

ФОРМИРОВАНИЕ ДИАЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ В СЕМЕЙНОЙ ГРУППОВОЙ ЛОГОПСИХОТЕРАПИИ

© 2008 г. Н. Л. Карпова*, И. В. Янченко**

* Доктор психологических наук, руководитель группы “Психология общения и реабилитации личности”, ведущий научный сотрудник Психологического института РАО, Москва

** Кандидат психологических наук, Таганрогский педагогический университет, Таганрог

Осуществлен анализ диалогического общения с позиции понимания общения как единства отражения, отношения и обращения (Б.Г. Ананьев, В.Н. Мясищев, А.А. Бодалев). Выделен феномен диалогичности как свойства личности, которое определяет ее способность к диалогическому общению и имеет возрастные особенности. На примере логоневроза показано, что восстановление нарушенного общения возможно при формировании соответствия внутриличностного пространства диалогичности межличностному пространству.

Ключевые слова: диалог, диалогическое общение, диалогичность, речь, логоневроз (заикание), социореабилитация, семейная групповая логопсихотерапия, разновозрастная группа, библиотерапия.

ДИАЛОГ И ДИАЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ

Общение как субъект-субъектное взаимодействие представляет собой сложнейшее социальное явление, которое рассматривается в психологии на теоретическом, экспериментальном и прикладном уровнях уже более века и все же остается не достаточно изученным феноменом. Значимость проблемы диалогического общения в современных науках можно объяснить тем, что именно оно позволяет обратиться исследователю к самому существенному – “человеческому в человеке” (В.И. Слободчиков).

Исходным понятием в диалогическом общении, в процессе которого возникает личностное понимание собеседников и происходит их эмоциональное и когнитивное обогащение, является диалог, содержание которого многомерно и полисемантично.

Теоретический анализ литературы показывает, что понятия “диалогическое общение” и “диалог” тесно связаны и часто используются как синонимы, что не совсем правомерно, поскольку содержание последнего гораздо шире. Современные исследователи подчеркивают, что диалог является сложным полифоническим явлением, постижение которого возможно только с междисциплинарных позиций (М.С. Каган, Г.В. Дьяконов).

Диалог – философская категория, понимание сущности которой изменялось в различные исторические периоды и отличалось субъективностью и разнообразием авторских представлений. Сначала диалог трактовали как общение человека с самим собой – интрасубъектное (Зенон Элейский, Диоген Лаэртский, Платон, Сократ), затем –

как общение межличностное – интерсубъективное (Л. Фейербах, Э. Гуссерль, К. Ясперс), а далее – как интерсубъектное, где признается самоценность и равноценность обеих сторон (М.М. Бахтин, В.С. Библер, М. Бубер).

Большинство отечественных и зарубежных исследований первоначально рассматривали диалог не как межличностное взаимодействие, а как речь индивида, (Л.С. Выготский, Ж. Пиаже). Лишь в конце XX века появились работы о диалоге как единице общения, духовно развивающем и личностно-ориентированном общении (Т.А. Флоренская, С.Л. Братченко). В настоящее время феномен диалога активно исследуется в психологии, выделяется большое разнообразие аспектов его анализа (Ф.Е. Василюк, Г.М. Кучинский, А.Ф. Копьев, Е.Т. Соколова и др.).

Вопросы диалогического общения рассматриваются в контексте зарубежной и отечественной гуманистической психологии (К. Роджерс, В. Франкл, Б.С. Братусь); возрастной аспект косвенно затрагивается в работах, посвященных генезису общения (М.И. Лисина, Л.И. Божович, А. Адлер, Э. Эриксон), роль диалогического общения исследуется в развитии личности (А.А. Бодалев, Т.П. Скрипкина, Л.И. Габдулина), а также в психолого-педагогической деятельности (А.С. Макаренко, Я. Корчак, В.А. Сухомлинский).

Разработку темы диалога в практической психологии в 1980–1990-е годы вела Т.А. Флоренская. Понимая практическую психологию как самостоятельную гуманитарную науку, которая базируется на диалогической методологии (М.М. Бахтин, С.С. Аверинцев, А.А. Ухтомский, П.А. Флорен-

ский), она трактовала диалог как “духовно развивающее общение, без которого невозможно полноценное становление личности” [21, с. 3]. По ее мнению, диалогическое общение служит “общим знаменателем” для всех разновидностей практической психологии личности, и методом познания души человека также является диалог [там же, с. 8–9].

Т.А. Флоренская выделяла три уровня диалогического консультирования в соответствии со степенью духовного продвижения собеседников: *первый* уровень диалога связан преимущественно с участливым выслушиванием собеседника, результатом чего является переход от негативных, деструктивных эмоциональных состояний пациента к положительным и конструктивным; *второй* уровень характеризуется преобразованием душевного состояния консультируемого в ходе взаимного сознательного осмысления и разрешения жизненной проблемы; *третий* уровень – катарсис личности – наиболее полное и глубокое изменение сознания и состояний человека благодаря встрече со своим вытесненным ранее духовным Я, его принятие и признание.

Углубленный анализ особенностей индивидуального психологического консультирования как диалогического общения провел А.Ф. Копьев. Он отметил, что в концепции М.М. Бахтина выделяются два взаимосвязанных значения понятия диалога: *первое* – диалог как общечеловеческая философско-антропологическая характеристика, предпосылка и базовое условие человеческого сознания и самосознания, а также основная форма их реализации; *второе* – диалог в более узком своем значении как конкретное событие общения, в котором происходит некий “прорыв” личностей навстречу друг другу, фиксируемый такими понятиями, как “коммуникация” (К. Ясперс), “Я–Ты отношение” (М. Бубер), “открытое общение” в гуманистической психологии (К. Роджерс и др.). В психотерапевтическом общении, в консультировании усматривается именно та конкретная ситуация, в которой самообнаружение личностью своих позиций должно произойти. О наличии психотерапевтического контакта, его уровнях или его отсутствии можно говорить, только если между клиентом и консультантом состоялся этот “малый” диалог [13, с. 4–6].

Методологической основой нашего исследования являются теории Б.Г. Ананьева – В.Н. Мясищева – А.А. Бодалева об общении как единстве отражения, отношения и обращения двух или более взаимодействующих субъектов. Диалогическое общение в рамках данного подхода понимается как особый вид ценностно-смысловых, равноправных и доверительных взаимоотношений, в ходе которых возникает личностное взаимоотражение и творческое, конструктивное, духовно-

развивающее взаимодействие. Признаками диалогического общения являются: а) установление отношений на основе принятия друг друга как неповторимых личностей; доверительная взаимная открытость обеих сторон; уникальность и равенство сущностных позиций общающихся; наличие в общении ценностного, духовно-развивающего смысла; б) взаимное проникновение собеседников в мир чувств и переживаний друг друга; стремление создать целостный образ *Другого* при отсутствии оценочного, “измеряющего” суждения к различным сторонам его индивидуальности; в) субъект-субъектное взаимодействие при наличии “обратной связи”, взаимной помощи и поддержки, а также взаимная дополняемость личностных смыслов, в результате чего рождаются новые смыслы.

Готовность человека к полноценному межличностному, т.е. диалогическому общению – сложный процесс, предполагающий целенаправленное формирование “коммуникативного ядра личности” (А.А. Бодалев), что должно осуществляться на всех ступенях ее онтогенеза.

ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ДИАЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ. ПОНЯТИЕ ДИАЛОГИЧНОСТИ

Современное понимание диалогического общения в возрастном аспекте содержится в работах М.И. Лисиной, которая отмечает ведущую роль общения в психическом развитии ребенка; становлению межличностного общения в раннем онтогенезе посвящены исследования Е.О. Смирновой; Л.И. Божович исследовала процесс осознания ребенком себя как субъекта социальных отношений; Г.А. Цукерман провела анализ развивающего равноправного общения школьников в совместной деятельности; ряд вопросов об особенностях диалогического общения в юношеском возрасте представлен в работах Г.С. Абрамовой, Т.Д. Марцинковской.

В зарубежной психологии формирование способности к диалогическому общению косвенно рассматривает Э. Эриксон (в соотношении с понятием доверия) и А. Адлер (говоря о механизме компенсации и развитии умения сотрудничать с другими людьми).

Мы предположили, что основой диалогического общения является такое свойство личности, как диалогичность. Оно входит в состав “коммуникативного ядра личности”, начинает развиваться с момента рождения ребенка, формируется в течение жизни, и каждый возрастной период вносит свой заметный вклад в последовательное его развитие. Возрастная динамика также прослеживается в ряду основных составляющих диалогичности – потребности, доверительности и активно-

сти общения, способности к сотрудничеству. Линию развития диалогичности можно представить следующим образом:

– Способность к доверительному общению начинается формироваться в младенчестве, когда ведущей деятельностью выступает эмоционально-личностное общение ребенка со взрослым. Доброжелательное отношение младенца к окружающим, возможность без опаски общаться с новыми, неизвестными людьми во многом предопределяется “базовым доверием” (Э. Эриксон), основанном на чувстве безопасности и защищенности, которое обеспечивает мать.

– Потребность в общении, повышение активности при взаимодействии, направленность на другого человека появляются уже в младенчестве. В дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте “коммуникативное ядро личности” формируется и развивается у ребенка при поддержке взрослого.

– Становление субъектности связано с выделением у ребенка собственного *Я* и дифференциацией восприятия взрослых. Изначально отношения *Я–Другой* слиты в сознании ребенка; во втором полугодии его жизни начинают закладываться и проявляться элементы избирательно-деловых отношений с другими. Особо значимым фактором развития диалогичности личности становится формирование дошкольника как субъекта социальных отношений, подростка – как субъекта общения с другими, юноши и девушки – как субъекта собственной жизни.

– Способность к сотрудничеству, принятию другого человека как неповторимой ценности, стремление занять равную сущностную позицию в общении закладываются в дошкольном возрасте, когда внимание ребенка начинает переключаться со значимого взрослого на сверстника как партнера по общению. В подростковом и юношеском возрасте с развитием сознания появляется возможность определять границы *Другого* и своего *Я* и целенаправленно выстраивать отношения равноправия и ответственности. Проявление оттенков диалогичности в зрелом возрасте обусловлено индивидуально-личностными особенностями субъекта, что в свою очередь определяет целостное восприятие *Я*-образа и образа *Другого*.

Таким образом, диалогичность представляет собой особое интегральное свойство личности, которое характеризует ее способность (интеллектуальную, эмоциональную, поведенческую) к диалогическому общению. Это свойство проявляется во внутриличностном и в межличностном пространстве диалогических связей. Внутриличностное пространство – это внутренние интенции: направленность личности в процессе общения на *Себя* или на *Другого*, потребность в обще-

нии, эмоциональность в ходе взаимодействия. Межличностный уровень – реализация этих интенций: умение гармонично включаться в общение, терпимое отношение к ценностям, мыслям, чувствам другого человека, возможность продуктивно решать межличностные конфликты, уважая чужие потребности.

Существуют разные уровни диалогичности личности в общении (низкий, средний, высокий), обусловленные возрастными и личностными особенностями.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ПРИ ЗАИКАНИИ

Несформированность диалогического общения в детстве, нарушение диалоговых отношений на разных возрастных этапах ведут к искажениям личностного развития, росту проблем на внутри- и межличностном уровнях, а также к тяжелым неврозам. Примером может служить функциональный невроз речи – заикание (логоневроз). В мире этим недугом страдает 1.5–3% населения разного возраста, и он является серьезным препятствием для становления личности и ее полноценного развития.

Современная отечественная психология и логопедия исходят из признания коммуникативной природы заикания (Н.И. Жинкин, И.Ю. Абелева, Ж.М. Глозман, В.М. Шкловский, Л.З. Андропова, Л.И. Белякова)¹. Вслед за Ю.Б. Некрасовой [17], мы определяем заикание как сложное психофизиологическое состояние, которое выражается в нарушениях темпа, ритма, плавности и строения речи и проявляется в ситуациях значимого общения. Последствия длительных проявлений этого негативного состояния с неизбежностью приводят к деформации личности заикающегося и сказываются на его ближайшем окружении.

Одна из особенностей человека, страдающего логоневрозом, – чрезмерная фиксация на своей речевой проблеме и ощущение отгороженности от всего мира. У него также развивается углубленное негативное самопознание, коммуникативная отстраненность от *Другого*, в общении преобладает монологичность (Л.М. Кроль, Е.В. Михайлова). Заикание подкрепляется дисгармонией отношений с ближайшим окружением и неадекватным отношением человека к самому себе. Ис-

¹ Возникновению заикания способствуют различные predisposing причины: патологические изменения в соматической и психической сферах, которые приводят к задержке речевого развития и речевым расстройствам ребенка; а также провоцирующие причины: одномоментная или хроническая психическая травма, ускоренный темп речи и нарушения произношения, подражание заикающимся родственникам и близким. Однако и при отсутствии плавности речи в случае сохранности и полноценности общения логоневроз может не возникнуть, личностное развитие будет нормальным.

следования показывают, что не сама по себе плохая речь, а именно нарушение речевого общения является для абсолютного большинства заикающихся источником постоянной психотравмы. При этом отметим, что многие из пациентов имеют хороший интеллект, и затруднения в вербализации мыслей и чувств выступают у них на фоне хорошо развитой “внутренней” и письменной речи.

Вывод о недостаточной сформированности при логоневрозе диалогических связей на межличностном и внутриличностном уровнях вытекает из признания коммуникативной природы заикания: у заикающихся искажено восприятие своего образа и образа собеседника как субъектов общения (компонент отражения), наблюдаются замкнутость и пассивность в ходе взаимодействия (компонент обращения), недоверие к собеседнику и эмоциональное напряжение в процессе общения (компонент отношения). Однако в большинстве случаев потребность в общении и диалогическая направленность личности остаются сохраненными, хотя в процессе межличностного общения заикающийся во многом теряет диалогический ориентир, имеющийся во внутриличностном пространстве. В силу коммуникативной фрустрированности он боится вступать в диалог. Ощущение речевой несостоятельности в процессе общения является для него более значимым фактором, чем ценность другой личности. В результате у заикающегося, по А.Н. Леонтьеву, происходит “сдвиг мотива на цель”: ценность общения подменяется значимостью собственного переживания.

Повреждение диалогической природы личности, которое обнаруживается при различных формах психических нарушений и дезадаптаций, нигде не проявляется столь ярко и очевидно, как при логоневрозах. Здесь просматривается, с одной стороны, косвенное (как бы “от противного”) доказательство реальности диалогических отношений, и с другой стороны, путь к адекватным терапевтическим средствам восстановления диалогических оснований здоровой человеческой коммуникации.

Одним из таких средств является методика семейной групповой логопсихотерапии, разработанная нами на основе комплексного метода социореабилитации заикающихся подростков и взрослых Ю.Б. Некрасовой [17]. Логоневроз мы рассматриваем как модель системного нарушения общения, а саму методику – как модель эффективного процесса социореабилитации личности средствами диалогического общения [11, 12, 23]. Процесс творческой социореабилитации в разновозрастной логопсихотерапевтической группе позволяет восстановить полноценное диалогическое общение и тем самым осуществить глубокую перестройку личности – из “больной”, неуверенной в себе, коммуникативно ограниченной – в

здоровую, наделенную новыми чертами, позволяющими ей стать коммуникабельной, стрессоустойчивой, социально активной.

МЕТОДИКА

Участники исследования. В работе принимали участие 70 подростков и взрослых с нарушенным речевым общением в форме логоневроза (заикание) в возрасте 9–30 лет, а также их родители и родственники – всего 165 человек.

Исследование формирования диалогического общения проводилось в 1999–2005 гг. в процессе подготовки и работы экспериментальных групп семейной логопсихотерапии на базе Центра “Здоровый ребенок” (г. Таганрог), Психологического института РАО (г. Москва), Самарского Центра развития образования (г. Самара и Самарская область), Дальневосточного госуниверситета (г. Владивосток).

Процедура исследования. Методика семейной групповой логопсихотерапии состоит из четырех основных этапов: I – пропедевтический (диагностико-подготовительный) – длится не менее 3–6 месяцев и проходит “на расстоянии” в форме переписки; II – сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии, где за 1.5 часа “снимается” заикание; III – активная семейная групповая логопсихотерапия (1.5 месяца ежедневных 7–9-часовых занятий); IV – контрольно-поддерживающая групповая логопсихотерапия (2 недели ежедневных 7–9-часовых занятий). Психологический анализ формирования диалогического общения осуществлялся на всех этапах “лечебного перевоспитания” (В.Н. Мясищев) с учетом специфики каждого этапа.

В процессе исследования были использованы как традиционные, так и авторские методы:

I. Диагностические методы:

– *традиционные:* а) включенное наблюдение и самонаблюдение пациентов и их родственников; б) беседы, анкетирование; в) тестирование: тесты Ю.М. Орлова (потребность в общении); В.М. Русалова ОФДСИ (формально-динамические свойства индивидуальности – коммуникативная сфера); тест Д. Тейлор, адаптированный Т.А. Немчиным (тревожность); тесты В.В. Калягина (уровни речевой тревоги и речевых притязаний); проективная методика С.Л. Братченко НЛО (направленность личности в общении); г) анализ анамнестических данных; д) метод экспертных оценок.

– *Авторские,* разработанные И.В. Янченко: а) методика “Формы диалогического общения (ДО) и уровни диалогичности” (на материале библиотерапевтических работ); б) метод контент-анализа, адаптированный для обработки письменных работ пациентов и их родственников; в) методика “Диагностика диалогичности”; г) ба-

завая для нашей работы динамическая психотерапевтическая диагностика Ю.Б. Некрасовой с использованием библиотерапии и специально подобранных тестов и опросников “в связке” [17].

II. Методы воздействия:

– *Традиционные*: формирующий эксперимент. Процесс социореабилитации рассматривался нами как психолого-педагогический и исследовательский эксперимент, где общий эффект достигался в результате осуществления принципа дополнительности всех составляющих его элементов.

– *Нетрадиционные*: а) библиотерапия – лечение направленным чтением; б) символотерапия – использование символических значений основных понятий методики; в) кинезитерапия – разновидность терапии движением; г) кино- и видеотерапия с последующим анализом видеозаписей.

III. Методы статистической обработки информации: а) расчет статистической значимости различий с использованием *t*-критерия Стьюдента; б) корреляционный анализ Спирмена.

В соответствии с использованной методикой, для формирования и развития диалогичности личности необходимы условия: *во-первых*, признание за каждым заикающимся способности к развитию диалогичности. На этом наиболее гуманном подходе построена динамическая психотерапевтическая диагностика Ю.Б. Некрасовой, которая позволяет выявлять не только внутреннюю картину болезни (по А.Р. Лурия), но прежде всего – внутреннюю картину здоровья – те “ростовые точки”, с опоры на которые начинается излечение. *Во-вторых*, формирование группы по разновозрастному принципу, что позволяет заикающимся наиболее адекватно идентифицировать события “лечебного перевоспитания” с явлениями окружающего социума. Организация внутригруппового диалогического общения подростков и взрослых, в свою очередь, создает условия для положительной динамики диалогичности личности каждого участника процесса логопсихотерапии. *В-третьих*, система методов вызывания, пролонгирования и закрепления континуума саногенных (оздоравливающих, по Ю.М. Орлову) психических состояний, которые обеспечивают динамику личности, включенной в общение, и используются для анализа логопсихотерапевтического процесса как проявление обратной связи на приемы воздействия. Эти состояния являются основой конструирования содержания логопсихотерапии, инструментом изучения ее эффективности и, в частности, – становления и развития диалогического общения в группе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Психологический анализ формирования диалогического общения проводился на каждом из четырех этапов логопсихотерапии с учетом его специфики:

На I – подготовительном – методом библиотерапии осуществляется опосредованное стимулирование готовности пациента и его родственников к изменениям внутриличностного и межличностного пространств диалоговых связей. У пациента формируется модель диалогического общения, в которой просматривается его диалогическая позиция, развернутая в основном в “интрасубъективном” плане. Следующая задача логопсихотерапии – “перевод” модели диалогического общения с интрасубъективного уровня на интерсубъективный, т.е. в план непосредственных социальных отношений.

На II этапе – в ходе сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии – диалогическое общение пациента с логопсихотерапевтом достигает своего наивысшего раскрытия: у пациентов происходит личностно-мотивационный “взрыв”, приводящий к стойким личностным новообразованиям, среди которых – открытость и доверие *Миру*, окружающим и *Себе*, что является неотъемлемыми составляющими диалогического общения.

Формирование и развитие диалогического общения на III этапе – активной групповой семейной логопсихотерапии – осуществляется в ходе ежедневных 7–9-часовых занятий на протяжении 1.5 месяцев. Здесь прорабатываются все основные компоненты общения: отражение (создается резонанс мыслей, единое смысловое поле собеседников), отношение (усиливается положительная направленность участников группы друг на друга, их взаимный эмоциональный отклик), обращение (активность и адекватность поведения пациентов в различных ситуациях общения). Личностно-направленный подход реализуется в разнообразных формах эмоционально-стрессовой психотерапии, коммуникативного тренинга, логопсихотерапевтических занятий с использованием многообразия возможностей арттерапии. Данная работа продолжается через полгода и на IV – контрольно-поддерживающем – этапе методики, где основные элементы групповой семейной логопсихотерапии повторяются на качественно новом уровне.

В ходе логопсихотерапевтического общения у большинства пациентов постепенно смещается акцент ценностей со своих переживаний на другого человека. Во многом это происходит благодаря реализации принципов диалогического общения на всех этапах методики, которые подразумевают активную коммуникативную позицию и внутреннее равноправие всех участников лого-

психотерапевтических групп, ответственность в отношениях с другим человеком, взаимное творческое развитие, а также резонанс состояний (желание высказаться – желание выслушать; желание объяснить – желание понять; установка на лечение – установка на помощь). Этому способствуют формирование группы по разновозрастному принципу и активное участие в работе родителей и родственников пациентов.

Цель методики “Формы диалогического общения и уровни диалогичности” – выявление доминантных диалоговых форм и уровней внутриличностного пространства диалогичности каждого заикающегося на основе психосемантического анализа библиотерапевтических работ, выполненных пациентами и их родственниками на I – пропедевтическом – этапе. Было выявлено 5 основных диалоговых форм (читатель-текст, читатель-автор, читатель-герой, читатель-логопсихотерапевт, читатель-читатель) и 3 основных уровня диалогичности личности во внутриличностном пространстве. **Низкий** уровень характеризуется поверхностным восприятием текста в целом и обобщенным оценочным отношением к прочитанному; отклик о прочитанном, как правило, носит безличный характер. **Средний** – отличается усложнением анализа, обращение к тексту идет многопланово, однако свои личные смыслы пациент выражает поверхностно. **Высокий** – характеризуется развернутой устойчивой оценкой событий и сюжета, произведение анализируется пациентом сквозь призму личностных смыслов.

Цель метода контент-анализа, адаптированного для обработки опросников и библиотерапевтических материалов, – выявление личностного смысла каждого письменного отзыва, выходящего порой за пределы текстовой реальности. Количественные данные позволяют охарактеризовать личность пациента и сделать выводы о качественном содержании написанного им текста.

Методика “Диагностика диалогичности” направлена на изучение внутриличностного и межличностного пространства диалогичности личности, критериями которой являются:

- отношение: направленность личности в общении, выраженность потребности в общении, интерес и эмоциональное отношение к другому человеку и к себе;

- отражение: представление о себе и о другом человеке как о субъектах общения, осознание потребности в общении, способность к познанию другого человека и самопознанию;

- обращение: активность и инициативность в общении, реализация потребности в общении, вступление в социальные контакты, навыки конструктивного общения.

Методом экспертных оценок было выделено три основных уровня диалогичности: низкий,

средний, высокий, а также два промежуточных подуровня (низкий с тенденцией к среднему и средний с тенденцией к высокому). Уровень диалогичности участников экспериментальных групп измерялся по определенным критериям в 3-балльной системе до и после прохождения полного курса семейной групповой логопсихотерапии. Охарактеризуем эти уровни:

Низкий – диалогическая направленность личности в общении не выражена; степень потребности в общении низкая или средняя; проявляются неуверенность, беспокойство, высокая чувствительность к неудачам в общении; навыки конструктивного общения не сформированы.

Средний – диалогическая направленность неустойчивая; степень потребности в общении средняя или высокая, не соотносится с активностью по ее реализации; эмоциональное отношение к процессу общения положительное, адекватное, однако возможно “застывание” на неудачах в общении; навыки конструктивного общения достаточно сформированы, но их практическое применение ограничивается рамками специально организованной деятельности.

Высокий – диалогическая направленность устойчивая; степень потребности в общении высокая, соотносится с постоянной активностью по ее реализации; эмоциональное отношение к процессу общения положительное; навыки конструктивного общения сформированы хорошо, применяются как в рамках специально организованной деятельности, так и вне ее.

Проведенное исследование позволило получить следующие *результаты*:

1. Выявлено, что у всех пациентов групп семейной логопсихотерапии (подросткового возраста и взрослых) до начала лечебно-обучающего курса внутриличностное пространство диалогичности не соответствовало межличностному пространству. Это проявлялось в том, что заикающимся была свойственна достаточно высокая потребность в общении, но даже при наличии у них внутренней диалогической направленности отмечалась невозможность полной реализации ее в силу речевого дефекта. Данное несоответствие подтвердили результаты сравнительной диагностики методами библиотерапии и экспертных оценок, а также признания самих пациентов: “*В душе я очень общительный человек, но полностью реализовать свою потребность в общении не могу из-за своей проблемы с речью – заикания. Я очень стесняюсь этого и стараюсь скрыть свой недостаток, поэтому чаще молчу, если чувствую, что не смогу ровно сказать*” (М.А., 20 лет).

2. Было установлено, что феномен диалогичности имеет возрастные особенности и в каждой возрастной подгруппе проявляется на разных

Таблица 1. Уровни диалогичности заикающихся на подготовительном этапе логопсихотерапии

Возраст заикающихся	Количество обследованных	Уровни диалогичности		
		Низкий	Средний	Высокий
Младшие подростки (9–13 лет)	32 (45.7%)	35.6%	31.1%	33.3%
Старшие подростки (14–17 лет)	10 (14.3%)	40.0%	37.6%	22.4%
Взрослые (18–30 лет)	28 (40.0%)	7.0%	29.0%	64.0%

уровнях. На подготовительном этапе исходный низкий уровень внутриличностного пространства диалогичности был выявлен у 35.6% младших подростков, 40% старших подростков и 7% взрослых; исходный высокий уровень соответственно показали 33.3% младших подростков, 22.4% старших подростков и 64% взрослых (см. табл. 1).

3. До начала активной логопсихотерапии диалогическая направленность личности в общении была выявлена всего у 26% пациентов, на момент окончания курса рост диалогичности зафиксирован у всех пациентов – в среднем на 9%. Лиц с преобладанием индифферентной направленности (игнорирование общения как такового) по окончании курса социореабилитации отмечено не было. Это подтверждает гипотезу об особой значимости полноценного межличностного общения для заикающихся.

4. В процессе логопсихотерапии повысился уровень внутриличностного и межличностного пространств диалогичности у абсолютного большинства заикавшихся: до начала курса у 71% подростков был зафиксирован низкий уровень диалогичности, по его окончании 81% показали средний уровень; у 72% взрослых пациентов до начала

курса преобладал низкий уровень с тенденцией к среднему, по его окончании 57% имели высокий и 36% – средний с тенденцией к высокому (см. рис.).

5. Показано, что у большинства заикавшихся в ходе социореабилитационной работы высокий уровень диалогичности во внутриличностном пространстве был приведен в соответствие с уровнем диалогичности в межличностном пространстве; к окончанию курса логопсихотерапии высокая потребность в общении у заикавшихся получила возможность реализации (см. табл. 2). По отзывам самих пациентов: *“После лечения изменилось мое отношение к общению. Я стал больше его ценить, я узнал, что оно может приносить нескончаемое удовольствие, если делать это умеючи. Действительно, общение – это роскошь, ценность, дар!”* (К.А., 19 лет).

6. Исследование выявило возрастные особенности диалогичности: у подростков в ходе логопсихотерапии проявляется общая тенденция к развитию диалогичности личности в общении, у взрослых пациентов – тенденция к переводу “скрытой” диалогичности во внутриличностном пространстве в диалогичность межличностную.

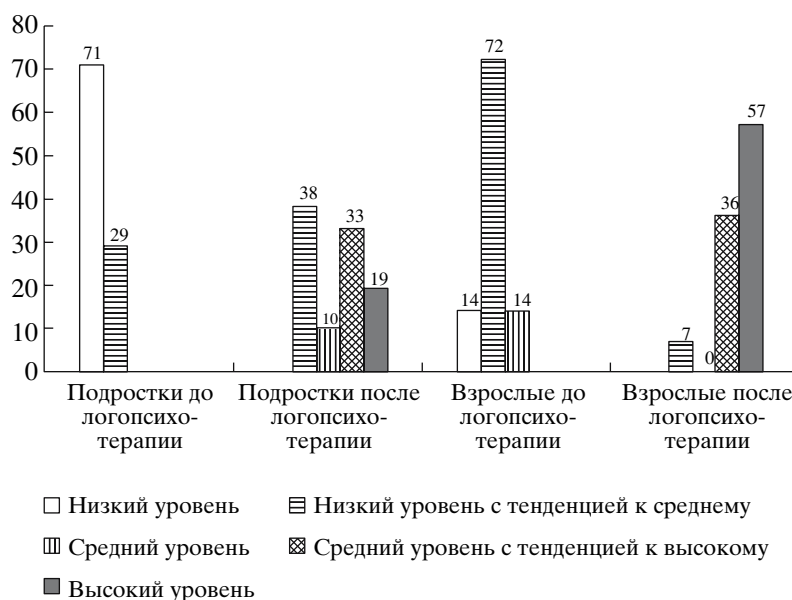


Рис. Уровни диалогичности, выявленные до и после курса логопсихотерапии (в процентах).

Таблица 2. Уровни диалогичности внутриличностного и межличностного пространств заикающихся до и после курса логопсихотерапии

Возраст заикающихся	Уровень диалогичности во внутриличностном пространстве (по данным библиотерапии)	Уровень диалогичности в межличностном пространстве (по данным экспертных оценок, указан средний балл по группе)	
	На подготовительном этапе	До лечения	После лечения
Младшие подростки (9–13 лет)	Средний	Низкий – 1.3 балла	Средний – 2.0 балла
Старшие подростки (14–17 лет)	Средний	Низкий – 1.2 балла	Средний – 2.0 балла
Взрослые (18–30 лет)	Высокий	Низкий с тенденцией к среднему – 1.6 балла	Высокий – 2.6 балла

7. В процессе семейной групповой логопсихотерапии установлено соответствие динамики речевых и личностных характеристик заикавшихся уровням их диалогичности: а) низкий уровень диалогичности до начала курса обнаруживает корреляционные связи с такими речевыми и личностными характеристиками пациентов, как потребность личности в общении ($r = 0.298$), диалогическая направленность личности в общении ($r = 0.333$), коммуникативная эргичность ($r = 0.467$); б) высокий и средний уровень диалогичности у пациентов после курса социореабилитации связан с такими характеристиками, как потребность в общении ($r = 0.55$), диалогическая направленность личности в общении ($r = 0.291$), коммуникативная эргичность ($r = 0.663$), коммуникативная скорость ($r = 0.499$), коммуникативная эмоциональность ($r = -0.551$), речевая тревога ($r = -0.2$). Все эти характеристики являются индикаторами диалогичности.

8. Практически у всех пациентов уровень потребности в общении повысился к окончанию курса логопсихотерапии. Средний уровень роста составил 14%.

Было установлено, что созданию и поддержанию высокого уровня диалогичности пациентов, который обеспечивает динамику и глубину диалогического общения в логопсихотерапевтическом процессе, способствуют следующие психологические механизмы:

– *“Смыслопорождение”* – наиболее общий. Признаками диалогического общения является рождение новых смыслов. В ходе занятий организуется процесс движения текста (высказывания, реплики) от одного собеседника к другому, и происходит нетривиальный, но заданный алгоритмом сдвиг значения, результатом которого становится образование нового сообщения, – так каждый участник группы становится генератором новых смыслов.

– *Децентрация*. Основным условием, способствующим росту диалогического взаимодействия в группе, выступает особая направленность партнеров общения: не в центрации на собственных проблемах и переживаниях, а в ориентации на

внутренний мир другого человека. Результатом становится более глубокое познание и структурирование каждым собственного духовного мира.

– *Соучастие*. Благодаря эмоционально положительному и активному соучастию пациентов, родителей и логопсихотерапевта в общении осуществляется перевод потенциальной направленности личности заикающегося на другого человека. Сначала сопереживание, сострадание, сорадование проявляются в отношении к близкому человеку, а затем передаются всем остальным членам группы. Воспитывающая “соучастная” и “созвучная” среда влияет и на групповую, и на внутрисемейную сплоченность. Направленность на разделенность и совместность переживаний поддерживает стремление к более глубокому пониманию и безоценочному принятию окружающих людей.

– *Преодоление “барьеров”*. Снятие скованности, болезненной застенчивости, боязни заикающегося сделать неудачный шаг в общении происходит благодаря постепенному преодолению *Себя* с помощью логопсихотерапевта и группы. В логопсихотерапии данный механизм обладает большим энергетическим потенциалом: положительный результат выражается в личностных изменениях пациента, поверившего в свои силы и получившего удовлетворяющую его перспективу: на смену ситуациям затрудненного общения приходит ораторское искусство и мастерство публичного выступления.

– *“Эффект Пигмалиона”*. Суть данного механизма, открытого в учебном процессе (А. Розенталь, Л. Джейкобсон), – в присвоении пациентом созданного им самим нового образа при поддержке группы – “коллективного логопсихотерапевта”. Доброжелательная атмосфера в группе, внимательное отношение к успехам и достижениям каждого увеличивает активность личности в общении. Данный механизм позволяет использовать внутриличностный потенциал диалогического общения для восстановления межличностного пространства.

ВЫВОДЫ

1. Основой диалогического общения является диалогичность как интегральное, имеющее возрастные особенности свойство личности, которое характеризует ее способность (интеллектуальную, эмоциональную, поведенческую) к диалогическому общению и проявляется во внутриличностном и межличностном пространствах. Феномен диалогичности имеет трехкомпонентную структуру и включает в себя отношение, отражение, обращение. Существуют разные уровни диалогичности личности в общении (низкий, средний, высокий), обусловленные возрастными и личностными особенностями.

2. Анализ результатов экспериментального исследования формирования диалогического общения позволяет утверждать, что восстановление нарушенного речевого общения у заикающихся с помощью методики семейной групповой логопсихотерапии связано с достижением оптимального соответствия внутриличностного и межличностного пространств диалогичности, которые до начала курса социореабилитации не совпадали. Эффективность методики обусловлена тем, что восстанавливает у заикающегося человека возможности диалогического общения, возвращает ему возможность дальнейшего развития личности, а сам логопсихотерапевтический процесс предстает особым пространством для развития ее диалогичности.

3. Исследование показало, что методика семейной групповой логопсихотерапии представляет собой модель восстановления и поддержания полноценного диалогического общения как отдельных индивидов, так и группы в целом. Активное участие родителей и родственников заикающихся в диалогическом пространстве реабилитационного процесса позволяет переносить новый опыт диалогического общения в детско-родительские отношения и в различные социальные коллективы. Обучение всех участников группы эффективным формам диалогического общения служит профилактикой неврозов – в частности, логоневроза (заикания) – и возможных дисгармоний личностного развития. Элементы методики могут иметь практическое применение не только в решении проблем социореабилитации, но и психолого-педагогических задач – для поддержания нравственного, эмоционального, физического и психического здоровья людей разного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: лекции по введению в психотерапию для врачей и психологов. М., 2002.
2. Бахтин М.М. Собр. соч. в 5 т. М.: Русские словари, 1997.
3. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М.: В. Секачев, 1998.
4. Библиопсихология и библиотерапия / Под ред. Н.С. Лейтеса, Н.Л. Карповой, О.Л. Кабачек. М.: Школьная библиотека, 2005.
5. Бодалев А.А. Психология общения. Избранные психологические труды. М.–Воронеж, 2002.
6. Братченко С.Л. Межличностный диалог и его основные атрибуты // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл, 1997. С. 201–222.
7. Бубер М. Я и Ты. М.: Высшая школа, 1993.
8. Дьяконов Г.В. Психология диалога: теоретико-методологическое исследование. Кировоград, 2006.
9. Жинкин Н.И. Механизмы речи. М.: АПН РСФСР, 1956.
10. Казан М.С. Мир общения. М.: Политиздат, 1998.
11. Карпова Н.Л. Мотивационная включенность в деятельность: структура, механизмы, условия формирования: Дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998.
12. Карпова Н.Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии. М.: МПСИ: Флинта, 1997.
13. Копьев А.Ф. Психологическое консультирование: опыт диалогической интерпретации // Психологическое консультирование и психотерапия / Сост. А.Б. Орлов. М., 2004. С. 5–14.
14. Кроль М.М. Клинико-психологический анализ групповой психотерапии при заикании: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1987.
15. Михайлова Е.Л. Коммуникативное самосознание заикающихся и его изменение в процессе групповой психокоррекции: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1988.
16. Мяснищев В.Н. Психология отношений / Под ред. А.А. Бодалева. М.–Воронеж, 2003.
17. Некрасова Ю.Б. Психологические основы процесса социореабилитации заикающегося: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 1992.
18. Общение и речь: развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М.И. Лисиной. М.: Педагогика, 1985.
19. Роджерс К. Клиентоцентрированный – человекоцентрированный подход в психотерапии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 24–31.
20. Скрипкина Т.П. Взаимодействие как основание межличностных взаимодействий // Вопросы психологии. 1999. № 5. С. 21–30.
21. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. М.: Владос, 2001.
22. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Летний сад, 2000.
23. Янченко И.В. Формирование диалогического общения в психотерапевтическом процессе (на примере разновозрастных групп семейной логопсихотерапии): Дисс. ... канд. психол. наук. Ростов н/Д, 2006.

DIALOGIC COMMUNICATION FORMING IN FAMILY GROUP LOGOTHERAPY

N. L. Karpova*, I. V. Yanchenko**

** Sc.D. (psychology), head of "Psychology of communication and personality rehabilitation" group,
leading research assistant, Psychological Institute of RAE, Moscow*

*** PhD, Taganrog Pedagogical University, Taganrog*

The analysis of dialogic communication from the position of understanding of communication as unity of reflection, attitude and treatment (V.N. Myasishev, A.A. Bodalev) is conducted. The phenomenon of dialoging as personality feature which determines its ability for dialogic communication and has age peculiarities is allotted. It is established that disturbed communication recovery (by the example of logoneurosis) is possible by forming conformity of dialoging intrapersonal space with interpersonal space.

Key words: dialog, dialogic communication, dialoging, speech, logoneurosis (stammering), sociorehabilitation, family group logotherapy, group of different ages, bibliotherapy.