67

**ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ**

**В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАИКАЮЩИХСЯ**

**Е.Ю. РАУ**

Нарушение коммуникации, наблюдаемое при заикании, часто сопровождается психологическими изменениями личности. Согласно концепции Н.И. Жинкина, при заикании нарушается единство работы двух систем управления звуковыми механизмами — произвольным и непроизвольным, когда человек при произношении пытается произвольно управлять непроизвольно управляемыми функциями, отчего затруднения в речи только усугубляются. Причем такое нарушение коммуникации начинает в той или иной степени проявляться при условии наличия двух или более партнеров по общению [[3]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a3). Понимание заикания как психологического нарушения коммуникации в корне отличается от представлений старой дефектологической школы, которая трактовала заикание лишь как нарушение речи (чисто моторное нарушение темпа, ритма, плавности).

Тот факт, что в одиночестве заикающийся говорит без затруднений, дает возможность предположить, что при заикании большую роль играют факторы психологического характера, связанные прежде всего с отношением к себе и другим людям. Это, в свою очередь, отражается на характере целого ряда деятельностей (учебной, трудовой, общественной, социально-бытовой, семейной и т.д.). Образуется порочная цепочка взаимодействий: заикание — нарушение речевого общения — нарушение личности — усугубление заикания.

Ф.Д. Горбов, позиции которого мы придерживаемся, считал, что заикающиеся, попадая в разнообразные коммуникативные ситуации, могут испытывать возникновение «целого семейства» отрицательных психических состояний, близких к фрустрации [[4]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a4) и стрессу (функциональные нарушения личности); это способствует формированию у них отношения к ситуациям общения как к проблемным, фрустрационным. Ф.Д. Горбов даже объединял понятия заикания и фрустрации, поскольку фрустрация в переводе (словарь Ларусса) означает «обделение, лишение», а заикание, безусловно, лишает человека возможности нормально общаться с окружающими людьми.

Но для каждого заикающегося отнюдь не все коммуникативные ситуации оказываются фрустрационными: в одних фрустрационный момент выражен сильнее, в других слабее либо вовсе отсутствует. На трудности в общении каждый заикающийся реагирует некоторым типичным для себя способом в зависимости от основных установок, индивидуально-психологических особенностей, отношения к ситуациям общения, индивидуальных стереотипов преодоления стресса и т.д. Исследование взаимосвязи индивидуально-психологических особенностей личности заикающихся и нарушения речевого общения в разнообразных коммуникативных ситуациях, как нам кажется, может стать определяющим для создания дифференцированного, целенаправленного психолого-педагогического подхода к восстановлению нарушенной коммуникации при заикании.

Мы предположили, что экспериментальной моделью нарушения общения может служить фрустрационная коммуникативная ситуация, а способ реакции на нее является индивидуальной стереотипной характеристикой личности.

В настоящей статье представлен анализ изменений фрустрационных реакций при восстановлении речевой коммуникации

68

в процессе психолого-педагогического воздействия на заикающихся.

Восстановление коммуникации проводилось методом Дубровского—Некрасовой и строилось по тиру лечебного перевоспитания в коллективе, цель которого — воздействие на самую основу невроза, на невротическую личность. Лечебное перевоспитание предполагает использование приемов педагогики в процессе разъяснительной и тренирующей психотерапии [[5]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a5). Сюда входят как исправление (коррекция) отдельных черт характера заикающихся, так и изменение их отношения к переживанию речевых срывов, в частности к проблемным речевым ситуациям.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Применялась система комплексного обследования заикающихся, разработанная Ю.Б. Некрасовой (формы ведения дневников, сбор анамнестических сведений, наблюдения и т.д.) [[6]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a6) и существенно дополненная Ф.Д. Горбовым (фрустрационный тест Розенцвейга, оригинальная гомеостатическая методика, классификационный тест Дж. Келли). Тест Розенцвейга [[9]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a9) и гомеостатическая методика, которая предполагала воспроизведение состояния фрустрации в лабораторных условиях [[1]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a1), использовались для анализа личности заикающихся. Тест Келли, а точнее его вариант — методика, предназначенная для контроля состояния больных, страдающих заиканием [[8]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a8), применялся для исследования степени проблемности сугубо речевых ситуаций до лечебного воздействия и возможности оценки изменения отношения к ним после прохождения больными курса социореадаптации. Результаты теста Келли, фрустрационного теста, гомеостатической методики и самоотчетов больных представляли лишь один канал информации о психологических особенностях каждого испытуемого и дополнялись данными анамнеза, дневниковых записей испытуемых, самохарактеристиками, а также наблюдениями за пациентами. Для получения информации о восстановлении речевого общения, моделью которого служила фрустрационная ситуация и способ реакции на нее, мы повторяли комплекс тех же исследований (за исключением использования методики гомеостата) после проведения курса социальной реадаптации.

Тестирование по Розенцвейгу осуществлялось с помощью типовой методики, разработанной в Институте психоневрологии им. В.М. Бехтерева. Ранее тест Розенцвейга в применении ко взрослым заикающимся был использован А.Б. Хавиным для изучения особенностей социальной адаптации пациентов по сравнению с группой здоровых и больных неврозом [[7]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a7). Следует подчеркнуть, что работа с тестом Розенцвейга не требовала от испытуемых-заикающихся развернутой речи, следовательно, она не травмировала их.

Работа на гомеостате была для испытуемых весьма значимой, ибо, по условиям, их прием в лечебную группу зависел от качества выполнения задания. Пациентам предлагалось решить две-три задачи — одну сложную и одну простую, что заведомо предполагало возникновение ситуации успеха и неуспеха. Работа на гомеостате сопровождалась фрустрационными моментами: действия испытуемых были взаимосвязанными и взаимозависимыми, в то время как реализовывались они в условиях изоляции одного испытуемого от другого и в отсутствие представления о реальном достижении группы в каждый момент времени.

Данные гомеостатического эксперимента в дальнейшем сопоставлялись с данными фрустрационного теста. Возможность их сопоставления была обоснована ранее на контрольной группе испытуемых [[2]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a2).

Само по себе наличие фрустрирующих моментов в жизни заикающихся и фрустрации в малозначимой ситуации группового гомеостатического эксперимента еще не могло определить диагностической ценности применяемых методов. Поэтому полученные с их помощью данные сопоставлялись с материалом самоотчетов испытуемых, в которых они оценивали свои действия, анализировали причины неудач и трудности работы на гомеостате.

Сбор анамнестических сведений осуществлялся

69

в процессе бесед с матерью и с самим пациентом до начала лечебного процесса, в которых затрагивались вопросы, касающиеся внутриутробного развития ребенка, особенностей течения родов, наследственности, причин, приведших к заиканию, раннего речевого, физического и психического развития. Далее разбирались течение заболевания с момента его возникновения, развитие логофобии (страха речи), изменение свойств личности под влиянием дефекта, отношение окружающих к дефекту в семье и коллективе, где находился ребенок. Подробно выяснялись вопросы, касающиеся трудностей речевого общения и взаимоотношений пациента в настоящий момент; трудности общения в различных условиях, ситуациях; сопутствующие дефекту вегетативно-сосудистые изменения; результаты лечения в прошлом и т.д.

Дневниковые записи испытуемым предлагалось вести поэтапно, по заданным образцам. Формы ведения дневников были разработаны Ю.Б. Некрасовой, использовались не только в научно-исследовательской работе, но и непосредственно в лечебной практике [[6]](http://www.voppsy.ru/issues/1984/843/843067.htm#a6).

В начале и в конце курса социореадаптации испытуемым предлагалось самим дать себе характеристику, т.е. ответить на ряд вопросов, направленных на выявление динамики отношений к самим себе, к окружающим людям, к будущему. Перечень вопросов по изучению динамики отношений был составлен Е.М. Крутовой.

Наблюдения проводились с момента знакомства с больным и включали все этапы социореадаптации.

За время экспериментальной работы был создан архив магнитофонных записей и диапозитивов, регистрирующих динамику речи и состояния испытуемых-заикающихся, под руководством Ю.Б. Некрасовой снят учебный кинофильм.

В эксперименте принимали участие три группы испытуемых-заикающихся в возрасте 18—45 лет (21 мужчина и 10 женщин), из них трое в возрасте 15 лет. Многие больные до лечения у Ю.Б. Некрасовой долго и безнадежно лечились.

**РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ С ТЕСТОМ РОЗЕНЦВЕИГА**

В табл. 1 и 2 приводятся данные трех групп испытуемых-заикающихся, прошедших курс лечения (всего 31 человек).

В литературных источниках имеются сведения о том, что тест Розенцвейга отражает базисные характеристики личности, стереотипные реакции на фрустрацию, которые не изменяются в течение жизни человека. Следовательно, тест не должен выявлять динамики фрустрационных реакций. Но, учитывая мощное воздействие на заикающихся с помощью метода Дубровского—Некрасовой, направленное на перевоспитание невротической личности, мы вправе предположить чувствительность этой методики к такого рода воздействию (выявление с помощью теста показателей, которые отражают более адекватную оценку реальной ситуации, а также возможность найти выход из нее). По этим изменениям психотерапевт мог бы оценить, возросли ли адаптивность и активность пациента, возможность противостоять разного рода жизненным трудностям.

Результаты тестирования, представленные в табл. 1 и 2, показывают, что после курса социореадаптации в группе испытуемых в целом изменилось отношение к фрустрирующему препятствию на 1) на 16% снизилось количество реакций, свидетельствующих о наличии фрустрации (Е в OD) и одновременно на 24 % увеличилось количество реакций, свидетельствующих о почти полном игнорировании фрустрирующего препятствия (М в OD). Это говорит о снижении значимости фрустрирующих ситуаций, которые как бы перестают замечаться испытуемыми; 2) характерно снижение показателей в защите «я» (ЕД), по которым можно судить об изменении отношения к себе и окружающим; на 13,6 % снизилось чувство собственной вины (J в ED) и неуверенности, а также потребность в защите; 3) особого внимания заслуживает значительное увеличение (на 31 %) реакций, направленных на разрешение проблем, где ответы принимают форму требования испытуемыми помощи со стороны каких-либо других лиц (Е в WP); этот факт можно интерпретировать

70

как увеличение активности пациентов, стремление найти выход из фрустрирующей ситуации, а не просто ее переживать, что указывает на лучшую адаптивность пациентов, выработку у них активной жизненной позиции.

Таблица 1

СУММАРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО РОЗЕНЦВЕЙГУ И ИХ РАЗЛИЧИЯ ДО И ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАИКАЮЩИМИСЯ ЛЕЧЕБНОГО КУРСА, СГРУППИРОВАННЫЕ ПО ТИПУ И НАПРАВЛЕННОСТИ РЕАКЦИИ, В БАЛЛАХ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Направ-  ленность реакции | Тип реакции | | | | | | | | | | | |
| OD | | | ED | | | WP | | | S | | |
| до | после | ∆ | до | после | ∆ | до | после | ∆ | до | после | ∆ |
| лечения | | лечения | | лечения | | лечения | |
| Е | 107,5 | 90,5 | —17 | 146,25 | 143,5 | 2,75 | 82 | 107,5 | +25,5 | 335,75 | 341,5 | 5,75 |
| J | 39,5 | 39 | 0,5 | 75,25 | 65 | —10,25 | 85,5 | 77 | —8,5 | 200,25 | 181 | 19,25 |
| М | 100 | 124 | +24 | 43,5 | 33,5 | —10 | 64,5 | 64 | 0,5 | 208 | 221,5 | 13,5 |
| S | 227 | 253,5 | 6,5 | 265 | 242 | 23 | 232 | 248,5 | 16,5 | 744 | 744 | 0 |

*Примечания*:

OD — препятственно-доминантный тип реакции (оценка препятствия);

ED — самозащитный тип реакции;

WP — потребностно-упорствующий тип реакции (необходимость разрешения ситуации);

Е—экстрапунитивная направленность реакции (агрессия вовне);

J — интропунитивная направленность реакции (агрессия на себя);

М — импунитивная направленность реакции (антиагрессия);

S — сумма в баллах;

S' — сумма в %;

∆ — разница суммарных изменений в баллах;

744 — общая сумма баллов равняется общему количеству рисунков теста (24), умноженному на общее количество испытуемых (31);

знак «минус» перед цифрой означает, что показатели значительно снизились после лечения, знак «плюс» — что значительно возросли, отсутствие знака — что они почти не изменились после лечения; знак «минус» в скобках указывает на снижение процентных показателей, знак «плюс» в скобках — на их возрастание.

Таблица 2\*

УСРЕДНЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАПРАВЛЕННОСТИ И ТИПА РЕАКЦИИ НА ФРУСТРАЦИЮ, В %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Направленность реакции | Тип реакции | | | |
| OD | ED | WP | S' |
| Е | 16 (—) | 1,9 | 31(+) | 17 |
| J | 1,3 | 13,6(—) | 10(—) | 9,5 |
| М | 24(+) | 25(—) | 0,78 | 6,5 |
| S' | 2,6 | 8,7 | 7 |  |

\*См. примечания к табл.1.

**РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ НА ГОМЕОСТАТЕ**

Ситуация фрустрации, создававшаяся при работе на гомеостате, давала возможность испытуемым обвинить в неудаче прибор, партнеров, экспериментатора, неразрешимость задач, плохое самочувствие и собственные способности. Сопоставление результатов работы на гомеостате и данных по тесту Розенцвейга осуществлялось через самоотчеты, в которых испытуемым предоставлялась возможность самим объяснить причину своего успеха или неуспеха при работе на гомеостате.

По аналогии с результатами фрустрационного теста в гомеостатическом

71

эксперименте реакции испытуемых на неудачу также выразились в: а) обвинениях в адрес внешних обстоятельств — прибора, экспериментатора, вмешательства на пульте, партнеров (обоих или одного), неразрешимости задач вообще; б) обвинениях, адресованных себе, — неуверенности в своей собственной работе с прибором, признании собственной несостоятельности; в) избегании обвинения как такового (примером может служить следующее высказывание испытуемого: «Если все три аппарата связаны, вряд ли возможно решить задачу, не поможет и лишнее время, нельзя все стрелки поймать на нуле»).

Кроме показателей направленности реакции оказалось возможным определить и тип реакции на фрустрацию, вызванную работой на гомеостате. Из самоотчетов следует, что испытуемый либо признает и оценивает ситуацию как значимую, либо фиксирован на защите собственного «я», либо ищет выход из проблемы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ С ТЕСТОМ ДЖ. КЕЛЛИ**

Индивидуальный клинический анализ по тесту производился путем подсчета критерия Вилкоксона для разностей пар и выявлял не только наиболее болезненные ситуации общения для субъекта, но и достаточно глубокие невротические составляющие личности. Изучение динамики этих показателей позволяло оценить эффективность курса логопсихотерапии для каждого индивидуально. В качестве иллюстрации приведем примеры такой динамики у двух испытуемых.

**Испытуемый 1**. До прохождения курса лечения из набора патогенных речевых ситуаций выделены: 1) «выступление перед большой аудиторией» и 2) «разговор по телефону». Внутренняя оценка болезненных ситуаций характеризуется наличием компонентов логофобического синдрома: болезненная ситуация вызывает у испытуемого тревогу, чувство дискомфорта; ему трудно понять своего собеседника; больной нуждается в помощи авторитетного или близкого лица; у него возникает заикание и сразу же вслед за этим переживание из-за возникшего заикания.

После прохождения больным курса лечения значимых различий не выявлено, однако некоторые изменения отмечаются: несколько снизилась значимость ситуаций «разговор не телефону» и «разговор с девушкой», зато ситуация «запись речи на магнитофон» стала более значимой, так как требует большего контроля за своей речью.

**Испытуемый** **2**. До прохождения курса лечения самыми болезненными для пациента являлись ситуации «запись речи на магнитофон», «выступление перед большой аудиторией», «выступление перед небольшой группой», «разговор по телефону». С точки зрения внутренней оценки, больной не дифференцирует эти ситуации, они глобально критические для него и вызывают тотальный страх.

После прохождения курса лечения значительно снизилась значимость ситуации «разговор по телефону», пропал страх перед всеми остальными ситуациями.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДНЕВНИКОВ-САМООТЧЕТОВ**

Выдержки из дневников больных, прошедших курс социореадаптации, отражают значительные изменения в их отношении к жизни, к людям, к ситуациям общения;

**Испытуемый 5:** «Сразу после сеанса появилось огромное стремление к самоотдаче, захотелось действовать, всем помочь. Сейчас чувствую желание бороться с теми нежелательными моментами в моей жизни, с которыми раньше вынужденно мирилась. Появилась агрессивность, настырность, уверенность в себе и уравновешенность, организованность и дисциплинированность. Мир воспринимаю спокойно. Я ощущаю в себе большой душевный подъем и хочу сделать как можно больше добра».

**Испытуемый 6:** «Во мне пробудился живой интерес к происходящему вокруг. С окружающими меня людьми стала более авторитарна, появилось желание всем рассказать, как надо поступать. Я стала меньше стесняться себя, смелее заявлять о себе, нет уже ощущения нелепости своей фигуры, желания прислониться к стенке. Изменения не только в поведении, но даже в осанке, взгляде, в интонациях. Прибавилось оптимизма, радостного восприятия мира».

**Испытуемый 11:** «После лечения у меня существенно изменился характер: ушла застенчивость, стал совершенно спокоен, мелочи не волнуют меня, нет взрывного возбуждения, как раньше. Не допускаю бесконтрольных инстинктивных поступков. Уравновешен. Не боюсь высказывать свою точку зрения, советы и замечания других принимаю без обиды. Неприятности и неудачи не выбивают меня из седла. Стал решительнее. Уверен в себе. Неуязвим для грубости. Появилось желание помогать другим и еще большее желание жить».

**Испытуемый 13**: «Стал менее остро реагировать на конфликтные ситуации и даже стараюсь успокоить своего собеседника. Там, где виноват, нет безудержного чувства вины. Собственные неудачи переживаю гораздо спокойнее».

72

Целый ряд испытуемых отмечают в себе изменения, заключающиеся в сглаживании, нейтрализации конфликтов, повышении терпимости и спокойствия к ситуациям и людям, ранее вызывавшим отрицательные психические реакции, улучшении общего психического тонуса, уменьшении тревожности.

У других испытуемых, наоборот, появляется возможность отстаивать свои позиции, находить пути к разрешению конфликтов, призывать к этому окружающих, активно помогать, защищать. Отмечается свобода в речевом поведении.

**ВЫВОДЫ**

1. Проведенные эксперименты показывают, что в ходе социореадаптации происходит выравнивание личностных характеристик заикающихся, так как проводится не только воздействие на личность больного, но и ее изучение, выявление в ней скрытых резервов.

2. Результаты экспериментов полностью согласуются с данными наблюдений за больными на протяжении всего процесса лечения, а также с данными анализа историй болезни, дневникового материала и самохарактеристик заикающихся.

3. Показателем изменения личности больных в результате лечения может служить изменение их отношения к коммуникативным ситуациям, ранее вызывавшим фрустрацию.

4. Из материалов статьи видно, что данные, полученные разными методами, не противоречат друг другу, а взаимно дополняются. Поэтому эти методы можно рекомендовать для включения в комплекс методов, используемых при обследовании заикающихся.

5. Результаты экспериментов позволяют установить общегрупповые тенденции изменения реакций заикающихся на фрустрацию. После лечения сглаживаются агрессивные показатели, повышается устойчивость к фрустрирующим влияниям; появляется адекватное отношение к возможности преодоления жизненных препятствий; повышается адаптивность пациентов, наблюдается переход от пассивно-оборонительного отношения к активным действиям, направленным на разрешение фрустрационных ситуаций.

6. Регистрация динамики фрустрационных характеристик делает необходимым изыскание способов прогнозирования этих изменений до начала лечения в целях целенаправленного воздействия на больных, обеспечивающего надлежащий характер изменений. Проблема эта только ставится, и решение ее требует глубоких исследований личности больных до начала лечения.

1*. Горбов Ф. Д., Новиков М. А.* Вопросы интегративной групповой деятельности.— В сб.: Материалы II Всесоюзного съезда Общества психологов СССР. М., 1963. С. 49—51.

2. *Горбова А. В.* Исследование групповой деятельности на гомеостате в сопоставлении с индивидуально-групповыми характеристиками и методом тестирования. — Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. 1973. № 1. С. 34—36.

3. *Жинкин Н. И*. Механизмы речи. — М., 1958. — 346 с.

4. *Левитов Н. Д*. Фрустрация — один из видов психических состояний. — Вопросы психологии. 1967. № 6. С. 118—129.

5. *Либих С. С.* Коллективная психотерапия неврозов.— Л., 1974.— 205 с.

6. *Некрасова Ю. Б.* Применение комплексного логопедического и психотерапевтического воздействия при устранении заикания у взрослых: Канд. дис. — М., 1968.— 167 с.

7. *Хавин А. Б.* Отношение к своему дефекту индивида и его окружения на модели заикания: Автореф. канд. дис. — Л., 1974. — 20 с.

8. *Fransella F., Bannister D.* A manual for Repertory Grid Technique. — L., N.Y.: Academic Press, 1977.

9. *Rosenzweig S.* The Picture-Association Method and its application in a study of reactions to frustration. — J. Pers. 1945. V. 14. P. 3.

**Поступила в редакцию 19.IХ 1983 г.**