УДК 159.9:616

DOI: 10.33184/NShvb-2021-11-22.13

Шайхуллин Эмиль Хамитович
магистрант факультета психологии
Башкирского государственного университета

Научный руководитель – Хох И. Р.

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ КОММУНИКАТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ЗАИКАНИИ

***Аннотация.** В статье подробно анализируются полученные результаты тестов на определение уровней коммуникативного контроля, тревожности и психологического благополучия среди людей, страдающих заиканием.*

***Ключевые слова:** заикание, коммуникативный контроль, тревожность*

Согласно статистике, приведенной из различных источников научно-исследовательской и публицистической литературы, число заикающихся людей, с той или иной степенью речевого расстройства (от легкой, почти незаметной, до тяжелой, когда человек не может сказать ни то что слово, а даже слог в слове) или типом заикания (тоническое – растягивание звуков, многочисленные запинки и паузы; клоническое – многократное повторение слов или звуков; смешанное), в мире варьируется от 1 до 5% [2].

Данное речевое расстройство может оказывать существенное влияние на заикающегося человека: на его характер, стиль поведения и реагирования в различных ситуациях, мимику, имеющиеся коммуникативные навыки, психику, образ мыслей и мышление. Заикание становится своеобразным стилем жизни, формируя и развивая, таким образом, психологические особенности заикающихся людей, которые могут отличаться от среднестатистических, по сравнению с бегло говорящими людьми.

Для определения клинико-психологических особенностей заикающихся, автором была предпринята попытка исследования группы

заикающихся (исследуемая группа) и бегло говорящих людей (контрольная группа) по следующим критериям:

- уровень тревожности (личностная тревожность);
- уровень психологического благополучия;
- уровень коммуникативного контроля.

В состав исследуемой группы вошли 87 человек, страдающих заиканием той или иной степени и типа.

Стоит заметить, что названные выше степени и типы заикания весьма условны и очень трудно поддаются диагностированию. Одна степень заикания может чередоваться с другой, один тип может сменяться другим, причем в пределах одного индивидуума и на протяжении относительно короткого промежутка времени, в зависимости от окружающей обстановки, психологического состояния, личности собеседника и т.п. Вследствие этого в исследуемой группе не производилась градация по степени и тяжести заикания.

Также была опрошена контрольная группа лиц (94 человека) с нормальной беглостью речи, без каких-либо видимых дефектов речи (возраст опрашиваемых в обеих группах составил: от 25 лет до 45 лет).

Половой состав групп следующий:

- контрольная группа: 54 чел. – мужчины, 40 чел. – женщины;
- исследуемая группа: 64 чел. – мужчины, 23 чел. – женщины.

Значительный перекос в сторону мужчин в половом составе в исследуемой группе является естественным, т.к. согласно ранее проведенным исследованиям, данное речевое расстройство среди лиц мужского пола диагностируется в 4-5 раз чаще, чем среди женского пола. Так, известный американский исследователь и доктор П. Фокс (Peter T. Fox) триумфально объявил заикание «чисто мужской проблемой».

Исследования проводились путем опроса контрольной и исследуемой групп по следующим тестам:

1. Тест на тревожность Спилбергера-Ханина (STAI, State-Trait-Anxiety-Inventory);
2. Тест на психологическое благополучие К. Риффа (Ryff's Scales of Psychological Well-being);
3. Тест на определение уровня коммуникативного контроля (или социального самоконтроля М. Шнайдера (SMS, Self Monitoring Scale).

Полученные, на основе вышеприведенных тестов, результаты опроса подверглись анализу, систематизации и структурированию, а также были интерпретированы в нижеприведенных выводах.

Согласно результатам опроса и исследования, получены данные:

1. Результаты опроса контрольной и исследуемой групп теста на тревожность Спилбергера-Ханина:

- контрольная группа: высокая – 16 чел. (17%), средняя – 67 чел. (71%), низкая – 11 чел. (12%);

- экспериментальная группа: высокая – 22 чел. (25%), средняя – 59 чел. (68%), низкая – 6 чел. (7%).

2. Результаты опроса контрольной и исследуемой групп теста на психологическое благополучие К. Риффа:

- контрольная группа: высокое – 27 чел. (29%), среднее – 35 чел. (37%), низкое – 32 чел. (34%);

- экспериментальная группа: высокое – 11 чел. (13%), среднее – 37 чел. (43%), низкое – 39 чел. (44%).

3. Результаты опроса контрольной и исследуемой групп теста на определение уровня коммуникативного контроля М. Шнайдера:

- контрольная группа: высокий – 8 чел. (9%), средний – 46 чел. (49%), низкий – 34 чел. (42%);

- экспериментальная группа: высокий – 39 чел. (45%), средний – 41 чел. (47%), низкий – 7 чел. (8%).

Исходя из полученных результатов тестов и опроса, можно сделать следующие выводы:

- уровень общей тревожности экспериментальной группы выше уровня тревожности контрольной группы. Процент людей с высоким уровнем социальной тревожности (16% контрольной группы, против 22% экспериментальной группы) показывает превышение среднестатистического показателя. Когда как людей с низким уровнем социальной тревожности, среди заикающихся, в 1.71 раза ниже данного показателя контрольной группы;

- показатель общего психологического благополучия экспериментальной и контрольной групп в среднем схожи, но экспериментальная группа показала результаты большего количества людей с низким показателем психологического благополучия (34% и 39% для контрольной и экспериментальной групп соответственно);

- результаты теста на определение уровня коммуникативного контроля прямо пропорциональны в своих экстремумах (пиковых значениях). Так, экспериментальная группа показала очень высокий (больше в 5 раз) уровень коммуникативного контроля, по сравнению с

контрольной группой (8% против 39% для контрольной и экспериментальной групп соответственно).

Результаты теста на определение уровня коммуникативного контроля (социального самоконтроля) М. Шнайдера, по мнению автора, особенно интересны и показательны.

Полученные результаты, на первый взгляд, могут показаться весьма парадоксальными: люди, имеющие проблемы с коммуникацией, показали очень высокий уровень коммуникативного контроля, в то же время контрольная группа наоборот – низкий.

Почему получены такие результаты? Предпримем попытку интерпретации результатов с выявлением возможных причин и оснований.

Так как речевое расстройство в виде заикания в целом является многофакторным расстройством личности психофизиологического характера, при котором очень часто страдают психоэмоциональная, когнитивно-поведенческая, физиологическая и другие сферы человека, страдающего заиканием, то в процессе коррекции речи используют различные методики, направленные на нивелирование (либо коррекцию) возникших паттернов.

Например, часто используемая при коррекции заикания дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой делает акцент на правильном дыхании при разговоре и четком следовании определенным правилам дыхания. Таким как: использовать строго диафрагмальное дыхание, делать вдох перед началом речи, на выдохе говорить не более 3-4 слов, вдох в 3 раза короче выдоха и т.д., т.е. заикающийся должен контролировать своё дыхание при разговоре до тех пор, пока данная техника речевого дыхания не станет автоматической.

Основой методики профессора Л. З. Арутюнян является синхронизация речи с движениями пальцев ведущей руки, диктующей ритмико-интонационный рисунок фразы (отстукивание ладонью руки ритма по столу с последующим повторением), причем речь заикающегося должна входить в резонанс с отстукиванием ритма, при этом также необходимо делать смысловые паузы и следить за скоростью речи.

Логопед-дефектолог Н. А. Власова предложила методику коррекции речи заикающегося на основе усложнения речевого материала (постепенного усложнения типов речи). Целью методики является формирование речи от ситуативной с опорой на определенное событие до контекстной, самостоятельной, без заикания. В данной методике также со стороны заикающегося человека требуется постоянный контроль над

своей речью в зависимости от возникающих в процессе коррективной ситуации и обстоятельств.

Существует также большое количество и других различных методик, так или иначе связанных как с когнитивно-поведенческой коррекцией заикающегося, так и психоэмоциональной, но в главу угла практически каждой из них ставится постоянный осознанный коммуникативный контроль над речью.

Методика коррективной речи заикающегося выбирается в зависимости от типа, формы и степени заикания (что, как было сказано выше, весьма проблематично при диагностировании), но также они могут использоваться совместно при комплексной терапии, либо банально, по принципу: «много – не мало».

Данная статья не ставит целью изучения эффективности той или иной методики заикания (несомненно, что каждая из них обладает некоторой субъективной эффективностью). В статье исследуются возможные причины формирования высокого уровня коммуникативного контроля среди людей, страдающих заиканием.

Подавляющее большинство методик, связанных с коррекцией (устранением) заикания предусматривают постоянный сознательный контроль человека над своей речью, а также сопутствующими речи человека процессами (дыхание, двигательные и эмоциональные реакции, мимика, артикуляция и т.д.) на первоначальном этапе – до тех пор, пока данный контроль перестанет осознаваться и дойдет до автоматизма (по теории методик).

Как следует из многочисленных практик коррекции заикания, большинство заикающихся применяет на практике максимальное количество методик, и тем самым, зачастую усугубляя своё состояние путем чрезмерного коммуникативного контроля над своей речью и сопутствующих процессов.

Если бегло говорящий человек в большинстве случаев думает только о том, что сказать, то речь человека, страдающего заиканием, в корне отличается от данного паттерна, и «что сказать», у заикающегося человека, находится даже не в первой десятке дум, предшествующих речи (если не на последнем месте), так и вовремя неё.

Мыслительные процессы в процессе речи заикающегося человека направлены, прежде всего, на контроль окружающей обстановки речи и эмоционального состояния (при чем не только своего, но и собеседника): «Что подумает этот человек обо мне и моей речи? Как мне (физически)

сказать это слово? За спиной засмеялись люди – это они смеются над моей речью? Здесь нужно сделать вдох, а вот здесь паузу – почему у меня сейчас это не получается? Ритм, темп, плавность речи, тянуть гласные звуки... Впереди трудный согласный звук – срочно ищу замену слово-синоним! ... Что сказать собеседнику?» и т.п.

Как видно из вышеописанного паттерна речи заикающегося человека – происходит повсеместный осознанный контроль всех возможных окружающих внутренних и внешних факторов, тогда как у бегло говорящих людей данные процессы происходят неосознанно, автоматически.

Осознанный контроль речи и сопутствующих ей процессов со стороны заикающегося человека и обуславливает довольно высокий уровень коммуникативного контроля. Данный результат не является простым следствием применения методик коррекции речи; он также является результатом негативного прошлого психотравмирующего опыта общения и возможной последующей логофобии.

Согласно М. Шнайдеру, люди с высоким коммуникативным контролем постоянно следят за собой, хорошо осведомлены, где и как себя вести. Управляют своими эмоциональными проявлениями. Вместе с тем они испытывают значительные трудности в спонтанности самовыражения, не любят непрогнозируемых ситуаций. В то время как люди с низким коммуникативным контролем непосредственны и открыты, но могут восприниматься окружающими как излишне прямолинейные и навязчивые [1]. Если проследить за поведением заикающихся людей в абсолютном большинстве жизненных ситуаций, то это, как правило, люди с низким уровнем эмоциональных проявлений (с запретом на эмоции и их проявление), испытывающие значительные трудности в самовыражении (что естественно при данном дефекте речи) и имеющие в основном избегающее поведение (избегание, с их точки зрения, психотравмирующих негативных и опасных для них ситуаций). Но также бывают жизненные ситуации (например, в окружении хорошо знакомых людей, обстановке или в ситуации неожиданного резкого сильного волнения или внезапного стресса в обстоятельствах «бей или беги»), когда заикающийся человек банально забывает, как о коммуникативном контроле, так и вообще о заикании. Тогда речь заикающегося не только не отличается от речи бегло говорящего человека, но и может превосходить ее (так называемая ораторская речь). То есть, результаты, показанные исследуемой группой, являются логически обоснованными и вполне реальными, как бы ни

парадоксальными они казались на первый взгляд. Полученные результаты и их последующая интерпретация коррелируют с истолкованием сущности теста его создателем. Вербальная речь для заикающегося человека бывает настоящим «испытанием». Он переживает эмоциональные состояния в виде повышенной тревожности, фобических явлений (проявления чувства страха), и любое устное общение психика заикающегося человека воспринимает как потенциально возможную опасность с проявлением дальнейших сопутствующих физических и психологических реакций организма.

Рептильный мозг человека не различает мнимую и истинную опасность, о ней он узнает по набору определенных импульсов, исходящих от органов чувств и лимбической системы. Любое сильное переживание оставляет след в виде конкретного эмоционального блока. Его основная задача - уберечь человека от негативного события, а точнее: от возможных негативных последствий как в настоящем (здесь и сейчас), так и в будущем. Как было описано выше, процент людей с повышенным уровнем тревожности в экспериментальной группе выше, чем в контрольной, и связь заикания с тревогой не вызывает сомнения - большинство людей, страдающих заиканием, отмечают, что общение с незнакомыми или малознакомыми людьми, необходимость коммуникации с большой аудиторией значительно усугубляют речевые дисфункции (т.к. неизвестна реакция собеседника на данный дефект речи), а в спокойной обстановке, при ограниченном числе хорошо знакомых людей (либо в обстановке внезапного стресса), заикание в значительной степени уменьшается (либо исчезает вовсе), уровень коммуникативного контроля снижается до минимума и речь не отличается от беглой. Следовательно, довольно часто высокий уровень коммуникативного контроля связан с высоким уровнем тревоги и наоборот, что, в свою очередь, влияет на общий уровень психологического благополучия человека. Результаты теста на психологическое благополучие К. Риффа показали, что экспериментальная группа показала результаты большего количества людей с низким показателем психологического благополучия, что также коррелирует с вышеописанным.

Таким образом, как было описано выше, заикание откладывает отпечаток на заикающегося человека: на его характер, стиль поведения, коммуникативные навыки, психику, образ мыслей и мышление. У подавляющего большинства заикающихся людей нет иных психологических проблем, кроме тех, которые непосредственно связаны с

их заиканием, или другими словами: если бы заикающиеся люди могли говорить бегло, то у них не было бы никаких других проблем.

Список использованных источников

1. Болотова А.К. Психология времени в межличностных отношениях / А.К. Болотова. – Москва: Московский психолого-социальный институт, 1997. – с. 160.
2. Фасенко Ю. А., Лохов М. И. Заикание: история и обзор современного состояния проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. 2015. С.93 - 103.

© Шайхуллин Э.Х. 2021

УДК 159.9:616+616.1+616.4