УДК 159.964: 159.923

КОНОНОВА Марина Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка
ЄЛАНСЬКА Дарина Валентинівна
студентка Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

МОЖЛИВОСТІ ОБ'ЄКТИВАЦІЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ ПРИ НЕВРОТИЧНІЙ ФОРМІ ЗАЇКАННЯ

У статті представлений теоретичний аналіз проблеми впливу психічної травми на невротичну форму заїкання. Розглядається роль психічної травми у формуванні переживань суб'єкта в ракурсі різних теоретичних підходів та в рамках психодинамічної теорії. Вивчаються можливості об'єктивації феномену переживання у процесі глибинної психокорекції за методом активного соціально-психологічного пізнання.

Ключові слова: *психічна травма, невротична форма заїкання, симптоми заїкання, глибинна психокорекція.*

Постановка проблеми. Удосконалення існуючих та розробка і впровадження нових методик корекції та лікування темпо-ритмічних порушень мовлення на сьогоднішній день є актуальним питанням для науковців і фахівців із медицини, дефектології та психології, оскільки кількість людей, що страждають даною мовленнєвою патологією не знижується, а симптоматика й патогенез заїкання ускладнюються. В останні роки в спеціальній літературі особливо підкреслюється необхідність комплексного підходу до подолання заїкуватості (Л. Белякова, Л. Власова, Т. Іванова, С. Новикова, Г. Волкова, Т. Литвиненко, В. Селіверстов, Л. Крапівіна, Ю. Філатова, Н. Юдін та ін.). Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених даній проблемі, поза увагою залишається роль травматичних переживань у виникненні невротичної форми заїкання.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Поняття «психічна травма» тлумачиться як душевне потрясіння, що супроводжується глибокими і болісними переживаннями людини, що обумовлені драматичними подіями її життя та інфантильними фіксаціями [9].

Вплив психічної травми на суб'єкта досліджували З. Фройд, О. Ранк, К. Абрахам, М. Горовиць, С. Лупко, В. Менделевич, В. Фліс та інші [8; 9; 11; 15].

Вагомий внесок у розуміння психічної травми здійснив З. Фройд. У роботі «Дослідження істерії» З. Фрейд писав: «травматичну дію може зробити будь-яка подія, яка викликає почуття жаху, страху, сорому, душевного болю; і, зрозуміло, від сприйнятливості

© М.М. Кононова, Д.В. Єланська, 2017

https://doi.org/10.5281/zenodo.853435

потерпілого залежить вірогідність того, що ця подія набуває характеру травми» [11].

Специфічним є те, що травма не завжди проявляється в чистому вигляді як хворобливий спогад або переживання, вона стає як би «збудником хвороби» і викликає симптоми, які потім, набувши самостійності, залишаються незмінними.

У контексті пізнання взаємозв'язків невротичної форми заїкання і переживань психотравми, отриманої в дитинстві, доречно розглянути механізми та етіологію розвитку заїкання.

Дотепер механізми розвитку заїкання залишаються предметом дискусій фахівців різного профілю – логопедів, невропатологів, психологів та ін. Навіть формальне визначення заїкання як патологічного процесу, на думку В. Шкловського, не може бути на сучасному етапі ні достатнім, ні остаточним. Проте, учений зазначає, що заїкання є дискоординаційним судомним порушенням мовлення, що виникає у процесі спілкування за механізмом системного мовленнєво-рухового неврозу, і клінічно представлене первинними, власне мовленнєвими, і вторинними психовегетативними розладами, значення яких у дітей дошкільного віку звичайно незначне, а в дорослих вони часто стають домінуючими [12].

На думку В. Гіляровського, у дітей раннього віку, механізм заїкання доцільно пояснити з позицій реактивного неврозу і неврозу розвитку. Реактивний невроз розвитку розуміється як гостре порушення вищої нервової діяльності. При неврозі розвитку утворення патологічних стереотипів (роздратування, пригнічення) відбувається поступово у несприятливих умовах середовища [5].

Клінічні критерії для розмежування невротичних і неврозоподібних розладів, які були запропоновані в психіатрії ще на початку 70-х років XX століття, сприяли виділенню невротичної і неврозоподібної форми заїкання. На сьогоднішній день це розмежування представляє собою класифікацію заїкання [1].

У контексті нашого дослідження інтерес представляє невротична форма заїкання, серед вихідних причин виникнення якої виділяють анатомо-фізіологічні, психічні й соціальні причини. До психічних та соціальних відносять: психічну травму або неправильне виховання в сім'ї та неправильне формування мовлення в дитинстві.

Мета нашого дослідження полягає у проведенні аналізу щодо представленості можливостей об'єктивації та психокорекції переживань психічної травми дитинства у осіб із невротичною формою заїкання в ракурсі різних теоретичних підходів та в рамках психодинамічної теорії.

Виклад основного матеріалу дослідження. Поняття «травма» в буденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними

ушкодженнями, порушеннями цілісності тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу і цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану, витісняючи при цьому усі сторонні тіла.

Психічна травма, яка є однією з причин формування невротичної форми заїкання, функціонує по аналогії з фізичною травмою. Психіка так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану і все, що порушує цю стабільність, витісняється, по термінології З. Фрейда. Проте психіка ще має здатність травматизувати саму себе, продукуючи визначені думки, спогади, переживання і афекти, тобто психічна травма може мати інтрапсихічну природу.

Психічний біль, як і фізичний, інформує про психічне неблагополуччя і запускає механізм зцілення психіки – роботу захисних механізмів (витіснення) або реакцію у відповідь. Реакція (удар, лайка, безсилля, плач) у відповідь дозволяють здійснити розрядку надмірного психічного збудження, що виникло при травматизації.

У тому випадку, коли збільшене психічне збудження через обставини не може бути відреаговане, починають працювати захисні механізми психіки, переводячи енергію травматичного збудження в тілесні симптоми, і розрядка відбувається в соматичній сфері.

Реакція на травму у формі заїкання характерна для психомоторного рівня реагування центральної нервової системи, що притаманне дітям дошкільного віку. Саме після перенесеної гострої психічної травми чи на фоні хронічних конфліктних ситуацій у дітей з'являються запинання судомного характеру.

Відбувається те, що в психоаналізі називається конверсією. З. Фрейд вказував, що соматизація сприяє розрядці психичної напруги, що виникла в психиці. Формується специфічне «ментальне ядро», яке буде активізуватися кожного разу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування [11]. З. Фройд називав цей процес феноменом «нав'язливого повторення». Таким чином, психічна травма має «гарну пам'ять», а її «жертви» страждають переважно від спогадів і патологічних патернів реагування, що реалізуються несвідомо.

При дослідженні травматичних неврозів З. Фройд висунув основні положення теорії психічної травми: психічні травми відіграють важливу роль в етіології неврозів; переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного чинника; усі психічні травми належать ранньому дитинству; негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення і фобії; при певній психологічній конституції травмою стає те, що при іншій не викликало

б подібних наслідків; психічними травмами стають або переживання власного тіла, або чуттєві сприйняття і враження; невроз – спроба зцілитися від травми, прагнення примирити частини «Я», що відхилилися під впливом травми, з іншими частинами [11].

Особливого значення З. Фройд надавав інфантильним переживанням, які «….мають тим більш складні наслідки, оскільки співпадають з часом незавершеного розвитку і саме завдяки цій обставині здатні травмуючи впливати» [11].

Ми солідаризуємося з твердженнями З. Фройда в тому, що спогади про пережитий травматичний досвід, які лишаються неусвідомленими, зберігають свій емотивний заряд і здатні імперативно впливати на психіку суб'єкта впродовж його життя.

Крім того, академік Т.С. Яценко акцентує увагу на тому, що переживання, пов'язане з драматичними подіями раннього періоду розвитку, набуває травматичного характеру не внаслідок повторюваності, а через значимість події для суб'єкта, що й виступає підґрунтям для формування деструктивних тенденцій психіки. Для несвідомого значущість події є більш вагомим показником, ніж кількісні показники чи статеві ознаки, які згодом іманентно переходять у передсвідоме [13].

Переживання травми завжди супроводжується яскраво вираженими емоціями, фактором актуалізації для яких є емоціогенний стимул (зовнішній або внутрішній). Оскільки психічна травма носить в основному емоційний характер, можна вважати, що вона потребує водночас і внутрішнього, і зовнішнього стимулу [3].

При невротичній формі заїкання, яка загострюється у віці від 2 до 6 років (коли фразове мовлення вже сформоване), переважає психогенний початок мовленнєвої патології [6].

У 6-7 років, у зв'язку зі збільшенням емоційного і фізичного навантаження, зумовленого вступом до школи, у дітей спостерігається рецидив. У 10-12 років, в результаті усвідомлення дефекту мовлення, формується логофобічний синдром, який може поєднуватись із невротичними тиками та сінкінезіями [1].

Окрім логофобічного варіанту неврозів, виявляють істеричний механізм. При цьому, внаслідок психічної травми шокуючого характеру, паралізуються центральні механізми мовлення, виникає істеричний мутизм, хворий мовчить не тільки під час психотравмуючої ситуації, але й за будь-яких обставин. Після зникнення істеричного мутизму нерідко спостерігаються істерики заїкання (під впливом психотравмуючих хвилювань знову паралізується мовленнєва функція, але у менш вираженому ступені).

При невротичній формі заїкання динаміка порушення має рецидивний характер. Тимчасово мовлення стає плавним, судомні

зупинки можуть бути відсутніми, але при емоційному напруженні, соматичному захворюванні, перевтомі заїкування з'являється знову [2].

Як відомо, всі симптоми заїкання непостійні і часто змінюються. Крім того, у однієї дитини ступінь заїкання може змінюватися, і велику роль у цьому відіграють обставини і середовище, в яких дитина спілкується. Наприклад, наодинці з собою, з іграшками дитина говорить без запинок, але присутність інших людей, особливо незнайомих, дуже негативно впливає на її мовлення. Розмова з людьми, з якими дитина почуває себе спокійно і впевнено, може не викликати труднощів, але розмова з незнайомцями, або тими, кого дитина боїться чи соромиться, відразу підсилює заїкання [2].

Тож заїкання, що з'являється в ранньому дитинстві, може тривати все життя, виникати спонтанним чином або при публічних виступах та певних умовах. Тому щоб процес лікування та психокорекції був ефективним, необхідно встановити причини розладу мовлення, його ступінь і глибину підсвідомого страху.

Дослідженням внутрішніх механізмів, спрямованих на подолання деструктивного впливу психічної травми на особистість займаються такі вчені, як Ф. Василюк, О. Лазебна, М. Зеленова, М. Магомед-Емінов, В. Менделевич, С. Лупко та інші [4; 8; 9].

На думку вітчизняного дослідника С. Лупко, проблеми функціонування і розвитку людини як носія досвіду психічної травми можна поєднати в такі основні групи:

1) деструктуризація, а потім – негативна реструктуризація системи відносин людини зі світом, оточенням; наростання обмежень функціонування Его-системи;

2) афективні, когнітивні, особистісні, поведінкові розлади;

3) психосоматичні розлади [8].

Актуалізація «долаючого» переживання відбувається в критичній ситуації травми – в ситуації «неможливості», як називає її Ф. Василюк, тобто в ситуації неможливості жити й реалізовувати внутрішню необхідність свого життя так, як це було до травми. Результатом психологічної діяльності переживання може стати усвідомлення людиною того, що трапилося, і сенсу (осмисленності) усього свого життя. Без цього «переживання-усвідомлення» зміна життєвої позиції практично неможлива, а отже неможливе й адекватне подолання психічної травми [4].

Важливим для розуміння механізмів діяльності долаючого переживання є аналіз динаміки симптоматики, яка засвідчує порушення.

Аналіз особливостей неврозогенезу, описаних В. Менделевичем [9], дозволяє виокремити кілька етапів, на кожному з яких вирішуються цілком конкретні задання.

Перший етап – когнітивний. Він виникає, як правило, відразу після психотравмуючої ситуації і триває від кількох днів до кількох тижнів. Психічна діяльність переживання спрямована в цей період на усвідомлення того, що сталося, і мотивується вітальною потребою зорієнтуватися в нинішній ситуації й оцінити подію. На цьому етапі спостерігається виникнення афективних проявів. Характерними психологічними феноменами є розгубленість, розчарування, безвихідь, здивування, образа.

На думку М. Горовиця [14], виникнення цих феноменів пов'язане з руйнуванням когнітивних схем людини, зміною її інформаційного патерна, який у нормі регулює та організує сприйняття і поведінку людини. Цей патерн містить схему «Я», схеми значимих інших і схему світу (світогляд). Поки активовані, травматично змінені схеми не інтегровані до складу старих, що лишилися без порушень, вони породжують вище перелічені феномени. Тому для зниження гостроти переживання починають діяти процеси психічного захисту і когнітивного контролю (наприклад, у формі уникнення, заперечення, емоційної глухоти), що, обумовлюючи «терапевтичний» ефект, значно ускладнюють подолання травми.

Другий етап – афективно-мотиваційний. Він триває, як правило, кілька місяців. Для нього характерні яскраво виражені афективні переживання, спогади про психотравмуючу подію. Досвід травми і життєві події, пов'язані з ним, відтворюються особистістю в цей період крізь призму мотиваційно-ціннісної ієрархії, і саме це обумовлює психічну діяльність переживання.

Третій етап – антиципаційний. На цьому етапі, у випадку адекватної діяльності переживання на попередніх етапах, можуть формуватися своєрідні альтернативи й актуалізуватися когнітивні ресурси особистості, що допомагають активізувати механізми психологічної компенсації. Цього не відбувається в тому випадку, коли особливості антиципації не дозволяють особистості виконати необхідну внутрішню роботу, спрямовану на те, щоб упоратися з травмуючими переживаннями. В результаті вибору першого шляху поступово знижується гострота афективної симптоматики, розпочинається психічне відновлення особистості. Якщо ж обирається другий шлях, то з'являється психопатологічна або соматична симптоматика.

Четвертий етап – поведінковий. На цьому етапі виробляються специфічні способи психологічної компенсації та включаються механізми самокорекції. У випадку їхньої неадекватності можлива

поява як психосоматичних, так і психосоціальних порушень. До неадекватних стратегій поведінки належить, насамперед, виникнення типових невротичних реакцій і захисних механізмів дій – невротичних ритуалів, обмежувальних форм поведінки. Концепція «Я» і картина світу в цей період стають ригідними, жорстко фіксованими. Кожне життєве явище, подія здобувають раз і назавжди задану цінність і значимість, при цьому схематизується і тип реагування на них.

Посилаючись на визначені В. Менделевичем етапи формування невротичної симптоматики у відповідь на психотравмуючий вплив, можна говорити, що психічна діяльність долаючого переживання, незважаючи на її індивідуальний характер, має певні закономірності, характерні для всіх людей.

Ми солідарні з твердженням З. Фрейда в тому, що позбутися травматичних переживань, тобто відреагувати їх, можливо у процесі психоаналітичної роботи.

Особливого значення в контексті психокорекційної роботи з травматичними переживаннями набуває метод активного соціально-психологічного пізнання, зорієнтований на цілісне пізнання психіки в її свідомих і несвідомих проявах, які пов'язані з переживаннями раннього періоду розвитку (теоретичні та практичні аспекти психокорекції в групах АСПП були розроблені академіком НАПН України Т.С. Яценко) [13].

У центрі уваги психокорекційної роботи – значимість події, а не її статистичний показник. Емпіричний матеріал у процесі проведення групи АСПП дозволяє виявити тенденції несвідомої сфери, відкоректувати залежність суб'єкта від пережитого досвіду, який має емоційне навантаження і зумовлює наявність тенденції «до минулого», що дає суб'єкту можливість усвідомити, що усі його зусилля спрямувалися на минулі драматичні переживання, які поглинали його енергетику.

Тож можна зазначити, що одним із головних завдань психотерапевта, психолога, який має справу з наслідками психічної травми (як гострої, так і хронічної), є допомога людині в тому, щоб: а) усвідомити, що використовувані нею способи подолання травми неефективні; б) послабити дезадаптивні процеси, що заважають відкрити доступ до ресурсів, які забезпечують адекватне психосоціальне функціонування; в) активізувати внутрішню активність особи, необхідну для розширення власного арсеналу способів конструктивного подолання травми.

Висновки та перспективи подальших розвідок. Отже, психічна травма, пережита дитиною, знаходиться у безпосередньому зв'язку з появою мовленнєвих судорог, що свідчить про гіперактивацію емоціогенних структур мозку при невротичній формі заїкання.

Суттєвим є те, що залежність суб'єкта в дорослому віці від пережитого травматичного дитячого досвіду, який має емоційне навантаження і визначає наявність тенденції до «минулого», потребує психотерапевтичного впливу. Теоретичний аналіз літературних джерел із даної проблеми вказує на необхідність її багатоаспектного дослідження, зокрема, можливостей психодинамічного підходу у виявленні впливу травматичних фіксацій на неусвідомлювані переживання суб'єкта.

Список використаних джерел

1. Беккер К. П. Этиология заикания / К.П. Беккер // Логопедия сегодня. – 2011. – № 1. – С. 29–32.

2. Белякова Л. И. Паузы в нормальной речи и при заикании / Л.И.Белякова, Е.А. Дьякова // Практическая психология и логопедия. – 2008. – № 3. – С. 60–66.

3. Бондаревська Л. Л. Взаємозв'язок переживань суб'єкта з психічною травамою / Л. Л. Бондаревська // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. – К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2005. – № 8 (32). – С. 52–59.

4. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 200 с.

5. Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания у детей и роли его для общего развития личности и его лечения – 3-те изд., перераб. и дополн. / В. А. Гиляровский – М. : ВЛАДОС, 2002. – 245 с.

6. Гуцал Л. Л. Корекція заїкання у молодших школярів [Текст] : навч.-метод. посіб. / Л.Л. Гуцал, С.П. Миронова. – К. : Шкільний світ. – 2010. – 120 с.

7. Лейбин В. М. Словарь-справочник по психоанализу / В.М. Лейбин. – СПб. : Питер, 2001. – 688 с.

8. Лупко С. Стратегії подолання психічної травми / С. Лупко // Соціальна психологія. – 2004. – №5 (7). – С. 25–35

9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология, практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М. : «МЕДпресс», 1998. – 592 с.

10. Павленко Ю. Ю. Комплексный подход в коррекции заикания / Ю.Ю.Павленко // Логопед. – 2010. – № 8. – С. 16–22.

11. Фрейд З. Исследование истерии / З.Фрейд // Собр. соч. : В 26 т., Т.1 – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. – 464 с.

12. Шкловский В. М. Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов: Руководство по психотерапии / В.М. Шкловский; [под ред. В.Е. Рожнова]. – М. : Просвещение, 1984. – 251 с.

13. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: Навч.посіб. / Т. С. Яценко. – К. : Вища шк., 2004. – 679 с.

14. Horowitz M .J. Stress response syndromes. Northvale N.J. Aronson 2 nd-ed. 1986.

M. Kononova, D. Elanskaya

THE POSSIBILITY OF OBJECTIFICATION OF THE MENTAL TRAUMA WITH NEUROTIC FORM OF STUTTERING

The article deals with the theoretical analysis of the trauma impact on the neurotic form of stuttering. The mechanisms of stuttering are defined. S. Freud's study of traumatic neurosis is overviewed. It is emphasized that experience of trauma is always accompanied with strong emotions which are actualized by external or internal emotive stimulus.

It has been shown that psychic trauma related to formation of neurotic stuttering is functioning like a physical trauma. Human psyche ensures to maintain its stability so everything that disturbs such stability is going to be repressed. Nevertheless, psyche could traumatize itself, producing some thoughts, memories and affects, i.e. psychic trauma could have intrapsychic nature.

According to T. Yatsenko, experiences related to dramatic events of the early period of ontogenesis get traumatic nature not due to re-occurrence but to importance of the event to the subject. This is considered to be a cause of formation of destructive tendencies of the psyche. Therefore, the process of correction and treatment will be effective when the causes of speaking disorder, its level and the depth of subconscious fear are distinguished.

S. Lupko outlined that the problems of human experiencing trauma can be combined in the following groups: destructing and then negative restructuring of human relations with the world; growth of the restriction of functioning of Ego-system; affective, cognitive, personality and behavioral disorders; psychosomatic disorders. Also V. Mendelevich distinguishes such stages of trauma as cognitive, affective, motivational, anticipatory, and behavioral.

It is also emphasized that the trauma experienced by the child, is in direct connection with the appearance of speech cramps, indicating that hyperactivation of emotiogenic brain structures. It is noted that adult's dependence on his/her dramatic experience gotten in early childhood requires psychotherapeutic influence.

Keywords: *psychic trauma, neurotic form of stuttering, stuttering symptoms, deep psychological correction.*

Надійшла до редакції 16.05.2017 р.