Содержание коррекционной психолого-педагогической работы

Первый этап (занятия 1—10)

Задача первого этапа: эмоциональная стимуляция, активация общения, налаживание коммуникаций и установление между больными эмоционально насыщенных связей.

Первый этап (10 занятий). На этом этапе ведущим направлением является совершенствование невербальных способов общения. Цель: автоматизация навыков мелодико-интонационной и темпо-ритмической организации речи, эмоциональная стимуляция, активация общения, умение выражать свои чувства невербальным способом.

Значимая проблема для заикающихся — нарушение форм коммуникации. Актуальной становится разработка адекватных методов терапии и коррекции: повышение эффективности **групповой психотерапии**, разработка и применение реабилитационных методов воздействия при заикании. На фоне проводимых занятий предполагается положительная динамика в виде снижения **страха речи** в социально и личностно значимых ситуациях, а также повышение коммуникативной активности. Это проявляется:

- в улучшении голосовых модуляций;
- в формировании навыков темпо-ритмической организации речи, а также в интонационно-мелодической выразительности;
- в развитии способностей более адекватно выражать свое эмоциональное состояние;
- в активизации общения внутри группы и установлении между пациентами эмоционально насыщенных связей;
- в выработке адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях;
- в способности легче устанавливать социальные контакты вне группы.

Для этого используется комплексный психотерапевтический подход, то есть « **речевые проблемы**» решаются в контексте внутриличностной структуры заи кающегося и наряду с его личностными проблемами. Одним из эффективных подходов в данном случае является гештальттерапия.

Основной акцент делается на восстановлении ориентации в своем теле и окружающем пространстве с целью нахождения в дальнейшем контактов и способов разрешения конфликтов.

Роль **логопеда** заключается в постоянной **речевой поддержке** и включает: дыхательную гимнастику; выражение мыслей и чувств на языке двигательной экспрессии; актуализацию навыка мягкой голосоподачи, **развитие голоса**, коррекцию интонационно-мелодической выразительности речи.

На первом этапе работы происходит:

Осознание того, что **речевое общение** как часть процесса общения способствует перенесению частной проблемы в расширенный контекст, меняя отношение заикающихся к речи.

В результате невербального периода взаимодействия заикающиеся в течение занятий начинают активно пользоваться неречевыми средствами общения: жестами, мимикой, пантомимой и т.д.

Параллельно воспитывается умение слушать партнера и быть внимательным к нему.

Основная установка этапа — получение удовольствия от выполненного задания. Это создает положительную мотивацию к взаимодействию в группе.

Основная задача — учиться расслабляться, чувствовать себя комфортно в присутствии группы. У участников меняется представление о себе, они внутренне «выпрямляются», становятся способными перейти от монолога к взаимодействию с партнером, а соответственно, происходит и переход от типичного для заикающегося монологического общения к реальному диалогу.

Второй этап (занятия 11—14)

Главная задача: восстановление согласованного взаимодействия разных уров ней психической деятельности, выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, тренировка невербального общения.

Целью второго этапа является выработка **речевых навыков** в социально и личностно значимых ситуациях,

тренировка общения, повышение социальной уверенности пациентов. Методами работы с заикающимися на этом этапе являются ролевой тренинг и имаготерапия.

Наиболее серьезным последствием для формирования личности при заикании является образование **невротического**

комплекса. Этот комплекс является естественной преградой на пути к адекватному контакту и проявляется в

многообразных нарушениях общения. Нарушения общения, наблюдаемые у взрослых, прослеживаются на всех его уровнях: коммуникативном, перцептивном и интерактивном. Так, например, заикающимся

свойственно отсутствие зрительного контакта при взаимодействии (отводят взгляд), смысловой жестикуляции, передающей оттенки чувств. Амимичное лицо, скованное тело свидетельствуют о «репрессированных чувствах», о

блокаде «языка тела» и связанных с этим трудностях вербализации и коммуникативного взаимодействия с партнером.

Результатом заикания является тревога, появление «страха общения», фиксация на трудных ситуациях. «Страх общения» проявляется в трудностях тактильного контакта, боязни слышать собственный голос, в нежелании рисковать ради успеха. Эмоциональное взаимодействие вытесняется в этом случае рационализацией, «программированным поведением», учитывающим речевые особенности, которые постепенно занимают доминирующее положение в поведении. Подобное изменение структуры личности приводит к неадекватности восприятия себя, собственного тела, голоса, способностей, к негативной самооценке и неадекватному восприятию окружающего мира, отражаясь на познавательной и эмоционально-волевой сферах, к фиксации внимания на речевом дефекте.

Состояние тревожности характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, а с точки зрения физиологии — активацией вегетативной нервной системы. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени.

Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная характеристика активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Личности, относящиеся к категории высокотревожных, склонны видеть в широком диапазоне ситуаций угрозу для их самооценки и жизнедеятельности. На такие ситуации они реагируют выраженным состоянием напряженности. На физиологическом уровне реакция тревоги проявляется в: усилении сердцебиения; учащении дыхания; увеличении минутного объема циркуляции крови; возрастании общей возбудимости; снижении порога чувствительности.

Речевой дефект при заикании приобретает особое значение, приводит к созд анию определенной тактики общения. Желание скрыть дефект вынуждает к трудных избеганию речевых ситуаций, к использованию речевых уловок, к минимальному проявлению себя и своих желаний, то есть к сокращению «объема общения». Уменьшение общения со своими сверстниками приводит к более замкнутому образу жизни, уходу в себя, эгоцентричности, уменьшению доли диалога и формированию монологической речи; нарушается процесс

восприятия партнера на всех уровнях.

Постепенно у заикающегося рождается особый вид деятельности, направленн ый исключительно на организацию речевого процесса. Этот вид деятельности протекает параллельно с формированием содержательной стороны речевого общения, искажая содержание за счет использования «речевых уловок» (предпочтение отдается более легкому произношению в ущерб содержанию). Вместе с тем меняется социальная ориентация заикающегося: фиксация на речевом дефекте отражается на выборе друзей, процессе формирования семьи. Подобная тактика ведет к образованию замкнутого невротического круга: неадекватному способу удовлетворения потребностей, способствующему росту внутренней неудовлетворенности собой, снижению самооценки и нарастанию количества «трудных речевых ситуаций». Процесс социальной адаптации неизбежно усложняется. Все это приводит к задержке эмоционального развития, остановке личностного роста, суженному типу переживаний, то есть неадекватному аффективному поведению. Стремление избежать трудностей формирует тенденцию следовать определенным стандартам — правилам поведения, что являетс сложно-компенсаторным типом поведения. Ограничение форм общения неизбежно приводит к самоизоляции. При этом блокируются важнейшие социальные и психологические потребности, нарушается процесс самоактуализации, творческой продуктивности, снижается самооценка и активность личности в целом.

Психолого-педагогическая работа во многом должна быть направлена на формирование общения, на коррекцию самооценки, преодоление внутренних конфликтов. Однако параллельно с этой работой, направленной на ликвидацию причин, вызвавших тревожность, необходимо развивать у пациента умение справляться с повышенной тревогой.

На втором этапе продолжается коррекционная работа по преодолению нарушений невербального взаимодействия. Под невербальной коммуникацией обычно понимаются жесты, мимика и другие двигательные проявления, пространственное расположение партнеров по общению, использование ими общего времени, предъявление тех или иных особенностей своей внешности. К этой же области относится ряд интонационно-мелодических составляющих самой речи — так называемые паравербальные характеристики. Кроме того, к рассматриваемой сфере относятся и те движения, которые не предназначаются для партнеров по общению, а являются скорее отражением внутреннего состояния. Применение невербальных психотерапевтических методик основано прежде всего на усилении и развитии новых возможностей самовыражения и восприятия других людей в ситуации общения, из которого исключена речь. Большинство невербальных методик направлено на увеличение

точности и тонкости восприятия самых разных выразительных возможностей партнеров по общению (так называемый тренинг сензитивности), отдельные направления составляют вокальные техники (включающие голосовое самовыражение и реагирование), экспрессивные танцы, пантомима и ряд других. Наиболее распространенным способом включения невербальной коммуникации в психотерапевтический процесс является психогимнастика, при которой основным средством общения становится двигательная экспрессия. В различных играх и взаимодействиях, включающих прикосновение, постепенно достигается разнообразие непосредственного физического контакта участников, что способствует уменьшению эмоциональной дистанции.

Концентрация внимания на сфере чувств способствует расширению эмоциональных форм реагирования у заикающегося. Постоянная смена партнеров при выполнении заданий обогащает их эмоциональным опытом. Постепенно удается решить проблему формирования чувства ответственности за свои действия, появляется возможность попробовать свои силы в активной и пассивной позициях при контактах, а также расширить их. Личностно-ориентированная терапия подготавливает к анализу сложных психологических взаимоотношений.

Третий этап (занятия 15—30)

Главная задача: укрепление и изменение социальной позиции, представления о заикании; коррекция дезадаптивных установок и отношений, оптимизация поведения; преодоление зависимости и повышение социальной уверенности.

Цель третьего этапа в основном та же, что и у второго: выработка речевых навыков в социально и личностно значимых ситуациях, тренировка общения и повышение социальной уверенности пациентов. Методами работы на этом этапе также являются ролевой тренинг и имаготерапия.

Третий этап составляют упражнения по укреплению и изменению социальных позиций, достижение адекватного представления о нарушениях своего поведения у заикающихся, коррекция дезадаптивных установок и отношений, а также по оптимизации поведения.

Психотерапия широко использует способность к воспроизведению образа человека, которая лежит в

основе **психологического механизма** внушения, самовнушения, гипноза, аутот ренинга. Эти методы заключаются в воображении человеком тех или иных состояний, ощущений. С одной стороны, ценность этих методов обусловлена их относительной психологической простотой и возможностью

широкого использования в лечебной практике, но с другой стороны, эти методы страдают существенным недостатком: их применение оставляет личность пациента относительно пассивной, в связи с чем и получаемые результаты не отличаются глубиной и устойчивостью.

Чтобы достигнуть более прочного результата, надо идти не только от личности к представлениям, но и от представлений к личности. Подобный метод мы находим в воспроизведении больным воображаемого образа, наделенного определенными полезными для пациента качествами.

На начальных этапах работы активно разыгрываются различные ситуации, затем задача усложняется: заикающийся с помощью ведущего воспроизводит в сценическом действии значимые события своей жизни, имеющие отношение к его проблеме. Ему предстоит заново пережить и, главное, выразить свои проблемы на глазах у всех в условиях театрализованного действия. Действие может быть организовано по-разному: либо пациент играет перед группой самого себя, либо он в роли зрителя смотрит, как его изображают в тех ситуациях, которые для него наиболее значимы. Они дают ему возможность увидеть свои проблемы как в зеркале.

Четвертый этап (занятия 31 — 45)

Главная задача: раскрытие содержательной стороны внутренних психологических конфликтов заикающихся, имеющих для пациента большую субъективную значимость; перестройка нарушенной системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации.

Четвертый этап (15 дней). Целью данного этапа является закрепление речевых навыков в личностно и социально значимых ситуациях. Способность играть чужую роль помогает лучше приспособиться к окружающему миру. Под ролевыми играми мы понимаем поведение, к которому прибегает играющий по своей инициативе или по просьбе окружающих. Для участников действия, однако, ролевые игры — это способ самовыражения.

Ролевое поведение в реальной жизни может проявляться в виде ритуалов, отмечающих особые события — светские или религиозные, реальные или вымышленные, но всякий раз выполняющие культурную функцию для всего общества.

История ролевых игр связана с разработкой теории ролей, а также с появлением понятия ролевых игр в социологии. В 1966 г. Биддл и Томас написали книгу «Происхождение и история теории ролей», где в качестве своих предшественников называют Дж. Мида, Дж. Морено и Р. Линтона. ВкладМорено заключается в описании двух стадий генезиса ролей: восприятия

роли и воплощения, или разыгрывания роли. Линтон предложил разграничить понятия «статуса» (социального положения) и роли, тем самым признав, что: а) положение и соответствующие роли являются элементами общественного уклада; б) поведение человека можно рассматривать как разыгрывание роли, а саму роль — как связующее звено между поведением человека и социальной структурой.

Понятие ролевых игр как части психотерапии было разработано лишь в XX веке. Одними из первых ролевые игры в психотерапии использовали Зильбург и Генри (1941). Рейл отмечал терапевтический эффект от «разыгрывания сцен» пациентами психиатрических больниц. Морено в начале XX века описывал ролевые игры с детьми в городских садах Вены. Однако лишь в 30-х гг. эксперименты с разыгрыванием сцен были признаны эффективной психотерапевтической процедурой. С середины 50-х гг. применение ролевых игр в США пошло двумя путями. Их стали широко использовать в психотерапии, включая группы личностного роста. Сюда же относятся все приемы, которые Николе и Эфран (1985) назвали «современной терапией катарсиса», включая классический метод социометрии и психодрамы Морено, гештальттерапию, а также группы встреч (Гольдберг, 1970), первичную терапию (Янов, 1970), терапию реальностью (Глассер, 1965).

Второй областью применения ролевых игр стали тренинговые группы, которые ставят задачу саморазвития и самосовершенствования, а не психотерапии. Это направление было создано в основном с целью развития в людях навыков руководства, поведения в больших и малых группах, взаимодействия, разрешения конфликтов в группах, формирования адекватного восприятия себя и других. Классическими примерами могут послужить Т-группы (группы тренинга), а также центры психологического тестирования на профессиональные качества и способность к руководству.

Сегодня ролевые игры применяются повсюду и незаменимы в разнообразных областях психологии. Однако несомненно, что наиболее эффективно они применяются в психотерапии. Моделирование поведения —

это воссоздание ситуации взаимодействия человека с окружающей средой. Оно включает попытки создания новых решений и подходов к сложным человеческим проблемам, начальную оценку адекватности этих решений, повторное проигрывание ответственных действий до их претворения в жизнь и усовершенствование существующих навыков. Сюда же относится разыгрывание конкретных примеров моделей, разногласий, дилемм, процессов.

Опыт показывает, что даже такое минимальное использование ролевых игр может увеличить эффективность лечения и оказать благотворное воздействие на весь терапевтический процесс.

На четвертом этапе особое значение приобретают функциональные тренировки для повышения уверенности в себе. Функциональные тренировки, описанные в работах А.И. Захарова (1977), Н.М. Асатиани (1979), А.С. Слуцкого (1979), П.И. Исагулиева (1984), являются основной частью поведенческой психотерапии (Б.Д. Карвасарский, 1985), основная цель которой — практическая адаптация больного к ситуации, вызывающей опасения.

В работе с заикающимися функциональные тренировки начинаются с третьего этапа преимущественно в условиях кабинета. На четвертом (завершающем) этапе этот прием лого- и психотерапевтической коррекции проводится как в кабинете, так и в реальных жизненных условиях. Методика функциональных тренировок применяется с учетом принципа постепенного усиления эмоциональной значимости ситуации речевого общения или «ступенчатого приближения к объекту страха» (по П.И. Исагулиеву). Существует несколько видов функциональных тренировок.

Моделирование различных ситуаций речевого общения. Этот прием по своей сути напоминает психодраму, которая впервые была предложена в 30-х годах ХХ века Дж. Морено как диагностический и корригирующий метод групповой психотерапии. Применение приема моделирования основано на принципе усиления эмоциональной насыщенности упражнений, которые варьируются в диапазоне: приятная ситуация — эмоционально индифферентная ситуация конфликтная ситуация. Моделирование поведения предполагает воссоздание ситуации взаимодействия человека с окружающей средой. Это может быть проигрывание ответственных действий перед их претворением в жизнь и усовершенствование существующих навыков. План разыгрываемой ситуации (примерные темы: покупатель — кассир — продавец; начальник подчиненный; конфликт с соседями и т.д.) намечается руководителем. При моделировании и проигрывании тех или иных ситуаций учитываются определенные эгоцентрические тенденции (нервно-психический фон) разных категорий больных (с истероидной акцентуацией, с неврозом навязчивых состояний, акцентуированных по психастеническому типу и т.д.), при этом необходимо помнить об использовании тех или иных логопедических приемов (моноритмизация, расстановка пауз и пр.).

Подготавливая к «игре» заикающихся, страдающих выраженной логофобией в ситуации «покупатель — кассир», в качестве отвлечения больных от неприятных переживаний используют следующий прием. Ожидая своей очереди, больной громко (в реальной ситуации — про себя) читает

стихотворение, стараясь максимально сосредоточить свое внимание на его содержании. Такое громкое, ритмичное, по возможности эмоциональное чтение стихов отвлекает больного от предстоящего обращения к «кассиру», успокаивает и является

«трамплином» для начала речевого акта. В данных ситуациях возможны вариации, например замена чтения стихов произнесением речевых эталонов.

Обязательным моментом является подведение итогов:

совместный анализ игры, успехов и неудач, рекомендации по внедрению достигнутых результатов в жизнь. Более сложное задание в системе функциональных тренировок —

участие в концертах художественной самодеятельности и «гастроли». Программа концерта также составляется с учетом нервнопсихических и **речевых особенностей** исполнителей.

Приемы, используемые на данном этапе, следующие.

-

Участнику группы, акцентуированному по астеноневротическому типу, отличаю щемуся неуверенным слабым голосом, эмоциональной скованностью, предлаг ается работа над жизнеутверждающими произведениями, которые насыщены яркими образами и эмоциями (например, «Мчатся тучи, вьются тучи...», «Буря мглою небо кроет...» и т.п.).

- Литературный монтаж с хоровым чтением стихов (чтение каждым двух-трех стихотворных строчек).
- Музыкальные номера с предварительным развернутым пояснением. Непрофессиональная оценка выступлений зрителями оказывает большое активизирующее влияние на группу, создает эмоциональный стимул для дальнейшей работы над речью.

Другой вид функциональной тренировки — телефонный тренинг. Такие занятия помогают пациентам с тревожно-мнительными чертами характера. Специалист разъясняет больным, что в основе боязни телефона лежат механизмы патологической условно-рефлекторной связи, закрепляемые каждой неудачной попыткой речи в данной ситуации. Для ослабления патологического условного рефлекса и воспитания качественно новых эмоциональных и речевых реакций можно прибегнуть к следующему приему: создать модель телефонного разговора, в котором будет отсутствовать основной отрицательный условно-рефлекторный раздражитель — голос живого собеседника:

- звонки на автоответчик снимают эмоциональное напряжение, так как больной понимает, что будет говорить наедине с собой (пока в телефонной трубке слышатся гудки, он ритмично, без привычного волнения, задает вопрос: «Скажите, пожалуйста, сколько сейчас времени?» Услышав ответ, спокойно благодарит).

При многократном повторении таких упражнений вырабатывается навык четких, свободных движений, связанных с осуществлением телефонного разговора.

Таким образом вырабатывается положительная условно-рефлекторная цепочка, что является отправной точкой для спокойного начала разговора с реальным собеседником;-

разговор со справочными службами (основная мысль: «Меня там никто не знает»). Больные помнят о необходимости соблюдать слитность слов во фразе, спокойный темп, паузы между вопросами и ответами;

- работа в подгруппах в соседних кабинетах, оснащенных телефонами. По желанию каждый выбирает себе партнера для предстоящей тренировки речи. Собеседники намечают

примерный круг вопросов, который будут обсуждать. Такая работа предполагает участие всех больных для автоматизации навыка телефонного разговора.

Занятия по закреплению достигнутых результатов в реальной обстановке. Функциональные тренировки целесообразнее проводить в магазинах, на рынке, беседовать с прохожими на улице и в транспорте, а также проводить экскурсии в музеи, на выставки, в зоопарк. Главным требованием к проведению экскурсии является свободная речевая импровизация, создание образа уверенного в себе специалиста в данной области. Предварительно проводится подготовительная работа: проходит установочная беседа, намечаются задачи, примерные пути их реализации. Первые занятия проводятся под руководством специалиста. В случае неудачи он активно вступает в беседу, тем самым отвлекая внимание постороннего человека от заикающегося. Постепенно руководитель как бы уходит на второй план. Далее пациенты продолжают свои тренировки по указанной методике.

На этапе функциональных тренировок важное значение придается введению приобретенных **речевых навыков** в жизнь.

Необходимо перешагнуть психологический барьер и преодолеть страх речи в эмоционально и социально значимых ситуациях.