



УДК 615.851.135

СЕМЕЙНАЯ ГРУППОВАЯ ЛОГОПСИХОТЕРАПИЯ КАК МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИИ

Н. Л. Карпова

Карпова Наталия Львовна – доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Психологический институт Российской академии образования, Москва, Россия
E-mail: nllkarпова@mail.ru

Изложены данные теоретического анализа проблемы заикания (логоневроза) как одной из крайних форм нарушения речевого общения, представлены характеристики заикающихся и их семей и особенностей терапии данного дефекта. Показано, что применение нетрадиционных методов: динамической психотерапевтической диагностики, разработанной Ю. Б. Некрасовой, а также библио-, кинези-, символа-, видео- и кинотерапии может служить моделью формирования мотивационной включенности и интрагенной активности пациентов и их родственников в процесс социореабилитации. Описаны уровни и психологическая структура мотивационной включенности и механизмы ее формирования в логопсихотерапевтическом процессе.

Ключевые слова: логоневроз, мотивация, интрагенная активность, семья, социореабилитация, семейная групповая логопсихотерапия, гиперкомпенсация.

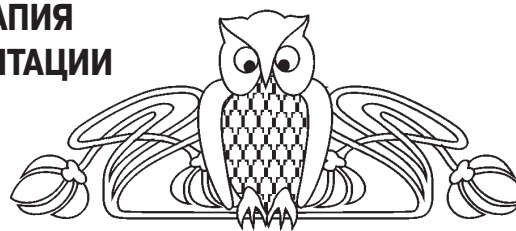
DOI: 10.18500/2304-9790-2015-4-4-338-342

К постановке проблемы

Л. С. Выготский отмечал, что всякий телесный недостаток не только изменяет отношение человека к миру, но имеет социальные последствия, поэтому важна его социально-психологическая реализация [1]. 2,5–3,5% населения планеты страдают нарушениями речевого общения в форме заикания (логоневроза). В большинстве случаев заикание приводит к личностным изменениям у пациента, что делает проблему не только медицинской, но психологической и социальной.

С начала 1960-х гг. логопед, а затем психолог Ю. Б. Некрасова начала создавать методику групповой логопсихотерапии для тяжело заикающихся подростков и взрослых 14–40 лет, основываясь на методе эмоционально-стрессовой терапии доктора К. М. Дубровского, который использовал внутренние резервы психики человека [2].

Решая проблему нарушенного речевого общения через организацию интенсивного многопланового речевого общения, мы опираемся на теорию Л. С. Выготского о сверхкомпенсации как высшей степени возмещения физических, психических и личностных недостатков человека. Это «парадоксальный органический процесс, превращающий болезнь в сверхздоровье, слабость в силу, отравление в иммунитет <...> прививку сверхздоровья через болезнь, поднятие на высшую ступень через преодоление опасности» [1, с. 100].



С конца 1980-х гг. мы развиваем методику Ю. Б. Некрасовой в направлении семейной групповой логопсихотерапии для заикающихся 7–45 лет. На всех этапах социореабилитации вместе с заикающимися активно участвуют их родители и родственники, творчески осваивая методы библио-, кинези-, арттерапии [3–5]. Это также отвечает требованиям Л. С. Выготского о том, что воспитание и обучение детей с разными нарушениями здоровья должно осуществляться не только в специализированных закрытых учреждениях. Изолированное окружение способствует всё большей фиксации на дефекте и формирует определённые личностные черты и характеристики, создающие в последующем трудности для адаптации в открытом социуме [1, с. 49].

Мы понимаем заикание как одну из крайних форм нарушенной речевой коммуникации. Пациенты, приходящие к нам на лечение, характеризуются обостренным отношением к проблемам общения и излечения, повышенным эмоциональным страданием от заикания и, соответственно, имеют высокий уровень неудовлетворенности самореализацией. Многие из них объясняют свои неудачи наличием заикания (речевым нарушением), что подчеркивает психологический аспект заикания. Основной психологический механизм заикания – невозможность изменения патологического психического состояния в ситуации речевого общения. Это патологическое состояние включает в себя три сложных процесса: пациент слышит свою плохую речь (феномен «Эхо»), он ощущает мышечное напряжение (феномен «Кинези») и видит себя неуспешного глазами окружающих (феномен «Зеркало»). В результате пациент лишается возможности свободного изменения своего психического состояния. Описывая свою болезнь, пациенты используют образ «Айсберга», где речь – его надводная часть, в то время как большая часть айсберга, проблемы заикающейся личности, скрыты под водой. Со временем эти нарушения поддерживаются ближайшим окружением – родители и родственники способствуют этому [5].

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 ва-



рианты психологической структуры) и, особо, – неблагоприятный фон ближайшего окружения – в 80% (!) случаев дают прогноз неблагоприятной субъективной оценки результатов лечения. Перечисленные личностные особенности данной категории больных указывают на то, что прежде чем приступить к активному курсу лечения, необходимо и у пациента, и у его родственников создать стойкую мотивацию достижения успехов в работе по преодолению недуга, 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.

Система семейной групповой логопсихотерапии

Нарушения речи при логоневрозе проявляются, прежде всего, в особо значимых ситуациях общения и в большинстве случаев приводят к глубоким личностным изменениям. Исследования мотивационного аспекта логоневроза показывают противоречия между уровнем притязаний и возможностями адаптации пациента, что ведет к оправданию его низкого внутрисемейного и внутрисемейного статуса, поскольку все жизненные проблемы завязываются на речевом дефекте [3, 5].

Говоря о процессе социореабилитации в совокупности всех его составляющих, следует решать вопрос не только о реабилитации самого пациента, но и о включении в этот процесс членов его ближайшего окружения – родителей и родственников. Для повышения эффективности процесса социореабилитации заикающихся пациентов мы проанализировали внутрисемейные отношения и выявили ряд личностных особенностей и речевого поведения родителей пациентов, ряд их психологических особенностей, поддерживающих или усугубляющих заикание, а также проанализировали степень их заинтересованности в результатах излечения. Многолетняя практика психотерапии логоневроза показывает, что: а) неучитываемая дисгармония семейных отношений (между родителями и детьми, между 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) окончание лечения может быстро вызвать рецидив заикания.

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 межличностного общения [4, 6].

Система семейной групповой логопсихотерапии включает четыре основных этапа: пропедевтический, сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии, активную групповую семейную

логопсихотерапию и контрольно-поддерживающую логопсихотерапию.

I этап (пропедевтический) длится не менее полугодия, строится на динамической психотерапевтической диагностике, в основу которой положен метод библиотерапии. Данный тип нетрадиционной диагностики был разработан Ю. Б. Некрасовой для лечения заикающихся, но в нашей системе семейной групповой логопсихотерапии и пациенты, и их родственники обязательно читают предложенные художественные тексты и дают на них письменные отзывы. Это произведения Г.-Х. Андерсена, А. Чехова, И. Тургенева, Б. Шоу, А. Маршала, Р. Бредбери, Р. Баха и др. Библиотерапия используется в связке со специально подобранными психологическими тестами и опросниками. Для выявления внутрисемейных отношений и мотивации к общению и излечению мы также использовали тесты «Потребность в общении» и «Потребность в достижении» Ю. М. Орлова с соавторами и тест «Оценка мотивации достижения цели» К. Томаса, специально разработанные тесты и опросники и сочинение «Моя семья и Я». Эти данные сопоставлялись с данными библиотерапии. С помощью этой диагностики не только выявлялась «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья», но и составлялся «портрет семьи».

II этап лечения – сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии по К. М. Эмоциональному, где за 1–1,5 часа происходит «снятие заикания». Это индивидуальное и групповое внушение, адресованное группе заикающихся пациентов. Сеанс проводится на сцене во фрустрирующей ситуации перед зрительным залом. В «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией Б. Д. Карвасарского [7, с. 143] этот сеанс представлен как «Директивное групповое воздействие наяву Дубровского». Мы выстраиваем этот сеанс на основе всех материалов пропедевтического этапа.

III этап лечения – активная групповая семейная логопсихотерапия. В течение 1,5 месяцев проводятся ежедневные занятия с пациентами, в которых активно участвуют их родители и родственники. Мы называем эту терапию интенсивной, поскольку занятия проводятся ежедневно по 7–8 часов. На данном этапе используются также нетрадиционные методы лечения в групповой форме:

библиотерапия – лечение специально направленным чтением [8]. Этот метод выполняет двойную функцию – психотерапевтическую и диагностическую. Он позволяет выявить непотворимость каждого пациента и получить портрет его личности вне дефекта;

кинзитерапия – терапия движением. Этот метод воздействия на психические состояния и личность пациента через работу с телом также называется динамической релаксацией. В методике логопсихотерапии кинзитерапия представлена парадоксальной дыхательной гимнастикой А. С. и А. Н. Стрельниковых, гуманно-структу-



рированным танцем Г. Амона и специальными рече-двигательными упражнениями;

символотерапия представляет собой терапию лечебной символикой. Это процесс группового общения с помощью лечебных символов, творчески найденных самими пациентами («Айсберг» и «Нарцисс», «Пигмалион» и «Умение прыгать через лужи»);

кинотерапия – использование терапевтического потенциала специально подобранных фильмов (об этом будет сказано ниже). Активное использование в наших группах кино- и видеосъемки и широкое использование данных техник позволяет говорить о развитии нового метода кинотерапии, а также о его диагностических возможностях.

Данные нетрадиционные методы преодоления нарушенного речевого общения позволяют пациентам реализовать свой гиперкомпенсаторный потенциал (согласно теории А. Адлера и Л. С. Выготского). Индивидуальные и групповые формы методов библио-, кинези-, симво-, видео- и кинотерапии также используются для фиксации и развития творческого потенциала пациентов. И результатом работы становится не только восстановление у них нормальной речи, но и формирование хороших коммуникативных умений и навыков.

IV этап лечения – контрольно-поддерживающая логопсихотерапия – проводится полгода спустя после основного лечебного курса, длится две недели и повторяет на новом, более высоком уровне основные элементы, приемы и методы групповой семейной логопсихотерапии. Здесь также используется как традиционная диагностика (тесты, индивидуальная и групповая рефлексия и др.), так и нетрадиционная, и методы библио-, кинези-, симво-, видео- и кинотерапии в групповой форме.

Практика показывает, что эффективность любых личностных изменений, будь то в процессе обучения, тренинга, лечебного перевоспитания (психокоррекции или психотерапии), зависит

не столько от уровня знаний, культуры (или степени заболевания) учащегося (или клиента, пациента и т. д.), и даже не столько от уровня его способностей, сколько от степени его активности и включенности в процесс – эмоциональной, интеллектуальной, личностной. Изучая эту проблему, мы пришли к концепции мотивационной включенности в деятельность. Мы определяем мотивационную включенность как особое психическое состояние, характеризующее степень активности личности в процессе деятельности. Мотивационная включенность имеет четырехкомпонентную структуру: а) степень осознания мотива, побуждающего к определенной цели; б) сила и устойчивость мотива; в) действия субъекта по реализации мотива; г) эмоциональная составляющая мотива. Также выделяются четыре уровня мотивационной включенности [4]. Рассмотрим уровни и психологическую структуру мотивационной включенности в процессе социореабилитации (таблица).

Сравнительные результаты исследования, проведенного в трех группах семейной логопсихотерапии по определению включенности пациентов и их родственников в препедевтический этап социореабилитации, показали, что более 70% пациентов имели высокую мотивационную включенность (выполнили все или более половины заданий). Это были все те, кто преодолел свой недуг с максимальным результатом. При этом отметим, что стойкий результат остался только у 30-40 % пациентов, но все они демонстрировали и высокую мотивационную включенность на всех этапах социореабилитации.

Длительное исследование и осмысление проблемы формирования высокой мотивационной включенности в процесс социореабилитации пациентов и членов их ближайшего окружения позволил также выделить и описать некоторые психологические механизмы формирования мотивационной включенности в логопсихотерапевтический процесс:

Уровни и психологическая структура мотивационной включенности в процессе социореабилитации

Уровни	Психологическая структура			
	Степень осознания мотива	Сила и устойчивость мотива	Действия по реализации мотива	Эмоциональная составляющая мотива
I	Неосознанность	Аморфное состояние неудовлетворенности и желание изменений	Отсутствие действий	Положительная, слабая, неустойчивая, кратковременная, полезависимая
II	Частичное осознание	Неустойчивость мотивации к изменению	Ситуационная активность, направленная на реализацию мотива	Положительная, неустойчивая, более длительная, полезависимая
III	Четкое осознание	Устойчивый мотив к изменению	Активные действия в рамках специально организованной деятельности	Положительная, устойчивая, длительная по времени, полезависимая
IV	Четкое и полное осознание	Мотив приобретает силу настоящей потребности к изменению	Активные действия, направленные на реализацию мотива как в рамках специально организованной деятельности, так и вне ее	Положительная, сильная, устойчивая, продолжительная, полезависимая



1) *механизм «соучастия»*: рассмотрены особенности действия этого механизма на разных этапах социореабилитации и показаны пути создания воспитателем «соучастной среды», обуславливающей высокий уровень мотивационной включенности каждого участника и направленность их усилий на самосовершенствование. Мастером формирования такой «поддерживающей среды» был А. С. Макаренко;

2) *«механизм адекватности»* – механизм адекватного отношения к дефекту (недостаткам). Проблема отношения к дефекту была проанализирована с позиции становления мотивационной включенности на материале детско-родительских отношений в семьях заикающихся. Данная проблема – одна из фундаментальных и традиционно исследуется психологами как уровень притязаний и самоотношения, аффект неадекватности, в более широком понимании – формирование Я-концепции. В социореабилитации формирование адекватного отношения способствует высокому уровню самореабилитации;

3) *механизм формирования стремления к «идеальному Я»*. Мы выявили его, основываясь на тезисе А. А. Бодалева о разности «потенциалов» между «идеальным» и «будничным» Я. Проживая жизнь на уровне своего «будничного» Я, человек оставляет множество своих возможностей нереализованными. В ходе лечения пациент преодолевает свое «будничное» Я и стремится к своему идеальному «сверх Я» без дефекта;

4) *механизм воплощения цели в идеальном образе*. В психологии роль образа в деятельности как регулятора состояния была исследована Д. А. Ошаниным, Н. Д. Заваловой, В. А. Пономаренко и др. В семейной групповой логопсихотерапии были выделены три основные функции идеального образа: а) регулятора состояния; б) «инициатора» развития; в) фактора создания у пациентов и их родственников общего «смыслового поля». На пропедевтическом этапе с помощью героев библиотерапевтических произведений у пациентов формируется особый образный мир, способствующий речевому и коммуникативному успеху. Пациенты проходят путь от «гадкого утенка» из сказки Г.-Х. Андерсена до «чайки по имени Джонатан Ливингстон» Р. Баха [4, 5].

Мотивационную включенность мы рассматриваем как источник интрагенной (внутренней) активности субъекта. Анализ мотивационной включенности как «клеточки» интрагенной активности показал пути формирования общего семантического поля для пациентов и их родственников как одно из направлений формирования мотивационной включенности в социореабилитационный процесс. Наша исследовательская группа выделила типы интрагенной активности, что позволило наметить единую классификацию стратегий ее становления у пациентов. Было выявлено три вида стратегий: 1) смыслообразующие, 2) психотерапевтические, 3) конкретно-методические [9].

Заключение

После одной из встреч с нашей группой известный театральный критик и театровед Н. А. Крымова сказала: «У вас тоже театр, но особый – здесь драматургия, режиссура и актерство осуществляются одновременно», – и мы благодарны Мастеру за столь точное и емкое определение.

Как и при обращении к специально подобранным книгам в библиотерапии, мы используем терапевтический потенциал специально подобранных фильмов. Прежде всего, это научно-документальные фильмы, описывающие наш метод – «Человек может все» (1986, режиссер А. Шувиков) и «Человек может все-2, или 15 лет спустя» (2001, режиссер А. Шувиков). 1-й фильм получил Гран-При на Международном фестивале документальных фильмов во Франции (Полез) в 1987 г. И сейчас мы с удовольствием используем в своей работе замечательный художественный фильм «Король говорит» (2011) режиссера Т. Хупера. Этот фильм также сделан на документальной основе и может быть хорошей иллюстрацией теории Л. Выготского о социореабилитации и гиперкомпенсации. Альберт, герцог Йоркский, страдал тяжелой формой заикания. С помощью бывшего актера Лайонела Лога и его парадоксальных методов он преодолел свой недуг. Что еще важно для нас: жена Альберта принимала активное участие в его излечении. Став королем Георгом VI, Альберт блестяще публично выступал – это хороший пример гиперкомпенсации. Приемы, используемые в работе Логом, очень близки нашему методу.

Результаты работы уже более 70 групп семейной логопсихотерапии в различных городах – Москве, Таганроге, Самаре и Владивостоке – подтверждают эффективность данной системы социореабилитации. Рассматривая заикание как модель системного нарушения речевой коммуникации, мы и процесс социореабилитации пациентов с данным дефектом рассматриваем как модель восстановления полноценного диалогического общения, модель превращения личности из больной, неуверенной в себе, коммуникативно несостоятельной в здоровую, коммуникабельную, стрессоустойчивую, социально активную. Методы семейной групповой логопсихотерапии работают не только для решения проблем тяжелых случаев нарушенного общения в форме заикания – это также модель оптимизации эффективного общения между родителем и ребенком, врачом и пациентом, учителем и учеником, профессором и студентом.

Библиографический список

1. *Выготский Л. С.* Собр. соч. : в 6 т. М., 1983. Т. 5. 368 с.
2. *Некрасова Ю. Б.* Лечение творчеством / под ред. Н. Л. Карповой. М., 2006. 223 с.
3. *Карпова Н. Л.* Мотивационный аспект самосознания заикающихся пациентов в процессе социореабилитации // Психол. журн. 1997. Т. 18, № 3. С. 109–120.



4. Карпова Н. Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии : учеб. пособие. 2-е изд. испр. и доп. М., 2003. 200 с.
5. Семейная групповая логопсихотерапия : исследование заикания / под ред. Н. Л. Карповой. М. ; СПб., 2011. 328 с.
6. Карпова Н. Л. Организация мотивационной включенности заикающихся и их близких в процесс социореабилитации // Вопр. психологии. 1994. № 6. С. 42–45.
7. Психотерапевтическая энцикл. / под ред. Б. Д. Карварского. СПб., 1999. 752 с.
8. Библиопсихология и библиотерапия / под ред. Н. С. Лейтес, Н. Л. Карповой, О. Л. Кабачек. М., 2005. 480 с.
9. Некрасова Ю. Б., Бодалев А. А., Карпова Н. Л. [и др.]. Разработка новых путей социореабилитации людей с различными формами нарушенного общения // Вестн. РГНФ. 1996. № 3. С. 199–206.

Family Group Logopedic Psychotherapy as a Model of Socio-Rehabilitational System

Natalia L. Karpova

Institute of Psychology at the Russian Academy of Education
9V, Mokhovaya str., Moscow, 125009, Russia
E-mail: nlkarpova@mail.ru

The article presents the data of theoretical analysis related to problems of stutter (logoneurosis) as one of the extreme forms of conversation disturbances; it presents characteristics of people who stutter and their families, peculiarities of therapy for this defect. The article touches upon the problem of family involvement into the process of social rehabilitation. It is shown that utilization of non-traditional methods, such as: Yu. B. Nekrasova's dynamic psychotherapeutic diagnostics, as well as bibliotherapy, kinesitherapy, videotherapy and cinematherapy, can act as a model of formation of motivational inclusion and intragenic activity of patients and their relatives within the process of social rehabilitation. The article describes levels and psychological structure of motivational inclusion, mechanisms of its formation in the logopedic psychotherapeutic process.

Key words: logoneurosis, motivation, intragenic activity, family social rehabilitation, family group logopedic psychotherapy, hypercompensation.

УДК 159

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ С ЗАИКАНИЕМ

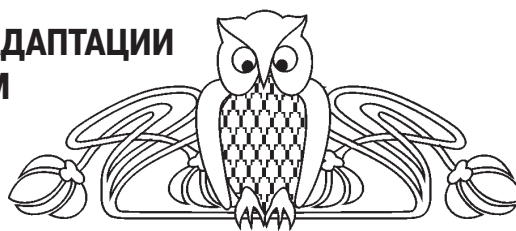
Л. А. Сыс

Сыс Людмила Александровна — кандидат педагогических наук, учитель-логопед высшей категории, 17-я городская клиническая поликлиника, Минск, Беларусь
E-mail: syliudmila@mail.ru

Рассматриваются вопросы, связанные с формированием коммуникативного поведения заикающихся подростков и взрослых, раскрыто краткое содержание этапов коррекционной работы по формированию коммуникативного поведения заикающихся. Цель исследовательской работы — научно обосновать, разработать и апробировать методику коррекционно-педагогической

References

1. Vygotsky L. S. *Sobr. soc.: v 6 t.* (Collected edition: in 6 vol.). Moscow, 1983. Vol. 5. 368 p. (in Russian)
2. Nekrasova Yu. B. *Lechenie tvorchestvom* (Treatment by creation). Ed. by N. L. Karpova. Moscow, 2006. 223 p. (in Russian).
3. Karpova N. L. *Motivatsionnyy aspekt samosoznaniya zai-kayushchikhsya patsientov v protsesse sotsioreabilitatsii* (Motivational aspect of stuttering patients' self-consciousness in process of socio-rehabilitation). *Psikhol. zhurn.* (Psychological Journal), 1997, vol. 18, no. 3, pp. 109–120 (in Russian).
4. Karpova N. L. *Osnovy lichnostno-napravlennoy logop-sikhoterapii: ucheb. posobie* (Foundations of personally directed logo-psychotherapy: the study guide). 2nd. Moscow, 2003. 200 p. (in Russian).
5. *Semeynaya gruppovaya logopsikhoterapiya: issledovanie zai-kaniya* (Family group logo-psychotherapy: investigation of stutter). Ed. by N. L. Karpova. Moscow ; St.-Petersburg, 2011. 328 p. (in Russian).
6. Karpova N. L. *Organizatsiya motivatsionnoy vklyuchen-nosti zai-kayushchikhsya i ikh blizkikh v protsess sotsiore-abilitatsii* (Organizing of putters' and their close ones' moti-vational involvement into process of socio-rehabilitation). *Voprosy Psichologii* (Voprosy Psychologii), 1994, no. 6, pp. 42–45 (in Russian).
7. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* (Psychothera-peutic encyclopaedia). Ed. by B. D. Karvasarsky. St.-Petersburg, 1999. 752 p. (in Russian).
8. *Bibliopsikhologiya i biblioterapiya* (Biblio-psychology and bibliotherapy). Ed. by N. S. Leytes, N. L. Karpova, O. L. Kabachek. Moscow, 2005. 480 p. (in Russian).
9. Nekrasova Yu. B., Bodalev A. A., Karpova N. L. [et al.]. *Razrabotka novykh putey sotsioreabilitatsii lyudey s razlichnymi formami narushennogo obshcheniya* (Working out new ways of socio-rehabilitation of people with different forms of broken communication). *Vestnik RGNF* (Herald of Russian humanities scientific fond), 1996, no. 3, pp. 199–206 (in Russian).



работы по формированию коммуникативного поведения у заикающихся подростков и взрослых. Уточнено понятие «коммуникативное поведение» применительно к заикающимся подросткам и взрослым; впервые в качестве факторов, характеризующих коммуникативное поведение заикающихся, рассмотрены формальные аспекты коммуникативного поведения, коммуникативный контроль, коммуникативные склонности, личностные черты заикающихся, влияющие на их коммуникативное поведение, что позволило научно обосновать, разработать и экспериментально