

## Психотерапия

© 1997 г. Н.Л. Карпова

### МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ САМОСОЗНАНИЯ ЗАИКАЮЩИХСЯ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИИ

На примере конкретной методики групповой семейной логопсихотерапии рассматривается динамика самосознания пациентов и их родственников на основных этапах процесса социореабилитации.

Анализируется ряд приемов психокоррекции личностных смыслов и выявляется характер мотивации всех участников процесса лечебного перевоспитания.

*Ключевые слова:* общение, нарушение речевой коммуникации, мотивация, мотивационная включенность, логопсихотерапия, групповая семейная психотерапия, этапы социореабилитации, самосознание.

Главный вопрос социореабилитации – восстановление нарушенного физического и психического здоровья отдельных индивидов и целых социальных групп – требует внимания работников медицинской и социальной сфер, педагогов, психологов, поскольку речь идет не только об исцелении от физических недугов, но и о максимально полноценной жизнедеятельности человека в обществе при наличии любого физического или психического дефекта.

В.Н. Мясищев справедливо заметил, что между психологией, педагогикой и психотерапией нет четких границ, как нет их и между внушением, убеждением и лечебным перевоспитанием. Учитывая, что одной из задач психологии является построение исследований, которые не столько направлены на обоснование утвердившегося в практике, сколько опережают ее, прокладывают новые пути, обеспечивают широкий поиск новых подходов и методов (в частности, в обучении и воспитании), – мы рассматриваем конкретную методику социореабилитации заикающихся подростков и взрослых, с помощью которой в течение нескольких лет проводилось исследование, как модель процесса социореабилитации в целом, а мотивационную включенность пациентов и их родственников в процессе лечебного перевоспитания – как предпосылку и основание его эффективности.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЗАИКАЮЩИХСЯ

Рассматривая процесс социореабилитации как сложный вид деятельности, отвечающий не одному мотиву ("вылечиться"), а нескольким, одновременно действующим и взаимодействующим, образующим разветвленную систему мотивации действий и поступков, мы выбрали предметом изучения пациентов с нарушением речевого общения ввиду особой сложности лечения данного заболевания.

Заикание – одна из распространенных форм логоневроза, глубоко затрагивающего личностную сферу пациентов и их родственников. Этим недугом страдает 2,5–3% населения. И несмотря на большое число исследований по данной проблеме у нас в



стране и за рубежом, имеющиеся приемы, способы и методы лечения, остается потребность в эффективных методиках, обеспечивающих стойкое закрепление положительных результатов, поскольку очень высок рецидив. Многочисленные исследования психологического аспекта заикания (И.Ю. Абелева, Н.И. Жинкин, Ж.М. Глозман, А.Б. Хавин, В.М. Шкловский и др.) показывают, что это явление – нарушение прежде всего системы общения, приводящее к изменениям личности заикающихся. В настоящее время утвердилось концепция о сугубо коммуникативном характере этой формы логопатии (имеются в виду колебания в речи больных логоневрозом): усиление заикания в момент актуального речевого общения и спонтанное прекращение вне его, в отсутствие коммуникативного партнера (исключая, по данным Л.И. Беляковой, случаи неврозоподобного заикания, утяжеленные выраженной неврологической симптоматикой [10, с. 2; 14, с. 1]). Как отмечает один из наших ведущих логопсихотерапевтов Ю.Б. Некрасова, ссылаясь на данные В.С. Ротенберга и Г. Аммона, в наиболее тяжелых случаях недуга эти изменения ведут к утрате чувственного контакта с людьми, интегрированности с миром и отказу от поисковой активности, что ставит проблему восстановления нарушенного общения через глубинное преобразование личности [10, с. 4].

Приходящие в нашу лабораторию заикающиеся подростки и взрослые – это в основном люди со "звучащей психотравмой", многократно и безуспешно лечившиеся. Они характеризуются пассивно-оборонительным поведением, изменениями в когнитивной сфере (искаженное представление о себе как субъекте общения, объяснение своих коммуникативных проблем фактом наличия заикания, а не личностными особенностями), неверием в возможность купирования речевого дефекта [10, с. 23]. Придя на первую консультацию, они говорят: "Уже устал лечиться от заикания, – может, пора просто смириться с этим... но как хочется хорошо говорить" (А.А., 28 лет). "Каждый раз я приступал с надеждой к новому лечению, занимался добросовестно, но результаты быстро исчезали, надежды таяли". (К.М., 19 лет). Это отмечают и родственники пациентов: "Разуверилась в себе... почти не борется" (отец 14-летней У.Н.); "После каждого нового лечения сыну становилось все хуже. Он уже потерял всякую надежду" (мама 20-летнего Ш.А.); "Все эти годы главное для меня – вылечить сына. Надежда осталась только на Вас" (мама 35-летнего Г.А.). Т.е. все жизненные проблемы заикающегося человека и его близких "закручены" на его речевом дефекте, а в избавлении от этого недуга как пациент, так и его родственники видят основной смысл ближайшего будущего и уверены, что, будучи здоровым и "полноценным", человек добьется многого в жизни.

В то же время исследования индивидуальных психологических факторов в прогнозировании преодоления заикания показывают, что целый ряд совокупных причин, обуславливающих фиксацию на дефекте (уровень социальной адаптации, степень нарушения системы отношений с окружающими, внутренняя картина болезни, определенные варианты индивидуальной психологической структуры), и, особо, – неблагоприятный фон ближайшего окружения – в 80% (!) случаев дают прогноз неблагоприятной субъективной оценки результатов лечения [18]. Исследования польского психолога В. Adamchuk (1992)<sup>1</sup> показали, что только 10% заикающихся имеют стойкую мотивацию к излечению и готовы прилагать большие усилия в процессе лечения. Большинство же пациентов быстро прекращают занятия с логопедом, с возрастом адаптируясь к дефекту, или же стремятся переложить на плечи лечащего врача и свои личные проблемы, связывая их с речевой несостоятельностью. Как отмечают в своем исследовании английские психотерапевты L. Rustin и A. Kurn (1992)<sup>2</sup>, есть заикающиеся, уверенные в своей невосприимчивости к лечению, а также те, кто использует свой речевой дефект в качестве средства защиты и нападения – с

<sup>1</sup> Из докладов на XXII Международном конгрессе по проблемам логопедии и фонологии. Ганновер, 1992.

<sup>2</sup> Там же.



целью обидеть человека. Подчеркивая необходимость всегда знать истинную цель пациента, Rustin и Kurn отмечают, что заикающийся хочет видеть со стороны терапевта симпатию, отзывчивость, понимание, конфиденциальность, а порой ожидает, что врач примет на себя его проблемы. Но тот должен оказывать помощь и поддержку, но никак не принимать решения за пациента.

Перечисленные личностные особенности данной категории больных указывают на то, что прежде чем приступать к активному курсу лечения, необходимо и у пациента, и у его родственников создать стойкую мотивацию достижения успеха в работе по преодолению недуга [16], т.е. привести к переосмыслению своего отношения к дефекту, процессу лечения и осознанию самого себя в ходе этого процесса с целью максимальной включенности в него. Практика показывает, что результативность любого процесса преобразования личности – будь то обучение, воспитание, а также лечебное перевоспитание (психокоррекция, психотерапия) – зависит не столько от начального уровня знаний, культуры (или тяжести заболевания) ученика, воспитанника (или клиента, пациента...), и даже не столько от уровня развития его способностей, сколько от его собственной активности – волевой, эмоциональной, рациональной, деятельностной. Об этом говорит и Б.С. Братусь, подчеркивая особую значимость смысловой, нравственно-ценностной плоскости для понимания сути человеческой личности, ее развития, воспитания и коррекции: "Главным в этой плоскости становится не характер, не темперамент, не успехи человека и его социальные роли, не сама по себе продуктивная его деятельность, а мера участия, заинтересованности, пристрастности, проникновения его в нужды другого человека, общества, человечества в целом" [3, с. 42]. Мы называем это сложное явление активности мотивационной включенностью и вовлеченностью в процесс.

Таким образом, рассматривая заикание как модель системного нарушения общения мы и в процессе социореабилитации пациентов с данным недугом видим модель восстановления полноценного диалогического общения, модель перестройки личности из "больной", неуверенной в себе, коммуникативно ограниченной, – в здоровую, наделенную новыми чертами, позволяющими ей стать коммуникабельной, стрессоустойчивой, социально активной. Предметом нашего научного анализа процесса социореабилитации служат не только различные уровни компенсации дефекта (вплоть до явлений гиперкомпенсации), но и комплекс познавательно-интеллектуальных, эмоционально-волевых, потребностно-мотивационных и коммуникативно-поведенческих звеньев в структуре личности пациента с точки зрения формирования, закрепления у него стойкой мотивации к излечению и развитию самосознания.

#### ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИКИ ЛОГОПСИХОТЕРАПИИ

Исследование мотивационной включенности пациентов и их родственников в лечебный процесс проводится на материале работы логопсихотерапевтической группы по методике социореабилитации заикающихся подростков и взрослых, разработанной Ю.Б. Некрасовой [9, 10, 11]. Данная методика основана на методе эмоционально-стрессовой психотерапии К.М. Дубровского, теории отношений В.Н. Мясищева, общения А.А. Бодалева, коммуникативной функции речи Н.И. Жинкина, психических состояний Ф.Д. Горбова и опирается на достижения творческой педагогики перевоспитания человека А.С. Макаренко и К.М. Дубровского. В основе системы социореабилитации лежит также совокупность следующих принципов: 1) психотерапевтической диагностики, совмещающей диагностическую и психотерапевтическую функции, выявление "внутренней картины здоровья" пациента; 2) опосредования логопсихотерапевтического воздействия (библиотерапия, символотерапия, кинезитерапия); 3) парадоксальности приемов и методов воздействия; 4) коллективного сотворчества пациентов и психотерапевта в организации лечебно-педагогического процесса; 5) диалогического взаимодействия психотерапевта и пациента в процессе лечебного общения; 6) принцип преемственности как отдельных этапов, так



и элементов методики. Таким образом методика представляет собой эффективную комплексную систему, в которой процесс логопсихотерапии выступает контролируемым единством психолого-педагогического и психотерапевтического воздействий на личность пациента в их глубинном взаимопроникновении.

Процесс социореабилитации в рамках данной методики состоит из трех основных этапов: I – *пропедевтический* (подготовительный), который проходит в течение нескольких месяцев при "дистантном общении" (диагностическое обследование пациента проводится посредством переписки). Этот этап выполняет целый ряд функций, в т.ч. моделирующую, диагностическую, терапевтическую; II – *сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии* (ЭСПТ), модификация сеанса, разработанного К.М. Дубровским, в ходе которого за 1,5 часа на сцене перед большим числом зрителей у группы пациентов в 7–12 человек происходят "снятие" заикания и "ввод" в нормальную речь. Это способ нетрадиционного мощного индивидуально-группового воздействия на эмоциональную сферу заикающегося через синтез приемов и методик, когда положительный результат достигается благодаря большой психолого-педагогической подготовительной работе, проведенной на пропедевтическом этапе; III этап – 2-3-месячный *курс активной логопсихотерапии*, который начинается через два дня после сеанса ЭСПТ и содержит целый ряд нетрадиционных приемов и методов индивидуальной и групповой логопсихотерапевтической работы<sup>3</sup>.

Включая в себя нетрадиционные для лечения заикания принципы и приемы, психологическая коррекция в данном случае ориентирована прежде всего на развитие "положительного" в человеке, на такого рода преобразование личности, становление такой ее структуры, которая несовместима с заиканием. В работе ставится акцент не на "логопедию", а на "подводную" (психологическую) часть "айсберга" заикания – заикающуюся личность. Хотя конечная цель – нормализация речи – кажется возможной через усвоение системы особого рода логопедических и психотехнических приемов, успех лечения достигается только через преобразование личности из больной – в коммуникативно полноценную, здоровую. Этому служит динамическая психотерапевтическая диагностика, которая в отличие от традиционной выявляет не только "портрет болезни" пациента, но, главное, – "портрет здоровья". Разработанный диагностический блок (сочетание специально подобранных психологических тестов и опросников с высокохудожественными произведениями, т.н. библиотерапией – лечением книгой) на протяжении I (пропедевтического) этапа позволяет проводить диагностику и одновременно является компонентом лечения, так как вызывает и развивает мотивацию к излечению, что в конечном итоге и способствует выздоровлению. Для самого психотерапевта работа с диагностическими материалами пациентов дает возможность выстроить сценарий – аранжировку сеанса ЭСПТ и выработать стратегию и тактику последующей работы с каждым пациентом и группой в целом, учитывая индивидуальные особенности.

В методике также выделяется ряд психологических факторов, обеспечивающих динамику процесса коррекции нарушений речевого общения. Определяя основную трудность заикающегося как человеческое страдание, суммирующее в обратном приеме собственных сигналов сразу три феномена ("Эхо", "Зеркало", "Кинези" – слышание, видение, ощущение своей плохой речи), то есть тройное страдание, – Ю.Б. Некрасова [10, с. 24] подчеркивает: для того, чтобы возникла потребность в общении, она должна быть не только осознана, но и стать проблемой. В рамках нашего исследования отметим, что данная методика направлена на формирование стойкой мотивации к общению и излечению через преодоление барьеров коммуникации. Обратим внимание также на то, что многие феномены человеческой психики становятся доступны для анализа только в условиях их нарушения, т.е. изучение общения в условиях заикания дает ключ к раскрытию ряда проблем общения в норме.

<sup>3</sup> На наш взгляд, нужно говорить особо и о IV этапе – *контрольно-поддерживающей терапии*, который проводится в течение 2-3 недель полгода спустя.



## РОЛЬ СЕМЬИ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ЛОГОПСИХОТЕРАПИИ

Говоря о процессе социореабилитации в совокупности всех его составляющих, необходимо решать вопрос как о реабилитации самого пациента, так и о включении в этот процесс его ближайшего окружения – родителей и родственников. Многолетняя практика терапии логоневроза показывает, что: а) неучитываемая дисгармония семейных отношений (между родителями и детьми, супругами и т.д.) значительно усугубляет дефект речи и его субъективное переживание пациентами; б) оставаясь без изменений, патологический характер семейных взаимоотношений оказывается фактором, тормозящим процесс коррекции при непосредственных занятиях в лечебной группе; в) прежний уровень внутрисемейной дисгармонии сказывается и на результатах лечения, на последующей адаптации личности, может послужить причиной психологических срывов, рецидивов заикания и т.п. Именно глубокая мотивационно-личностная включенность обеих сторон (пациента и членов его семьи) в происходящее лечение является основным условием действительного выхода из логоневроза как системного нарушения не только в области речи, но и общения личности.

В данной методике уже имелся опыт привлечения родственников пациентов к различным видам и формам логопсихотерапии. Но тот же опыт показывал, что такое привлечение должно происходить путем специальной организации мотивационной включенности их в лечебный процесс на всех его этапах, иначе порой сам факт присутствия родственника на занятии в качестве "зрителя" вызывал у пациента негативную реакцию. С 1989 года мы начали исследование, а затем и целенаправленную работу с людьми из близкого окружения наших пациентов [5, 6].

Организуя работу с родителями и родственниками на первом – пропедевтическом – этапе, мы включаем их в выполнение заданий, аналогичных "детским"<sup>4</sup>. Считая верным не выходить за рамки разработанного автором методики диагностического блока для пациентов, мы выбрали из него те параметры обследования и задания, которые наиболее показательны для этой категории испытуемых. Так, общее число библиотерапевтических художественных произведений было сокращено с 30 до 8 (оставлены те, которые содержат темы семьи и воспитания), исключены некоторые тесты и опросники, направленные преимущественно на диагностику дефекта (например, "Речевой дневник"), и введено сочинение на тему "Я и моя семья". В то же время при компоновке заданий учитывались все требования и принципы основного диагностического блока [12]. Отметим, что уже третья группа родителей и родственников пациентов активно и творчески включается в выполнение наших заданий, и, в общей сложности, динамическую психотерапевтическую диагностику успешно прошли около 100 "родителей", подтвердив эффективность данного нетрадиционного метода исследования. В группе 1993 г. вместе с 16-ю пациентами на всех этапах лечения принимали активное участие 25 их родителей и родственников, в экспериментальной группе 1995 г.<sup>5</sup> вместе с 9-ю пациентами работали 13 их "родителей". Это позволило значительно сократить срок активной логопсихотерапии (до 1,5 месяцев) и говорить о дальнейшем развитии методики в плане создания особой групповой семейной логопсихотерапии.

<sup>4</sup> "Детьми" по традиции называются все пациенты, проходящие в данный момент лечение, – независимо от возраста (а это от 13 до 40 лет). С одной стороны, такое название подчеркивает отношение к родителям, передающее состояние взаимной ответственности, взаимопринятия, с другой, – наличие кавычек указывает на то, что наши пациенты – уже взрослые люди или подростки. Здесь же отметим, что в группу "родителей" входят все родственники пациента, участвующие в работе (в нашей практике – от 3 до 79 лет).

<sup>5</sup> В логопсихотерапевтическую группу 1995 г. впервые были включены сотрудники с сенсорной депривацией (слепоглухота), для которых также актуальна проблема общения.



## ДИНАМИКА МОТИВАЦИИ И САМОСОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИИ

Процесс социореабилитации, как и любой воспитательный, имеет свою логику развития, свои собственные закономерности; пациент не просто пассивно подчиняется воздействиям со стороны психотерапевта и "приноравливается" к условиям, в которых этот процесс совершается; все происходит во взаимопереплетении, взаимопроникновении внешних и внутриличностных процессов. И даже при четкой научной организации внешних психотерапевтических воздействий необходим постоянный учет явлений внутреннего, субъективного мира пациента, движений его души, отражающих изменения в семейных и межличностных отношениях. Подчеркнем, что при групповой психотерапии необходим учет динамики развития психотерапевтического коллектива, а также (обязательно!) изменений, происходящих в когнитивной, эмоционально-волевой и поведенческой сферах самого психотерапевта (руководителя группы, воспитателя, психолога, педагога).

Отечественную психотерапию всегда характеризовало сознательное стремление к включению личности больного, его сознания и самосознания в процессе лечения (об этом – в работах В.Н. Мясищева, А.И. Захарова, И.Е. Вольперта, Б.Д. Карвасарского, В.В. Столина, В.Е. Рожнова и др.). Процесс усвоения личностью социального опыта и любой информации, в т.ч. лечебной, осуществляется через преобразование "внутреннего мира" личности, в котором отражается отношение человека к тому, что он делает и что с ним происходит. Исходя из теоретического положения о том, что смысл "выступает... прежде всего как отношение, которое создается в жизни, в деятельности субъекта", и что "сознательный смысл отражает отношение мотива к цели" [7, с. 291, 293], рассмотрим динамику мотивации и самосознания пациентов в ходе конкретного процесса социореабилитации заикающихся подростков и взрослых.

В исследуемой методике логопсихотерапии следует особо выделить *начальный момент пропедевтического этапа – первую консультативную встречу* будущего пациента и его родственников (их присутствие обязательно) с психотерапевтом.

Но сначала сделаем следующее отступление. Основатель гуманистической психотерапии (целью которой является здоровый творческий индивид, а сутью – рассмотрение отношения личности к смыслам и высшим ценностям бытия, любви, творчеству, милосердию) К. Роджерс, высказывая ряд гипотез, касающихся помощи в росте личности, отмечал, что каждая встреча с человеком, имеющим конфликт и проблемы и ожидающим от него как психотерапевта помощи, была для него серьезным вызовом, поскольку всегда вставал вопрос собственной компетентности, креативности, психической устойчивости для организации этой помощи. И если в начале своей профессиональной деятельности, как замечает выдающийся психотерапевт, он задавался вопросом: "Как я смогу вылечить или изменить этого человека?", то после двадцатилетней практики вопрос был переформулирован следующим образом: "Как создать отношения, которые этот человек может использовать для своего собственного личностного развития?" [15, с. 73–74]. Для нас в русле данного исследования интересно следующее наблюдение Роджерса: "Как только я подошел ко второй постановке вопроса, я понял, что все, что узнал, применимо ко всем отношениям с людьми, а не только в работе с клиентами, имеющими проблемы. Именно поэтому я чувствую, что результаты моего познания, имеющие смысл для моего жизненного опыта, могут иметь некоторый смысл и для вашего опыта, так как все мы – участники человеческих отношений". И основная гипотеза ученого такова: "...если я могу создать определенный тип отношений с другим человеком, он обнаружит в себе способность использовать эти отношения для своего развития, что вызовет изменение и развитие его личности" [15, с. 74–75].

Как показывает наша практика, пример быстрого изменения ряда привычных установок и переосмысления своих взглядов порою дает уже первая консультативная встреча с пациентом, которая в рамках методики, как правило, проводится в присутствии вылеченных или проходящих курс лечения пациентов и сотрудников группы, т.е. "прилюдно" (это своего рода мини-сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии,



который достаточно ярко высвечивает ряд личностных характеристик будущего пациента и особенности его взаимоотношений с близкими родственниками).

Так, 23-летний студент из Украины В.Е. приехал к нам накануне возможного отчисления его из университета из-за плохих ответов на экзаменах по причине заикания. Ситуацию усугубляла невозможность уже в течение трех месяцев получить зарплату в учреждении, где В.Е. работал сторожем: он трижды уходил от кассы, будучи не в состоянии произнести свою фамилию. Мать В.Е. – врач по профессии – приехала с ним и отмечала проявления у сына суицидного комплекса. У пациента был сильный логоневроз, который удалось снять сразу при первой консультативной встрече, о чем позже сам пациент написал: "Мне кажется (я уверен в этом), что в тот день я показал и вывалил перед всеми все свое нутро, которое я любил и даже уважал... За очень многое, сказанное тогда, мне уже сейчас стыдно. И я отмечаю это с радостью. Лед тронулся". И этот же В.Е., присутствуя на следующий день в группе во время консультации другого пациента, 19-летнего К.М., на его вопрос "Когда начнется лечение?", ответил: "А ты разве не понял, – оно уже началось!", – тем самым подтвердив начавшиеся с ним серьезные личностные перемены. В течение двух недель, проведенных далее с группой, которая уже проходила контрольно-поддерживающий этап логопсихотерапии, В.Е., участвуя во всех формах работы, ни разу не заикался. А на одном из занятий в ответ на замечание, высказанное группой по поводу его поведения накануне, признался: "С вами сейчас говорит уже другой В.Е., – не тот, что был вчера".

И такие "превращения" наблюдаются не только у пациентов. Отец 15-летнего А.А., ожидавший на консультации традиционного разговора с врачом "с глаза на глаз", после этой встречи написал нам: "Был крайне удивлен необычностью консультации: болезнь – дело интимное, а здесь присутствовало столько людей... Но все они выразили такую заинтересованность и сочувствие!... Как бы ни сложились наши отношения в дальнейшем, за эту встречу – спасибо". Мама 20-летнего Ш.А. отметила: "После консультации, где присутствовало так много интересных людей, у меня и моего сына появилась уверенность в возможности излечения".

Подобные случаи, на наш взгляд, также находят подтверждение у К. Роджерса, который писал: "...когда у меня есть данный ("поддерживающий" – Н.К.) ...тип отношений и когда другой человек может как-то чувствовать их, я верю, что неизбежно произойдут изменения и человек будет конструктивно развиваться" [15, с. 77]. Здесь психотерапевт подчеркивал, что слово "неизбежно" он включает только после долгого и осмысленного обдумывания.

**Весь I – пропедевтический этап лечения** (помимо наглядной психотерапии – присутствия на сеансе ЭСПТ, занятиях в группе, выпускном вечере в качестве зрителей), как уже отмечалось, построен на динамической психотерапевтической диагностике [9, 10], в основе которой – нетрадиционный метод библиотерапии<sup>6</sup>. Лечение книгой является на первый взгляд опосредованным, косвенным, поскольку влияет лишь на внутреннюю речь пациентов. На самом же деле – это прямое терапевтическое воздействие на смысловую сферу личности (область самосознания, метамотивации). Яркий художественный образ с огромным потенциалом смыслообразования и смыслоподражания дает невротической личности уникальную возможность свободного отождествления, самопроектирования – нового смыслового самоопределения. И если в ответах на первые задания после прочтения сказки Андерсена "Гадкий утенок", рассказов Чехова "Тоска" и "Шуточка", Тургенева "Живые мощи" – многие пациенты пишут: "Гадкий утенок – это я", "Одинок не только извозчик Иона, одинок каждый человек в этом мире, каждый замкнут в своей

<sup>6</sup> Библиотерапия – одна из форм эстетотерапии – психотерапия словом, заключенным в художественную форму. По определению В.Н. Мясищева, это сложное сочетание книговедения, психологии и психотерапии [10, с. 15]. Для лечения неврозов и психосоматических заболеваний этот метод у нас в стране разрабатывался И.З. Вельвовским и А.М. Миллер (1975), впервые применен при лечении заикания Ю.Б. Некрасовой (1984, 1990, 1992).

Более полно психотерапевтический смысл лечения книгой выразил В.Г. Белинский: "Чтение само по себе – ничто, чтение продуманное – кое-что, чтение продуманное и прочувствованное – все".



скорлупе..." (похожее читаем и у родителей: "Я уже ничем помочь сыну не могу, вся надежда на Вас", "У меня слишком мало сил, чтобы помочь сыну справиться с болезнью"), то постепенно, по мере выполнения заданий и прочтения все новых и новых специально подобранных высокохудожественных произведений с нарастающей психологической сложностью, личностно растут и наши пациенты, и их родственники.

Стоит отметить, что уже в первых библиотерапевтических заданиях испытуемым подарено нечто не совсем обычное – не просто новая встреча с уже знакомыми произведениями и воспоминанием о своих детских впечатлениях от прочитанного (что само по себе уже значимо, т.к. рефлексия и саморефлексия – показатель саморазвития личности), но гораздо большее – открытие нового смысла. Как подчеркивает К. Юнг, способность изменять представление даже в привычных и обыденных вещах, обнаруживая их новые грани, – означает бесконечно многое, поскольку "малое с жизненным смыслом всегда более ценно, чем большое без смысла" [20]. Именно такие моменты инсайта (озарения) делают нашу жизнь наполненной, осмысленной, а значит – более интересной и стоящей... "Счастье не в обладании, а в преодолении", – пишет 16-летняя П.Н., прочитав "Алые паруса" А. Грина; "Я тоже стану герцогом" – слова 32-летнего Ш.А. в заключение анализа пьесы Б. Шоу "Пигмалион". К концу пропедевтического этапа у пациентов и их родственников происходит осознание, осмысление проделанной работы. "Финиш подготовительного этапа привел меня в светлое, праздничное, активное и убедительное состояние. Течение реки времени привело к перелому невозвратимо. Дать это настроение, нетерпение к переменам, сосредоточение на них (непроизвольно), наверное, и есть главная цель наших заданий, анализов текстов, которые я выполнял..." (Ю.А., 21 год). Это подтверждают и родители наших пациентов: "Пропедевтический этап хотя долг и труден, но необходим, – дочь жила в постоянном ожидании радостных перемен" (отец 20-летней Ш.Е.); "Я поняла, что все, что я пишу, Вы переработаете в помощь к излечению моего мужа" (жена 32-летнего А.А.); "За это время я прочитала много интересных и нужных книг, предложенных Вами. Сама я стала отзывчивее и добрее... это поможет пересмотреть свои взаимоотношения с сыном" (мама 22-летнего Р.Г.).

Таким образом, необычная динамическая психотерапевтическая диагностика ведет пациентов и их родственников от традиционной устоявшейся "внутренней картины болезни" к выстраиванию "внутренней картины здоровья". Происходит явное переосмысление привычных взглядов, установок и ценностей. Можно говорить, что уже на I этапе лечения начинается преодоление "деформации" в осознании своих жизненных и личностных проблем. Углубленное самопознание в ходе нетрадиционной диагностики приводит наших пациентов к следующим выводам: "Я начал осознавать истинные причины своего заикания" (Л.А., 23 года); "Считаю, что главная причина заикания – потеря любви, отречение от общества, уход в себя" (П.А., 22 года); "Постоянный страх за речь возникает у заикающихся еще и вследствие отрицательных черт характера" (Ш.А., 21 год); "Я поняла, что неправильно воспитывала своего сына – все больше ругала его, а надо было и хвалить" (мама 22-летнего Г.Р.).

**II этап лечения – сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии** ставит основную цель – осуществить начало "реконструкции личности" во фрустрирующей ситуации, а также смоделировать в свернутом виде последующую многоплановую работу. И если на I – пропедевтическом – этапе проблема "значимого переживания" и диалектика человека "внешнего" и "внутреннего" разворачивается в основном во внутриличностном плане пациента, приводя его в состояние ожидания и желания жизненных перемен, то во время сеанса групповой эмоционально-стрессовой психотерапии человеку особо ярко и наглядно открывается то, что в нем глубоко скрыто, но при "прилюдном предъявлении" превращается в некий "универсальный горизонт" – прекрасное "в себе" и "для других". За полтора часа сеанса в присутствии многочисленных зрителей, среди которых – родители и родственники пациентов, студенты, сотрудники психологического и педагогического институтов, кандидаты в будущие



группы (заикающиеся подростки и взрослые), – посредством синтеза приемов и методик, варьируемых психотерапевтом в процессе работы, происходит обращение к эмоциональной сфере пациентов через убеждение в форме Лечебного Слова, благодаря чему у стоящих на сцене пациентов закрепляется внутреннее решение победить и начать говорить по-новому, происходит "снятие" сложного симптомо-комплекса заикания. В состоянии "эмоциональной волны сеанса" пациенты как бы заново рождаются с новой речью, с большим доверием раскрываясь миру.

Как показывает практика, личностное преобразование, качественный рост возможны только на основе высокой духовности. Использование прошлого и текущего позитивного опыта пациентов, грамотно и точно выстроенная "опора" на индивидуально значимые для каждого жизненные ценности при "прилюдном предъявлении" пациенту его "портрета неповторимости" во время индивидуального внушения позволяют осуществить "одномоментное" (К.М. Дубровский) снятие заикания методом "взрыва" (А.С. Макаренко) прежних речевых и поведенческих стереотипов. Во время сеанса у большинства пациентов происходит резкое, скачкообразное переосмысление ряда личностных проблем. Эффекты инсайта, катарсиса дают положительные результаты в рождении новой полноценной речи. В основе кульминационной части сеанса – идея В.М. Бехтерева о самоутверждении [10, с. 30–32]. Обсуждая речевые победы заикающихся, психотерапевт убеждает каждого стоящего на сцене в наличии у него воли, вызывает желание и радость борьбы за хорошую речь. Давая впоследствии свое описание сеанса, пациенты отмечают:

"Когда каждому начали говорить о том, какими мы все обладаем чудесными способностями и прекрасными душевными качествами, в меня начала маленькими ручейками вливаться уверенность в том, что мы все обязательно будем хорошо говорить, а о заикании даже вспоминать не будем. И потом, когда я вышла и стала перед всеми повторять фразы и назвала себя, – я совсем не волновалась и могла бы так же громко и уверенно говорить хоть целый день" (Х.М., 28 лет).

"Когда я вышел говорить... то был твердо уверен, что скажу все как положено. Это очень редкое, даже, наверное, новое чувство" (Ш.А., 21 год).

"Новая речь делает из нас других людей; мы овладеем искусством управлять ею и не будем зависеть от случайностей" (М.М., 19 лет).

Здесь с полным правом можно говорить о формировании устойчивой и убедительной мотивации к полному излечению и о проявлении т.н. феномена "повышающей мотивации": "старая" речь → "заикающаяся" личность → "новая" речь → коммуникативно полноценная личность → еще более совершенная речь → творчески развивающаяся личность, с необходимостью продолжающая самосовершенствование как в речевом, так и в собственном личностном планах.

Во время трехдневного молчания, которое накладывается на пациентов после сеанса ЭСПТ, они ведут описание пережитого до-, во время- и после сеанса, анализируют свое состояние и взаимоотношения с окружающими – "ближними" и "дальними", с которыми приходится встречаться в эти дни. Этот период "безмолвного общения" – не только сильный психотерапевтический прием для приведения в норму психики пациента после пережитого лечебного эмоционального стресса, но и средство формирования нового типа саморефлексии – на принципиально ином уровне – в состоянии нарастающей уверенности в успешности коммуникации. Пациенты, например, пишут в своих дневниках: "Очень хорошее чувство я испытывал весь день. Я не имел права говорить, но – правда! – чувствовал себя нормальным человеком и смело смотрел в глаза прохожим, не боясь, что они со мной заговорят" (Ш.А.).

После сеанса снятия молчания, о котором пациенты пишут: "День снятия молчания был днем большого выздоровления" (М.М.), сразу начинается **III полуторамесячный этап активной групповой семейной логопсихотерапии**. Здесь в ежедневных комплексных занятиях с "детьми" также участвуют вылеченные пациенты из предыдущих групп – т.н. "старики", которые с большим энтузиазмом помогают новичкам в работе



над речью и тем самым поддерживают свой речевой режим. Каждую субботу и воскресенье (по мере возможности и среди недели) на занятия обязательно приходят "родители" пациентов, органически "встраиваясь" в процесс социореабилитации и методом погружения осваивая основные элементы методики (это особая тема исследования).

Одним из эффективных приемов на III этапе служит постоянная рефлексия, саморефлексия и взаиморефлексия в процессе "лечебного перевоспитания". Здесь все элементы работы пронизаны рефлексивными процессами: индивидуальными (каждый участник ведет дневник, участвует в текущей диагностике) и групповыми (нетрадиционные методы – библиотерапия, символотерапия, психотерапевтические беседы – основаны на дискуссиях; также постоянно ведется обсуждение эффективности выполнения приемов кинезитерапии и специальных речевых упражнений). По дневниковым записям, которые ежедневно анализирует ведущий группы, хорошо просматривается динамика осознания пациентами своих проблем не только речевого, но и личностного плана, видны изменения в потребностно-мотивационной сфере и рост творческого потенциала.

Покажем это на примере 28-летней пациентки Х.М. – выпускницы института культуры, которая из-за тяжелого заикания боялась приступить к работе и, уже имея семью и 3-летнего сына, отличалась крайней неуверенностью, мнительностью, страхами...

На наших глазах происходило превращение Х.М. из "боязливого ребенка" во взрослого, уверенного в себе человека. Это она уже на сеансе почувствовала, как в нее "вливаются ручки уверенности", и в первый сложный день начала занятий записала: "У меня появилось желание много работать...". Еще через день, отмечая у себя высокий эмоциональный подъем, "чувство свободы и радости при общении", что "прибавляет... силы и уверенности в своих возможностях", Х.М. признается: "Мне предстоит еще многое исправить в своем поведении". Так в ее дневнике появляется тема необходимости самовоспитания. Еще неделю спустя, после просмотра видеозаписи работы предыдущей группы и под впечатлением выступления одного из пациентов (тоже музыканта) Х.М. записывает: "Появилось желание заняться самообразованием".

И дальше формулирует себе конкретные задачи: ежедневно отчитываться перед собой, развивать критическое зрение, приобретая способность видеть себя со стороны, при этом "не допускать себе никаких поблажек" (отметим, что на пропедевтическом этапе в одном из заданий Х.М. признавалась: "Мне периодически нужна плетка"). В следующей дневниковой записи Х.М. читаем: "Самовоспитание связано с воспитанием совести и чувством собственного достоинства..."

Приведенные материалы показывают, что осознание – всегда процесс определенного внутреннего соотношения конкретной деятельности с контекстом деятельности более широкой, и необходимо заметить, что "это соотношение тем сложнее и индивидуальнее, чем выше мы поднимаемся по ступеням и уровням смысловой иерархии" [3, с. 24]. Через две недели занятий в дневнике Х.М., которая пришла в группу, как и все остальные пациенты, после многих безуспешных попыток вылечить, записано: "...Сейчас я занята только нужной работой – и появилась определенная цель в жизни, добиться которой очень хочу: моя речь должна быть уверенной, четкой, неторопливой..."

Постепенно все глубже и глубже Х.М. начинает осмысливать и свои коммуникативные проблемы. Выражая после одного из занятий неудовлетворенность мерой своего участия в групповых дискуссиях, она записывает в дневнике: "Мне надо брать пример с Ш.А. и Ш.Е. – "излучать" внимание и заинтересованность к собеседнику, – тогда появится и то, что сказать..."

Мотивация к полному излечению еще более усиливается после просмотра спектакля "Пигмалион" в театре "Современник". "Постановка мне понравилась... захотелось еще больше заниматься самовоспитанием, отработкой артикуляции речи, постановкой голоса", – пишет Х.М. (По образованию – она дирижер, и понимает, что решается принципиальный вопрос о ее профессиональной состоятельности). И далее – неоднократно анализируя и размышляя по поводу успехов и неудач в своей работе над речью, накануне выпуска Х.М. делает вывод: "До начала лечения от заикания речь очень влияла на формирование личности, а теперь можно сказать, что человек и речь слились в единое целое, и голос – это выражение личности". Подчеркнем, что для психотерапевта анализ дневниковых записей пациентов позволяет обнаружить, что структура их субъективного опыта отражает момент динамики, изменения



внутреннего мира, что является ценным для психотерапевтического взаимодействия в процессе социореабилитации. Как уже отмечалось, "возвышающая мотивация" ведет от работы над речью к совершенствованию личности и, далее, – к нарастанию необходимой коммуникативной компетентности и осознанию своей личностной ценности и значимости. В день выпуска, во время спектакля "Пигмалион-95", сыгранного всеми членами группы, где в каждом действии участники менялись ролями, Х.М. успешно сыграла все "выпавшие" ей роли: Элизы, матери Хиггинса и самого Хиггинса, и, несмотря на волнение от присутствия зрителей и приехавших мужа с сыном, хорошо держалась и говорила. А через полгода во время работы в группе на контрольно-поддерживающем этапе эта пациентка демонстрировала нам уже новый уровень своего личностного роста и самосознания. Будучи достаточно самокритичной в своих записях, она также отмечала растущий интерес к себе самой: "День был очень насыщенным. Мне все и все были интересны, даже я сама была себе интересна... Как жаль, что по-настоящему понимаю только сейчас, что если есть возможность раскрыться, то ее нельзя упустить, иначе многое потеряешь...".

Это стремление "набирать высоту" при закрепившейся уверенности в хорошем голосе и речи, что замечала не только сама Х.М., но и все члены группы, выразилось и в ее последней дневниковой записи: "Надо удержаться на этом уровне и расти дальше". (В настоящее время Х.М. успешно руководит в педагогическом училище хором коллективом и вокальным ансамблем, хотя, как видно из писем, порой бывают и речевые сложности, которые она преодолевает даже с юмором.)

Так мотивационные установки целевого типа выполняют функцию средств мотивационной организации значимой деятельности и составляют особый смысловой потенциал личности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Процесс формирования личности – в значительной мере процесс перестройки значимости побуждения и мотивов, а не процесс "усвоения" (присвоения) социального опыта, существующих в обществе ценностей и норм [1]. Это наглядно проявляется и в работе с нашими пациентами – заикающимися подростками и взрослыми. Ведь если, по А.Н. Леонтьеву, личность рождается дважды: первый раз, когда у ребенка появляются в явных формах полимотивированность и соподчиненность его действий, второй – когда возникает его сознательная личность [7, с. 211–212], то можно говорить, что в случае полной социореабилитации происходит *третье рождение личности* – переосмысление уже взрослым человеком себя на новом ценностно-смысловом уровне. Здесь так же, как при втором рождении, осуществляется "особая перестройка сознания", изменяющая ход всего последующего психического развития.

В.Н. Мясищев отмечал, что неврозы выступают прежде всего как выраженное противоречие между тенденциями и возможностями личности – внешними и внутренними, требованиями человека к себе и жизни к нему. Подчеркивая, что "неврозом болеет не орган, а весь человек или личность", ученый писал: "Невроз представляет собой болезнь личности еще и потому, что нигде, как в неврозе, с такой полнотой и выпуклостью не раскрывается перед исследователем личность человека, нигде так убедительно не выступает *болезнетворная и благотворная роль человеческих отношений*, нигде так явно не выступает уродующая и целительная сила воздействия, не сказывается с такой отчетливостью *роль созданных людьми обстоятельств*". Поэтому область борьбы с неврозами – это область пограничная между педагогикой и медициной" [8, с. 200, 204, 205] (подчеркнуто нами. – Н.К.).

Рассматриваемая методика групповой семейной логопсихотерапии есть сложное единство педагогики, психологии, логопедии и немедицинской психотерапии. Достаточно пролонгированная во времени, методика направлена на коррекцию не только речевого поведения и смысловой сферы личности пациента, но и межличностных отношений в его семье. В ходе "лечебного перевоспитания" через обучение полноценному диалогическому общению происходит развитие творческих коммуникативных способностей, и, как показывает практика, у абсолютного большинства



пациентов и их родственников по мере прохождения всех этапов логопсихотерапии возрастает личностная рефлексия, связанная у пациентов – с самораскрытием, саморазвитием и самосовершенствованием, у родственников – с углублением самопознания и осмыслением своей роли и ответственности за лечение близкого человека. Через целенаправленное развитие мотивационной включенности меняется "вектор" мотивационного поля, что способствует изменению самосознания, самоотношения и взаимоотношений пациента и членов его ближайшего окружения. Следует также отметить, что исследование трудностей группового, межличностного и внутриличностного общения у людей с нарушением речевой коммуникации в форме логоневроза, также с необходимостью "переводит" проблему в нравственно-психологическую плоскость и требует рассмотрения процесса социореабилитации с позиций этически ориентированной психологии, что открывает большие возможности исследования творческого преобразования личности в норме.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асеев В.Г. Мотивационная регуляция поведения личности. Автореф. дисс. докт. психол. наук. М., 1995.
2. Бодалев А.А. Психология межличностного общения. Рязань, 1994.
3. Братусь Б.С. Нравственное сознание личности. М., 1985.
4. Выготский Л.С. Проблемы развития психики. Собр. соч. в 6 т. Т. 3. М., 1983.
5. Карпова Н.Л. К вопросу об особенностях психокоррекционной работы с родителями пациентов с нарушениями речевого общения / Тез. докл. научн. конфер. "Проблемы психологии творчества в работе с людьми". Ч. II. Гродно, 1990. С. 55–56.
6. Карпова Н.Л. Организация мотивационной включенности заикающихся и их близких в процессе социореабилитации // Вопр. психол. 1994. № 6. С. 42–45.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977.
8. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.-Воронеж, 1995.
9. Некрасова Ю.Б. Особенности диагностики при реабилитации людей с нарушением речевого общения. Вопр. психол. 1991. № 5. С. 123–129.
10. Некрасова Ю.Б. Психологические основы процесса социореабилитации заикающихся. Автореф. дисс. докт. психол. наук. М., 1992.
11. Некрасова Ю.Б., Чудновский В.Э., Карпова Н.Л. Творческое преобразование личности как фактор социореабилитации // Психология развития личности. Шадринск, 1995. С. 106–118.
12. Некрасова Ю.Б., Карпова Н.Л., Скуратовская Н.Н. К проблеме разработки диагностики ближайшего окружения подростков и взрослых с нарушением речевой коммуникации // Актуальные вопросы практической психологии. Шадринск, 1966. С. 96–110.
13. Психологические проблемы смысла жизни / Обзор материалов "круглого стола". Психол. журн. 1996. № 2. С. 178–183.
14. Рау Е.Ю. Психолого-педагогическая система адаптации взрослых заикающихся к проблемным речевым ситуациям. Автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 1995.
15. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
16. Скуратовская Н.Н. Психические состояния успеха и их роль в восстановлении нарушенной коммуникации. Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 1993.
17. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
18. Хавин А.Б. Индивидуальные психологические факторы в прогнозировании преодоления заикания // Вопр. психол. 1985. № 2. С. 133–136.
19. Чудновский В.Э. Смысл жизни: проблема относительной эмансипированности от "внешнего" и "внутреннего" // Психол. журн. 1995. № 2. С. 15–27.
20. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. М., 1993.