболеваний и состояний голосового аппарата 97
Информационное письмо. 103
Правила предоставления рукописей для опубликования в журнале «Голос и речь» 107
Требования журнала по оформлению библиографических ссылок в соответствии с действующим ГОСТОМ Р 7.0.5–2008 110
Наши контакты 111