

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ\*

Ю.Б.НЕКРАСОВА

Система групповой многоплановой логопсихотерапии разработана нами для пациентов, страдающих нарушением речевого общения. Центральное место в ней занимает собственно психотерапия. Поэтому сегодня хочется вспомнить напутствия старейшин в этой области – И.З.Вельвовского (основателя первой в стране кафедры психотерапии в Харькове) и К.М.Дубровского (создателя метода эмоционально-стрессовой психотерапии для лечения заикания). В 60-е годы они говорили, что психотерапия при лечении заикания из сопутствующего, подсобного метода должна стать первым, начальным и ведущим. Этот принцип Учителей мы с благодарностью сохраняем на сегодняшний день [4].

Однако с тех пор в нашей стране психотерапия претерпела большие изменения. Если в 60-е годы психотерапевтами были в основном немногие одержимые и одаренные люди, то теперь, проникнув в различные области знаний и став массовой, психотерапия зачастую приобретает авторитарно директивный и даже манипулятивный характер.

В то же время в последние годы значительно «вырос» наш больной. Так, если раньше заикающийся выражал свое страдание, характеризуя его психологический портрет в терминах «судорожность», «страх», «стыд» и т.д., то теперь, придя к нам после многократных попыток вылечиться, пытаясь передать накопившуюся боль, он говорит о своем психическом состоянии иносказательно, образно, часто используя символ. «Для меня заикание – как красные флажки для волка... граница страха, преграда вроде бы призрачная, но нет ничего сильнее...» (так 18-летняя студентка описывает страх речи словами В.Высоцкого из стихотворения «Охота на волков»). Символически говорят пациенты и о том, каким бы они хотели видеть своего врача, избавителя, наставника: «Научить человека чему-нибудь можно только тогда, когда личность учащегося священна» (слова профессора Хиггинса из пьесы Б.Шоу «Пигмалион», сказанные И.Г.; 22 года).

Больной начал говорить о своем страдании иначе, новым образным языком, и не подхватить этот язык мы не имели права, ведь «встречные действия больных и их творческий вклад, – не раз говорил нам Ф.Д.Горбов, – являются тем лечебным рубежом, за которым начинается перестройка личностных установок, т.е. излечение».

---

\* Контингент заикающихся – подростки и взрослые.

Работая более 25 лет с заикающимися (последние 9 лет в лаборатории «Психология общения и развития личности» А.А.Бодалева, под его непосредственным влиянием и ведением), мы углубили психотерапию психологическим и педагогическим содержанием (еще В.Н.Мясищев говорил о том, что между психологией, психотерапией и педагогикой нет четких границ, как нет четких границ между внушением, убеждением и перевоспитанием, – в каждом из них присутствуют элементы других). Для того, чтобы психотерапия стала творческой, «психотерапией пути», «искусством человековедения» (К.М.Дубровский), необходимо было знать неповторимую индивидуальность каждого пациента [5].

Основа разработанной нами методики – **опора на положительное в человеке**. Поэтому важно, приступая к обследованию пациента, помимо известного «портрета болезни», выявить и его неповторимые личностные особенности, отличающие его от других людей за пределами дефекта. Выстроить так называемый **портрет неповторимости**, с нашей точки зрения, – процесс длительный и сложный, потому что в результате многолетней болезни и привычки пациента скрывать свой дефект, и для пациента и для психотерапевта в традиционных методиках сложился устоявшийся стандартный «портрет» заикающегося со знаком минус. Портрет заикающегося со знаком плюс предполагает совсем иную методику лечения [8].

Контингент заикающихся, обращающийся к нам, составляют люди со звучащей психотравмой, которую мы интерпретируем как наличие у заикающегося особого патологического феномена обратной связи. Опыт работы и специально организованные исследования привели нас к определению заикания как проблемы личности: заикание – это страдание, которое суммирует в обратном приеме собственных сигналов три феномена:

1. «Феномен Эхо» (заикающийся в ходе продуцирования собственной речи **слышит** свою спотыкающуюся речь).
2. «Феномен Кинези» (заикающийся **ощущает** мышечно-спазматическое неудобство при речи).
3. «Феномен Зеркало» (заикающийся **видит** себя глазами другого человека: случайного прохожего, собеседника и др.).

Этот тройной феномен результирует явление повышенной ориентировочной реакции в ожидании речевого процесса или во время него. Вследствие **одновременного** протекания трех феноменов происходит стойкое негативное условно-рефлекторное закрепление страдания, зачастую с явлениями скоптофобии (стыда за свою речь и себя). Помимо скоптофобии осевым симптомом заикания является страх речи – логофобия.

Все это, а также многократные неудачные попытки вылечиться по традиционным методикам привели к усугублению ряда негативных личностных особенностей заикающихся:

- а) изменение потребностно-мотивационной сферы (развитие пессимизма, неверия в возможность преодоления заикания);
- б) нарушения эмоционально-волевой сферы (развитие вторичного невроза заикания, при котором страх речи становится навязчивым и возникает уже при одной необходимости говорить, при воспоминании о речевых неудачах прошлого);

в) формирование пассивно-оборонительного типа поведения (избегание ряда психотравмирующих ситуаций, во многих случаях – агрессивное поведение);

г) изменение когнитивной сферы (искаженное представление о себе как о субъекте общения, объяснение своих интерперсональных проблем, исходя из факта наличия заикания, а не из своих личностных особенностей).

В ходе работы с группами заикающихся в течение многих лет создавался диагностический блок, способствующий самому психотерапевтическому, коррекционному процессу. Нами разработаны диагностические процедуры, представляющие собой систему, с помощью которой мы можем получить максимум необходимой информации о наших больных. Диагностический блок изначально выстроен так, что выявляет как индивидуальность и ее специфику, так и особенности влияния на психику дефекта [6].

В качестве элементов в систему нашего блока входят следующие тесты: фрустрационный тест Розенцвейга; шкала измерения тревожности Тейлор; шкала самооценки эмоциональных состояний Рикс – Уэссмана; тест предпочтительной эмоциональной направленности А.Додонова, а также специально разработанные нами опросники: для выяснения ситуации семейного развития и места, предпочитаемой роли в различных социальных группах, для диагностики готовности к работе в группе (на основе работ П.В.Симонова) и т.д. Используется также методика факторного интонационного анализа магнитофонных записей речи испытуемых для выявления типов речевого поведения (разработанная совместно с А.В.Никоновым). Подтверждением объективности выделенных компонентов речи, застойной ориентировочной реакции и их радикального изменения после сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии (своего рода формой контроля) и этапов логопсихотерапии может являться методика одновременной регистрации ряда физиологических параметров (ЭЭГ, КГР, ФГ, дыхание), разработанная совместно с Л.Г.Ворониным [1], [2].

Следует выделить *особые методы и приемы нашей диагностики*, которые применяются с собственно традиционными диагностическими процедурами:

1. Метод либриопсихотерапии (И.З.Вельвовский), или библиотерапии (А.М.Миллер) [3]. Нами создана лично-ориентированная система подбора книг для чтения и анализа (письменного), ориентированная на заикающихся, а также найдены приемы обучения работе с книгой пациентов разных возрастов. Им предлагается сделать письменный анализ более 30 художественных произведений с нарастающей сюжетной, философской и психологической сложностью.

2. В разделе кинезитерапии – метод гуманно-структурированной танцевальной терапии по Г.Аммону [7]. Танец дополнительно диагностирует значимые для нас феномены<sup>1</sup>:

а) «Феномен Кинези» – ощущения кинестетического спектра – видимые зажимы в определенных частях тела; дисгармоничность в танце, предпочтительно игнорируемые части тела и т.д.;

б) «Феномен Зеркало» – особенности самовыражения в общении с членами группы;

<sup>1</sup> Гюнтер Аммон – президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии и Немецкой Академии психоанализа; психиатр, невропатолог, психоаналитик; создатель теории психодинамики бессознательного, методов терапии психических и психосоматических заболеваний, в том числе и метода сочетания медитации с гуманноструктурированной танцевальной терапией; автор нескольких монографий, одна из которых, «Многомерный человек», издана в Мюнхене в 1988г.

нарциссический эффект – искаженное представление о себе; защитно-оборонительное состояние несопряженности с членами группы и т. д.

Для большей эффективности коррекции личности и речи наших пациентов мы считаем необходимым вовлеченность в коррекционную работу ближайшего окружения (родителей и родственников пациентов). Некоторые составляющие диагностического блока используются и для обследования родителей и родственников (выявляющие семейную атмосферу, проблему лидерства и родительского авторитета, систему воспитания пациента, готовность к включению в процесс предстоящего лечения и родителей, и родственников и т.д.).

Основной особенностью представленного диагностического блока является **взаимообусловленность** всех составных частей. Так, выбор теста Розенцвейга был определен необходимостью выделения фрустрации как решающего фактора, обуславливающего состояние наших пациентов. «Фрустрация» в переводе (словарь Ларусса) – обделение, лишение. А заикание и есть не что иное, как обделение больного одной из самых существенных человеческих потребностей: возможностью нормального общения с окружающими людьми. Фрустрационный тест Розенцвейга предполагает воспроизведение состояния фрустрации в лабораторных условиях. Особенности диагностического блока во многом обусловлены его включенностью в логопсихотерапевтический процесс, т.е. **параллельно с диагностикой осуществляется терапевтический процесс**. Поэтому основной принцип специальной компоновки диагностического блока – подчиненность так называемым «сквозным темам», когда, с одной стороны, те или иные личностные особенности обследуемого «просвечиваются» в тестах различного уровня и формы, а с другой стороны, у испытуемого происходит отреагирование этих особенностей, их психологическая переработка. Так, например, степень, характер и реализация такой личностной черты, как тревожность, прослеживаются по специальной шкале Тейлор, шкале Рикса – Уэссмана, а также в анализе сказки «Гадкий утенок» Г.-Х.Андерсена и рассказа А.П.Чехова «Тоска». Чтобы данная черта личности была глубоко «исчерпана», мы как бы провоцируем ее максимальное проявление и отреагирование, предлагая испытуемому выполнить описанную микроструктуру заданий «в связке». Для диагностики ситуации воспитания в семье предлагаются опросник «Лидерство» и произведения «Я умею прыгать через лужи» А.Маршалла и «Вельд» Р.Бредбэри; для диагностики агрессивности – тест Розенцвейга и анализ пьесы Б.Шоу «Пигмалион». Интересно, что при сопоставлении анализа пьесы с данными теста Розенцвейга просматриваются следующие совпадения: наиболее «экстрапунитивные» испытуемые склонны обрушиваться с гневными обвинениями в адрес героя книги профессора Хиггинга за его манеру поведения с людьми, в то время как менее агрессивные испытуемые больше обращают внимание на положительные стороны героя – на его высокий профессионализм, требовательность к себе и т.д.

Помимо диагностических процедур пропедевтического этапа, существует и **текущая диагностика**, дающая информацию о состоянии пациента на определенных этапах логопсихотерапевтического процесса. Так, после сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии пациентам предлагается выполнить тест Рикса – Уэссмана и описать сеанс в форме свободного сочинения. Это позволяет, с одной стороны, пациенту заново пережить сеанс, а с другой – дает психотерапевту информацию о тех

изменениях личности и состояниях пациента, которые с ним произошли. К концу первого месяца работы в группе пациенты пишут сочинение «Аранжировка». Оно дает возможность пациенту структурировать свою когнитивную и эмоциональную сферу, сделать свое видение, переживание процесса более четким и ярким, а также предоставляет психотерапевту информацию о той модели лечения, которую построил для себя и которой руководствуется данный испытуемый.

Следует отметить, что формой проведения ряда диагностических процедур является **проведение их на расстоянии**, т.е. без непосредственного присутствия экспериментатора. Испытуемые, живущие в разных городах, получают в особой последовательности задания нарастающей сложности и отвечают на них в домашних условиях, после чего отсылают ответы экспериментатору. Мы считаем, что, проигрывая в строгости и традиционности, такая процедура обследования становится инструментом формирования у испытуемого особого состояния ожидания, настроенности на предстоящую работу в группе. Начавшийся же диалог между пациентом и психотерапевтом мы назвали «дистантным общением».

А теперь рассмотрим более подробно то, что является, с нашей точки зрения, нетрадиционным в диагностике.

Важнейшей особенностью диагностики, включенной в систему логопсихотерапии заикающихся, мы считаем использование наряду с собственно диагностическими приемами специальной процедуры письменных анализов художественных произведений, выполняющих библиотерапевтическую функцию. Приведем анализ рассказа И.С.Тургенева «Живые мощи», сделанный тремя пациентами:

1. «После того, как она заболела, от нее пользы никакой не стало. Муж, видя, что дни ее сочтены, бросил ее. Она стала никому не нужна. Так она и умерла, никому не нужная» (К.В., 16 лет).

2. «Живые мощи поют! Они любят природу, в ее звуках и запахах, они радуются встрече с людьми и видят в них добро. Немощный человек боится грешить даже в мыслях – какая невозможная сила духа!..» (И.Г., 22 года).

3. «Луша рассказывала о своих снах, старалась петь... страдая от боли, не думала о себе. Она просит, чтобы позаботились о тех, кто живет в ее деревне, а о ней бы не заботились...» (С.Т., 15 лет).

Как видно, «вычерпывается» из одного текста «то» и «так», что характерно для сложившейся структуры личности каждого пациента. Мы видим разное отношение к человеческому страданию через характеристику героини рассказа: в первом случае – потребительское (и имени-то героине не дал подросток); во втором случае – восторженно-светлое («Живые мощи поют!»); в третьем, у подростка из детского дома – теплое, почти родственное. Воспитанница детского дома называет Лукерью уменьшительно-ласкательно – Луша. Неожиданно именно эта пациентка привела логическое сопоставление, которое до этого не давал никто из наших испытуемых. Она обратила внимание на следующее: «...Может, и у заикающихся сходная причина болезни. Упав с крыльца, или еще с чего-либо, они теряют способность говорить...». Слышание чужого страдания и способности к диагностированию (в данном случае определен диагноз травматического заикания) подсказали наличие у подростка потенциала врачевания. И действительно, окончив школу, девочка поступила в медицинский институт.

Следует добавить, что, являясь своего рода актом отреагирования и структу-

рирования личностных проблем обследуемых, анализ литературного произведения дает ценный проективный материал для психотерапевта. Так, большинство пациентов пишут:

«...хочется верить, что, заснув в гипнозе, мы проснемся здоровыми и не-заикающимися...» (из анализа «Трильби» Дж.Дюморье; Л.М., 19 л.);

«если бы мне... поставили, наладили саму функцию речи, я был бы счастлив...» (из анализа «Пигмалион» Б.Шоу; В.К., 21 г.);

«Я, как больной, надеюсь, что Ваше сострадание будет активным, принесет мне... радость полноценной жизни...» (из анализа «Нетерпение сердца» С.Цвейга; И.О., 23 г.).

Эти высказывания вполне согласуются с данными теста Розенцвейга, где преобладают реакции типа «выход из проблемы за счет другого». Однако встречаются и пациенты, которые в ходе анализа настраиваются психологически на преодоление трудностей, что существенно облегчает работу с ними, более того, они еще и подготавливают самого психотерапевта к стратегии и тактике индивидуального подхода к каждому из них. Из анализа романа А.Маршалла «Я умею прыгать через лужи»:

«...Так что, милый Алан, ты вселяешь надежду в больных, но не бесплодную..., а через боль, через «не могу»...» (А.О., 19 лет).

«...Дело даже не в силе воли, а в моральном здоровье, потому что, если имеешь сильные реальные препятствия и даже не думаешь о них – это моральное здоровье...» (И.Г., 22 года).

«У Алана нет болезни в голове, в мыслях, что он не как все. Именно это ощущение часто присутствует у заикающихся...» (О.И., 27 лет).

Анализ художественной литературы позволяет как прогнозировать эффективность тех или иных процедур для конкретного пациента, так и формировать специфические, соответствующие лишь данной личности приемы воздействия.

Порой, в ходе анализа произведений, больной сам строит концепцию своего заболевания, рассматривает причины и условия проблемных ситуаций и конфликтов и намечает пути выхода из них. Так, пациентка О.И. (22 года) на анализе небольшого и незатейливого рассказа И.Хургиной «Рыжая» о рыжей и поэтому несчастной девочке дает картину сложного психологического состояния героини:

«...Рассказ, как мне кажется, есть упрощенный вариант развития болезни, имеющий в своем названии слово «невроз». У девочки развивается комплекс неполноценности на почве рыжеволосой и рыжеглазой внешности; причина этого, точнее, первопричины – кем-то неосторожно сказанное слово плюс бесконечные «вздохи» родителей. ...Хочется остановиться на возвращении полноценной жизни. Рыженький человечек взглянул на себя чужими большими серыми глазами, когда ей, безнадежно рыжей девочке юноша сказал, что она «Золотая, золотая, золотистая», – и этот взгляд оказался для нее счастливым: «Все вдруг показалось для нее необыкновенно прекрасным и новым... и внезапно она ожила...».

Но самораскрытие – не единственный лечебный момент в библиотерапии. Не менее традиционный библиотерапевтический эффект – «снабжение» больного рядом целебных состояний, возникающих у него в ходе глубокого вчувствования, понимания произведения, идентификации с героем типа: успокоение, удовольствие, чувство

уверенности в себе, повышение психической активности и др. Особенно эффективны в этом плане произведения, сюжет которых построен по особой схеме: «страдание – его разрешение (часто + последующая награда)»:

«Удивительное дело – за окном читального зала жара, а уходить не хочется. Несколько страничек милого рассказа заставляют задуматься, понимая при этом, что подобная «задумчивость» – целебна» (И.Г., 22 года).

Отдельно хочется остановиться на явлении, отмеченном нами (а впоследствии и используемом) в анализе литературы пациентов, который мы назвали «феноменом исповеди». В текстах пациентов это проявляется как отступление от изложения собственно проблематики произведения и перехода к описанию субъективных проблем, или описание, раскрытие проблем главного героя «как своих собственных». Например, 18-летняя пациентка Я.Е.: «Некоторые люди, выполняя задания, могут наконец выговориться, что они не могли сделать годами. Для меня библиотерапия стала счастьем, ведь я могла говорить все, что хотела, вообще могла говорить, **меня слушали и ждали моих анализов**. Для меня это стало отдушиной. Я имела возможность сознательно и неосознанно вылить накопившееся...»

В этом «феномене исповеди» мы выделяем три основных рабочих момента: первый – собственно психотерапевтический, катартический момент, отреагирование аффекта, актуализация напряженной «потребности выговориться» (по словам наших пациентов); второй – уточнение «диагноза», картины заболевания и некоторых нюансов индивидуальности; третий – установление «на расстоянии» особого рода отношений между психотерапевтом и пациентом, как настрой на последующую работу. Это подтверждают и слова нашего 19-летнего пациента Ю.А.: «Финиш подготовительного этапа привел меня в светлое, праздничное, активное и убедительное состояние. Течение реки времени привело к перелому невозвратно. Дать это настроение, нетерпение к переменам, сосредоточение на них (непроизвольно), наверное, и есть главная цель ваших заданий, анализ тестов, которые я выполнял...»

Последний – коммуникативный момент вышеописанного «феномена исповеди» – важное звено психотерапевтического и диагностического механизма библиотерапии. Отсутствие конкретного экспериментатора при общении на расстоянии дает пациенту повод быть более смелым, раскованным в своих суждениях и самовыражении. За счет этого у пациента формируется особое отношение к психотерапевту, который из индифферентного «третьего» превращается в настоящего, понимающего и принимающего собеседника: «Здравствуйте, мои близкие люди!» – начинает свое письмо 19-летняя Г.Е. И эта атмосфера взаимопонимания, доверия и взаимораскрытости реализуется и в последующем лечении.

Таким образом, нам представляется, что описанный выше диагностический блок отличается от традиционной диагностики тем, что в нем на равных правах реализуются как собственно диагностические, так и терапевтические функции. Принципиальной особенностью данного диагностического блока является ориентация не только на так называемый портрет болезни, но и выявление неповторимых, присущих данному больному личностных черт и особенностей (так называемый портрет неповторимости). Эти черты сформировались независимо от дефекта и представляют собой общечеловеческую ценность, но также и входят в структуру дефекта, сформировались под его влиянием и могут быть использованы в процессе преодоления недуга (**гиперкомпенсаторный фонд** личности, по А.Адлеру и Л.С.Вы-

готскому).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Воронин Л.Г., Васильева В.М., Некрасова Ю.Б. Материал к патофизиологическим механизмам заикания // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Т. XVI. М., Вып. 5. 1966.
2. Воронин Л.Г., Васильева В.М., Некрасова Ю.Б. Некоторые данные о взаимоотношении речевого и ориентировочного рефлексов // Физиологические механизмы нарушения речи. М., 1966.
3. Миллер А.М., Вельвовский И.З. Библиотерапия в системе психотерапии // Вопросы психотерапии. Вып. 3, М., 1973.
4. Некрасова Ю.Б. Основные принципы коррекции нарушения речевого общения // Вопр. психол. 1986. № 5.
5. Некрасова Ю.Б. Творческий процесс в психотерапевтической реабилитации нарушенного общения // Тезисы докладов X научной сессии дефектологии. М., 1990.
6. Некрасова Ю.Б., Горбова А.В., Рау Е.Ю. К проблеме диагностики и прогноза состояния больных, страдающих заиканием // Новые исследования в психологии. М., 1981. № 1.
7. Amman G. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2. Munchen, 1982.
8. Nekrasova Yu. Wieden herstellung einer gestorten Kommunikation (am Beispiel einer Logoneurose) // Dynamische Psychiatric, Munchen, 1989, N 114/115.