

ТОВАРИЩАМ СВОИМ ПО РАБОТЕ
В ВОКАЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ГИМНА
ПОСВЯЩАЕТ ТРУД СВОЙ АВТОР

ОТ ПРЕЗИДИУМА ВОКАЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ГИМН'А

Работая более четырех лет в области вокальной методологии, *Вокально-Методологическая Секция ГИМН'а* в прошлом 1924 году приступила к самой важной из намеченных ею задач: к созданию основных положений правильной постановки голоса на научных данных.

Главнейшие принципы этих положений таковы: 1) косто-абдоминальное дыхание, 2) среднее или свободно удерживаемое низкое положение гортани, 3) твердая или мягкая атака звука, 4) двухрегистровое построение голосов, 5) сглаживание регистров при постепенном, по мере повышения скалы, преобладании так называемого головного резонирования и покрытия звука, 6) опора звука на дыхании (*appoggio*).

Разработка практических приемов, ведущих к проведению в жизнь этих принципов производится на Вокальных Курсах ГИМН'а, основанных при Вокально-Методологической Секции и служащих как бы ее лабораторией, но научные обоснования выработанного Секцией метода преподавания требовали специального труда, в котором обоснования эти были бы исторически и по существу изучены и приведены в систему. Именно эту задачу и выполняет работа проф. Заседателева, члена Вокально-Методологической Секции и преподавателя Вокальных Курсов ГИМН'а. В ней с исчерпывающей полнотой и обстоятельностью изложена история вопроса и учения новейшего времени, как нельзя лучше подтверждающие основные принципы правильной постановки голоса, выработанные Вокально-Методологической Секцией ГИМН'а. Работа эта была доложена на заседаниях Вокально-Методологической Секции и после всестороннего обсуждения одобрена к печати.



Искусству пения,
как и всякому другому искусству,
должно предшествовать известное
механическое умение

Гёте

I

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последнее время наблюдается большой интерес к теоретическим вопросам, касающимся постановки голоса. Публичные лекции и доклады по этим вопросам собирают полные аудитории.

Молодежь не ограничивается уже чисто подражательными методами при обучении пению, но хочет узнать зачем и почему. Чувствуют это и педагоги. Вот почему очень кстати было образование в Москве при Государственном Институте Музыкальной Науки Вокально-Методологической Секции, куда вошли преподаватели пения, врачи ларингологи, акустики, кои совместными усилиями стараются подойти к разрешению вопросов, касающихся научных и практических основ вокальной методологии. Но в работе этой Комиссии на первых же порах произошло некоторое замешательство, ибо не было общего языка, чтобы понять друг друга. Вокальные педагоги работали обыкновенно в тиши своих кабинетов и никогда не собирались вместе для открытого обсуждения занимавших их вопросов, да и эти вопросы считались секретом каждого из них. Правда, некоторые из педагогов пытались путем издания брошюр и небольших книг высказаться печатно. В огромном большинстве случаев эти книги и брошюры составлены были по одному и тому же шаблону: хорошее предисловие, где

указывается на падение вокального искусства в переживаемую нами эпоху, глава об анатомии голосового аппарата, коего преподаватели чаще всего не видели (а в этом я убедился, ибо знаю, с какой жадностью и любопытством смотрят они на вырезанную гортань и на движение голосовых связок у живого человека), о физиологии голоса, причем эта глава обыкновенно сплошь компилятивная, состоит из цитат кстати и некстати надерганных из первых попавшихся под руку руководств, причем тут вместе с именами обыкновенно уже давно почивших, а иногда и ныне здравствующих физиологов, встречаются цитаты из творений индусских йогов, Мольера, Шекспира и даже, как недавно довелось мне видеть, приводится мнение о дыхании астронома Фламмарiona; иногда к этому прибавляется еще глава об акустике с непременно упоминанием имени гениального Гельмгольца. Если к этому добавить, наконец, нелестные эпитеты, а на это авторы не скупятся, по адресу своих коллег, также писавших по данному вопросу, то книга готова. Но, к сожалению, заканчивается она как раз на том месте, где читатель хотел, наконец, найти указания, как же надо петь в действительности и как автор добивается успеха у своих учеников. На это ответа обыкновенно не бывает.

Да если правду говорить, то чрезвычайно редки бывают случаи, когда педагог сделал из кого-либо крупного певца, чаще, и как правило, бывает наоборот, талантливый ученик составляет имя своему учителю.

Не больше успеха имели и публичные выступления вокальных педагогов по теоретическим вопросам; неуспех этих выступлений был тот же, что и печатных произведений: много физиологии и очень мало методологии.

Если педагогам было трудно столкнуться между собой, то не легче им было сговориться с акустиками и ларингологами, которые никоим образом не хотели ограничиваться какими-то неопределенными терминами и выражениями, коими пестрят доклады и брошюры этих педагогов, вроде того, что звук должен «стоять на

костях», что он должен «вылетать как бы из глаз» и т. д. Они требовали точной формулировки, чем и объясняется резкая критика с их стороны докладов вокальных педагогов, но и те не оставались в долгу, хотя аргументы их не были так убедительны. «Чтобы рассуждать о вопросах пения, надо быть самому певцом», так защищались они, когда не было другой более сильной аргументации. Но, конечно, этот аргумент не производил того впечатления, на которое они, вероятно, рассчитывали. Анатом, обучающий скульпторов, нисколько не теряет от того, что сам он не скульптор; врач, лечащий больного от известного заболевания и дающий ему в этом отношении указания, не обязательно должен сам перенести данную болезнь, даже больше того, знаменитый Эрлих, подаривший миру надежное средство для борьбы с сифилисом, сам никогда лечением больных не занимался. И конечно физиологи голоса не обязательно должны быть певцами, хотя, может быть, и лучше было бы, если бы это было так.

Но в конце концов работа Комиссии стала налаживаться, участники начали понимать друг друга и в процессе этой работы выяснилась настоящая потребность и даже необходимость ознакомить как педагогов, так и учащихся с теоретическими основами вокальной методологии.

Вот почему я пишу эту работу. Всякий автор, однако, прежде чем взяться за перо, должен ответить себе: а нужна ли и полезна ли та работа, за которую он взялся. Я привел уже те доводы, которые заставили меня взяться за нее, но, чтобы быть беспристрастным, я должен сознаться, что есть или, вернее сказать, было много возражений в том смысле, что едва ли такие теоретические рассуждения могут принести какую-нибудь существенную пользу. Возражения эти, сделанные в разное время разными авторами, по существу сводятся к тому, что сказал когда-то Авеллис¹ в своей брошюре «Врач Певцов». «Моцарт ничего не знал о фигурах Хладни, однако, это

не помешало ему быть гениальным музыкантом, зачем же певцу, чтобы петь хорошо, могут понадобиться рассуждения Гельмгольца о синтезе и анализе гласных? Неужели пианисту, для того, чтобы сделаться таковым, надо было бы знать детально устройство рояля или заниматься теоретическими рассуждениями по вопросу музыкальной акустики. Было время, продолжает он, когда ученые врачи и педагоги не имели понятия о том, какие процессы происходят в гортани при образовании фальцета, но затем, после чрезвычайно кропотливых, талантливых работ проф. Рети², Кошлакова³ и Музехольда⁴, самым детальным образом выяснен был этот вопрос, но ведь само фальцет от этого нисколько не выиграл». Еще резче и проще говорит Панофка⁵: «От того, что узнаешь, какие мускулы управляют движениями гортани, лучше не запоешь». Все это, понятно, не лишено остроумия, но по существу неверно: пианисту дается уже готовый инструмент, сложенный и настроенный; садись и играй, если умеешь, или учись, если не умеешь. Если испортишь его неумелым обращением, можно и починить, а то и совсем заменить испорченную часть другой, новой. Не то с певцом. Ему не дается готового инструмента, он сам должен приготовить с помощью вокального педагога этот инструмент — поставить голос. Если в нем от неумелого обращения произойдет порча, то испорченной части заменить нельзя, он портится один раз и навсегда. Так и случилось не так давно с одной блестящей певицей, у которой при удалении узелка со связки затронута была

¹ *Avellis*. Der Gesangsarzt. Frankfurt a. M. 1896.

² *Réthi*. Experimentelle Untersuchungen über den Schwingungstypus. Wiener. Klinisch. Rundschau, 1897.

³ *Кошлаков*. Über die Schwingungstypen der Stimmbänder. Pfüger. Arch. Bd. 38. 1886.

⁴ *Musehold*. Allgemeine Akustik und Mechanik des menschlichen Stimmorgans. Berlin, 1913. (Имеется и в русском переводе Розенова; труды ГИМН'а 1925 г.)

⁵ *Panofka*. L'art de chanter. Paris, 1855.

и удалена ничтожная часть слизистой оболочки и этого достаточно было, чтобы она навсегда потеряла возможность выступать на сцене.

Не меньшее количество жертв приносит неумелая постановка голоса вокальными педагогами, поэтому как врач певцов, так и вокальный педагог, чтобы быть на высоте призвания, обязаны очень хорошо знать физиологические законы управления голосом и научные основы правильной его постановки.

Голосовой аппарат человека удобнее всего, проще всего и правильнее всего сравнивается с язычковой органной трубой. Как в органной трубе три главных составных части: накачивающий мех, язычок и надставная труба или резонатор, так и в голосовом аппарате человека надо различать три главных составных части его: легкие (накачивающий мех), гортань (язычок) и головную часть верхних дыхательных путей (резонаторы).

А поэтому и постановка голоса складывается из трех разных постановок: постановки дыхания, гортани и резонаторов.



II

ДЫХАНИЕ В ПЕНИИ

Для того чтобы поддерживать на определенной высоте температуру своего тела, для того чтобы производить физическую и умственную работу, человек должен постоянно сгорать и постоянно подновлять запас горючего материала. Подновление запаса совершается путем питания, а кислород для сгорания доставляет человеку дыхание. Главной ролью легких является снабжение организма кислородом. Человек начинает жизнь первым вздохом и кончает ее последним выдохом.

В 100 частях воздуха содержится по объему 21 часть кислорода, 78 азота и 1 часть аргона и нейтральных газов; такой состав наиболее благоприятен для дыхания. При содержании в известном помещении 16 частей кислорода на 100 воздуха мы говорим, что здесь «мало воздуха», при 7 частях мы уже падаем в обморок, что случается в переполненных людьми помещениях; еще меньшее содержание кислорода ведет к смерти от задушения.

Частота и глубина дыхательных движений находится в зависимости от бесчисленных условий, из коих главным является бóльшая или меньшая нужда организма в кислороде в данный момент. Поэтому, естественно, что дыхание усиливается при движении — чем резче движение, тем чаще дыхание; если принять объем вдыхаемого нами воздуха при лежании за единицу, то при сидении

он уже будет 1,2, при стоянии — 1,33, при медленной ходьбе — 1,9, при быстрой — 4,0 и при беге — 7,0. И наоборот, при ослаблении потребности в кислороде дыхание постепенно замирает; оно еле ощутимо у животных, подверженных зимней спячке; оно совершенно неощутимо у загипнотизированного факира, позволившего зарыть себя в землю; ему в этом случае довольно бывает того минимального количества воздуха, которое своим слабым толчком выталкивает сердце из легких.

Повышается количество дыхательных движений на холоде (усиленное отопление организма). Повышается также в спертom воздухе, бедном кислородом и, наоборот, оно замедляется в чистом воздухе, насыщенном кислородом. Частота дыхательных движений увеличивается в гористых местностях, где воздух реже. Дыхание падает в частоте с возрастом, отчего у старых людей процессы окисления понижаются (начинают полнеть).

И вот этот-то дыхательный процесс использован природой для другой цели, для голоса. Человек набирает воздух, сгущает его под сомкнутыми голосовыми связками, напором воздуха разъединяет их, причем связки, после падения давления, вызванного раскрытием голосовой щели, снова смыкаются; снова сгущается воздух под ними, и таким образом происходит ряд сгущений и разрежений воздуха, от чего возникает звук...

Откуда же возник вопрос об особом дыхании при пении и можно ли действительно дышать по-разному? Разумеется, да, и происходит это оттого, что само легкое лишено какой бы то ни было активности, благодаря которой оно могло бы или расширяться, вбирая в себя воздух, или, наоборот, спадаться, выталкивая его. Легкие, герметически вставленные в грудную клетку, совершенно пассивно следуют за ее движениями.

Они расширяются постольку, поскольку расширилась сама грудная клетка, и именно в тех своих частях, которые соответствуют частям грудной клетки, расширившимся в данный момент. При сквозных ранах межреберных

промежутков наружный воздух со свистом врывается в грудную полость, легкое сморщивается, воздушное давление уравнивается и дыхание прекращается. Правда, бронхи и бронхиолы (т. е. более мелкие бронхи) обладают произвольной гладкой мускулатурой, которая может оказывать некоторое влияние на размеры просвета бронхиального дерева и на воздушное давление в нем, но сила этих мышц незначительна, они не подчинены воле, действуют исключительно рефлексорным путем и поэтому их влияние в процессе нормального дыхательного акта можно игнорировать.

Грудная клетка может расширяться почти во всех возможных направлениях. Если опустится купол диафрагмы при сокращении ее мышц, то грудная клетка удлинится в вертикальном направлении и это обнаружится выпячиванием стенок живота. Расширение грудной клетки в поперечном направлении происходит путем поднятия ребер. Это так называемое реберное или боковое дыхание (ладони рук, приложенные к боковым частям грудной клетки при этом приподнимаются). Судя по тому, в какой преимущественно части грудной клетки происходит такое поперечное расширение, дыхание называется *нижнереберным*, *среднереберным* и *верхнереберным*. При поднятии грудной доски грудная клетка расширяется в передне-заднем направлении; рука, положенная на грудь, при таком типе дыхания (это обычный женский тип) приподнимается. Это приподнятие грудной клетки заметно и на глаз, при наблюдении за женским дыханием.

При поднятии верхних ребер и ключиц мышцами, прикрепляющимися одним концом к основанию черепа, а другим к ребрам и ключицам, грудная клетка расширяется в своей верхней части; объективно это констатируется приподнятием плеч.

Причем надо заметить, что чистого типа дыхания не существует, что во всех этих типах неизменно участвует диафрагма, только степень этого участия неодинакова.

Чем выше от основания расширяется грудной ящик, тем меньше участия в дыхании принимает диафрагма. Но надо твердо запомнить, что без диафрагмы нормального дыхания не существует; человек, у которого в силу тех или иных условий парализована диафрагма, может умереть от задушения. И только в совершенно исключительных случаях наблюдалось парадоксальное движение диафрагмы — поднятие при вдохе и опущение при выдохе, причем вся работа дыхания была на реберных мышцах.

Человек по произволу может пользоваться любым из описанных выше типов дыхания, и он действительно пользуется всеми ими смотря по надобности. Какое же дыхание надо считать правильным? *Всякое может быть правильным или неправильным, смотря по требованиям, которые предъявлены к нему в данный момент.*

Прежде всего замечается разница между мужским и женским дыханием. Барт⁶ полагает эту разницу только в том, что мужчина при большой потребности в кислороде начинает глубже, а женщина чаще дышать. Мужчина, привыкший к тяжелому физическому труду, при дыхании пользуется сильной дыхательной мышцей — диафрагмой. Женщина, более занятая домашней работой и вообще более легким физическим трудом, дышит грудью, и это ей очень к стати, ибо при беременности, когда плод подходит у нее к мечевидному отростку грудины было бы трудно опускать диафрагму. Дети дышат еще одинаково, но к периоду половой зрелости появляется уже разница в типе дыхания. Женщина, занятая тяжелым трудом, женщина-грузчик, пахарь, переходит на диафрагматическое дыхание, и наоборот, мужчина изменяет ему после многолетней сидячей, конторской работы, ибо в этом случае проще и легче поднять грудную кость, чем сократить диафрагму. Он изменяет ему также и в зависимости от положения. Если он находится в вертикальном положении, то ему удобнее всего дышать имен-

⁶ Bart, A. Beiträge zur Anatomie, Physiologie u. s. w. Bd. 21. 1924.

но диафрагмой, если же он сидит за письменным столом, наклонив корпус и сдавив живот, то легче дышать грудью. Если развалиться в кресле, тогда легче всего дышится нижнереберным дыханием; если совершенно согнуться, сдавив грудь и живот, тогда приходится прибегнуть к ключичному дыханию. И женщина при кашле, смехе, чихании, когда нужно сильное дыхание, переходит на диафрагму.

Кроме того, на тип дыхания сильно влияет психика. Все мы дышем по-разному, судя по тому, что мы переживаем в данный момент, радость или горе; судя по тому, говорим ли патетически или прозаически. В радости дыхание поверхностное, в горе мы ограничиваемся редкими глубокими вздохами. Более того, Бенусси⁷ доказал, что мы дышем по-разному, смотря по тому, лжем ли мы или говорим правду, и он подтвердил это интересным опытом. Он взял несколько испытуемых и снабдил их записками, в коих было написано одна или несколько простых фраз. У секретаря были копии этих записок, и он знал, какого содержания записка дана была каждому из испытуемых. Затем Бенусси заставлял их по очереди читать записки, причем читающему предоставлялось право или прочесть правду, т. е. то, что там было написано, или же исказить смысл. Присутствовавшему при этих опытах психологу представлялось угадать, кто из испытуемых прочел правду и кто исказил смысл прочитанного. В результате оказывалось, что психолог ошибался в 50% всех случаев, а Бенусси, по регистрировавшим дыхание испытуемых записям, — определял безошибочно.

Шведы-спортсмены рекомендуют грудное дыхание, при котором, по их мнению, работающий организм наиболее противостоит утомлению; некоторые врачи рекомендуют ключичное дыхание, справедливо указывая, что туберкулез легких почти всегда начинается с верхушек, которые меньше всего вентилируются при обычных ти-

⁷ Benussi, V. Die Atmungssymptomie der Lüge. Leipzig, 1914.

пах дыхания. Раз спортсмены находят, что для спорта лучше всего грудное дыхание, а иные врачи, что ключичное незаменимо для больных туберкулезом, мы с ними спорить не будем, и пусть те лица, которые готовятся к спорту, пользуются грудным типом дыхания, а predisposed к туберкулезу — заботятся о проветривании верхушек. Итак, если всем им предоставлено право при тех или иных условиях выбирать себе тот или иной тип дыхания, то и певец также имеет право задуматься над вопросом, какой тип дыхания надо усвоить ему для более продуктивной работы в избранной им специальности.

По вопросу о дыхании в пении возникла обширная литература на всех европейских языках. Прежде, однако, чем ознакомиться с нею, надо условиться относительно терминологии. Существуют четыре главных типа дыхания: брюшной, или что то же, абдоминальный, или что то же — диафрагматический (ибо при этом типе самое деятельное участие в дыхании принимает диафрагма); грудной; боковой (расширяются бока), или что то же — реберный или костальный (*costa* по-латыни ребро) и, наконец, ключичный клявикулярный (*clavicula* — ключица). Затем следуют смешанные типы дыхания, когда дышат одновременно двумя типами, например, косто-абдоминальное дыхание. Нередко типы дыхания с преобладающим участием диафрагмы называются также *нижним дыханием*, а с преобладанием верхних ребер и ключиц — *верхним*, наконец, при пользовании одновременно многими типами дыхания или всеми сразу дыхание иногда называется *глубоким* или *полным*. Однако такое деление на типы несколько искусственно, ибо при каждом типе дыхания в нем участвуют в большей или меньшей степени все типы.

Мандль⁸ (1855) рекомендует брюшное дыхание, которое, по его мнению, предохраняет голос от утомления.

⁸ *Mandl. Gaz. médicale de Paris. № 16, 18, 19. 1855.*

Меркель⁹ (1857), напротив, придает очень малое значение брюшному, а рекомендует, главным образом, грудное дыхание, хотя при описании деталей видно, что он допускает и диафрагматическое дыхание. Записи дыхательных движений певцов посредством особых приборов (пневмографов) впервые производит Пильтан¹⁰ (1886), причем им было обследовано очень много как профессионалов, так и любителей пения, и он пришел к убеждению, что звучность голоса находится в зависимости от типа дыхания. По его мнению, правильное голосообразование возможно лишь при условии диафрагматического дыхания, которое позволяет установить известное равновесие между силою вдыхательных и выдыхательных мышц, в результате чего под малым давлением вытекает небольшое количество воздуха. При такой дыхательной технике хороший певец, по его мнению, может держать тон 30–35 секунд в любой тесситуре. Иное дело грудное дыхание, при котором равномерный выдох невозможен и которое влечет за собой форсирование звука; оно чрезмерно повышает давление под связками и делает голос лишенным силы и полноты. Красивый голос является результатом полного равновесия между слабым давлением воздуха в подсвязочном пространстве и напряжением голосовых связок в момент выдыхания. Затем следуют наблюдения Севалля и Поллярда¹¹ (1890). На основании исследования певцов также пневмографическим путем они нашли, что при восходящей гамме голос идет легче, если выдыхание происходит, главным образом, за счет поднятия диафрагмы, причем верхняя часть грудной клетки расширяется и, наоборот, при пении нисходящей гаммы — чище, легче и свободнее, если воздух выталкивается из легких сдавливанием грудной

⁹ *Merckel. Antropophonik. 1857.*

¹⁰ *Piltan. Etude sur la respiration des chanteurs Cpt. rend. des séances de l'acad. des sciences. Vol. 103. Paris, 1886.*

¹¹ *Sewall & Pollard. On the relations of diaphragmatik and costal respiration. Jour. of phys. XI. 1890.*

клетки, причем диафрагма несколько понижается. Объяснить это явление авторы пытаются тем, что при укорочении длины грудной клетки наблюдается повышение ее собственного тона, а при нарастании ее, наоборот, понижение его, т. е. приспособляемость грудной клетки к резонированию тех или иных тонов. Геллат¹² (1897) признает брюшное дыхание исключительно пригодным для певцов; он объясняет это, с одной стороны, условиями резонанса, а с другой, приписывает брюшным мышцам особую эластичность и подвижность, благодаря которой возможно очень точное управление дыханием. В следующем году Шейер¹³ производит рентгеновские снимки диафрагмы во время пения и доказывает, что диафрагматическое дыхание невозможно без более или менее резко выраженного нижнереберного и что при комбинированном нижнереберно-диафрагматическом дыхании работа диафрагмы отличается чрезвычайной плавностью. А при верхнегрудном дыхании, при всем желании выдыхать равномерно, диафрагма повышается неравномерно и толчками. На основании этих наблюдений он приходит к заключению, что наилучшим типом дыхания является комбинированное косто-абдоминальное. Того же мнения держится Кастекс¹⁴, который особенно порицает ключичное дыхание, вспоминая старый анекдот о том, что Рубини сломал себе ребро, грубо прибегнув при неудавшемся ему *b'* (речитатив в опере «Талисман») к этому типу дыхания. Что там случилось с Рубини, неизвестно, достоверно лишь то, что Рубини после этого инцидента очень долго не выступал, а посвятил себя всецело изучению дыхания (Надолечный)¹⁵. Монтанье¹⁶ (1906)

¹² Геллат. Дыхание и положение гортани. Петербург, 1905.

¹³ Scheier, M. Zur Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie des Gesangs. Berlin. Laryng. Geselsch. 1898.

¹⁴ Castex. Maladies de la voix. Paris, 1902.

¹⁵ Nadoleczny, M. Untersuchungen über den Kunstgesang. Berlin, 1923.

¹⁶ Montagné. Le malmenage vocale. Thèse de Bordeaux, 1906.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru