

На правах рукописи



КАЗЬМИНА ЯНА ЕВГЕНЬЕВНА

**КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ДОШКОЛЬНИКОВ
С МОТОРНОЙ АЛАЛИЕЙ**

19.00.10 - коррекционная психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва 2021

Работа выполнена на кафедре специальной психологии и психолого-социальных технологий института специального образования и психологии Государственного автономного образовательного учреждения высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет»

Научный руководитель

Валявко Светлана Михайловна
кандидат психологических наук, доцент

Официальные оппоненты

Семенова Лидия Эдуардовна
доктор психологических наук, доцент
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет», профессор кафедры общей и клинической психологии

Грибова Ольга Евгеньевна
кандидат педагогических наук, доцент
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», ведущий научный сотрудник лаборатории образования и комплексной абилитации детей с нарушениями речи

Ведущая организация

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Защита диссертации состоится «14» сентября 2021 г. в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 850.007.05 при ГАОУ ВО города Москвы «Московский городской педагогический университет» по адресу: 119261, г. Москва, ул. Панферова, д.8, корп.2

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГАОУ ВО МГПУ по адресу: 129226, г. Москва, 2-й Сельскохозяйственный проезд, д. 4 и на сайте ГАОУ ВО МГПУ: <https://www.mgpu.ru/wp-content/uploads/2021/04/Dissertatsiya-Kazmina-aprel-2021-okonchatelnaya.pdf>

Автореферат разослан « » _____ 2021 года

Ученый секретарь
диссертационного совета



Яковлева Ирина Михайловна

Общая характеристика работы

Актуальность исследования

Вопросы формирования компетенций приобретают все большую значимость в контексте инклюзивного образовательного пространства, являющегося на сегодняшний день одним из приоритетов в образовательной политике Российского государства. Коммуникативная компетентность, предполагающая наличие умения эффективно сотрудничать с другими людьми - одна из ключевых, выделенных в Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Этот документ включает в себя совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования (АООП НОО).

Развитие коммуникативной компетентности имеет особенно большое значение на этапе дошкольного детства, ведь в данном возрастном периоде социальная среда ребенка значительно расширяется. Взаимодействие не только с близкими, но и с другими детьми, сверстниками становится наиболее актуальным для ребенка. В тоже время дошкольный период сензитивен для освоения вербальных средств общения и коммуникативных навыков. Таким образом, есть возможность формирования коммуникативной компетентности или ее предпосылок. Под коммуникативной компетентностью дошкольника мы понимаем *владение коммуникативными навыками и умениями, формирование адекватного взаимодействия в разных социальных ситуациях* (Ю.М. Жуков, В.Н. Куницына, Л.А. Петровская, Г.А. Цукерман, Г.Р. Хузеева и др.).

В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества детей, имеющих нарушения речевого развития. Кроме того, изменилась концепция специального образования и социальный запрос к логопедии и логопсихологии. Ключевой методологией к оказанию специализированной помощи стал коммуникативный подход, который, как пишут Т.Н. Волковская, И.Ю. Левченко (2020 г.) стал «теоретическим ориентиром современной методологии психолого-педагогической помощи детям с недостатками речевого развития».

Одним из самых сложных нарушений речевого развития, как по механизму недоразвития, так и по возможностям его преодоления является алалия (Р.Е. Левина, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина). Общение и взаимодействие детей с алалическим дефектом характеризуется качественным своеобразием, что отмечалось в исследованиях врачей (М.В.Богданова – Березовского и др.); психологов (С.М. Валявко, Т.Г. Визель, Т.Н. Волковской, Е.Е. Дмитриевой, Н.Н.Трауготт); педагогов (В.А. Ковшикова, Р.Е. Левиной, С.С. Ляпидевского); логопедов (Л.С. Волковой, Р.И. Лалаевой, О.С. Орловой, В.К. Орфинской, О.В.Правдиной, Т.В. Тумановой, Т.Б.Филичевой, М.Е. Хватцева, С.Н.Шаховской) и зарубежных авторов (Aram, Darley, Gyetie & Diedrich, Morley, Myklebust, J.Rosenberg, M. Crary, D. Robin, L.Shrierberg, J. Kwiatkowsky и др.). В процессе реализации общения, как особого вида деятельности, дети с алалией

обнаруживают стойкие недостатки всех звеньев коммуникативного акта, проявляющиеся в недостаточности коммуникативно-познавательной потребности в общении, а также несформированности навыков социального взаимодействия.

Вопрос об умении детей старшего дошкольного возраста с недостатками речи вообще и моторной алалии, в частности, преодолевать трудности, возникающие в процессе формирования коммуникативной компетентности, особенно на этапе коррекционного воздействия, остается открытым. Несмотря на потребность практики логопедии и логопсихологии и интерес научного сообщества (О.Е. Грибова, И.Ю. Кондратенко, Л.Г. Соловьева, Г.В. Чиркина и др.) проблема продолжает оставаться мало разработанной.

Низкая коммуникативная компетентность детей с алалией, особенно при выраженном алалическом недоразвитии, может приводить к искажениям в становлении личности, которые в дальнейшем будут препятствовать социализации детей данной категории (С.М. Валявко, Т.Н. Волковская, И.В. Мартыненко и др.).

Проблемное поле проведенного нами исследования задано попытками выявить психологические особенности коммуникативной компетентности и представить модель формирования коммуникативной компетентности у старших дошкольников с моторной алалией для психолого-педагогического сопровождения.

Изучение специфики коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией приобретает особую значимость в связи с особенностями этого нарушения речевого развития (высоким риском искажения личностного развития, социальной дезадаптации, школьной неуспешности и т.д.), необходимостью оказания более ранней специальной помощи детям и поиском путей их социализации.

Таким образом, социальная значимость проблемы, необходимость разработки модели комплексного коррекционного воздействия по формированию коммуникативной компетентности у детей дошкольного возраста с моторной алалией, определяют актуальность исследования.

Цель исследования – изучение особенностей коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией и предложение критериев оценки этой компетентности.

Объект исследования – коммуникативная компетентность детей дошкольного возраста.

Предмет исследования – психологические особенности коммуникативной компетентности старших дошкольников с моторной алалией.

Гипотезой исследования стало предположение о том, что дошкольники с моторной алалией имеют недостаточный относительно возраста уровень сформированности коммуникативной компетентности, что выражается в трудностях инициирования и поддержания совместной деятельности со сверстниками вследствие неспособности учитывать позицию партнера, оценивать ситуацию взаимодействия, а также несформированности коммуникативных навыков и ограниченности речевых средств. Ориентация на коммуникативно-личностные особенности ребенка с алалией и учет его трудностей при

прохождении всех фаз цикла контакта способствуют оптимизации психолого-педагогической помощи.

Достижение цели предполагает решение следующих исследовательских задач:

1. На основании междисциплинарного теоретического анализа выделить критерии коммуникативной компетентности у детей дошкольного возраста и сформировать диагностический комплекс, позволяющий оценить уровень коммуникативной компетентности у детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией.

2. Определить степень понимания различных ситуаций социального взаимодействия детьми с моторной алалией в старшем дошкольном возрасте, а также выявить особенности вступления в контакт и характер взаимодействия старших дошкольников с моторной алалией со сверстниками.

3. Проанализировать способность дошкольников с моторной алалией к учету позиции партнера при совместной деятельности, оценить уровень сформированности их коммуникативных умений.

4. Представить прогностическую модель психолого-педагогического сопровождения, направленную на формирование коммуникативной компетентности детей с моторной алалией старшего дошкольного возраста.

Теоретико-методологической основой исследования явились:

- концепция о соотношении первичных и вторичных нарушений развития (Л.С. Выготский);
- положение об общих и специфических закономерностях нарушений развития (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, Г.Я. Трошин, Ж.И. Шиф и др.);
- теоретические основы процесса общения и межличностных отношений (В.В. Абраменкова, А.А. Бодаев, Т.Г.Винокур, М.И.Лисина, Б.Ф. Ломов, Т.А.Репина, Е.О. Смирнова, В.М. Холмогорова, Д.И. Фельдштейн и др.);
- теория речевой коммуникации (О.С. Иссерс, Е.В. Ключев, Л.А. Ларин и др.) и коммуникативной компетентности (Ю.М. Жуков, В.Н. Куницына, Л.А.Петровская, Т.Н. Ушакова, Г.Р. Хузеева, Г.А. Цукерман и др.);
- теоретические представления о феномене незавершенных действий (Б.Ф.Зейгарник) и о цикле контакта в гештальт-терапии (Т. Берли, С. Гингер, П.Гудман, Дж. Зинкер, М. Катцев, Ф. Перлз, П. Полстер и др.);
- межпарадигмальные концептуальные представления об алалическом дефекте как особой форме речевого недоразвития (Р.А. Белова - Давид, М.Е.Богданов - Березовский, Т.Г. Визель, Г.В. Гуровец, Л.Р. Давидович, В.А.Ковшиков, А.Н. Корнев, Р. Коэн, Р.Е. Левина, Е.М. Мастюкова, С.С.Мнухин, В.К. Орфинская, Е.Ф. Собонович, Т.Б. Филичева, Ю.А. Элькин и др.);
- особенности формирования общения и коммуникативных навыков при нарушениях речевого развития (С.М. Валявко, Л.С. Волкова, В.К. Воробьева, О.Е.Грибова, Б.М. Гриншпун, Н.С. Жукова, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, И.В.Мартыненко, Л.Ф. Спирина, Н.Н. Трауготт, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Е.Л. Черкасова и др.) и концепции коммуникативной дезадаптации (Т.Н.Волковская, Е.Е.Дмитриева, Е.Ю. Медведева и др.);

- концепция психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ (Н.В.Бабкина, Т.Г. Богданова, Т.Н. Волковская, Е.Е. Дмитриева, И.Ю. Левченко, И.И.Мамайчук, Е.А. Медведева, О.Г. Приходько и др.).

Методы и методики исследования

Для достижения поставленной цели и задач был использован анализ философской, психологической, клинической и педагогической литературы по проблеме исследования. Применялся метод анализа и систематизации анамнестических данных, заключений логопедов и медицинской документации. С целью выделить гомогенную группу испытуемых и отделить детей с интеллектуальными недостатками была проведена диагностика невербального интеллекта с помощью стандартизированного теста Векслера (субтесты «Невербальный интеллект (PIQ)»), разработанный для оценки уровня интеллектуального развития ребенка. В исследовании также применялись адаптированные психодиагностические методики: «Рукавички» – Г.А. Цукерман; методика определения уровня владения коммуникативными действиями – Д.И.Бойков, С.В. Бойкова; «Стандартизированное наблюдение» – Е.О. Смирнова, В.М. Холмогорова; «Диагностический блок для оценки коммуникативной деятельности» - Н.Е. Веракса, а также методы математической обработки результатов. Обработка эмпирических данных производилась при помощи критериев Манна - Уитни и Колмогорова - Смирнова, корреляционный анализ – с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Статистические расчеты произведены при помощи программы Microsoft Office Excel 2007 и SPSS Statistics 17.0.0.

Организация и эмпирическая база исследования

В экспериментальном исследовании приняли участие 202 ребенка старшего дошкольного возраста (6-7 лет): 98 детей с моторной алалией и 104 с нормальным речевым развитием. Эмпирическое исследование носило комплексный характер и состояло из нескольких этапов, на каждом из которых, оценивались выделенные нами критерии коммуникативной компетентности. Диагностическое обследование детей, направленное на изучение специфики коммуникативной компетентности в старшем дошкольном возрасте у детей с моторной алалией проведено на базе психоневрологического и неврологических отделений ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Министерства здравоохранения РФ и у детей с нормальным развитием речи проведено на базе ГБОУ г. Москвы «Школа № 1133» (2015-2020 г.г.).

Научная новизна исследования состоит в том, что выделены и проанализированы критерии коммуникативной компетентности у дошкольников с нарушениями речевого развития (особенности понимания ситуаций социального взаимодействия; вступление в контакт с окружающими и характер взаимодействия; способность к учету позиции партнера при совместной деятельности; владение коммуникативными умениями). На основе сравнительного психологического исследования, получены новые данные об особенностях коммуникативной компетентности детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией: низкая потребность в контактах, затруднения при инициации общения и учете позиции партнера, слабая чувствительность к

коммуникативным воздействиям сверстников, разные степени эмоционального дискомфорта при вербальном общении, испытывают затруднения в деятельности кооперации со сверстниками уже на начальном этапе любой деятельности, проявляют несформированность речевых средств и коммуникативных умений, которые свидетельствуют о статистически достоверных различиях и показателях развития коммуникативной компетентности у детей с моторной алалией и детей с нормальным развитием речи. Впервые коммуникативная компетентность детей рассмотрена с позиций прохождения определенных фаз контакта, психологически обосновано «блокирование контакта» детей с моторной алалией на ранних этапах речевого контакта вследствие их ограниченных коммуникативно-речевых умений и предшествующего негативного опыта взаимодействия, а также замедленное продвижение их до завершения цикла контакта. Впервые в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья в качестве рассмотрения предложенного психолого-педагогического сопровождения, взята идея о последовательном прохождении фаз контакта (П. Гудман и др.).

Также на значительной репрезентативной выборке в обследовании были получены эмпирические данные о состоянии невербального интеллекта при моторной алалии, что можно расценивать как нормативные данные по этой группе испытуемых. В том числе представлены статистические данные частоты встречаемости детей с нарушениями речевого развития по типу алалии.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что специфика коммуникативной компетентности у дошкольников с моторной алалией рассмотрена с позиций коммуникативно-личностного подхода и эмпирически доказано наличие психологических механизмов трудностей формирования коммуникативной компетентности. Предложенные в исследовании критерии коммуникативной компетентности углубляют и уточняют научные представления о симптоматике моторной алалии и специфике коммуникативной компетентности дошкольников данной нозологической группы. Выявленные особенности речевого контакта дошкольников с моторной алалией могут рассматриваться как проявление закономерности их коммуникативно-личностного развития. Полученные эмпирические данные уточняют понимание специфики коммуникативно - речевого развития при моторной алалии в период дошкольного детства. Реализация предложенного уровневого подхода в оценке коммуникативной компетентности дошкольника с системным недоразвитием речи позволяет осуществить дифференцированные стратегии помощи специалистов.

Практическая значимость исследования состоит в том, что предложен и апробирован диагностический комплекс для изучения коммуникативной компетентности у детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией, который позволяет выявить уровень коммуникативной компетентности дошкольника с речевым дефектом на основании выделенных критериев и дать общую оценку коммуникативных возможностей ребенка. Это предоставляет возможность подобрать индивидуальный маршрут коррекционной работы дошкольника с алалией, учитывающий роль средовых факторов в процессе прохождения цикла контакта и участие в нем всех коммуникантов (специалистов,

родителей, сверстников). На основе полученного материала разработана прогностическая модель психолого-педагогического сопровождения этих детей с приоритетом формирования коммуникативной компетентности, определены основные векторы коррекционного воздействия, что может учитываться специалистами как образовательных, так и медицинских организаций в целях профилактики формирования негативных типов личностного развития у детей данной категории. Кроме того, полученные в исследовании сведения могут использоваться преподавателями специальных дисциплин в процессе разработки различных лекционных курсов по специальной психологии, логопсихологии, психологии развития и педагогической психологии, а также в системе повышения квалификации работников образовательных и медицинских организаций.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивается достаточным объемом репрезентативной выборки, использованием комплексного набора диагностических методик, которые отвечают цели и задачам исследования; применением системы исходных обоснованных теоретических положений, подбором адекватных диагностических процедур и критериев, конгруэнтных возможностям участников эксперимента; применением современных статистических методов математической обработки данных.

Апробация и внедрение результатов работы. Основное содержание и результаты исследования представлялись и обсуждались на заседаниях кафедры клинической и специальной психологии ИПССО и кафедры специальной психологии и психолого-социальных технологий ИСОП Московского городского педагогического университета, неоднократно проходили обсуждения на Всероссийских научно-практических конференциях и региональных круглых столах в 2017-2020г.г. («Комплексная модель формирования эмоционального компонента коммуникации при алалии и при аутизме в детском возрасте» Городская научно-практическая конференция с международным участием ИПССО МГПУ, 2018; «Комплексное сопровождение детей с расстройствами алалии и аутистического спектра в условиях реабилитационного центра» Городской круглый стол ИПССО МГПУ, 2019; «Специфика коммуникативной компетентности и коррекция ее нарушений у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития в условиях реабилитационного центра» научно-практическая конференция «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата в условиях реабилитационного центра» ФГБУ «РРЦ «Детство», 2020). Результаты исследования были внедрены в коррекционную работу психологов, логопедов, дефектологов ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Министерства здравоохранения, а также в образовательный процесс Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения школы - интернат VIII вида №3 «Развитие» городского округа Люберцы Московской области; ГБОУ «Школа № 630 имени дважды Героя Советского Союза Г.П.Кравченко», в рамках ресурсных классов с целью организации целостной системы поддержки обучающихся с особыми образовательными потребностями в условиях работы межрайонных образовательных комплексов города Москвы.

Основные научные результаты отражены в 4-х изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Предложенный и апробированный в исследовании диагностический комплекс оценки коммуникативной компетентности у дошкольников является эффективным психологическим инструментом выявления особенностей и общей сформированности коммуникативной компетентности дошкольников с нарушениями речевого развития по типу моторной алалии.

2. Коммуникативная компетентность детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией характеризуется рядом особенностей. Проявление этих особенностей зависит от степени речевого недоразвития, фазы цикла контакта, на которой происходит «блокирование контакта», а также от субъективных переживаний, вызванных негативным опытом ребенка.

3. Психолого-педагогическое сопровождение детей с моторной алалией должно носить мультидисциплинарный характер, а именно реализовываться с учетом особенностей их развития и сформированности коммуникативной компетентности.

Структура работы. Научная работа состоит из введения, 3 глав, списка литературы (288 источников, из них 244 отечественных и 44 зарубежных) и приложений. Работа содержит 20 таблиц, 6 рисунков, 12 приложений.

Основное содержание работы

Во введении обосновывается актуальность заявленной проблемы, определяются объект, предмет, цель и задачи исследования, выдвигаются гипотезы, раскрываются методологические основы и методы исследования, обосновывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, содержатся положения, выносимые на защиту, формы апробации результатов.

В первой главе «Теоретические подходы к изучению коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией» представлен анализ работ и концептуальных представлений по теме исследования. Проведен системный поиск материалов по проблеме и уточнен понятийный аппарат исследования (М.Е. Богданов-Березовский, Т.Г. Визель, Р.Е. Левина, Н.Н. Трауготт, М.Е.Хватцев, В.А. Ковшиков, А.Н. Корнев, Т.Б.Филичева и другие). Проанализированы все аспекты исследования алалии: анатомо - физиологический (Г.В. Гуровец, Г. Гутцман, С.И. Кайданова, Р. Коэн, И.К. Самойлова, Н.Н.Трауготт и др.); клинический (Р.А.Белова - Давид, Е.М. Мастюкова, М.Б.Эйдинова, С.С. Мнухин, Aram, Darley, Gyette & Diedrich, Morley, Myklebust, J. Rosenberg, M. Crary, D.Robin, L.Shrierberg, J. Kwiatkowski и др.); лингвистический (В.К. Орфинская и др.); психолингвистический (В.К.Воробьева, Б.М. Гриншпун, В.А. Ковшиков и Е.Ф. Соботович); логопедический (Н.Ш.Александрова, Р.Е. Левина, Е.В. Кириллова, О.В. Правдина, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская и др.); медико-педагогический (А.Н. Голик, М. Зеeman, А.Либманн, А. Куссмауль и др.). В настоящее время реализуется и

нейролингвистический подход (Т.Г. Визель и др.). Несмотря на замечания отдельных исследователей (Г.В. Чиркина и др.), логопсихологический подход к моторной алалии на сегодняшний день практически отсутствует.

Представлены анализ понятия «алалия» в разных научных парадигмах и классификации алалических нарушений, основываясь на которых, алалия рассматривается, как одно из нарушений речевого развития, которое возникает из-за органического повреждения головного мозга у детей с нормальным слухом и сохранными предпосылками интеллекта в течение первых трех лет жизни. *Учитывая близость алалического недоразвития как симптомокомплекса к клинической научной парадигме, в данном исследовании мы считали целесообразным использовать в качестве основного термин «моторная алалия», который традиционно рассматривался в клинко - педагогической (логопедической) классификации речевых нарушений.*

Отмечаемые у детей с моторной алалией проблемы в организации собственного речевого поведения негативно сказываются на развитии коммуникативной сферы. Присущие им особенности речевого развития: неполное понимание речи окружающих, недифференцированность и бедность словарного запаса, недостаточность глагольного словаря и своеобразие формирования связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения с окружающими (Т.Г. Визель, В.К. Воробьева, О.Е. Грибова, В.А. Ковшиков, Р.Е.Левина, Л.В. Мелехова, Л.Ф. Спирова, Е.Ф. Собонович, Н.Н. Трауготт, Т.В.Туманова, Т.Б. Филичева, М.Е. Хватцев и др.). Следствием же этих трудностей являются слабая потребность в общении и несформированность основных форм коммуникации. Особенности поведения таких детей являются неумение ориентироваться в ситуации общения, незаинтересованность в контакте, а также речевой и поведенческий негативизм (С.М. Валявко, А.Н. Голик, Я.Е.Казьмина, Т.Б. Филичева, О.С. Орлова, В.К. Орфинская, В.Д. Толкачева, Н.Н.Трауготт и др.). Вышеизложенное позволяет говорить о недостаточном (относительно возраста) уровне сформированности коммуникативной компетентности у детей дошкольного возраста с алалией.

Проблема формирования коммуникативной компетентности рассматривалась нами в рамках теории общения и межличностных отношений (М.И. Лисина, Е.О. Смирнова и др.). Опираясь на анализ результатов теоретического поиска по проблеме, мы выделили следующие критерии формирования коммуникативной компетентности в дошкольном возрасте: *особенности понимания ситуаций социального взаимодействия; вступление в контакт с окружающими и характер взаимодействия; способность к учету позиции партнера при совместной деятельности; владение коммуникативными умениями.*

Отправной точкой исследования являлся поэтапный анализ становления коммуникативной деятельности детей в дошкольном возрасте - как основа формирования коммуникативной компетентности (В.Н. Куницына, М.И. Лисина, О.И. Муравьева, А.Г. Рузская и др.) и исследования, показывающие влияние нарушений речи на формирование как личностных, так и коммуникативных аспектов развития детей в дошкольном возрасте (Е.В. Аверьянова, Л.И. Белякова,

С.М.Валявко, Г.А. Волкова, Т.Н. Волковская, Е.Е. Дмитриева, Р.И. Лалаева, Е.Ю.Медведева, С.С. Ляпидевский, В.И. Селиверстов, О.Н. Усанова и др.).

Мы рассматривали формирование коммуникативной компетентности у старших дошкольников с моторной алалией через *концепцию цикла контакта*, предложенную в гештальт-терапии (П. Гудман, Дж. Зинкер, М.Катцев, Ф. Перлз и др.). Цикл контакта – это схема для описания контакта человека с окружающей средой, состоящий из определенных последовательных фаз. В качестве методологической основы была использована четырехфазная модель Пола Гудмана, в которой выделены следующие фазы контакта: «*преконтакт*», «*вступление в контакт*», «*полный контакт*», «*постконтакт*». Каждый ребенок в процессе общения неоднократно проходит цикл контакта.

Коммуникативная потребность или ситуация побуждает ребенка к речевому взаимодействию - коммуникации, активизирует для вступления в контакт. Стоит ему в определенный момент сделать что-то не так или вообще ничего не сделать в силу отсутствия вербальных средств, это влечет за собой изменение психоэмоционального состояния. Внутри нарастает напряжение, дошкольник начинает испытывать, казалось бы, беспричинное беспокойство и может совершить еще больше промахов, которые усугубляют и без того непростую ситуацию. Чаще всего, идет прерывание контакта, что блокирует энергию потребности в коммуникации. Если на какой - то из фаз контакта ребенок сталкивается с неудачей, то у него образуется своего рода незавершенное действие по Б.В. Зейгарник или («незакрытый гештальт» по Ф. Перлзу), что в последующем мешает формированию продуктивного контакта. Включаются механизмы психологической защиты, прерванный контакт (на любой фазе) фиксируется в сознании как незавершенная и потому проблемная деятельность, которая сопровождается «напряжением невыраженных эмоций» (П. Гудман). При привычных прерываниях, накоплении травмирующего опыта контакт теряет свою актуальность, становится ригидным, сужая, таким образом, репертуар речевого поведения коммуниканта.

В нашем исследовании рассмотрены первые три фазы цикла контакта. В гештальт – теории, которая рассматривала взрослых людей, по нашему мнению, не было заложено (да и не могло быть) представлений о специфике контакта в случаях речевого дизонтогенеза. Так, необходимо учитывать особенности взаимодействия двух сторон в коммуникации, с обязательной психологической поддержкой детей с речевым дефектом, возрастные особенности детей при коммуникативном взаимодействии и, конечно же, специфику общения детей, имеющих серьезную речевую патологию (А.Н. Голик, Р.Е. Левина, С.Ю.Танцюра и др.). Эти аспекты при прохождении всех фаз контакта мы старались строго учитывать в дальнейшем при формировании модели психолого-педагогического сопровождения. Так, у детей с моторной алалией уже на первой фазе цикла (*фазе «преконтакта»*) нередко наблюдается речевой негативизм - вплоть до мутизма; ситуативный уход, как реакцию избегания неудачи в речевом общении, с которой он столкнулся ранее. На данном этапе очень важна коррекционная работа психолога, чтобы фаза «преконтакта» состоялась, упрочилась в доступных для ребенка ситуациях и перешла в следующую фазу – «*вступление в контакт*», хотя

бы на уровне невербального общения. Если не обеспечить поддержку контакта специалистом на второй фазе цикла, коммуникативные попытки ребенка с алалией часто обречены на провал, а дети – на фрустрацию. На второй фазе цикла должны подключиться все специалисты мультидисциплинарной бригады – психолог, логопед, дефектолог и т.д. После перехода к фазе *«вступление в контакт»*, мы уже можем говорить об инициировании, поддержании контакта, характере взаимодействия, наличии или отсутствии мотивации к поддержанию контакта ребенка - коммуниканта. При фазе *«полный контакт»* мы говорим о способности к учету позиции партнера, владении коммуникативными умениями при совместной деятельности. Мы также подчеркиваем, что существует сильная зависимость успешности контакта на всех этапах от личного опыта ребенка, насколько его прошлый опыт в общении был удачным или провальным, от его внутренней картины речевого дефекта (ВКД). Если все три фазы цикла успешно последовательно пройдены, то, как следствие, наступает фаза *«постконтакта»*, происходит удовлетворение потребности в контакте, и гештальт завершается.

Нарушения речевого развития оказывают негативное и значительное влияние на психосоциальное функционирование детей – вплоть до коммуникативной дезадаптации (Л.С. Волкова, Т.Н. Волковская, Е.Е. Дмитриева, Е.Ю. Медведева, В.И. Терентьева, М.Е. Хватцев и др.). Отношение детей к сверстникам с нарушениями развития речи не только влияет на когнитивные и мотивационные процессы, а также трансформирует социальное поведение, исходя из оценки ситуаций социального взаимодействия. Таким образом, *первым критерием оценки коммуникативной компетентности мы выделили особенности понимания ситуаций социального взаимодействия*. Это первая фаза цикла контакта.

Страх перед самостоятельным речевым высказыванием, свойственный детям с моторной алалией, приводит к значительному снижению речевой активности, мутизму и трудностям вступления в контакт с окружающими (Т.Г. Визель, В.К. Воробьева, А.Н. Голик, Б.М. Гриншпун, В.А. Ковшиков, Е.М. Мастюкова, Н.Н. Трауготт, С.Н. Шаховская и др.). Осознание дошкольниками с ТНР собственного речевого недостатка способно в дальнейшем формировать дисгармонические черты характера и разнообразные невротические симптомокомплексы, что затрудняет установление и поддержание контакта со сверстниками (С.М. Валявко, Т.Н. Волковская, Ю.Г. Демьянов и др.). Учитывая данные особенности детей дошкольного возраста с моторной алалией, *вторым критерием оценки коммуникативной компетентности, является вступление в контакт с окружающими и характер взаимодействия*. Это вторая фаза цикла контакта.

Эмоциональная сфера детей с моторной алалией характеризуется пониженным эмоциональным фоном, непониманием эмоционального состояния окружающих, низкой эмоциональной отзывчивостью (А.И. Ахметзянова, Я.Е. Казьмина, В.А. Ковшиков, О.С. Орлова, О.Н. Усанова и др.). Данный факт обуславливает выделение в качестве *третьего критерия для оценки коммуникативной компетентности - способность к учету позиции партнера при совместной деятельности*. Это третья фаза цикла контакта.

При моторной алалии развитие личности достаточно часто идет по невротическому типу, что проявляется в эмоциональной напряженности, замкнутости, поведенческом и речевом негативизме, неумении пользоваться средствами общения, вызывая коммуникативные трудности (Р.А. Белова - Давид, С.М. Валявко, Т.Г. Визель, Г.В. Гуровец, С.Н. Кайданова, Я.Е. Казьмина, В.А.Ковшиков, Н.Н. Трауготт и др.). Соответственно, *четвертый критерий оценки коммуникативной компетентности – владение коммуникативными умениями* (третья фаза цикла контакта).

Во второй главе «Организация и методы эмпирического исследования специфики коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией» описывается организация исследования, дается обоснование и описание предложенного диагностического комплекса.

Дети, участвующие в эксперименте, поступали в центр «Детство» на реабилитацию впервые, с уже установленным диагнозом «моторная алалия», состояние их неврологического статуса и речевой функции квалифицировались врачом-неврологом и логопедом по месту жительства. Все дети первично обращались за помощью специалистов в возрасте 3 – 5 лет. Некоторые из них не получали логопедическую помощь в связи с ее отсутствием по району, и впервые получили ее только в Центре «Детство». Большинство детей получали специализированную логопедическую помощь в рамках либо дошкольного, либо коррекционного учреждения. При первичном приеме осуществлялся анализ имеющейся медицинской документации, заключений логопедов и сбор анамнеза. Дети с нормальным речевым развитием были обследованы в образовательном учреждении. Русский язык для них являлся родным и единственным. Информация о нарушениях речевого развития отсутствовала.

В исследовании (2015 – 2020 гг.) приняли участие 202 ребенка в возрасте от 6 до 7 лет. Было сформировано 4 группы участников эксперимента. В экспериментальную группу вошли 98 детей с моторной алалией старшего дошкольного возраста – 50 детей в возрасте 6 лет (средний возраст 6 лет 5 месяцев в ЭГ1) и 48 детей в возрасте 7 лет (средний возраст 7 лет 8 месяцев в ЭГ2). В ЭГ мальчиков было 55 (28 в ЭГ1 и 27 в ЭГ2), девочек – 43 (22 в ЭГ1 и 21 в ЭГ2). В группу сравнительного анализа вошли 104 ребенка старшего дошкольного возраста с нормальным развитием, у которых отсутствовала информация о наличии речевых и других недостатков в развитии – 51 ребенок 6 лет (средний возраст 6 лет 7 месяцев в СГ1) и 53 ребенка 7 лет (средний возраст 7 лет 4 месяца в СГ2). В СГ было 50 мальчиков (24 в СГ1 и 26 в СГ2) и 54 девочки (27 в СГ1 и 27 в СГ2).

С целью изучения заявленной проблемы и на основании проведенного теоретического анализа, нами были использованы следующие методы:

- анализ медицинской и педагогической документации (в т.ч. заключений логопедов);
- наблюдение (инициативность ребенка в контакте; потребность общения с взрослыми и сверстниками; предпочтительный вид контакта; коммуникативные трудности; отношение к собственному дефекту и его проявления; поведенческие

реакции во взаимодействии; присутствие паралингвистических средств общения – мимики, жестов и т.д.).

- проведена оценка уровня интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с помощью стандартизированного теста Векслера (субтесты «Невербальный интеллект (PIQ)»), поскольку существуют трудности дифференциальной диагностики между детьми с нарушениями интеллектуального развития и детьми с моторной алалией. Таким образом, мы смогли отдифференцировать детей с интеллектуальными недостатками, что позволило сформировать гомогенную группу испытуемых с алалией.

- сформирован диагностический инструментарий. При выборе диагностических методик мы ориентировались на тяжесть речевого дефекта дошкольников с моторной алалией, определенные трудности понимания обращенной речи и специфику имеющихся коммуникативных навыков детей. Выбор методик отчасти обусловлен наличием простой инструкции, которая в ходе предъявления подкреплялась экспериментатором естественной мимикой, жестами и наглядными материалами.

Экспериментальное исследование состояло из следующих этапов:

I этап - оценка понимания различных ситуаций социального взаимодействия на основе материалов диагностического блока для оценки коммуникативной деятельности (автор - Н.Е. Веракса), который включал методики, направленные на оценку понимания ребенком различных ситуаций социального взаимодействия и оценку возможностей ребенка дифференцировать эмоции окружающих.

II этап - оценка особенностей вступления в контакт с окружающими и характер взаимодействия со сверстниками по нескольким параметрам – инициативность, чувствительность к воздействиям сверстников, преобладающий эмоциональный фон на основе методики «Стандартизированное наблюдение» (Е.О. Смирнова, В.М. Холмогорова).

III этап - оценка уровня способности к учету позиции партнера при совместной деятельности с помощью методики «Рукавички» (автор – Г.А.Цукерман).

IV этап - оценка уровня сформированности коммуникативных умений с помощью методики определения уровня владения коммуникативными действиями (Д.И. Бойков, С.В. Бойкова).

V этап – применение методов математико-статистической оценки результатов исследования. В исследовании применялись методы непараметрической статистики с целью анализа полученных результатов. Сравнение данных по шкалам использованных нами методик производилось при помощи критерия Манна-Уитни, а корреляционный анализ – с использованием коэффициента корреляции Спирмена. С целью подсчета интегрального индивидуального индекса, было проверено распределение сводных данных при помощи критерия Колмогорова-Смирнова, для корректного описания данных мы использовали медиану и квартили. Статистические расчеты произведены при помощи программы Microsoft Office Excel 2007 и SPSS Statistics 17.0.0.

Описаны формы и длительность проведения занятий, методы психологической коррекции, представлена модель психолого-педагогического сопровождения.

При анализе медицинской документации было выявлено, что у большинства детей с моторной алалией вследствие раннего органического поражения головного мозга в перинатальном периоде отмечались нарушения речевого развития. Из анамнеза отмечалось патологическое течение беременности: гестозы, в том числе такие тяжелой формы как нефропатия, преэклампсия (47%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (22%), угроза преждевременных родов (23%), преждевременная отслойка плаценты (5%), коагулопатия (3%). По данным заключений врача-невролога у детей данной категории отмечались остаточные явления перинатального поражения ЦНС сочетанного характера: повышенная возбудимость, синдром мышечной дистонии, гиперактивность, нарушения социального контакта, нарушения поведения.

Анализ заключений логопедов центра подтвердил наличие у детей диагноза «моторная алалия». Это были дошкольники со II-м уровнем речевого развития (по Р.Е. Левиной). В коммуникативном поведении этих детей были отмечены некоторые трудности взаимодействия (отказ и избегание речевого взаимодействия, отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге). Также имелись диссоциации экспрессивной и импрессивной речи, у детей был более низкий запас знаний об окружающем мире. Отмечались и некоторые нарушения поведения.

В третьей главе «Исследование специфики коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией и обсуждение полученных результатов» дано аналитическое описание экспериментальных данных.

Все участники эксперимента были обследованы с помощью стандартизированного теста Векслера (субтесты «Невербальный интеллект (PIQ)»), что позволило нам выявить у всех участников (ЭГ1, ЭГ2 и СГ1, СГ2) *уровень сформированности их невербального интеллекта.*

У детей с моторной алалией и нормальным развитием отмечаются «высокий» (5,9% СГ1, 1,9% СГ2), «хорошая норма» (18% ЭГ1, 14,6% ЭГ2; 43,1% СГ1, 40,4% СГ2), «средний уровень» (54% ЭГ1, 60,4% ЭГ2; 47,1% СГ1, 51,9% СГ2) и «сниженная норма» (28% ЭГ1, 25% ЭГ2; 3,9% СГ1, 5,8% СГ2) невербального интеллекта.

Полученные нами статистические данные показали, что у старших дошкольников с моторной алалией преобладает «средний уровень» в развитии невербального интеллекта, при этом усредненный балл показателя невербального интеллекта попадает в диапазон «сниженной нормы» на границе между «сниженной нормой» и «средним уровнем» (М ср. – 87,26). У старших дошкольников с нормальным развитием – усредненный балл показателя невербального интеллекта приближается к границе между «средним уровнем» и «хорошей нормой»: М ср. – 98,63. Сравнительный анализ различий в показателях уровня невербального интеллекта между экспериментальными и контрольными

группами по критерию Манна-Уитни показал статистическую достоверность отличий на уровне $p < 0,001$ ($U = 3600,500$).

На **I этапе** исследовалась **оценка понимания ситуаций** детьми дошкольного возраста, встречающихся при взаимодействии с социумом (*первый критерий*).

Полученные данные свидетельствуют о том, что большая часть детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией вообще не могут четко распознать различные ситуации социального взаимодействия (56% случаев у дошкольников 6-ти лет и 50% случаев у детей 7-ми лет). Диссоциации между импрессивной и экспрессивной речью, проблемы в оформлении высказывания приводят к недостаточному пониманию ситуации и напряженности коммуникации. Около трети детей не всегда четко различают различные ситуации социального взаимодействия (36% в ЭГ1 и 33,3% в ЭГ2). Лишь очень небольшая часть дошкольников с моторной алалией, способны дифференцировать по содержанию различные ситуации социального взаимодействия (8% в ЭГ1 и 16,7% в ЭГ2) и выстраивать свое поведение в соответствии с ними.

Дети с нормальным развитием намного больше способны к лучшему распознаванию различных ситуаций социального взаимодействия (60,8% в СГ1 и 59,6 % в СГ2). Часть детей не способны различать все ситуации социального взаимодействия (27,5% СГ1 и 34,6% СГ2), вследствие чего их поведение не всегда соответствует предъявляемым правилам. Лишь отдельные нормально развивающиеся старшие дошкольники испытывают серьезные затруднения при взаимодействии и общении с другими людьми (11,7% СГ1 и 5,8% СГ2), в то время как у детей с моторной алалией такие трудности возникают значительно чаще.

Средний балл оценки распознавания ситуаций социального взаимодействия в экспериментальных группах – 1,59, стандартное отклонение - 0,7, в то время как в сравнительных группах – 2,51 и 0,66 соответственно. Установлены достоверные различия при сравнении оценок понимания ситуаций социального взаимодействия между детьми из экспериментальных и сравнительных групп ($U = 1948,000$, $p < 0,001$).

Полученные в ходе обследования данные убедительно доказывают, что старшие дошкольники с моторной алалией, в отличие от сверстников без речевых недостатков испытывают сложности при понимании различных ситуаций социального взаимодействия. В частности, наиболее сложным для них являются понимание и выделение в контексте общения задач и требований, которые предъявляют взрослые в определенных ситуациях, и выстраивать свое поведение в соответствии с ними.

На **II этапе** предметом изучения стала **оценка особенностей вступления в контакт и характер взаимодействия** со сверстниками (*второй критерий*). В качестве первого параметра оценки вступления в контакт и характера взаимодействия рассматривается **«Инициативность»** - как проявление инициативы в общении, которое характеризует активность и настойчивость ребенка в межличностных отношениях со сверстниками (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительный анализ степени развития инициативности и чувствительности к воздействиям сверстников у старших дошкольников экспериментальных и сравнительных групп (в %)

Степень развития инициативности и чувствительности	Процент от общего количества детей в группе							
	Инициативность				Чувствительность			
	ЭГ1	ЭГ2	СГ1	СГ2	ЭГ1	ЭГ2	СГ1	СГ2
Высокая	0%	0%	49%	48,1%	0%	0%	37,3%	32,7%
Средняя	26%	29,2%	33,4%	42,3%	24%	27,1%	47,1%	57,7%
Низкая	52%	60,4%	17,6%	9,6%	60%	56,3%	13,7%	9,6%
Отсутствует	22%	10,4%	0%	0%	16%	16,6%	1,9%	0%

Средний балл оценки инициативности в экспериментальных группах – 1,11, стандартное отклонение - 0,65, в то время как в сравнительных группах – 2,35 и 0,71 соответственно. Сравнительный анализ степени развития инициативности у старших дошкольников с моторной алалией и нормальным развитием речи показал статистически значимые различия ($U=1289,500$, $p < 0,001$).

Результаты, полученные в ходе диагностики такого показателя как «Инициативность» убедительно доказывают, что дошкольники, имеющие моторную алалию, в отличие от детей с нормальным развитием речи испытывают сложности в проявлении инициативы в общении. Это отражается в затруднениях ребенка привлечь к себе внимание сверстника и вовлечь его в совместную деятельность, что может быть объяснено трудностями в понимании обращенной речи и недостаточностью речевых возможностей. Кроме того, низкая потребность в общении не настолько побуждает их вступать в контакт первыми, а также возможно влияние негативного опыта в общении. Осознавая свою «речевую неполноценность», подкрепленную замечаниями взрослых, и насмешками сверстников, испытуемые избегают вербальной коммуникации, и, тем более инициативы в общении.

Второй параметр оценки вступления в контакт и характера взаимодействия, выделяемый Е.О.Смирновой, А.В. Холмогоровой - **«Чувствительность к воздействиям сверстников»**.

На основе результатов проведенного исследования установлено, что у детей с моторной алалией отмечалась только низкая и средняя степень чувствительности к воздействиям сверстников или вовсе отсутствовала (таблица 1). Это выражалось в том, что дети в редких случаях откликались на инициативу сверстников, которые побуждали их к совместной игре, предпочитая одиночную игру. Так как у детей с моторной алалией отмечается недостаточный словарный запас и трудности в точном выражении своих желаний и действий, столкнувшись с ситуацией непонимания при проявлении инициативы, в дальнейшем такие дети неохотно берут роль инициатора и неохотно отзываются на побуждение к взаимодействию. У дошкольников с нормальным развитием речи наблюдается высокая и средняя степень развития чувствительности к воздействиям сверстников.

Средний балл оценки чувствительности в экспериментальных группах – 1,09, стандартное отклонение - 0,65, в то время как в сравнительных группах – 2,21 и 0,68 соответственно. Сравнительный анализ степени развития

чувствительности к воздействиям сверстников у старших дошкольников с моторной алалией и нормальным речевым развитием показал статистически достоверные различия по критерию Манна-Уитни ($U=1407,000$, $p < 0,001$).

Полученные в ходе диагностики экспериментальные данные *доказывают, что старшие дошкольники с моторной алалией в отличие от детей с нормальным развитием имеют слабую и среднюю степень развития чувствительности к воздействиям сверстников. Это выражается в том, что эти дети в редких случаях откликаются на инициативу сверстников, которые побуждают их к совместной игре, предпочитая индивидуальную игру.*

Третьим параметром оценки вступления в контакт и характера взаимодействия, выделяемым Е.О. Смирновой, А.В. Холмогоровой рассматривался **«Преобладающий эмоциональный фон»** при общении.

В исследовании получены результаты, которые показывают, что у большинства дошкольников с моторной алалией преобладает негативный эмоциональный фон (46% в ЭГ1 и 45,8% в ЭГ2), что выражается в постоянном раздражении, криках, негативизме в адрес сверстников. При попытках вербальной агрессии преимущественно используется глагольный словарь (пр.: «иди, уйди...»). Негативный прошлый опыт в общении обуславливает устойчивые установки на конфликт дошкольников с моторной алалией со сверстниками, приводит к их изоляции в детском коллективе, что является одним из деструктивных переживаний ребенка. У более трети детей преобладает нейтрально – деловой эмоциональный фон (38% в ЭГ1 и 35,4 % - в ЭГ2), который выражается в трудностях принятия общих решений и осуществления совместного контроля в коллективной деятельности. В то же время они, как правило, по предложению взрослого легко решают проблемные ситуации «в пользу» других: уступают очередь в игре, отдают свои предметы, т.е. достаточно конформны. Лишь у немногих старших дошкольников с моторной алалией преобладает позитивный эмоциональный фон (16% у ЭГ1 и 18,8 % у ЭГ2), который помогает договариваться друг с другом, приходить к общему решению, осуществлять взаимопомощь и самоконтроль, что свидетельствует о позитивном эмоциональном настрое по отношению к сверстнику.

У дошкольников с нормальным речевым развитием чаще отмечался позитивный эмоциональный фон (33,3% в СГ1 и 30,8% в СГ2). В больше, чем половине случаев преобладал нейтрально – деловой эмоциональный фон (51% у СГ1 и 53,9% - у СГ2). У меньшинства участников нормативной группы (15,7% в СГ1 и 15,3% в СГ2) наблюдается негативный эмоциональный фон (для сравнения, у детей с алалией это 46 % и 45,8% случаев).

Средний балл оценки преобладающего эмоционального фона в экспериментальных группах – 1,47, стандартное отклонение – 1,05, в то время как в сравнительных группах – 2,14 и 0,74 соответственно. Сравнивая результаты диагностики, можно отметить кардинальное различие эмоционального фона у старших дошкольников с моторной алалией и нормальным развитием, это подтверждается наличием статистически достоверных отличий по критерию Манна-Уитни ($U=3227,500$, $p < 0,001$).

Следовательно, мы можем говорить о позитивном эмоциональном настрое по отношению к сверстнику у детей с нормальным развитием. Данные, полученные в ходе диагностики эмоционального фона, убедительно доказывают, что дошкольники, имеющие моторную алалию, в отличие от сверстников с нормальным речевым развитием испытывают эмоциональные сложности (на грани эмоционального дискомфорта) при общении со сверстниками.

Выявление уровня развития способности учитывать позицию партнера в ходе реализации совместной деятельности проводилось на **III этапе** (*третий критерий*).

Анализ результатов, показал, что большая часть дошкольников с моторной алалией имеют низкий уровень развития способности учитывать позицию партнера (62% в ЭГ1 и 60,4 % в ЭГ2). В ходе совместной деятельности дети не могли принять совместное решение, что и отразилось на результатах работы. У трети детей отмечался средний уровень развития способности учитывать позицию партнера (38% в ЭГ1 и 39,6 % в ЭГ2), эти дети испытывали трудности в принятии общего решения или принимали его не сразу, а уже в процессе взаимодействия, что и отразилось на результатах кооперации. В связи с несформированностью лексико-грамматического строя речи, недостаточным пониманием алгоритма действий («Разукрасить нужно в определенном порядке, в какой последовательности?»), им было необходимо многократное проигрывание ситуации с опорой на зрительное восприятие.

В сравнение, у детей с нормальным развитием отмечается высокий уровень развития способности учитывать позицию партнера в процессе совместной деятельности (33,3 % у СГ1 и 46,2% у СГ2), в то время, как среди испытуемых экспериментальной группы подобных результатов не отмечено. Был выявлен средний уровень развития способности учитывать позицию партнера в процессе совместной деятельности (54,9 % в СГ1 и 42,3% в СГ2), дети сталкивались с некоторыми затруднениями в организации слаженной совместной деятельности. В меньшинстве случаев у них наблюдался низкий уровень развития способности учитывать позицию партнера (11,8 % у СГ1 и 11,5 % у СГ2).

Средний балл оценки учета позиции партнера в экспериментальных группах – 1,39, стандартное отклонение – 0,49, в то время как в сравнительных группах – 2,28 и 0,66 соответственно. Сравнительный анализ способности учитывать позиции партнера в ходе совместной деятельности у старших дошкольников с моторной алалией и с нормальным развитием с помощью критерия Манна-Уитни подтвердил наличие статистически достоверных различий между группами ($U=1766,000$, $p < 0,001$).

Таким образом, мы можем говорить о проблематичности формирования способности учитывать позицию партнера у детей с моторной алалией в старшем дошкольном возрасте. Качественно-количественный анализ позволяет говорить о том, что дошкольники не всегда или вовсе не способны в процессе совместной деятельности учитывать позицию сверстника; значительная доля дошкольников данной категории имеют сложности в принятии позиции другого уже на начальном этапе взаимодействия.

На IV этапе мы оценивали уровень сформированности коммуникативных умений (четвертый критерий).

Полученные данные по дошкольникам с моторной алалией 6-7 лет практически идентичны. Они свидетельствуют о том, что большинство исследованных дошкольников с моторной алалией имели низкий уровень владения коммуникативными умениями (70 % в ЭГ1 и 70,8 % в ЭГ2), что можно интерпретировать как наличие существенных затруднений в процессе формирования навыков общения со сверстниками и/или неумении пользоваться средствами общения, а также выраженным речевым дефектом при моторной алалии, заключающийся в резко ограниченном наборе речевых средств. Эти дети проявляли поведенческий и речевой негативизм, не вступали в разные виды контакта, иногда использовали жесты. Их речевые возможности были очень ограничены. Дети предпочитали отвечать одним словом или лепетной фразой, например: «Пе ает» (Петя знает), «Пе си» (Петя сидит).

Часть дошкольников с моторной алалией имели средний уровень владения коммуникативными умениями (30 % у ЭГ1 и 29,2 % у ЭГ2), который выражался в некоторой степени сформированности навыков взаимодействия. У детей отмечался речевой негативизм при повышенных требованиях специалиста, который выражался в стеснительности и замкнутости, в том числе отмечалась самокритичность к собственной речи. Эти дети использовали в процессе общения жесты, мимику, вокализы, фразу с нарушенной слоговой структурой («Мака уут омик» - мальчик рисует домик; «Деки и маки бега» - девочки и мальчики бегают и т.д.). Однако у детей отмечались трудности при решении возникающих проблем и возможности конструктивно реагировать на конфликтные ситуации со сверстниками. Высокий уровень владения коммуникативными умениями у дошкольников с моторной алалией не отмечался.

В более чем трети случаев у дошкольников с нормальным речевым развитием отмечался высокий уровень владения коммуникативными умениями (35,3 % в СГ1 и 50% в СГ2). Большинство нормально развивающихся дошкольников имеет средний уровень владения коммуникативными умениями (60,8 % в СГ1 и 42,3 % в СГ2). Стоит обратить внимание на тот факт, что в единичных случаях у детей с нормальным развитием наблюдался низкий уровень развития коммуникативных навыков (3,9 % в СГ1 и 7,7% в СГ2), что можно объяснить внешними социальными факторами и личными особенностями.

Средний балл оценки уровня владения коммуникативными умениями в экспериментальных группах – 1,3, стандартное отклонение – 0,46, в то время как в сравнительных группах – 2,37 и 0,59 соответственно. При сравнении оценки понимания ситуаций социального взаимодействия детьми из экспериментальной и контрольной групп установлены достоверные различия ($U=1149,500$, $p < 0,001$).

Полученные данные в ходе диагностики однозначно свидетельствуют о том, что у старших дошкольников с моторной алалией, в отличие от детей с нормальным развитием речи, отмечается несформированность коммуникативных умений при общении со сверстниками, неспособность пользоваться всеми средствами общения.

Остановимся на общих взаимосвязях для всех участников исследования. На **V этапе** проведен **корреляционный анализ**, который показал достоверные положительные взаимосвязи сильного и среднего характера между исследуемыми показателями у дошкольников с моторной алалией и нормальным развитием (таблица 2).

Самые сильные корреляционные связи показателя преобладающего эмоционального фона с уровнем развития коммуникативных качеств отмечаются у всех дошкольников (в ЭГ1 $\rho = 0,715$, $p < 0,01$, в ЭГ2 $\rho = 0,768$, $p < 0,01$, в СГ1 $\rho = 0,746$, $p < 0,01$, в СГ2 $\rho = 0,804$, $p < 0,01$). То есть, чем позитивнее эмоциональный фон, тем сильнее проявляются коммуникативные качества и готовность к общению и наоборот. Очевидно, это свойство дошкольного возраста.

Кроме того, чем позитивнее эмоциональный фон, тем лучше испытуемые учитывают позицию партнера при взаимодействии: корреляционные связи средней силы отмечаются в СГ1 ($\rho = 0,569$, $p < 0,01$), СГ2 ($\rho = 0,517$, $p < 0,01$) и ЭГ2 ($\rho = 0,521$, $p < 0,01$). Уровень развития коммуникативных качеств в сравнительных группах связан также с учетом позиции партнера при взаимодействии (средняя сила корреляционной связи в СГ1, $\rho = 0,612$, $p < 0,01$, и СГ2, $\rho = 0,610$, $p < 0,01$). В экспериментальных группах также присутствует подобная корреляционная связь, но, однако, более слабая ($\rho = 0,466$, $p = 0,001$ в ЭГ1 и $\rho = 0,482$, $p = 0,001$ в ЭГ2).

Таблица 2. Средние и сильные корреляционные связи показателей компонентов коммуникативной компетентности в экспериментальных и сравнительных группах

Коррелирующие между собой компоненты коммуникативной компетентности		Сила корреляционной связи в группах:			
		ЭГ1	ЭГ2	СГ1	СГ2
инициативность	уровень развития коммуникативных качеств			Высокая ($\rho = 0,735$, $p = 0,001$)	Средняя ($\rho = 0,633$, $p = 0,001$)
чувствительность к воздействиям сверстников	уровень развития коммуникативных качеств			Средняя ($\rho = 0,689$, $p = 0,001$)	Средняя ($\rho = 0,642$, $p = 0,001$)
	учет позиции партнера				Средняя ($\rho = 0,598$, $p = 0,001$)
эмоциональный фон	уровень развития коммуникативных качеств	Высокая ($\rho = 0,715$, $p = 0,001$)	Высокая ($\rho = 0,768$, $p = 0,001$)	Высокая ($\rho = 0,746$, $p = 0,001$)	Высокая ($\rho = 0,804$, $p = 0,001$)
	учет позиции партнера		Средняя ($\rho = 0,521$, $p = 0,001$)	Средняя ($\rho = 0,569$, $p = 0,001$)	Средняя ($\rho = 0,517$, $p = 0,001$)
	владение коммуникативными умениями	Средняя ($\rho = 0,611$, $p = 0,001$)			
уровень развития коммуникативных качеств	учет позиции партнера			Средняя ($\rho = 0,612$, $p = 0,001$)	Средняя ($\rho = 0,610$, $p = 0,001$)
	владение коммуникативными умениями	Средняя ($\rho = 0,612$, $p = 0,001$)	Средняя ($\rho = 0,520$, $p = 0,001$)		

Отмечено ещё одно сходство среди корреляционных связей компонентов коммуникативной компетентности. В группе детей с моторной алалией владение коммуникативными умениями тем выше, чем более развиты коммуникативные качества (средняя сила корреляционной связи в ЭГ1, $\rho = 0,612$, $p < 0,01$, и ЭГ2, $\rho = 0,520$, $p < 0,01$). Подобная связь в сравнительных группах выражена несколько слабее ($\rho = 0,433$, $p < 0,01$ в СГ1 и $\rho = 0,325$, $p = 0,019$ в СГ2). То есть, у дошкольников вне зависимости от речевого статуса прослеживается связь между уровнем развития коммуникативных качеств и степенью владения коммуникативными умениями в тех или иных ситуациях взаимодействия.

В сравнительной группе уровень развития коммуникативных качеств связан с чувствительностью к воздействиям сверстников (средняя сила связи в СГ1 ($\rho = 0,689$, $p < 0,01$) и СГ2 $\rho = 0,642$, $p < 0,01$) и инициативностью (сильная связь в СГ1 $\rho = 0,735$, $p < 0,01$ и средняя – в СГ2 $\rho = 0,633$, $p < 0,01$): чем выше чувствительность и инициативность, тем более развиты коммуникативные качества.

Установлены и различия в картине корреляционных связей в экспериментальных и сравнительных группах. Чем выше чувствительность, тем лучше учитывается позиция партнера по взаимодействию в сравнительных группах (средняя сила корреляционной связи в СГ2, $\rho = 0,598$, $p < 0,01$, и слабая в СГ1, $\rho = 0,456$, $p = 0,001$). В экспериментальных группах подобная связь иная: очень слабая корреляция в ЭГ1, $\rho = 0,294$, $p = 0,039$, корреляция отсутствует в ЭГ2.

Чем выше владение коммуникативными умениями, тем позитивнее эмоциональный фон в ЭГ1 (средняя сила корреляционной связи, $\rho = 0,611$, $p < 0,01$). В ЭГ2 и СГ1 подобная связь выражена слабо ($\rho = 0,451$, $p = 0,001$ и $\rho = 0,468$, $p = 0,001$ соответственно), а в СГ2 – очень слабо ($\rho = 0,294$, $p = 0,034$).

Корреляционный анализ показал структуру связей отдельных аспектов коммуникативной сферы испытуемых, и, анализируя их, можно выделить *три принципиальных отличия детей с моторной алалией от детей с нормальным развитием*.

1. Такие параметры одного из критериев коммуникативной компетентности – особенности вступления в контакт, как инициативность, чувствительность к воздействиям сверстников, преобладающий эмоциональный фон при коммуникативном взаимодействии между собой не связаны у детей с моторной алалией. При этом у детей с нормальным развитием речи преобладающий эмоциональный фон связан с инициативностью и чувствительностью. Для детей с алалией ситуации общения – это, как правило, ситуации неуспеха, не приносящие позитивных переживаний, и потому особенности контакта развиваются более автономно от эмоциональных реакций, в контексте сниженного фона настроения почти у половины участников экспериментальных групп.

2. Развитие коммуникативной сферы у детей с моторной алалией движется по пути интеграции: так, четкое узнавание разнообразных ситуаций взаимодействия, выделение задач и требований, которые им предъявляются в конкретных ситуациях, начинают быть связанными со способностью учитывать позицию партнера по совместному делу, а также с собственными коммуникативными качествами. То есть знания о ситуации, коммуникативные

качества и практическое взаимодействие становятся согласованными. У детей с нормальным речевым онтогенезом коммуникативная сфера продолжает своё становление по пути автономии: ранее согласованные между собой коммуникативные качества, коммуникативные действия, понимание социальных ситуаций и учет позиции партнера в совместном деле с возрастом становятся несколько менее тесно и менее разнообразно связанными между собой.

3. Уровень невербального интеллекта не коррелирует ни с одним из исследуемых аспектов коммуникативной сферы у дошкольников с нормальным речевым развитием. Однако, у детей с моторной алалией уровень невербального интеллекта связан с пониманием ситуаций социального взаимодействия: чем выше невербальный интеллект, тем лучше понимание социальных требований в различных ситуациях взаимодействия, а, значит, недостаток коммуникативных качеств, вследствие нарушений произносительной стороны речи, отчасти может быть компенсирован за счёт интеллектуальных способностей при ориентировке в формальных требованиях социальной ситуации.

Мы также подсчитали интегральный индивидуальный индекс коммуникативной компетентности, он складывался из суммы «сырых» баллов, полученных по всем блокам, характеризующим аспекты коммуникативной компетентности. Таким образом, были выделены три группы детей: с низким, средним и высоким уровнями коммуникативной компетентности (таблица 3).

Таблица 3. Интегральный индивидуальный индекс коммуникативной компетентности у дошкольников с моторной алалией и нормальным речевым развитием

Уровень интегральной коммуникативной компетентности	ЭГ1	ЭГ2	СГ1	СГ2
низкий	64%	58,33%	1,96%	3,84%
средний	36%	41,64%	37,26%	23,08%
высокий	0%	0%	60,78%	73,08%

Выявленные и описанные выше особенности указывают на недостаточную (относительно паспортного возраста) сформированность коммуникативной компетентности у старших дошкольников с моторной алалией. Это влечет за собой проявления тревожности в ситуациях взаимодействия с окружающими, формирование речевого негативизма и агрессии, как следствие, сопротивление взаимодействию (прерывание контакта, включение механизмов психологической защиты) на всех фазах цикла контакта.

Следовательно, психолого-педагогическое сопровождение дошкольников с моторной алалией должно иметь мультидисциплинарный характер и реализовываться с учетом особенностей развития их коммуникативной компетентности, прохождением цикла контакта, владением речевыми средствами (таблица 4). Предложенные в модели векторы коррекционного воздействия психолого-педагогического сопровождения могут быть рекомендованы психологам, логопедам, педагогам для работы с детьми, имеющими нарушения речевого развития.

Таблица 4. Содержательные компоненты модели психолого-педагогического сопровождения

Векторы коррекционной работы	Особенности речевой функции ребенка	Психологические особенности развития компонентов коммуникативной компетентности ребенка	Фаза цикла контакта	Форма коррекционного воздействия на начальном этапе	Коррекционное воздействие	Опосредованное коррекционное воздействие
<i>Вектор развития способности понимания ситуаций социального взаимодействия</i>	Диссоциации между импрессивной и экспрессивной стороной речи;	Трудности распознавания ситуаций социального взаимодействия;	Первая фаза «преконтакт»	Индивидуальная	Развитие слухового неречевого и речевого восприятия; номинация предметов и картинок (предмет, свойство, действие), развитие понимания обращенной речи, простых и сложных речевых инструкций; поиск предпочитаемых ситуаций взаимодействия.	Консультирование родителей; детско-родительские группы
		Трудности выстраивания своего поведения с учетом предъявленных требований		Смешанная	Снижение негативных аффективных реакций; создание ситуаций, формирующих доверительные отношения с взрослым; поиск социально-приемлемых алгоритмов поведения.	Взаимодействие с родителями (тренинги эффективного взаимодействия)
<i>Вектор коррекции вступления в контакт и характера взаимодействия</i>	Трудности вербальной коммуникации; недостаточный словарный запас и трудности в точном выражении своих желаний и действий.	Инициативность (трудности инициирования)	Вторая фаза «вступление в контакт»	Смешанная	Развитие мелкой моторики; развитие деятельности по подражанию; пополнение, обогащение словаря; активизация вербальной коммуникации в игровой и бытовой ситуациях; вызывание интереса к совместной деятельности.	Взаимодействие с родителями (семинары, тренинги эффективного взаимодействия)
		Чувствительность к воздействиям сверстников (трудности чувствительности)		Групповая	Восстановление ситуаций доверия и развитие первичных рефлексивных навыков	Рекомендации для родителей; детско-родительские группы
		Преобладающий эмоциональный фон (преобладает негативный, нейтрально-деловой)		Смешанная	Стабилизация эмоционального фона и закрепление социально-приемлемых паттернов поведения	Детско-родительские группы
<i>Вектор развития способности учитывать позицию партнера</i>	Недостаточный уровень довербальной коммуникации (жесты, лепетная речь); трудности вербальной коммуникации;	Трудности способности учитывать позицию сверстника в процессе совместной деятельности	Третья фаза «полный контакт»	Групповая	Развитие мелкой моторики; развитие довербальной коммуникации; использование невербальной коммуникации; пополнение, обогащение словаря номинативными и предикативными единицами речи; активизация вербальной коммуникации в игровой и бытовой ситуациях; развитие первичных рефлексивных навыков	Сеансы совместной игры, тренинги эффективного взаимодействия
		Трудности в принятии общего решения		Групповая	Зрительное подкрепление, дробление (упрощение) предъявляемой инструкции; поиск алгоритмов в принятии решения.	Рекомендации для родителей; сеансы совместной игры
<i>Вектор развития и коррекции владения коммуникативными умениями</i>	Недостаточный уровень довербальной коммуникации (жесты, лепетная речь); нарушение оформления речевого высказывания;	Затруднения в процессе формирования навыков общения со сверстниками и/или неумении пользоваться средствами общения	Третья фаза «полный контакт»	Смешанная	Развитие мелкой моторики; развитие довербальной коммуникации; использование невербальной коммуникации; формирование связи между звуковым образом и обозначаемым им предметом; поиск средств коммуникации	Сеансы совместной игры, тренинги эффективного взаимодействия
		Трудности при решении возникающих проблем и возможности конструктивно реагировать на конфликтные ситуации со сверстниками		Смешанная	Расширение сенсомоторного репертуара, особенно рук и речевого аппарата; поиск конструктивных решений	Сеансы совместной игры, тренинги эффективного взаимодействия

В заключении подведены итоги проведенного исследования и сформулированы основные **выводы**:

1. Критериями оценки коммуникативной компетентности у дошкольников с моторной алалией являются: понимание различных ситуаций взаимодействия, особенности вступления в контакт и характер взаимодействия с окружающими, способность к учету позиции партнера при совместной деятельности, владение коммуникативными действиями. На основании совокупности полученных данных проанализированы и описаны психологические механизмы трудностей становления коммуникативной компетентности детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией.

2. Дети старшего дошкольного возраста с моторной алалией имеют специфические особенности становления коммуникативной компетентности. Они испытывают сложности при понимании и оценке различных ситуаций социального взаимодействия, таким образом, проблемы возникают уже в фазе «преконтакта». При вступлении в контакт дошкольники с алалией не стремятся привлечь к себе внимание сверстников и инициировать совместную деятельность. Для них характерна низкая степень чувствительности к воздействиям сверстников по сравнению с нормально развивающимися детьми, что проявляется в выраженных трудностях вступления в совместную деятельность при внешнем побуждении и в сопротивлении взаимодействию, что значительно затрудняет развитие их межличностных отношений и коммуникативной компетентности в целом.

3. Неспособность учитывать позицию партнера проявляется уже на первых двух фазах взаимодействия старших дошкольников, имеющих алалию, со сверстниками: «преконтакте» и «вступлении в контакт». Переход к «полному контакту» (третьей фазе цикла контакта) возможен после преодоления трудностей на первых фазах. Старшие дошкольники с моторной алалией не владеют достаточными коммуникативными умениями, что затрудняет переход к фазе «постконтакта».

4. Выявлены достоверно значимые различия по всем критериям коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией от сверстников с нормальным развитием речи. Эти особенности речевого контакта дошкольников с моторной алалией могут рассматриваться как проявление специфической закономерности их коммуникативно-личностного развития.

5. Предложенный и апробированный диагностический комплекс позволяет дать психологическую оценку коммуникативной компетентности дошкольников с моторной алалией.

6. Выявлены прямые корреляционные связи разной степени выраженности, характерные для дошкольников с нормальным речевым развитием и моторной алалией: между преобладающим эмоциональным фоном и уровнем развития коммуникативных качеств, эмоциональным фоном и способностью учитывать позицию партнера, уровнем развития коммуникативных качеств с учетом позиции партнера, уровнем развития коммуникативных качеств и степенью владения коммуникативными умениями. Также выявлены корреляционные связи между владением коммуникативными умениями и

коммуникативными качествами, владением коммуникативными умениями и преобладающим эмоциональным фоном, пониманием ситуаций социального взаимодействия с уровнем невербального интеллекта у дошкольников с моторной алалией.

7. Предложенная прогностическая модель психолого-педагогического сопровождения дошкольников с моторной алалией должна быть сфокусирована на формирование коммуникативной компетентности, устранение преград последовательному прохождению цикла контакта и предполагать вариативный характер. Векторы коррекционного воздействия должны быть направлены на развитие способности понимать различные ситуации взаимодействия, способности учитывать позицию партнера, способности пользоваться коммуникативными умениями и доступные речевые средства.

Основное содержание научной работы и результаты эмпирического исследования отражены в следующих публикациях автора:

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России:

1. Казьмина, Я.Е. Феномен речевого негативизма у детей с алалией / Я.Е. Казьмина, С.М. Валявко // Дефектология. - 2018. - № 4. - С. 22-29 (0,5 / 0,31 п.л.).
2. Казьмина, Я.Е. Коррекция эмоционально-волевых нарушений у детей с алалией в условиях реабилитационного центра / Я.Е. Казьмина // Специальное образование. - 2018. - № 4 (52). - С.56-66 (0,62 п.л.).
3. Казьмина, Я.Е. Формирование эмоционально-волевой сферы у детей 5-7 лет с алалией / Я.Е. Казьмина // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. - Познание. - 2019. - № 3. - С. 38-42 (0,25 п.л.).
4. Казьмина, Я.Е. Специфика коммуникативной компетентности у детей дошкольного возраста с моторной алалией / Я.Е. Казьмина, С.М. Валявко // Национальное здоровье. - 2021. - № 1. - С. 62-70 (0,56/ 0,37 п.л.).

Статьи в других научных изданиях:

5. Казьмина, Я.Е. Комплексная модель формирования эмоционального компонента коммуникации при алалии и при аутизме в детском возрасте / Я.Е. Казьмина // Тезисы докладов Городской научно-практической конференции с международным участием. - М: Институт психологии, социологии и социальных отношений МГПУ, 2018. (0,12 п.л.).
6. Казьмина, Я.Е. Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра / Я.Е. Казьмина // Тезисы докладов Городского круглого стола. - М: Институт психологии, социологии и социальных отношений МГПУ, 2019. (0,12 п.л.).
7. Казьмина, Я.Е. Проблемы коммуникации у детей с тяжелыми нарушениями речи / Я.Е. Казьмина // Педиатрический вестник Южного Урала. - 2020. - № 2. - С. 78-81 (0,25 п.л.).
8. Казьмина, Я.Е. Специфика коммуникативной компетентности и коррекция ее нарушений у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития в условиях реабилитационного центра / Я.Е. Казьмина // Тезисы докладов научно-практической конференции. - М., 2020. (0,12 п.л.).