**Опыт работы педагога – психолога ДОУ с педагогическим коллективом в рамках коррекционной программы «Музыкотерапии, как средство коррекции психоэмоциональных состояний педагогов с голосоречевыми нарушениями»**

Я хочу поделиться опытом работы с педагогическим коллективом по устранению негативных психоэмоциональных состояний. Мною было замечено, что педагоги с голосоречевыми нарушениями отличаются своим психоэмоциональным состоянием. Меняется настроение, наблюдается ранимость и депрессия. Подобная тенденция объясняется стрессовыми ситуациями в экономической и социальной жизни, ускорением жизненного ритма, увеличением голосовой нагрузки. Я считаю, что если вовремя не оказать соответствующую помощь, психика будет подорвана. Самостоятельно с такими расстройствами педагогу справиться сложно, поэтому поддержка психологической службы в образовательных учреждениях очень важна. Я решила разработать цикл занятий для оказания помощи таким педагогам. Для правильного подбора методик такой помощи нужно было выявить уровень психоэмоционального состояния педагогов. Для этого я подобрала диагностику, основанную на следующих методиках: личностная шкала проявлений тревоги, оценка предрасположенности к нервному срыву, оценка нервно-психической устойчивости педагога по Е. И. Рогову, шкала оценки психологического климата в педагогическом коллективе по Л. А. Громовой (Приложение 1).

Над психоэмоциональным состоянием педагогов, имеющих голосоречевые нарушения, требуется длительная работа. Изучив определенную литературу, я удостоверилась, что негативные проявления могут быть успешно преодолены посредством ряда специальных приемов и методов. Мною выбран метод, построенный на основе музыкальной терапии. У педагогов, особенно, педагогов – дошкольников, наблюдается эмоциональная отзывчивость на музыку и особая потребность в ней. Музыкотерапия – это обширное поле различных методов и технологий, использующих музыку, пение, отдельные звуки и звукосочетания с терапевтической целью.

Учитывая результаты диагностик, я составила занятия музыкотерапии с элементами тренинга К.С. Станиславского на сплочение коллектива, дыхательных упражнений, ритмических и вокальных упражнений по Д. Е. Огороднову. Моя работа по музыкотерапии осуществляется в два этапа.

 На первом – подготовительном – проводится профилактическая деятельность в виде лекций и беседыо строении голосоречевого аппарата, его нарушениях и гигиене голоса (Приложение 2). Участникам предлагается мастер-класс по проведению психофизической гимнастики Красносельского Г. И. Основными формами психофизической гимнастики этого автора являются утренняя гигиеническая гимнастика, специализированная гимнастика для укрепления мышц дыхательной мускулатуры, дыхательная гимнастика. Мною были продемонстрированы некоторые упражнения комплекса утренней гигиенической гимнастики, построенной на принципах китайской системы (Приложение 3).

Методики по коррекции психоэмоционального состояния и коррекции голосоречевых нарушений составляют содержимое основного этапа, который достигает следующие цели: развитие навыков рабочего самочувствия (организованность, коллективность, законченность действий); развитие навыков ритмического восприятия; развитие навыков глубокого брюшного дыхания; развитие актерских способностей; усовершенствование голосоречевых возможностей; умение расслабляться, проводить релаксацию своего организма. Все упражнение проводятся в музыкальном сопровождении. Выбор этих методик определен их результативностью и эффективностью.

Тренинг К.С.Станиславского помогает получить навыки вести себя более раскованно и открыто в своем коллективе. Этот же тренинг предполагает воспроизведение ритмических рисунков, нормализация которых способствуют гармонизации душевной жизни человека. Поэтому мною включены в занятия ритмические упражнения.

Исходя из сведений о необходимости правильного дыхания для стабилизации психоэмоциональных состояний, мною подобраны специальные дыхательные упражнения. Техника вокальных упражнений, предложенная Д. Е. Огородновым, способствует усвоению четкой атаки, полезно при вялом тонусе голосовых мышц, при сиплом призвуке. Педагоги должны быть проинформированы об условиях проведения этих упражнений: занятия должны проходить в спокойной обстановке. Перед выполнением упражнений надо проветрить комнату, затем сесть на стул, расправить плечи, ни на что не отвлекаться. Хорошо для этого подходит сенсорная комната. После проведения комплекса дыхательных и голосовых упражнений педагогам предлагается расслабиться, вспомнить приятный случай из жизни, погрузиться в мелодию композитора. Перед началом сеанса музыкотерапии от педагогов требуется соблюдение тишины. Включается выбранная музыкальная композиция. По завершении сеанса ведется беседа о прослушанной мелодии, педагоги делятся впечатлениями и воспоминаниями, которые вызвала композиция. В заключение занятия педагогам предлагается релаксация.

Для налаживания контактов в коллективе выбрана групповая форма проведения занятий. Группа может состоять от 5 до 8 человек. Для восстановления психологического самочувствия достаточно цикла из 10 занятий музыкотерапии. Для регуляции психоэмоционального состояния мною подобран пакет музыкальных композиций (Приложение 4).

Моя работа строится таким образом: занятия проводятся один раз в неделю продолжительностью 20 минут. Начинаются во втором полугодии учебного года с марта. 7 занятие проходит за пределами дошкольного учреждения – на колокольне Крестовоздвиженского храма г.Хвалынска. Как известно, целебный звук колокола прекрасно снимает депрессию и напряжение. На пасхальной неделе по традиции Русской Православной Церкви всем жителям страны разрешается посетить колокольню и самим позвонить в колокола. Я решила воспользоваться этой возможностью в рамках своей коррекционной программы музыкотерапии. В этот период мною осуществляется выезд педагогов на колокольню, где каждый может попробовать себя в качестве звонаря. Полученные эмоции все участники охарактеризовывали как превосходные и замечательные. На лицах сияли улыбки, настроение заметно улучшалось. По словам педагогов, на душе становилось светло. Все отмечали сильный эффект от посещения колокольни, были благодарны. Я считаю необходимой частью проведения занятий посещение храмовой колокольни. Поэтому рекомендую начинать занятия во второй половине учебного года (в весенний период наступает Пасха).

Контрольная диагностика психоэмоционального состояния педагогов после цикла проведенных занятий музыкотерапии показывает эффект выбранного направления. Например, в 2014 – 2015 учебном году средняя вероятность предрасположенности к нервному срыву сменилась на низкую, уровень проявления тревоги остался средним, но с тенденцией к низкому, оценка нервно-психической устойчивости в среднем составила 20 баллов, что говорит о среднем его уровне. Если рассматривать состояние голосового аппарата, следует заметить, что у троих педагогов исчезла хрипота, педагоги перестали чувствовать комок в горле, утомляемость не наблюдалась. Было замечено, что многие педагоги открыто делились впечатлениями от прослушанных музыкальных композиций. Говорилось о приобретении навыка видения в музыке своих переживаний. Участники стали легче идти на контакт, что сделало обстановку в коллективе более раскрепощенной. У некоторых педагогов, как они объяснили позже, появилось чувство радости от каждого прожитого дня, появился позитивный настрой на любое дело, пропало чувство уныния от неудач, возросла самооценка и вера в себя. Педагоги, имеющие голосоречевые нарушения, обозначали важность проведенной работы. Они охотно участвовали в выполнении заданий. В ходе занятий постепенно узнавали друг друга ближе, помогая выполнять упражнения.

Работая с педагогами, я убедилась, что музыкотерапия – это эффективное средство преодоления негативного психоэмоционального состояния, вызванного расстройством голосовой функции. Однако, в совокупности с музыкотерапией, широко применяю и другие методы.

 Разработанный план работы с группой педагогов, имеющих негативное психоэмоциональное состояние из-за голосоречевых нарушений, рекомендую психологам дошкольных учреждений.

Приложение 1.

**Диагностика психоэмоционального состояния педагогов**.

**Личностная шкала проявлений тревоги.**

 Опросник предназначен для измерения уровня тревожности. Опросник состоит из 50 утверждений. Для удобства пользования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции, обследуемый откладывает вправо и влево карточки, в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Тестирование продолжается 15-30 минут.

1.Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.

2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.

3. У меня редко бывают запоры.

4. У меня редко бывают головные боли.

5. Я редко устаю.

6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.

7. Я уверен в себе.

8. Практически, я никогда не краснею.

9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.

10. Я краснею не чаще, чем другие.

11. У меня редко бывает сердцебиение.

12. Обычно мои руки достаточно теплые.

13. Я застенчив не более, чем другие.

14. Мне не хватает уверенности в себе.

15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.

16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.

17. Мой желудок сильно беспокоит меня.

18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.

19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.

20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.

21. Мне нередко снятся кошмарные сны.

22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.

23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.

24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.

25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.

26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.

27. Я работаю с большим напряжением.

28. Я легко прихожу в замешательство.

29. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.

30. Я склонен принимать все слишком всерьез.

31. Я часто плачу.

32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.

33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.

34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.

35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.

36. Моё материальное положение весьма беспокоит меня.

37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.

38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.

39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.

40. Даже в холодные дни я легко потею.

41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.

42. Я – человек легко возбудимый.

43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.

44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны и я вот-вот выйду из себя.

45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.

46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.

47. Я почти все время испытываю чувство голода.

48. Порой мне кажется, что мне не верят, что я болен.

49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.

50. Ожидание всегда нервирует меня.

Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельсвующих о тревожности.

 Каждый ответ «да» на высказывания 14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50 и ответ «нет» на высказывания 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 оценивается в один бал.

 Суммарная оценка: 40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 25-40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5-15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0-5 баллов – о низком уровне тревоги.

**Оценка нервно-психической предрасположенности педагога**

Методика предназначена для первоначального ориентировочного выявления лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Она позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека. Необходимо в течение 30 минут ответить на 84 вопроса «да» или «нет». Анализ ответов позволит уточнить отдельные биографические сведения, особенности поведения и состояния психической деятельности в различных ситуациях.

**Инструкция испытуемым.**

Предлагается тест из 84 вопросов, на каждый из которых необходимо ответить «да» или «нет». Предлагаемые вопросы касаются самочувствия, поведения или характера. «Правильных» или «неправильных» ответов здесь нет, поэтому долго их обдумывать не нужно. Если ответ затруднителен, его нужно просто пропустить. На выполнение задания отводится 30 минут.

1. Иногда мне в голову приходят такие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
2. Запоры у меня бывают редко (или не бывают совсем)
3. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
4. Бывают случаи, что я не сдерживаю своих обещаний.
5. У меня часто болит голова.
6. Иногда я говорю неправду.
7. Я замечаю, что мой голос изменился.
8. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
9. Бывает, что я сержусь.
10. Я боюсь повысить голос.
11. Бывает, что я откладываю на завтра то, что можно сделать сегодня.
12. Я охотно принимаю участие в собраниях или других общественных мероприятиях.
13. Самая трудная борьба для меня - борьба с самим собой.
14. Для меня не имеет значение мнение других о красоте моего голоса.
15. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.
16. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
17. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
18. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
19. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как и у большинства моих знакомых.
20. У меня часто исчезает голос.
21. В детстве у меня была такая компания, где все старались всегда и во всем стоять друг за друга.
22. В игре я предпочитаю выигрывать.
23. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.
24. Сейчас мой вес постоянен (я не полнею и не худею).
25. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных друзей - это как бы придает мне вес в собственных глазах.
26. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности.
27. С моим рассудком творится что-то неладное.
28. Меня беспокоят сексуальные (половые) вопросы.
29. Когда я пытаюсь что-то сказать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
30. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
32. Я не люблю, когда мне указывают на мои недостатки.
33. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
34. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
35. Часто я вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
36. Бывает, что при обсуждении некоторых вопросов я особенно не задумываюсь, соглашаюсь с мнением других.
37. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
38. Моя внешность меня в общем устраивает.
39. Я вполне уверен в себе.
40. Раз в неделю или чаще я бываю взволнованным или возбужденным.
41. Кто-то управляет моими мыслями.
42. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
43. Бывает, что неприличная или непристойная шутка вызывает у меня смех.
44. Счастливее всего я бываю, когда я один.
45. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
46. Я люблю слушать похвалу в свой адрес.
47. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
48. Меня злит, когда меня торопят.
49. Меня легко привести в замешательство.
50. Я легко теряю терпение с людьми.
51. Часто мне хочется умереть.
52. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что не справлюсь с ним.
53. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
54. К вопросам религии я отношусь равнодушно, она не занимает меня.
55. Приступы плохого настроения, по поводу нарушения голоса, бывают у меня редко.
56. Я заслуживаю сурового наказания за свои поступки.
57. У меня были очень необычные мистические переживания.
58. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
59. У меня бывают периоды, когда из-за волнения я теряю сон.
60. Я человек нервный и легковозбудимый.
61. Мне кажется, что обоняние у меня такое же, как и у других (не хуже).
62. Я переживаю, когда у меня появляется охриплость
63. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.
64. Большую часть времени я чувствую себя устало.
65. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
66. Меня очень раздражает, что я забываю куда кладу вещи.
67. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
68. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
69. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы; переход к новым условиям жизни, работы, учебы кажется невыносимо трудным.
70. Мне кажется, что по отношению именно ко мне очень часто поступают несправедливо.
71. Я часто чувствую себя несправедливо обиженным.
72. Мое мнение часто не совпадает с мнением окружающих.
73. Я часто испытываю чувство усталости от жизни, и мне не хочется жить.
74. На меня обращают внимание чаще, чем на других.
75. У меня бывают головные боли и головокружения из-за переживаний.
76. Часто у меня бывают периоды, когда мне никого не хочется видеть.
77. Мне трудно проснуться в назначенный час.
78. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставлю его безнаказанным.
79. В детстве я был капризным и раздражительным.
80. Мне известны случаи, когда мои родственники лечились у невропатологов и психиатров.
81. Иногда я принимаю валериану, кодеин, элениум и другие успокаивающие средства.
82. Среди моих близких родственников есть лица, привлекавшиеся к уголовной ответственности.
83. У меня были приводы в милицию.
84. В школе я учился плохо, бывали случаи, когда меня хотели оставить (оставляли) на второй год.

 **Оценка предрасположенности к нервному срыву**

**Инструкция.** Ответить на вопросы теста, выбрав ответ, соответствующий поведению испытуемого.

1. Трудно ли вам обратиться с просьбой о помощи к кому–либо?

Да, всегда (3), очень часто (4), иногда (0), очень редко (0), никогда (0)

1. Думаете ли вы о своих проблемах даже в свободное время?

Очень часто (5), часто (4), иногда (2), очень редко (0), никогда (0)

1. Видя, что у человека что-то не получается, испытываете ли вы желание сделать это вместо него?

Да, всегда (5), очень часто (4), иногда (2), очень редко (0), никогда (0)

1. Подолгу ли вы переживаете из-за неприятностей?

Да, всегда (5), часто (4), иногда (2), очень редко (0), никогда (0)

1. Сколько времени вы уделяете себе вечером?

Больше трёх часов (0), два-три часа (0), один - два часа (0), меньше часа (2), ни минуты (4)

1. Перебиваете ли вы, не дослушав объясняющего вам что-либо с излишними подробностями?

Да, всегда (4), часто(3), в зависимости от обстоятельств (2), редко (1), нет (0)

1. О вас говорят, что вы вечно спешите…

Да, это так (5), часто спешу (4), спешу, как и все, иногда (1), спешу только в исключительных случаях (0), никогда не спешу (0)

1. Трудно ли вам отказаться от вкусной еды?

Да, всегда (3), часто(2), иногда (0), редко (0), никогда (0)

1. Приходится ли вам делать несколько дел одновременно?

Да, всегда (5), часто (4), иногда (3),редко (1)

10. Случается ли, что во время разговора ваши мысли витают где-то очень далеко?

Очень часто (5), часто (4), случается (3), очень редко (0), никогда (0)

11.Не кажется ли вам порой, что люди говорят о скучных и пустых вещах?

Очень часто (5), часто (4), иногда (1), редко (0), никогда (0)

12. Нервничаете ли вы, стоя в очереди?

Очень часто (4), часто (3), иногда (2), очень редко (1), никогда (0)

13. Любите ли вы давать советы?

Да, всегда (4), очень часто (3), иногда (1), очень редко (0), никогда (0)

14. Долго ли вы колеблетесь, прежде чем принять решение?

Всегда (3), очень часто (2), часто (1), очень редко (3), никогда (0)

15. Как вы говорите?

Торопливо, скороговоркой (3), быстро (2), спокойно (0), медленно (0), важно (0)

**Обработка.** Сложить баллы, указанные после выбранных ответов.

От 45 до 63 очков – нервный срыв – реальная угроза. Рекомендуется изменить образ жизни.

От 22 до 44 очков – рекомендуется относиться к жизни спокойнее и уметь внутренне расслабляться, снимая напряжение.

До 19 очков – этим людям удается сохранять спокойствие и уравновешенность. Рекомендуется и впредь избегать волнений, не обращать внимания на пустяки и не воспринимать драматические любые неудачи.

0 очков – единственная опасность для этих людей – это чрезмерное спокойствие и, конечно же, скука.

**Шкала оценки психологического климата в педагогическом коллективе. Инструкция.** Оценит, как проявляются перечисленные свойства психологического климата в данном коллективе. Для этого прочитать сначала предложения слева, затем – справа и после этого знаком «+» отметить в средней части листа ту оценку, которая соответствует истине.

**Оценки:**

3- свойство проявляется в коллективе всегда

2- свойство проявляется в большинстве случаев

1- свойство проявляется нередко

0- проявляется в одинаковой степени и то, и другое свойство

 3 2 1 0 – 1 – 2 – 3

1.Преобладает бодрый, 1.Прелбладает подавленное

жизнерадостный тон настроение.

Настроения.

2.Доброжелательность в 2.Конфликтность в

отношениях, взаимные симпатии отношениях и антипатии

3.В отношениях между 3.Группировки конфликтуют

группировками внутри между собой.

коллектива существует

взаимное расположение,

понимание.

4.Членам коллектива 4.Проявляют безразличие к

нравится вместе проводить более тесному общению,

время, участвовать в выражают отрицательное

совместной деятельности. отношение к совместной

 деятельности.

5.Успехи или неудачи товарищей 5.Успехи или неудачи

вызывают сопереживание товарищей оставляют

искреннее участие всех членов равнодушными или

коллектива. вызывают зависть,

 злорадство.

6.С уважением относятся к мнению 6.Каждый считает свое

друг друга. мнение главным, нетерпим

 к мнению товарищей.

7.Достижения и неудачи коллектива 7.Достижения и неудачи

переживаются как свои коллектива не находят

собственные. отклика у членов

 коллектива.

8.В трудные минуты 8.В трудные минуты

для коллектива происходит коллектив «раскисает»,

эмоциональное единение возникают ссоры, растерен

«Один за всех и все за одного» ность, взаимные

 обвинения.

9.Чувство гордости за коллектив 9.К похвалам и поощрениям

если его отмечают руководители. коллектива относятся

 равнодушно.

10.Коллектив активен, полон 10.Коллектив инертен и

энергии. пассивен.

11.Участливо и доброжелательно 11.Новички чувствуют себя

относятся к новым членам чужими.

коллектива, помогают им освоиться

в коллективе.

12.Совместные дела увлекают всех, 12.Коллектив невозможно

велико желание работать коллективно. поднять на совместное

 дело, каждый думает о

 своих интересах.

13.В коллективе существует 13.Коллектив заметно

справедливое отношение разделяется на

ко всем членам, «привилегированных»;

поддерживают слабых, пренебрежительное

выступают в их защиту. отношение к слабым.

 **Обработка полученных данных.** Осуществляется в несколько этапов. Первый этап: необходимо сложить все абсолютные величины сначала (+), потом (-) оценок, данных каждым участником опроса. Затем или большей величины вычесть меньшую. Получается цифра с положительным или отрицательным знаком. Так обрабатывают ответы каждого члена коллектива.

 Второй этап: все цифры, полученные после обработки ответов каждого педагога, необходимо сложить и разделить на количество отвечающих. Затем полученную цифру сравнивают с «ключом» методики: +22 и более – это высокая степень благоприятности социально-психологического климата; от 8 до 22 – средняя степень благоприятности социально-психологического климата; от 0 до 8 – низкая степень благоприятности; от 0 до (-8) – начальная неблагоприятность социально - психологического климата; от (-8) до (-10) – средняя неблагоприятность; от (-10) и ниже в отрицательную сторону – сильная неблагоприятность.

 Такой подсчет можно сделать по каждому свойству:

А) записать, а затем сложить оценки, данные отдельному свойству каждым участником опроса;

Б) полученную цифру разделить на число участников. Когда будут подсчитаны индексы по каждому свойству, выстраивают ранжированный ряд из этих цифр по степени убывания их величины. Таким образом, мы выявляем свойства, способствующие как сплочению коллектива (положительные), так и его разобщению (свойства с отрицательным знаком).

 Описанная методика диагностирует уровень сформированности группы как коллектива и позволяет (при многократном исследовании) проследить динамику его развития.

Приложение 2.

**Лекция на тему:**

**«Анатомо-физиологические особенности голосового аппарата»**

 К системе органов, служащей для образования звуков голоса и речи, относят: органы дыхания, гортань с голосовыми складками, артикуляционный аппарат и резонаторы. Органы дыхания, создающие воздушное давление под голосовыми складками, являются источником звуковой энергии, а гортань, с заключенными в ней голосовыми связками,– источником звуковых колебаний.

 Для того чтобы понять, как образуется звук, необходимо более подробно изучить строение гортани. Это сложная система хрящей, соединенных между собой связками и суставами. Гортань является частью дыхательного канала, который внизу начинается от легких и бронхов, а, вверху открывается в полость рта и носоглотки. Она расположена на уровне четвертого – шестого шейных позвонков и связана с подъязычной костью. Снаружи ее положение заметно по выступу, называемому «кадыком» (адамовым яблоком), более развитому у мужчин и образованному соединением обеих пластинок щитовидного хряща. Гортань имеет значительные возрастные и половые особенности. Рост и функция гортани связаны с развитием половых желез. У детей гортань расположена выше, чем у взрослых (нормальное положение устанавливается к 13-14 годам жизни), а у стариков ниже. У женщин несколько ниже, чем у мужчин.

 Среди педагогов с большой голосовой нагрузкой очень часты случаи ларингитов, связанных с воспалительными заболеваниями гортани и голосовых связок. Более подробно рассмотрим составляющие голосового аппарата.

 Скелет гортани образован несколькими подвижно соединенными между собой хрящами. Самый крупный из хрящей - щитовидный. Сверху гортань покрыта надгортанником, состоящим из эластического хряща. В основании гортани лежит перстневидный хрящ. Хрящи соединяются между собой посредством связок и суставов. Полость гортани, выстлана слизистой оболочкой, образованной реснитчатым эпителием, а голосовые связки покрыты многослойным плоским неороговевающим эпителием.

 Полость гортани подразделяется на три отдела: верхний - преддверие гортани, средний суженный - собственно голосовой аппарат, нижний – подголосовая полость.

 По данным характеристикам В.Б. Панковой следует заметить, что наиболее сложно устроен средний отдел, где на боковых стенках имеются две пары складок, между которыми образуются углубления - желудочки гортани . Верхние складки называются преддверными, а нижние - голосовыми. В толще последних и лежат голосовые связки, образованные эластическими волокнами и мышцами. Голосовые связки могут смыкаться и размыкаться, натягиваться. Образование звука происходит при сомкнутых голосовых связках. Их строение дает им возможность колебаться как целиком, так и отдельными участками, от чего зависит характер звучания голоса. Просвет между правой и левой голосовыми складками называется голосовой щелью. В результате изменения расположения хрящей под действием мышц гортани могут меняться ширина голосовой щели и натяжение голосовых связок. От чего и зависит тембр и сила голоса. При молчании голосовая щель широко раскрыта, при разговоре или пении – сужается. Размеры голосовых связок определяют тип голоса. У людей с низкими голосами складки более длинные и толстые, а с высокими - короткие и тонкие. К голосовому аппарату, помимо органов дыхания и места возникновения звуков - гортани, относится артикуляционный аппарат и резонаторы. Четкость произношения требует, прежде всего, здорового, нормально построенного артикуляционного аппарата и правильного его функционирования. Остановимся на описании. Резонаторы - это полости, резонирующие на возникающей в голосовой щели звук и придающие ему силу и окрасу (тембр). Различают грудной и головной резонаторы. Головное резонирование ощущается как вибрация в голове (зубы, темя). Грудное резонирование ощущается как вибрация в груди (трахея, бронхи). Резонанс- это результат вибрации воздуха в голосовых полостях, то есть в синусах, носоглотке, гортани и грудной клетке. Явление резонанса наступает тогда, когда появляются импульсы с частотой, равной собственной частоте рскачиваемой системы. Все полости ротоглоточного рупора имеют различные собственные частоты. Например, надсвязочное пространство- 3000 Гц, глотка- 500 Гц, рот- 1200 Гц. Резонатор может служить не только усилителем звуковых колебаний, но и барьером для их распространения. Для импеданса характерны слабое ощущение опоры, быстрый отвод с нижнего до верхнего регистров субъективной направленности звука к темени. Опору звука определяет взаимодействие дыхания и голосовых связок. Опора - это результат согласованной работы всех частей голосового аппарата. Начальный момент взаимодействия дыхания и голосовых связок называется атакой звука. Атака - это момент возникновения звука. Организуя работу голосовых связок в начальный момент голосообразования, атака определяет последовательное звучание. Произвольная смена способа взятия звука влияет на характер работы голосовых связок, поэтому атака звука является важнейшим средством сознательного воздействия на работу голосовых связок, не подчиненных воле. Атака бывает твёрдая и мягкая. При твердой атаке голосовые связки плотно смыкаются до начала выдоха, звук голоса жёсткий, напряженный. При мягкой атаке момент смыкания голосовых связок почти совпадает с началом выдоха.

 По данным исследователей артикуляционный аппарат состоит из подвижных и неподвижных частей. К подвижным органам артикуляционного аппарата относятся: голосовые складки, язык, губы, мягкое нёбо с маленьким язычком, глотка. К неподвижным органам артикуляционного аппарата относятся: зубы, твёрдое нёбо, верхняя челюсть. Произношение появляется в результате мускульных сокращений соответствующих частей речевого ап­парата. Эти сокращения координируются специальным, нервным центром, находящимся в коре левого полушария головного мозга. Произношение может быть нормальным, то есть четким и ясным, или в нем может быть ряд откло­нений от нормы, зависящих:

1. От дефектов структуры речевого аппарата

2. От случайно неправильного пользования той или иной частью речевого аппарата при совершенно нормальном его устройстве

3. Отдельных участков центральной нервной системы

 К дефектам структуры речевого аппарата относятся: неправильное смыкание челюстей при резко выдвинутой или, наоборот, вдвинутой нижней или верхней челюстях; редко или кри­во поставленные зубы. Эти недостатки порождают неправильное произношение свистящих, в то время как правильно расположенные челюсти и зубы благоприятствуют четкости речи, а отчасти служат так же резонатором для речи. Уздечка, чересчур коротко держащая язык, бывает причиной картавости. Указанные органические недостатки речи требуют медицинского вмешательства (челюстно-лицевая хирургия, отоларингология, неврология). Занятия по технике речи и постановке голоса обеспечивают исправление неорганических недостатков, неправильных привычек произношения, плохой дикции, говора.

 Многим людям свойственны вялость губ и языка, плохая работа нижней челюсти. Специальные упражнения позволяют устранить зажимы речевого аппарата, отработать движения языка, губ, нижней челюсти, необходимые для правильного образования гласных и согласных звуков русского языка. Особенно полезны они тем, у кого речевой аппарат от природы страдает вялостью и малопод­вижностью. Приступая к занятиям по технике речи и постановке голоса, необходимо верно представлять механизм голосообразования. При произношении воздушная струя (выдох) из легких по дыхательному горлу попадает в гортань и, коснувшись сомкнутых голосовых связок, заставляет их вибрировать, в результате чего возникает звук голоса. Далее звук попадает в полость рта. В зависимости от того, какое положение примут подвижные части речевого аппарата, образуется тот или иной звук - гласный или согласный.

 Выразительный голос возможен лишь при правильном положении глотки: небная занавеска поднята, корень языка и маленький язычок поднимаются (глотка принимает положение зевка); язык своим кор­нем закрывает утечку выдоха в носовую полость, воздух собирается в ротовой полости, что исключает гнусавость голоса; подвижная нижняя челюсть позволяет правильно открывать рот для хорошей четкой речи. Тембр и сила голоса зависят от давления воздуха под голосовыми связками, природной аку­стики, высоты купола твердого неба. Но если развить эластичность мягкого неба, то резо­нирующее пространство увеличится, и это улучшит качество звучания. Подобное положение глотки и артикуляционных органов называется "маской". При образовании звука такая мышечная свобода помогает получать звук, который, попадая в резонаторы, создает максималь­ный звуковой эффект. Он характеризуется высотой, силой, громкостью, тембром, диапазоном. Рассмотрим основные характеристики голоса. Высота звука определяется формой и размерами гортани, связок и резонаторных полостей. По звуковысотному признаку определяется диапазон, выявляются переходные ноты, которые имеют решающее значение для определения типа голоса. Диапазон – свободное, естественное звучание, которое удобно для голосовых связок, определяющее их возможности. Сила звука определяется выходящей наружу звуковой энергией и зависит от природных возможностей голосового аппарата, величины подсвязочного давления. Громкость зависит от размера колебательных движений голосовых связок, частоты звука, расстояния от источника звука до слухового аппарата, чувствительности последнего. Сила звука и громкость звучания- понятия не тождественные. При одной и той же силе звуки различной частоты воспринимаются как неодинаковые по громкости. Голоса различаются голосовой окраской, или тембром. Тембр голоса является основным признаком, определяющим качество его звучания. Любой звук состоит из основного тона и целого ряда звуков более высоких частот, которые называются обертонами. Среди них имеются резко выраженные обертоны с большой амплитудой – форманты. Именно обертоны и форманты создают характерное звучание каждого голоса и каждого звука.Таким образом, можно сделать вывод:

1. Голосовой аппарат человека имеет сложное строение. Он состоит из органов дыхания, гортани, голосовых связок, артикуляционного аппарата, резонаторов.
2. Голос имеет следующие характеристики: силу, высоту, громкость, диапазон, тембр.
3. Для оптимальной голосоподачи необходимы: здоровый артикуляционный аппарат; правильная структура речевого аппарата и умение пользоваться той или иной его частью.
4. При наличии в голосовом аппарате каких-либо изменений следует серьезно подходить к их устранению, учитывая органические и функциональные особенности.

**Лекция на тему: «Нарушения голосового аппарата»**

**Функциональные нарушения голоса**

 Интерес к функциональным нарушениям голоса возрос в 1960- 1970 г. г., когда появились более совершенные методы исследования голосовой функции и более эффективные приёмы восстановления голоса .

 З. И. Аникеева и М. И. Фомичев отмечают, что уменьшение звучности голоса и появление его охриплости принято рассматривать как признак заболевания гортани . Однако, у некоторых больных с охриплостью голоса не определяется изменений в гортани. Такие расстройства голоса следует рассматривать как функциональные. Заболевание голосового аппарата называется функциональным, если при самом тщательном обследовании больного не обнаруживаются органические заболевания. Фонация является условно рефлекторным проявлением высокой дифференцированной нервной деятельности. А. И. Лебедев, Ю. С. Василенко склонны рассматривать психический фактор главной причиной таких нарушений голоса . В этиологии функциональных расстройств голоса участвуют следующие факторы: невротическое состояние больного, которое возникает еще до появления симптомов афонии или дисфонии, пусковой момент (испуг, страх, внезапная болезнь), неправильная манера голосоведения и голосоподачи.

 Полноценный голос может быть сформирован лишь при координированной работе всех частей, составляющих голосовой аппарат. Патологическое состояние одного из них может отрицательно влиять на качество голоса. Недооценка последнего обстоятельства может затруднить понимание и объяснение причин нарушения голосовой функции у лиц, у которых ларингологически гортань представляется в полном порядке. Заболевание нервной системы отрицательно сказывается на функции голосового аппарата. Дисфония у этих больных сочетается с быстрой и не только голосовой, но и общей утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью в себе, тревогой, бессонницей. Хронические заболевания грудной и брюшной полостей также влияют на функции голосообразования из-за нарушения нормальной способности диафрагмы двигаться. Это наблюдается при исследовании учителей, имеющих хронические заболевания. Голосовой аппарат находится под влиянием функции желез внутренней секреции не только в период роста и развития организма, но и в течение всей жизни человека деятельность голосового аппарата зависит от гормонального фона. Особая роль при этом отводится функции половых желез. Голосовые расстройства могут возникать за несколько дней до менструации или же непосредственно во время нее. Голос становится матовым, низким. В течение двух – трех дней каждого месяца женщины голосоречевых профессий не пригодны к работе, связанной с использованием голоса. Охриплость, быстрая утомляемость голоса, доходящая до афонии, наблюдается у лиц, страдающих сахарным диабетом, особенно в некомпенсированной форме. Как показали клинические наблюдения, жалобы и объективные признаки при функциональных нарушениях голоса имеют характерные черты. Они сводились к появлению охриплости голоса, срывов голоса, сужению диапазона, уменьшению силы и полётности голоса, к появлению чувства усталости при разговоре или пении, чувства неловкости в горле, ощущению инородного тела в глотке, ускорению функционального выдоха, неточного интонирования, болей на уровне гортани.

 Объективная картина при функциональных нарушениях голоса разнообразна. При исследовании лиц голосоречевой профессии выделяют следующие клинические формы дисфонии и афонии (в зависимости от сложности голосового дефекта):

1.Гиперкинетическая дисфония или афония

2.Гипокинетическая дисфония или афония

3.Фонастения

Функциональные нарушения голоса отмечались в 15,7% случаев.

 З. И. Аникеева, И. В. Плешков отмечают, что гиперкинетическая дисфония возникает чаще всего при чрезмерном перенапряжении мышц брюшного пресса. Чешский учёный М. Зееман считает, что эта форма дисфонии развивается обычно в том случае, когда перенапряжению голоса сопутствуют другие внутренние или внешние причины. К первым относятся плохо поставленный голос, немузыкальность, конституционально неполноценные слизистые оболочки верхних дыхательных путей, ассиметрия гортани. Внешние причины гиперкинетической дисфонии - негигиенические условия фонации (пыль, дым, сырость) . Во время разговора или пения наблюдаются толчкообразные движения диафрагмы, резкое спадание грудной клетки в конце вокальной фразы, напряжение шейной и мимической мускулатуры, набухании вен, покраснение кожных покровов в области шеи и лица. Голос носит сдавленный характер, имеет глоточный тембр. Многие больные предпочитают говорить шепотом, так как это легко дается. Плач, смех у таких людей не нарушаются. При отсутствии своевременного лечения дисфония принимает хронический характер и переходит в стойкую тяжёлую хрипоту .

 Гипокинетическая дисфония вызвана снижением тонуса голосовых складок. Причинами, ведущими к возникновению гипокинетической дисфонии, являются: постоянное напряжение голосового аппарата, вследствие неправильного пользования им, пение или долгая беседа в больном состоянии, неправильное распевание после длительного молчания, перенесенные катары верхних дыхательных путей, трахеиты, ларингиты, грипп. Реже к данному заболеванию приводят общие заболевания организма (авитаминоз, гипотония, переутомление нервной системы, гормональная дисфункция). Жалобы больных сводятся к быстрой утомляемости голоса, охриплости, большой утечке воздуха при пении, разговоре, короткому певческому дыханию. У данных больных характер дыхания не организованный: отсутствует постоянство в соотношениях между вдохом и выдохом, имеется некоторое перенапряжение выдыхательных мышц, особенно в нижнем поясе. Резонаторы используются неравномерно.

 Функциональная афония (безгласие) зависит от функциональной недостаточности мышц, обычно центрального происхождения. В литературе это голосовое нарушение встречается под названием «истерическая афония» и «психогенная афония». Заболевание наблюдается как у лиц голосоречевых, так и других профессий, чаше у женщин. Больные жалуются на ощущение «скрежета», «налипания слизи», «кома» и на боли в гортани, стремятся подчеркнуть тяжесть своего заболевания, высказывают неверие в возможность своего выздоровления, появление голоса. Принято считать, что функциональная афония характеризуется отсутствием у больного звучного голоса, в то же время громкий кашель и смех сохранены.

 Функциональным расстройством голоса является и фонастения. Она характеризуется нарушением соотношения между дыханием, фонацией, артикуляцией, и функцией резонаторных полостей на фоне особой невропатической предрасположенности. Фонастения представляет собой двигательный невроз, впервые описанный в 1887 году И. С. Френкелем и названный им «могифония». Предрасполагающими факторами в развитии фонастении являются: различные соматические заболевания, изменение гормонального равновесия в организме, снижение защитных сил, психические нарушения, перенапряжение голосового аппарата.

 **Органические нарушения голоса**

 При продолжительном расстройстве голоса появляются органические изменения в гортани (опухоль, парез, стеноз, полипы, узелки голосовых складок, предузелковое состояние). Часто данные заболевания полностью исключают возможность профессиональной деятельности оратора, лектора или певца, изменяя тембр голоса, уменьшая силу, ограничивая певческий диапазон.

 Больные жалуются на охриплость, изменение тембра голоса, уменьшение его силы, полётности, выразительности голоса, неточность интонирования, срывы голоса. Степень нарушения зависит как от величины патологического образования голосовой складки, так и от локализации его. Исследователи выявили критерии временной нетрудоспособности у больных с органической патологией: появление на голосовой складке образования различной величины, формы и окраски; нарушение колебательного процесса голосовых складок, которое выражается в неравномерности и не синхронности их колебаний на отдельных участках диапазона голоса, недостаточно плотном смыкании голосовых складок; на виброграммах наличие пестроты в колебаниях резонаторов; снижение силы голоса, сужение диапазона голоса и динамики голоса, ускорение фонационного выдоха, крутой и короткий ход пневмографической кривой .

 Проблема нарушений голоса у учителей в последние годы приобретает всё большее социальное значение. Основные причины, вызывающие нарушения голоса у педагогов: биологические, профессиональные, бытовые, психологические. Нередко наблюдается сочетание двух и более факторов, вызвавших нарушения голоса.

 Одним из органических нарушений является стеноз гортани. Это сужение её просвета, которое препятствует проникновению воздуха в нижележащие дыхательные пути. Стеноз бывает острый и хронический. Причинами острого стеноза являются местные воспалительные заболевания (отёк, ларингит, ангина). У больного стенозом появляется страх, двигательное возбуждение, гиперемия лица, потливость, нарушается сердечная деятельность, секреторная функция желудка и мочевыделительная функция почек. Лечение проводится в зависимости от причины. При легкой форме возможно применение медикаментозного дестенозирования, в тяжелых случаях необходима трахеостомия. Хронический стеноз возникает при стойких морфологических изменениях. В результате длительной гипоксии развиваются бронхиты, эмфиземы, бронхопневмонии. Лечение трудное и долгое. Рекомендуется ларингостомия и дилатация .

 Органические заболевания голосовых складок у вокалистов поражают чаще всего края голосовых складок. Степень нарушения голоса зависит как от величины патологического образования голосовой складки, так и от локализации его.

 При новообразовании голосовой складки отмечается наличие плюс - ткани, чаще розовой окраски, расположенной на ножке либо на широком основании. При ангиофиброме наблюдается охриплость голоса, затруднение при пении, снижение силы голоса. Слизистая оболочка полости носа, зева, трахеи ярко гиперемированна. При ларингостробоскопии выявляется вялость колебаний голосовых складок, при фонации между голосовыми складками остается щель более 2 мм, выражена фонаторная дискинезия надгортанника, черпалонадгортанных складок и голосовых складок. Ангиофиброма – образование на голосовой складке величиной с просяное зерно розовой окраски, подвижное, при фонации смещающееся на рабочую поверхность и мешающее плотному смыканию голосовых складок.

 При кровоизлиянии в голосовую складку слизистая оболочка ярко гиперемированна, края отёчны, смыкание неплотное.

 При певческих узелках голосовых складок окраска слизистой не меняется, но появляется симметричное конусовидное утолщение в области передней и средней трети. Охриплость голоса – характерный симптом органических заболеваний гортани – наблюдается при наличии так называемых «псевдоузелков» голосовых складок. Певческие узелки наблюдаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Причину их возникновения усматривают в кровоизлиянии в голосовую складку, в надрыве или растяжении мышечных волокон на границе между голосовыми мышцами и эластическим краем голосовых складок, которое появляется при форсированном пении, громком крике.Воспаление слизистой оболочки гортани – ларингит является продолжением катарального воспаления слизистой оболочки носа, глотки. Заболевание характеризуется появлением охриплости, зуда, першения, саднения и сухости в горле. Температура чаще нормальная, реже повышается до субфебрильной. Одновременно с этими субъективными ощущениями возникает в начале болезни сухой кашель, а затеи с мокротой. Нарушения голосообразовательной функции выражаются в виде различной степени дисфонии, вплоть до афонии. В ряде случаев возникает затруднение дыхания, обусловленное скоплением слизисто – гнойных корок и припухлостью слизистой оболочки. Лечение ларингита предусматривает щажение гортани. Необходимо соблюдать голосовой режим до стихания острых воспалительных явлений, следует прекратить прием острой холодной пищи. При парезе голосовых складок наблюдается значительное снижение силы и амплитуды произвольных артикуляционных движений. Чрезмерное напряжение мышц артикуляционного, дыхательного, голосового аппарата сочетается с вялостью движений этих органов. Подобная дискоординация в работе голосообразующих мышц приводит к асинхронности всего процесса голосообразования, что проявляется в своеобразном нарушении высоты, силы и тембра голоса. Наиболее характерным являются слабость артикуляционных и дыхательных мышц, особенно диафрагмы, гипокинезия гортанных мышц; паретичность язычной, губной мускулатуры, мягкого нёба. Голос слабый, тихий, иссякающий по силе. По тембру голос глухой, назализованный, монотонный, немодулированный, тусклый.

**Лекция на тему:**

**«Гигиена голоса и методы профилактики»**

 По данным Всероссийского научно - методического центра по фониатрии, распространенность заболеваний голосового аппарата преподавателей различных регионов России по данным обращаемости в фониатрические кабинеты составляет в среднем 65 %. Учитывая физиологию голосового аппарата, нарушения его функций и строения, лицам голосоречевой профессии необходимо знать правила гигиены голоса. Е. Белоброва и М. Волгин описали гигиену голоса, как область науки, которая, помимо медицинских функций голосового аппарата, занимается:

1. Изучением причин, вызывающих нарушения в голосовом аппарате особенно при его профессиональном использовании

2. Выявлением возможности предотвратить голосовые расстройства и заболевания

3. Изучением физических данных человеческого организма

4. Составлением и формулированием законов, правил, норм профессионального поведения и режима, соблюдение которых обеспечивает человеку здоровый аппарат.

 Нерациональное использование голосового аппарата влечет за собой понижение качества голоса . Забота лиц голосоречевой профессии о здоровье заключается, главным образом, в заботах о поддержании хорошего состояния верхних дыхательных путей. Внешнее влияние, прежде всего температурный фактор, часто оказывает свое влияние на голос. Охлаждение слизистой оболочки гортани и глотки вызывает сужение сосудов, гортань при работе не получает достаточного количества крови и, в результате, голос «садится».
Ухудшение звучания голоса быстро наступает особенно под влиянием контрастов при переходе из теплого в холодное помещение. Систематическое охлаждение слизистой может служить толчком к образованию воспалительного процесса- «катара». В. И. Петунин утверждает, что лектор не должен перегружать желудок пищей непосредственно перед выступлением или занятием, так как это затрудняет движение диафрагмы. А. Заборников отмечает, что время приёма пищи не сказывается на голосе педагога, но на него влияют другие факторы, такие, как злоупотребление острой, солёной, кислой пищей. Не следует говорить в холодное время на открытом воздухе, особенно при быстрой ходьбе и после выступления, когда слизистая особенно чувствительна к охлаждению. Оба автора считают, что никотин (нервно-сосудистый яд) вреден. Курение вызывает раздражение слизистой оболочки голосового аппарата дымом, что влечет за собой усиленную работу желез, выделяющих слизь, которая появляется в глотке, гортани, трахеи, на связках. Курение особенно вредно для женщин, у которых слизистая и другие ткани более чувствительны к этому раздражителю. При курении голос грубеет, укорачивается в диапазоне. Для лиц голосоречевой профессии особенно важно получать в достаточном количестве витамины В 1 и С.

 Расстройство голоса вызывают некоторые соматические заболевания. К ним относятся: нарушения сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы. Лица голосоречевой профессии должны соблюдать режим. Вялость, размагниченность и утомление отражаются, в первую очередь, на голосе. На нем сказываются малейшие отклонения от нормы, поэтому, чтобы голос хорошо звучал, кроме технической подготовки, необходимо следить и за общим состоянием здоровья. С предупреждением расстройств голосового аппарата связана профилактика голосоречевых нарушений. Перед этой специальной отраслью логопедии стоят следующие задачи: предупреждение речевых нарушений (первичная профилактика), предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевых патологий (вторичная профилактика), социально - трудовая адаптация лиц, страдающей речевой патологией (третичная профилактика). При этом могут применяться медицинский, психологический, педагогический методы.

 При уходе за горлом рекомендуется полоскать его комнатной водой со слабым раствором соды пли соли. Очень неблагоприятны для голосовых складок все простудные заболевания дыхательных путей, сопровождающиеся кашлем. Сам по себе этот симптом не серьезен. Но кашель связан с сильными выдыхательными толчками на голосовые складки, с их травмированием, поэтому даже небольшой кашель может ухудшать звучание голоса. А после сильного приступообразного кашля, особенно без мокроты, голос может надолго потерять свою звучность. Заболевание необходимо лечить наиболее эффективными средствами, но лучше, конечно же, не допускать болезни всеми возможными способами. Для голоса очень важно поддержание здоровья, стойкости к заболеваниям.

 А. Ноймайр рекомендует закаливание. Это водные, воздушные и солнечные процедуры, гимнастика, физическая зарядка, различные виды спорта, хорошая ежедневная прогулка. Закаливание должно проводиться систематически . Если организм постепенно приучить к холодным раздражителям, то в дальнейшем он будет успешно противостоять простуде.

 Гигиена голоса неразрывно связана с режимом жизни и общегигиеническими правилами. Под гигиеной голоса понимают соблюдение человеком определенных правил поведения, обеспечивающее сохранение здоровья голосового аппарата.

 Существуют правила гигиены голоса:

1. нагрузка на голосовой аппарат должна соответствовать степени его тренированности;
2. исключение большой речевой нагрузки во время болезни;
3. исключение курения и употребления алкогольных напитков;
4. сдержанность в употреблении пищи и напитков, раздражающих слизистую оболочку;
5. в случае болезни своевременное обращение к врачу – фониатору.

Приложение 3.

**Комплекс психофизической гимнастики Г.И. Красносельского,**  **построенной на принципах китайской системы "До – Ин":**

 Упражнение 1: После пробуждения, лежа в постели, проведение массажа ушных раковин. Большие пальцы – за уши, гладить сверху вниз так, чтобы указательный палец двигался по ушным раковинам равномерно; тело расслабить, глаза закрыть. Повторить 30 раз. Цель этого упражнения: усиление циркуляции крови в височной области, профилактика поражения слухового нерва.

 Упражнение 2. Лежа в постели, указательным пальцем потереть под носом и у крыльев носа 20 раз, открыть и закрыть рот 20 раз. Цель: способствовать нормализации носового дыхания.

 Упражнение 3. Ладонь левой руки положить на лоб, на нее правую руку: произвести движение по лобной части лица вправо-влево 20 раз. Цель: увеличение циркуляции крови.

 Упражнение 4. Тыльной стороной больших пальцев массировать глазные яблоки 15 раз. Цель: профилактика заболеваний глаз, улучшение зрения, релаксация.

 Упражнение 5. Массировать ладонями щитовидную железу (от подбородка до грудины) 30 раз. Цель: нормализация обменных процессов, улучшение звучания голоса.

 Упражнение 6. Лежа на спине, поочередно сгибать ноги в коленных суставах подтягивая к груди. Цель: активизация работы всех внутренних органов, нормализация фонационного дыхания, подвижность диафрагмы.

 Упражнение 7. Сидя на кровати опустить ноги на пол, левую ногу положить на правую, ладонью правой руки массировать выемку правой стопы 20 раз. Цель: подготовка стоп к ходьбе, снятие болей в суставах и позвоночнике.

 Упражнение 8. Продолжая сидеть, сделать замок из пальцев, положить их на затылок и массировать в обе стороны 15 раз. Цель: нормализация кровообращения шейного отдела позвоночника.

 Упражнение 9. Продолжая сидеть, положить ладони на уши и плотно их прижать. Кончиками пальцев обеих рук поочередно ударять по затылку 30 раз. Цель: профилактика глухоты и заболеваний шейного отдела позвоночника.

Приложение 4.

**Пакет программ музыкальных композиций для регуляции психоэмоционального состояния:**

 **1. Для уменьшения чувства тревоги и неуверенности:**

Ф.Ф.Шопен "Мазурка, "Прелюдии",И.Штраус "Вальсы", Ан.Рубинштейн "Мелодии".

 **2.Для уменьшения раздражительности, разочарования, повышения чувства принадлежности к прекрасному миру природы**:

И.С.Бах "Контата 2", Л.в.Бетховен "Лунная соната", "Симфония ля-минор".

 **3.Для общего успокоения, удовлетворения**:

Л.в.Бетховен "Симфония  6", часть 2, И.Брамс "Колыбельная", Ф.П.Шуберт "Аве Мария", Ф.Ф.Шопен "Ноктюрн соль-минор", А.К.Дебюсси "Свет луны".

 **4.Для снятия симптомов гипертонии и напряженности в отношениях с другими людьми**: И.С.Бах "Концерт ре-минор" для скрипки, "Кантата 21", Б.В.Я.Барток "Соната для фортепиано, ''Квартет 5, А.Брукнер "Месса ля-минор".

 **5.Для уменьшения головной боли, связанной с эмоциональным напряжением:** В**.**А**.**Моцарт "Дон Жуан", Ф.Лист "Венгерская рапсодия" 1, А.И.Хачатурян "Сюита Маскарад".

 **6. Для поднятия общего жизненного тонуса, улучшение самочувствия, активности, настроения:** П.И.Чайковский "Шестая симфония", 3 часть, Л.в.Бетховен "Увертюра Эдмонд", Ф.Ф.Шопен "Прелюдия 1, опус 28", Ф.Лист "Венгерская рапсодия" 2.

 **7. Для уменьшения злобности, зависти к успехам других людей**:

И.С.Бах "Итальянский концерт", Ф.И.Гайдн "Симфония".

Приложение 5

**Список литературы, изученный при разработке программы «Музыкотерапия, как средство коррекции психоэмоциональных состояний педагогов с голосоречевыми нарушениями».**

1. Абалкин, Н. А. Система Станиславского и советский театр. – М., 1954.

2. Ананьев, Б. Г. Опыт психологической трактовки системы К. С. Станиславского. – Л., 1941.

3. Анастази, А. Психологическое тестирование в 2 т. – М., 1982.

4. Аникеева, З. И. Клиника и лечение нарушений голоса у вокалистов / Ф. М. Аникеев, И. В. Плешков.– М., – 1995.

5. Аристархова, С. А. Сценическая речь. – М., 1995.

6. Артемьева, Т. А. Психология способностей и всестороннее развитие личности // Принцип развития в психологии. – М., 1978.

7. Басов, М. Я. Личность и профессия. – Л., 1926.

8. Белоброва, Е. Техника эстрадного вокала / Обучение эстрадному вокалу // Гигиена голоса / М. Волгин.– М., 2002.

9. Берри, С. Голос и актер. – М., 1996.– 97-99 с.

10. Блаво, Р. Современные методы исцеляющего воздействия и древние традиции музыкотерапии. – М., 2002. – 284 с.

11. Бромлей, Ю. В. К вопросу о влиянии особенностей культурной среды на психику – М., 1983.

12. Брусиловский, Л. С. Музыкотерапия. Руководство по психотерапии / В. Е. Рожнов. – М., 1985.

13. Василенко, Ю. С. Заболевание голосового аппарата у педагогов.– М., 1971.

14. Виноградов, К. П. Работа над дикцией в хоре.– М., 1967.

15. Вилюнас, В. К. Психология эмоциональных явлений. – М., – 1976.

16. Выготский, Л. С. Психология искусства // Анализ эстетической реакции. – М., 1997.

17. Гиппиус, С. В. Гимнастика чувств. – Л ., 1967.

18. Голубев, П. Советы молодым педагогам–вокалистам. – М., 1963.

19. Грановская, М. Элементы практической психолгии. – Л., 1988.

20. Дмитриев, Л. Б. Основы вокальной методики.– М., 1996.

21. Егоров, А. Гигиена голоса и его физиологические основы.– М., 1962.

22. Заседателев, Ф. Ф. Научные основы постановки голоса. – М., 1937.

23. Калягин, В. А. Сравнительный анализ личностных реакций на расстройства голоса и речи / И. А. Поварова – СПб., 2005.

24. Красносельский, Г. И. Психофизическая гимнастика для лиц пожилого возраста. – М., 1961.

25. Лебедев, И. А. Психическая патология у лиц, страдающих функциональными голосовыми расстройствами.– М., 1993.

26. Огороднов, Д. Е. Музыкально-певческое воспитание в общеобразовательной школе. – Киев, 1989.

27. Осипова, А. А. Введение в практическую психокоррекцию: групповые методы работы.– М., 2000.

28. Павлищева, О. Методика постановки голоса. – М., 1964.

29. Пельменева, Е. И. Профилактика нарушений голоса у лиц речевых профессий. – М., 1993.

30. Петрушин, В. И. Музыкальная психотерапия. – М., 1999.

31. Пресс, П. Экспериментальная психология. Вып.5. / Пиаже Ж. – М., 1978.

32. Пряншиников, И. Советы обучающимся пению. – М., 1958.

33. Рогов, Е. И. Учитель как объект психологического исследования / Л. А. Громова.– М., 1998.

34. Рябченко, А. Т. Функциональные нарушения голоса.– М., 1964.

35. Станиславский, К. С. Собрание сочинений в восьми томах. – М., 1954.

36. Савостьянов, А. И. 132 упражнения для учителей по развитию голоса и дыхания.– М., 2002.

 37. Фомичев, М. И. Функциональные нарушения голоса у вокалистов.– М., 1949.

 38. Цыгульская, Т. Ф. Исследование структуры профессиональноважных качеств студентов музыкально-педагогических факультетов // Психологические проблемы трудовой подготовки учащихся // Психология и высшая школа. – М., 1989.

39. Чарели, Э. М. Учитесь говорить.– Свердловск, 1998.

1. Шушарджан, С. В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. – М., 1998.
2. Элькин, В. Целительная магия музыки. – СПб., 2000.