

## ПРОБЛЕМА РОЛІ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНОЇ ФОРМИ ЗАЇКАННЯ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

**Марина Кононова**  
Полтава

*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, заїкання, глибинна психокорекція.*

Постановка проблеми. Питання лікування, корекції темпо-ритмічних порушень мовлення є актуальним для науковців і фахівців у галузі медицини, дефектології та психології, оскільки кількість людей, що страждають даною мовленнєвою патологією не знижується, а симптоматика й патогенез заїкання ускладнюються. Вчені постійно працюють над удосконаленням існуючих та розробкою і впровадженням нових методик подолання заїкання, що свідчить про актуальність проблеми. В останні роки у спеціальній літературі (як вітчизняній, так і зарубіжній) особливо підкреслюється необхідність комплексного підходу до подолання заїкуватості (Л. Белякова, Г. Волкова, Л. Власова, Т. Іванова, Л. Крапівіна, Т. Литвиненко, С. Новикова, В. Селіверстов, Ю. Філатова, Н. Юдін та ін.). Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених даній проблемі, поза увагою залишається роль травматичних переживань у виникненні заїкування.

Мета дослідження полягає у проведенні аналізу щодо проблеми психічної травми та її ролі у виникненні невротичної форми заїкання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз літератури свідчить, що на початку ХХ ст. механізми заїкання вивчалися в межах трьох теоретичних напрямів:

1. Заїкання як спастичний невроз координації, що виникає від подразнення апарату складової координації. Прихильники цієї теорії (Г. Гутцман, І. Сікорський та ін.) пояснювали заїкання у світлі невротизму: заїкання – це судомоподібні спазми.

2. Заїкання як асоціативне порушення психологічного характеру (Т. Гепфнер, А. Лібман, Г. Неткачев, Ю. Флоренська, Е. Фрешельс та ін.).

3. Заїкання як підсвідомий прояв, що є наслідком психічних травм, різноманітних конфліктів із навколишнім середовищем. Представники цього напрямку (А. Адлер, Шнейдер та ін.) вважали, що заїкання, з одного боку, є бажанням індивіда уникнути будь-якої можливості спілкування з оточуючими, а з іншого – викликати співчуття оточуючих за допомогою демонстративного страждання.

Таким чином, в кінці ХІХ – на початку ХХ ст. визначається думка, що заїкання – це складний психофізичний розлад.

Подальші дослідження механізмів заїкання та класифікації темпо-ритмічних порушень мовлення стали предметом гострих дискусій. Одна група дослідників (Ю. Поворінський, Ю. Флоренська та ін.) розглядали заїкання як симптом неврозу, друга (В. Гіляровський, М. Жинкін, В. Кочергіна, М. Лебединський, С. Ляпідевський, А. Поварнін, І. Тяпугін, М. Хватцев) – як особливу форму неврозу. Однак в обох випадках учені були одноставні в думці про те, що складні й різноманітні механізми розвитку заїкання ідентичні механізмам розвитку неврозів узагалі. Отже, заїкання набуло статусу захворювання центральної нервової системи в цілому, а не лише окремого симптому чи синдрому.

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 (1984, р. 251) не може бути на сучасному етапі ні достатнім, ні остаточним. Проте вчений наголошує, що заїкання є дискоординаційним судомним порушенням мовлення, яке 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 у дорослих вони часто стають домінуючими [13].

На думку В. Гіляровського (2002, р. 245), 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 [6].

В етіології заїкання має місце сукупність екзогенних та ендогенних факторів. До причин, що сприяють виникненню заїкання відносять такі:

І невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють або дезорганізують функції нервової системи);

І невропатичні особливості заїкуватого (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість);

І конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);

І спадкова обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті вродженої слабкості мовленнєвого апарату, яка може передаватись спадково (в якості рецесивної ознаки);

І ушкодження головного мозку у різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих факторів: внутрішньоутробних та пологових травм, асфіксії, постнатальних – інфекційні, травмуючі впливи при різних дитячих захворюваннях.

Серед вихідних причин виділяють анатомо-фізіологічні, психічні та соціальні причини. До психічних та соціальних відносять: психічну травму або неправильне виховання в сім'ї (розбещеність, виховання «зразкової» дитини, нерівноправне виховання; постійні конфлікти, переживання у вигляді тривалих емоційних напружень; гостра, важка психічна травма, соціальні раптові потрясіння, які викликають гостру афективну реакцію) та неправильне формування мовлення в дитинстві.

На початку 70-их років ХХ століття у психіатрії були запропоновані клінічні критерії для розмежування невротичних і неврозоподібних розладів, та з'явилася тенденція і до розмежування заїкання на невротичну і неврозоподібну форми. Це розмежування нині представляє собою класифікацію заїкання.

Виклад основного матеріалу дослідження. У контексті нашого дослідження інтерес представляє невротична форма заїкання. При даній формі заїкання переважає психогенний початок мовленнєвої патології (психічна гостра або хронічна травматизація), що загострюється у віці від 2 до 6 років, коли фразове мовлення вже сформоване. З анамнестичних даних випливає, що у дітей з цією формою заїкання відсутня патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів, у мовленнєвому онтогенезі спостерігається ранній розвиток мовлення [10].

У дітей з невротичною формою заїкання часто спостерігається рецидив у 7 років, у зв'язку зі збільшенням емоційного і фізичного навантаження, зумовленого вступом до школи. У 10-12 років діти починають усвідомлювати свій дефект. У дітей формується логофобічний синдром. Логофобія 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 та часто змінюються. Зазвичай без спеціального логопедичного впливу заїкання посилюється. 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.

Тож, відмінною особливістю невротичною форми заїкання є те, що у спокійному стані, внаслідок відволікання від процесу мовлення, наодинці з собою – мовлення чітке, плавне. 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 був ефективним, необхідно встановити причини розладу мовлення, його ступінь і глибину підсвідомого страху.

У контексті пізнання зв'язку між психотравмою, отриманою в дитинстві та невротичною формою заїкання, особливо вагомою видається проблема психічної травми та її роль у формуванні переживань суб'єкта в ракурсі різних теоретичних підходів та в рамках психодинамічної теорії.

Поняття «психічна травма» тлумачиться як душевне потрясіння, що супроводжується глибокими і болісними переживаннями людини, що обумовлені драматичними подіями її життя та інфантильними фіксаціями [7].

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

Вагомий внесок у розуміння психічної травми здійснив З. Фрейд. У роботі «Дослідження істерії» З. Фрейд (2005, р. 464) писав: «травматична дія може зробити будь-яку подію, яка викликає почуття жаху, страху, сорому, душевного болю; і, зрозуміло, від сприйнятливості потерпілого залежить вірогідність того, що ця подія набуває характеру травми» [12]. 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.

Поняття «травма» у 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 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, за термінологією 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 є притаманним дітям дошкільного віку. Саме після перенесеної гострої психічної травми чи на фоні хронічних конфліктних ситуацій у дітей з'являються заїкання судомного характеру.

Відбувається те, що у психоаналізі називається конверсією. З. Фрейд вказував, що соматизація сприяє розрядці психічної напруги, що виникла в психіці. Формується специфічне «ментальне ядро», яке буде активізуватися кожного разу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування. З. Фрейд (2002, р. 384) називав цей процес феноменом «нав'язливого повторення» [11]. Таким чином, психічна травма має «гарну пам'ять», а її «жертви» страждають переважно від спогадів і патологічних патернів реагування, що реалізуються неспівідомо.

При дослідженні травматичних неврозів З. Фрейд (2002, р. 384) 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; 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].

Ми солідаризуємося з твердженнями З. Фрейда 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.

Особливого значення З. Фрейд надавав інфантильним переживанням, які «...мають тим більш складні наслідки, оскільки співпадають з часом незавершеного розвитку і саме завдяки цій обставині здатні травмуюче впливати» (Freud, 2002, p. 384) [11].

Крім того, академік НАПН України Т. Яценко (2004, p. 679) 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 [14].

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].

Дослідженнями внутрішніх механізмів, спрямованих на подолання деструктивного впливу психічної травми на особистість займаються такі вчені, як Ф. Василюк, М. Зеленова, О. Лазебна, С. Лупко, М. Магомед-Емінов, В. Менделевич та інші [5; 8; 9].

На думку вітчизняного дослідника С. Лупко (2004, pp. 25-35), проблеми функціонування і розвитку людини – 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 у критичній ситуації травми – в ситуації «неможливості», як називає її Ф. Василюк (1984, p. 200), 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 (осмисленості) усього свого життя. Без цього «переживання-усвідомлення» зміна життєвої позиції практично неможлива, а отже, неможливе й адекватне подолання психологічної травми [5].

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

Аналіз особливостей неврозогенезу, описаних В. Менделевичем (1998, p. 592), дозволяє виокремити в ній кілька етапів, на кожному з яких вона спрямовується на вирішення цілком конкретних завдань [9].

Перший етап – когнітивний. Він виникає, як правило, відразу після психотравмуючої ситуації та 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.

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.

Четвертий етап – поведінковий. На цьому етапі виробляються специфічні способи психологічної компенсації та включаються механізми самокорекції. У випадку їх 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. Виходячи з вищесказаного, можна зазначити, що одним з головних завдань психолога, який має справу з наслідками психічної травми (як гострої, так і хронічної), являється допомога людині в тому, щоб: а) усвідомити, що використовувані нею способи подолання травми неефективні; б) послабити неадаптивні 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.

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. Яценко).

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.

*Висновки.* Підсумовуючи вищесказане, можна констатувати, що найчастіше заїкання розвивається у дітей у віці від 2 до 5 років і співпадає з періодом інтенсивного формування фразової мови. Мова в цей час є найуразливішою областю вищої нервової діяльності дитини. При невротичній формі заїкання першою причиною та умовою виникнення заїкання виступають патогенні емоційні фактори зовнішнього середовища. У дитини, що почала заїкатися, були передумови, на які «наклалися» різного роду психотравми. Таким чином, психотравма (наприклад, сильний переляк) стає лише «пусковим механізмом», який активує дію інших несприятливих чинників. Гостра чи хронічна психічна травма, пережита дитиною, знаходиться у безпосередньому зв'язку із появою мовленнєвих судорог. Це свідчить про гіперактивацію емоціогенних структур мозку при цій формі заїкання.

Суттєвим є те, що залежність суб'єкта в дорослому віці від пережитого драматичного дитячого досвіду, який має емоційне навантаження і визначає наявність тенденції до «минулого», потребує психокорекції глибинного спрямування.

Отже, теоретичний аналіз літературних джерел з даної проблеми вказує на необхідність її багатоаспектного дослідження, зокрема, можливостей психодинамічного підходу у виявленні впливу травматичних фіксацій на неусвідомлювані переживання суб'єкта.

#### *Література:*

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 травмою / 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. Буянов М. И. Заикание у подростков / М. И. Буянов, В. Н. Требулева; под ред. М. И. Буянова. – Ростов н/Д : Феникс, 2006. – 382 с.

5. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 200 с.
6. Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания у детей и его роли для общего развития личности и его лечения – 3-те изд., перераб. и дополн. / В. А. Гиляровский – М. : ВЛАДОС, 2002. – 245 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. Введение в психоанализ. Лекции / З. Фрейд. – СПб. : Питер, 2002. – 384 с.
12. Фрейд З. Исследование истерии / З. Фрейд // Собр. соч. : В 26 т., Т. 1 – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. – 464 с.
13. 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.
14. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції : Активне соціально-психологічне навчання: навч. посіб. / Т. С. Яценко. – К. : Вища шк., 2004. – 679 с.

*Literatura:*

1. Bekker K. P. Этыологія заикання / Bekker K. P. // Логопедія сьогодня. – 2011. – № 1. – С. 29 – 32.
2. Belyakova L. Y. Pauzu v normal'noy rechy u pry zaykanyu / L. Y. Belyakova, E. A. D'yakova // Prakticheskaya psikhologiya y logopediya. – 2008. – № 3. – С. 60 – 66.
3. Bondarevs'ka L. L. Vzayemozv'yazok perezhivan' sub'yekta z psikhichnoyu travmoyu / L. L. Bondarevs'ka // Naukovyy chasopys NPU imeni M. P. Drahomanova. Seriya № 12. Psykholohichni nauky: Zb. naukovykh prats'. – K. : NPU imeni M. P. Drahomanova, 2005. – № 8 (32). – С. 52-59
4. Buyanov M. Y. Zaykanye u podrostkov / M. Y. Buyanov, V. N. Trebuleva; pod red. M. Y. Buyanova. – Rostov n/D : Fenyks, 2006. – 382 s.
5. Vasylyuk F. E. Psykholohiya perezhivannya (analyz preodolennya krytycheskykh sytuatsyy) / F. E. Vasylyuk. – М. : МНУ, 1984. – 200 с.
6. Hylyarovskyy V. A. K voprosu o heneze zaykanyya u detey y eho roly dlya obshcheho razvytyya lychnosty y eho lechenyya – 3-te yzd., pererab. y dopoln. / V. A. Hylyarovskyy – М. : VLADOS, 2002. – 245 с.
7. Leybyn V. M. Slovar'-spravochnyk po psykhoanalizu / V. M. Leybyn. – SPb. : Pyter, 2001. – 688 s.
8. Lupko S. Stratehiyi podolannya psykichnoyi travmy / S. Lupko // Sotsial'na psykholohiya – 2004. – № 5 (7). – С. 25-35
9. Mendelevych V. D. Klynycheskaya y medytsynskaya psykholohiya, prakticheskoe rukovodstvo / V. D. Mendelevych. – М. : «MEDpress», 1998. – 592 с.
10. Pavlenko Yu. Yu. Kompleksnyy podkhod v korrektsyy zaykanyya / Yu. Yu. Pavlenko // Lohoped. – 2010. – № 8. – С. 16 – 22.
11. Freyd Z Vvedenye v psykhoanalyz. Lektsyy / Z. Freyd. – SPb. : Pyter, 2002. – 384 s.
12. Freyd Z. Yssledovanye ysteryu / Z. Freyd // Sobr. soch. : V 26 t., T. 1 – SPb. : Vostochno-Evropeyskiy Ynstytut Psykhoanaliza, 2005. – 464 s.
13. Shklovskyy V. M. Psykhoterapiya v kompleksnoy systeme lechenyya lohonevrozov : Rukovodstvo po psykhoterapiyu / V. M. Shklovskyy; pod red. V. E. Rozhnova. – М. : Prosveshchenye, 1984. – 251 s.
14. Yatsenko T. S. Teoriya i praktyka hrupovoyi psykhekorektsiyi: Aktyvne sotsial'no-psykholohichne navchannya: Navch. posib. / T. S. Yatsenko. – K. : Vyshcha shk., 2004. – 679 s.

*В статье представлен теоретический анализ проблемы влияния психической травмы на невротическую форму заикания. Рассматривается роль психической*

*травмы в формировании переживаний субъекта в ракурсе разных теоретических подходов и в рамках психодинамической теории. Изучаются возможности объективации феномена переживания в процессе глубинной психокоррекции по методу активного социально-психологического познания.*

*Ключевые слова: психическая травма, заикание, глубинная психокоррекция.*

*In the article the theoretical analysis of problem of influence of psychical trauma is presented on the neurotic form of stammer. The role of psychical trauma is examined in forming of experiencing of subject in foreshortening of different theoretical approaches and within the framework of psychodynamic theory. Possibilities of raskrytiya of the phenomenon of experiencing are examined in the process of deep psychocorrection after the method of active socialpsychological cognition.*

*Key words: psychical trauma, stammer, psychocorrection.*