

10. **Иванова-Смоленская И.А.**, Маркова Е.Д., Полещук В.В. Подбор и изучение репрезентативных семей, отягощенных болезнью Вильсона-Коновалова (БВК) и создание коллекции образцов ДНК. // Материаллы конф. «Геном человека». – М.: 1994. –С.41.

References:

1. **Shtok V.N.**, Levin O.S., Fedorova N.V. Ekstrapiramidnye rasstrojstva. – М.: 1998.
2. **Alexander G.E.** Anatomy of the basal ganglia and related motor structures / In: R.L. Watts, W.C. Koller (Eds). Movement Disorders. N. Y.: McGraw-Hill, 1997. –P.73-86.
3. **Jahno N.N.** i dr. Demencii. –М.: 2011.
4. **Sapir S.** at al. Voice and speech abnormalities in Parkinson disease. // J. Medical Speech Language Pathology., - 2001. – 9(4). – P. 213-226.
5. **Trail M.**, Fox C.at all. Speech treatment for Parkinson's disease.// Neuro Rehabilitation , - 2005. – 20. - P. 205-221.
6. **Golubev V.L.**, Levin Ja.Y., Vejn F.M. Bolezn' Parkinsona i syndrom parkinsonizma. – М.: MEDpress, - 1999. – 415s.
7. **Levin O.S.** i dr. Efedronovij parkinsonizm. //Nevrolog. Zhurn. – 2000. -№2. – S.8 – 15.
8. **Sanotsky Y.**, Lesuk R., Fedoryshyn L. at al. Manganese encephalopathy due to efedrone abuse. // Movement Disorders. - 2007. – 22. – P.1337 – 1343.
9. **Golbe L.I.**, Davis P.H., Schoenberg B.S. at al. Prevalence and natural history of progressive supranuclear palsy. // Neurology. – 1988. – V.38. – P. 1031 – 1034.
10. **Ivanova-Smolenskaja I.A.**, Markova E.D., Poleshhuk V.V. Podbor i izuchenie reprezentativnyh semej, otjagoshchennyh bolezni'ju Vyl'sona-Konovalova (BVK) i sozdanie kollekcii obrazcov DNK. // Materyally konf. «Genom cheloveka». – М.: 1994. –С.41.

Станецкая Г.Н. Экстрапирамидные нарушения речи у взрослых

Данная статья нацелена на привлечение внимания специалистов к проблеме нарушения речи у взрослых. Вопросы, связанные с изучением особенностей нарушения устной речи при разных экстрапирамидных заболеваниях (болезнь Паркинсона, паркинсонизм) надо признать актуальными. В статье подчёркивается важность оказания своевременной помощи, которая должна быть направлена на поддержку и сохранение жизненно-важной функции общения.

Ключевые слова: экстрапирамидная дизартрия, расстройства речи у взрослых

Stanetska H. N. Extrapyramidal speech abnormalities in adults

The article is aimed at attracting and concentrating the specialists' attention at the problems connected with speech abnormalities among mature people. Peculiarities of abnormalities and failures in reaching articulatory targets are described and analyzed in the article. They turn out to be helpful in distinguishing different extrapyramidal diseases (e.g. Parkinson's disease, parkinsonism). As soon as a disease is identified a patient can be provided with necessary help just on time in order to maintain and preserve the function of communication that is of vital importance.

Keywords: extrapyramidal dysarthria, speech abnormalities in grown-ups

Стаття надійшла до редакції 23.05.2016 р.

Статтю прийнято до друку 30.05.2016 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Шеремет М.К.

УДК: 376:616.896-053.2/1.5:303.62-055.52

Тарасун В.В.

**СПЕЦИФІКА ДІАГНОСТИЧНОГО ІНТЕРВ'ЮВАННЯ БАТЬКІВ ДИТИНИ
З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА**

У статті коротко розкрито особливості процесу інтерв'ювання батьків дитини з РАС, здійснюваного аутологом. Схарактеризовані типи, види, форми, стадії і загальні навички діагностичного інтерв'ювання.

Ключові слова: діти з РАС, діагностичне інтерв'ювання, форми, типові стадії, теми інтерв'ю.

Процес психолого-педагогічного оцінювання стану психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини аутологом може приймати різні форми: *інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом, її психологічне тестування, спостереження за її поведінкою, аналіз архівних матеріалів*. Ці форми оцінювання є основними методами збору інформації, необхідної для дослідження намічених аутологом цілей.

Аналіз архівних матеріалів передбачає ознайомлення з медичною документацією та продуктами діяльності самої дитини – малюнками, різними виробами, а учня – шкільними роботами, табелями успішності та іншими матеріалами, що дозволяють скласти загальне уявлення про особливості його особистості і досягнень. При використанні методів оцінки важливу роль відіграє тестування, яке включає обстеження в значно ширший процес. Після збору інформації аутолог має звести дані, отримані з багатьох джерел, в *узгоджений звіт*. При цьому він спирається на свої індивідуальні навички оцінювання, якими зобов'язаний володіти досконало.

У процесі обстеження й оцінювання важливу роль відіграють такі взаємопов'язані компоненти, як *зміст і відносини*. Змістовий компонент передбачає отримання необхідної фактичної інформації. Компонент *взаємовідносин* стосується таких форм поведінки, як емпатія, почуття довіри, дружелюбність і бажання співпрацювати. Необхідність дотримання рівноваги між змістом і відносинами є однією з проблем, через яку вважають, що фахівець (особливо початківець) в галузі практичної роботи з аутичною дитиною потребує керівництва супервізора, тобто навчання за допомогою досвідченого колеги.

Процес обстеження, як відомо, сам по собі може мати як благотворний, так і неблаготворний ефект. Тому діагностичне обстеження, крім змістового, має соціоемоційний компонент. Його врахування дозволяє з'ясувати: якого типу взаємини встановилися між аутологом, дитиною та її батьками; наскільки відверто висловлює родич свої потаємні думки і почуття, який вплив справляють всі ці фактори на процес обстеження. У більшості випадків батьки ставляться до проведення такої бесіди доброзичливо, дотримуючись реалістичних очікувань щодо послуг, які можуть бути їм надані.

Одним з основних інструментів збору інформації є метод інтерв'ювання. Інтерв'ю, як метод збору соціальної інформації, ґрунтується на вербальній соціально-психологічній взаємодії (цілеспрямованій бесіді, за Bingham & Moore, 1924) між інтерв'юером і респондентом з метою одержання потрібних даних. Порівняно з анкетуванням інтерв'ю має певні переваги: надає можливість глибше проникнути в соціально-психологічні причини поведінки батьків дитини; під час його проведення можливо встановити досить високий ступінь їхньої відвертості; дає змогу одержати глибинну інформацію про думки, погляди, мотиви, уявлення респондентів.

❖ Діагностичне інтерв'ю розрізняють за: технікою і процедурою проведення, типом учасників і ступенем взаємозв'язку його складових.

➤ Діагностичне інтерв'ю за *технікою проведення* поділяють на: вільне (тривала бесіда за загальною програмою без чіткої деталізації запитань); стандартизоване (спілкування педагога і батьків регламентоване детально розробленим питальником та інструкцією інтерв'юера, котрий зобов'язаний точно дотримуватися сформульованих, переважно закритих запитань та їх послідовності); напівстандартизоване (поєднує в собі особливості двох попередніх видів).

➤ За *процедурою проведення* розрізняють типи інтерв'ю: панельне – багаторазове інтерв'ю одних і тих же батьків дітей щодо однієї і тієї ж проблеми через певні проміжки часу; групове – запланована бесіда, в процесі якої педагог прагне започаткувати дискусію в групі, що складається з членів сім'ї дитини; аутологічне інтерв'ю – тривала, глибока бесіда, мета якої полягає в одержанні інформації про внутрішні спонукання, мотиви, схильності як батьків, так і дитини; сфокусоване інтерв'ю – короткочасна бесіда, мета якої полягає в отриманні від батьків інформації про конкретну проблему, процес, явище, про реакції дитини на певну дію.

➤ За *типом учасників* – інтерв'ю з іншими спеціалістами, з експертом або з рядовим респондентом. Ця техніка проведення інтерв'ю насамперед передбачає урахування однієї з основних умов, яка впливає на достовірність і надійність інформації, – це наявність в аутолога якісного опитувальника та дотримання правил його застосування. До опитувальників додають, так звані, протоколи інтерв'юера, що містять основні відомості про процес інтерв'ю. На інтерв'ю впливають місце, конкретні обставини, тривалість його проведення (найчастіше батьки погоджуються на нетривале інтерв'ю). Особливості інтерв'ю зумовили його широке використання не тільки в практиці, але й в проблемних дослідженнях при контрольних, вибіркових і експертних опитуваннях. Тому перша і найважливіша навичка, якою повинен володіти аутолог, – це навичка інтерв'ювання батьків дитини, оскільки воно відіграє основну роль як в процесі обстеження, так і в процесі корекційно-розвивальної роботи. При цьому мета аутолога – отримати інформацію, необхідну для визначення, насамперед, характеру і ступеня допомоги, яку він зможе надати дитині та її батькам і встановити відносини співпраці і взаємодопомоги. Ролі кожного учасника інтерв'ю чітко визначені і специфічні: батьки й аутолог не є друзями, які спілкуються один з одним на рівних. В оціночних інтерв'ю аутолог зобов'язаний управляти ходом бесіди, надаючи в той же час батькам дитини можливість вільно висловлювати свої думки і почуття.

➤ Інтерв'ю значно відрізняються один від одного за *ступенем взаємозв'язку його складових*. В одних випадках питання та відповіді йдуть в заздалегідь встановленому порядку, інші ж є відкритими і інтерв'юер стежить за ходом міркувань батьків. Як високий, так і низький ступінь взаємозв'язку мають, відповідно, свої достоїнства і недоліки. Більшість інтерв'ю займає в цьому спектрі проміжне положення. Аутолог, як правило, тримає в умі кілька тем і володіє методами спрямування бесіди в потрібне русло. Водночас він прагне до того, щоб мати чи батько дитини відчували себе вільно і висловили все те, що вважають для себе важливим. І все ж в багатьох випадках від аутолога вимагається відслідковувати хід інтерв'ю і зберігати контроль за ходом бесіди – контроль, який часто носить досить завуальований характер, при якому фахівець має виявляти прихильність до батьків дитини.

Професійний аутолог-інтерв'юер, здійснюючи доброзичливу і невимушену розмову, в той же час контролює процес інтерв'ю з точки зору: хронології (особливо на початку і наприкінці бесіди), змісту (розкриття найбільш важливих тем), характеру відповідей (задаючи або відкриті питання, або закриті), а також з точки зору близькості стосунків зі співрозмовником. Суб'єктивно сприйнята близькість залежить як від компетенції і сердечності аутолога, які той виявляє до батьків, так і від ступеня близькості, до якої він спонукає батьків у відповідь.

Навички інтерв'ювання включають здатність аутолога слухати співрозмовника і вміння говорити з ним. Для того фахівця, хто планує оволодіти навичками проведення інтерв'ювання, суттєвим має стати питання «Як мені слухати?», яке є навіть більш значущим, ніж питання «Що я повинен говорити?». Тільки завдяки вмінню слухати аутолог зможе спонукати батьків поділитися з ним тими серйозними життєвими проблемами, які ті відчувають. Нерідко батьки приходять на перше інтерв'ю, переживаючи цілу бурю емоцій і побоювань, які частіше всього змушують їх звернутися за допомогою. Якщо батьки дитини з'явилися на прийом, то це означає, що їм довелося зібрати всі свої вольові зусилля, щоб прийти і розповісти про свої страхи, невдачі і проблеми, які вони не можуть вирішити самостійно. Тому в будь-якому випадку завданням аутолога є: розпізнати ознаки хвилювання або страху і бути готовим до того, щоб слухати батьків, чекаючи моменту, коли ті відчують себе настільки комфортно, що почнуть ділитися своїми потаємними думками, почуттями і своїми проблемами.

Аутолог, сприймаючи інформацію на декількох рівнях, вибудовує відповідні припущення. Якщо він постійно перериває батьків і неухильно йде від початку за заданою схемою бесіди, то батьки можуть незабаром стати пасивними, замкнутими і, як результат, давати малозмістовні, короткі відповіді. Якщо ж педагог починає інтерв'ю з розмови на нейтральну неупереджену тему, яка не викликає у них страху або відчуження, демонструє батькам інтерес, зацікавленість і розуміння їхніх проблем, це сприяє встановленню тісного контакту (клієнтоцентрована терапія, K. Rogers).

Найважливішою якістю аутолога під час такої бесіди є вміння зберігати не просто установку (Д. Узнадзе, 1956, attitude, L. Lange, 1888.), а безоцінну установку (nonjudgmental attitude), яка дозволяє йому слухати і розуміти батьків, а їм – повніше розкритися перед своїм співрозмовником. Зберігати безоцінну позицію при постановці діагнозу і визначенні методів корекційно-розвивального впливу вимагає та обставина, що жорстка позиція спеціаліста при оцінюванні здійснює значний вплив на його взаємини з батьками дитини. Аутолог, який проводить обстеження, має бути відкритий для сприйняття і розуміння батьків дитини і їхньої ситуації, навіть якщо він не згоден з поведінкою цих людей і не схвалює їхніх вчинків. Усвідомлення поглядів таких людей дозволяє мінімізувати негативний вплив подібних факторів на обробку одержаної діагностичної інформації. Прагнення аутолога вислухати і зрозуміти батьків дитини дозволяє налагодити контакт з ними, спонукаючи їх до спілкування і надання більш докладної інформації. У кінцевому результаті це допоможе педагогу сформувати з батьками так званий робочий альянс (working alliance, N. Sundberg, 2004) як згоду з приводу завдань і цілей обстеження, що має важливе значення як для цілей обстеження, так і для цілей корекційно-розвивальної роботи.

З метою полегшити встановлення порозуміння в процесі формування робочого альянсу аутолог-інтерв'юер під час бесіди може використати *низку спеціальних прийомів*. Одним з них є перефразування, спосіб слухання, що полягає в переказі педагогом висловлювання батьків за допомогою інших слів, іншої побудови фрази і т. д. зі збереженням смислу почутого. Прийом допомагає переконатися, наскільки точно «розшифроване» повідомлення батьків з тим, щоб далі продовжувати розмову з ними з упевненістю, що до цього часу все було правильно зрозумілим і є лише іншим

формулюванням сказаного батьками. Водночас перефразування може стосуватися емоції і почуттів батька, тобто, спонукає його розповідати про його внутрішній стан, дає змогу показати йому, що він має право на всі почуття, в т.ч. гнів, лють, злість тощо, допомагає йому краще усвідомити ці почуття, побачити їх очима педагога. Перефразування зазвичай починається словами: «Як я Вас зрозумів...», «Ви сказали, що...», «Якщо я зрозумів Вас правильно, то...». Правила перефразування вимагають: переповідати вислови батьків своїми словами; не інтерпретувати ці вислови і не вносити в них нових смислів; чергувати перефразування з іншими прийомами.

Наступний прийом відображення – це *спосіб приєднання* («віддзеркалення», повернення) батькам їхньої невербальної поведінки) та спосіб відображення почуттів (показ, або «повернення» батькам їхніх почуттів, які вони часто не усвідомлюють). Педагог, наприклад, зауважує: «Спочатку ви говорили, що любите свою дитину, але забуваєте про свої почуття, коли сердиті на неї». Така неконгруентність (невідповідність, неузгодженість) найчастіше виникає між: різними формами невербальної поведінки батьків; твердженням і невербальною поведінкою; тим, що вони говорять, і тим, що вони роблять тощо. Встановивши ті чи ті неконгруентності, аутолог шукає момент і способи звернути увагу батьків на них з метою уточнення. Педагог може також застосувати прийом перевірки (уточнення) сприйняття: «У мене склалося враження, що ви відчуваєте змішані почуття до дитини. Іноді ви любите її, а частіше вам не подобається те, що вона робить. Я правильно вас зрозуміла?».

Ефективність комунікації істотно підвищується, якщо параметри певних реакцій комунікантів співпадають, корелюють між собою, коли між ними щонайменше не виникає конфліктної напруги. К. Роджерс увів термін *підлаштування* – приєднання до клієнта (за його термінологією), синхронізація з ним, підлаштування під його параметри спілкування, уміння йти за клієнтом. Встановлення і підтримання тісного психологічного зв'язку з батьками дитини впродовж певного часу здійснюється шляхом «вживання» в їхню реальність через невербальні вияви емоцій, думок, бажань. Технологічно підлаштування – це завуальоване, ненав'язливе повторення основних поведінкових патернів співрозмовника. Підлаштування до несвідомих патернів створюватиме у батьків відчуття емоційного комфорту, а підлаштування до ментального рівня – відчуття підтримки і взаєморозуміння.

Разом з тим, яку б спеціальну техніку не використовував аутолог, основною вимогою такої взаємодії є обережність. Досвідчений педагог-інтерв'юер вміє вчасно змінити тему бесіди, особливо коли хтось з батьків схильний до повторень, балакучий або ухиляється від відповіді. Хороший інтерв'юер завжди чуйний до відмінностей між патернами поведінки батьків, їхніми думками і почуттями, відрізняючи при цьому дії від емоційних реакцій, установок, вражень і оцінок. Коли мова йде про важливі події, педагог повинен отримати від батьків опис не тільки їхньої поведінки і думок стосовно дитини, а й почуттів. Для того, щоб допомогти дорослому навчитися проводити відмінності між поведінкою, думками і почуттями, аутолог має спонукати його до детального розгляду якоїсь окремої події, що стосувалася дитини, звертаючи при цьому увагу на те, що дорослий при цьому робив, думав і відчував.

Процес інтерв'ювання носить як вербальний, так і невербальний характер (див. табл.).

Таблиця

Двостороння система сприйняття аутологом вербального і невербального повідомлення в ході проведення інтерв'ю

Двостороння система сприйняття і поведінки аутолога в ході проведення інтерв'ю з батьками дитини	
Відправлення вербального повідомлення	Прийом вербального повідомлення
Задане аутологом питання	Дослівне слухання того, що відповідає хтось з батьків
Переформулювання аутологом відповіді батька	Створення аутологом (за розповіддю батька) образу подій і почуттів з життя дитини
Опис (аналіз) педагогом власних почуттів з приводу почутої розповіді	Упорядкування та аналіз розповіді батьків
Пояснення та інтерпретація результатів аналізу розповіді батьків	Розміщення почутої проблеми батьків в контекст їхнього реального життя
Підведення підсумків заняття	Уточнення почуттів батьків стосовно події, яка

	сталася з дитиною і про яку вони розповіли
Призначення завдання, яке необхідно виконати до наступного заняття	Повідомлення результату досягнення ступеня згоди і намірів
Відправлення невербального повідомлення	Прийом невербального повідомлення
Вказування жестом на стілець, призначений для батька	Увага до того, як дорослий сідає: чи сидить глибоко або на самому краєчку стільця
Кивання і посмішки, контакт очей	Відстеження того, чи не перериває дорослий контакт очей, поки аутолог не почне говорити
Постукування пальцями по підлокітнику крісла	Уміння помічати такі ознаки, як йорзання дорослого, заламування рук, рум'янець або пітливість
Дотик аутолога до плеча дорослого	Відстеження при цьому якісних змін голосу дорослого: голос стає хриплим, різким, здавленим тощо
Носіння на сеансі білого халата, білої сорочки з краваткою або яскравої теніски Джерело: частково N. Sundberg D. Taplin. 2007	Увага до того, як одягнуті батьки

Під час інтерв'ювання батьків аутолог має постійно пам'ятати про неминучу суб'єктивність відтворення ними ситуації, а також про те, що реальність може бути зовсім іншою. Для отримання більш повної і об'єктивної картини можна вдаватися до допомоги членів сім'ї або оточуючих.

❖ У ході проведення інтерв'ю спеціалісти в своїй роботі виокремлюють типову послідовність його стадій (фаз): початок інтерв'ю; умови його проведення, збір інформації, завершення інтерв'ю.

❖ *Початок інтерв'ю.* Ефективність застосованих методів і технік може підвищуватися або знижуватися залежно від стилю, в якому педагог починає і веде інтерв'ю, намагаючись *встановити з батьками взаємодію*. На сьогодні вже широко відомо, що саме встановлення взаємодії між спеціалістом і клієнтом є основною, а, можливо, і головною умовою одержання позитивних результатів. На відміну від звичайного контакту, таку взаємодію (раппорт від фр., наголос на другий склад) визначають як несвідому довіру, співзвучність (синтонність) і «біокібернетичний резонанс» між двома і більше людьми, що виникає внаслідок їхнього взаємоуподібнення один одному.

Поняття раппорта введено В. Бехтеревим (1919), який повідомив про відкриття ним механізму особливого надчутливого контакту – раппорту, який виникає при певних умовах і навіть дозволяє на мові уявних образів, емоцій і рухів керувати поведінкою. Для того, щоб створити ефективний раппорт пропонується використовувати своєрідний ланцюжок: приєднання, закріплення і ведення (С. Ковальов). Згідно цієї «класичної» схеми, на початковому етапі цього ланцюжка – *приєднання* – досягається синхронність дихання з диханням батьків дитини, а також ідентичність (віддзеркалювання) поз, що сприяє м'якому входженню в раппорт. У *закріпленні* застосовуються відповідні жести (асиметричні, ніби «дзеркальні»), міміка, голос і ключові слова, які розвивають контакт в напрямку «підключення» до світу співрозмовника, забезпечуючи тим самим *ведення* – стійке спілкування з ним. Як результат, здійснюється поступове переключення співрозмовника з його власної програми поведінки на поведінку, запропоновану педагогом. Тут основна увага приділяється синхронному супроводу для перемикавання батьків на виконання потрібної програми розмови і в потрібному напрямі.

Проте ще задовго до того, як раппорт формується, батьки і діти піддаються впливу ряду *факторів і умов навколишнього середовища*. Так, очікування батьків можуть формуватися під впливом обстановки в кабінеті аутолога: наскільки вона сприяє спілкуванню? чи комфортно в ньому? чи викликає почуття безпеки та конфіденційності? І т.п. За К.Роджерсом, найкраще сидіти один навпроти одного: тоді можна відстежувати розбіжності між патернами лівої і правої частин тіла клієнта, те, наскільки він конгруентний під час бесіди. Клієнта не слід садити спиною до дверей чи близько вікна; реалізувати демонстрацію відкритих жестів і уникати закритих; здійснювати ефективний контакт очей.

Після короткої попередньої бесіди аутолог обов'язково торкається *етичних питань конфіденційності і приватності*. При цьому чітко доводить до свідомості батьків, що інтерв'ю не становить для них небезпеки, а покликане виявити необхідну інформацію, потрібну для обстеження їхньої дитини. У

ході інтерв'ю аутолог зобов'язаний стримуватися від будь-яких критичних зауважень щодо суджень та висловлювань батьків, не нав'язувати своєї думки, дати зрозуміти, що вони можуть, не соромлячись, висловлювати свою думку.

❖ *Збір інформації.* Процес збору інформації часто називають середньою стадією інтерв'ю. Для цього аутолог може використати декілька видів технік: недирективні, директивні або їхню комбінацію (К.Роджер).

Недирективна форма характеризується тим, що в ній немає спроб поставити діагноз, дати інтерпретацію, але всіма засобами створюється атмосфера тепла і розуміння. Вважається, що це сприяє мобілізації власних сил батьків і дитини для вирішення проблеми. Основними прийомами виступають: позитивне оцінювання, емпатійне розуміння, конгруентність (автентичність, відвертість, чесність). Ця фаза інтерв'ю зазвичай починається з відкритого питання: «Яка проблема привела вас в наш кабінет?», «Розкажіть детальніше» або «Що ви відчуваєте, спілкуючись зі своєю дитиною?», що дозволяє отримати від батьків максимально докладну інформацію без застосування до них зайвого тиску. Інші недирективні техніки вимагають використання таких навичок, як перефразування, активне слухання і віддзеркалювання.

Директивні підходи вимагають від аутолога мати ретельно сформульовані питання. Так, намагаючись оцінити кількість і характер симптомів, можна поставити такі питання: «Чи змінився апетит дитини за останні два тижні?», «Чи помітили ви у неї якісь порушення сну протягом останніх тижнів?», «Чи завжди вона відвертається від ваших обіймів?». Цей тип спілкування спрямований на здійснення прямого психічного впливу на співрозмовника, але без образливих оцінок когось з батьків. Директивне спілкування включає такі прийоми: висловлення сумнівів, незгоду, власні оцінки, поради, пропозиції, пояснення своєї думки, повідомлення про наслідки негативної поведінки.

Важливо відзначити, що раз і назавжди встановленої оптимальної комбінації підходів не існує. Так, аутологи, які більше сфокусовані на факторах взаємин і на досягненні міцного раппорту з батьками, частіше застосовують недирективний підхід. У той же час педагоги, які більшою мірою дотримуються біхевіоральної орієнтації, схиляються до директивних технік.

❖ *Завершення інтерв'ю.* Заключна стадія інтерв'ю слугує виконанню ряду важливих завдань: аутолог має подякувати батьків і, можливо, висловити своє прийняття тих чи інших негативних почуттів, які ті продемонстрували під час інтерв'ю, наприклад, тривогу; зазначити сміливість, яку продемонстрував хтось з батьків, розмовляючи з педагогом на глибоко особисті теми; коротко підвести підсумки інтерв'ю і розповісти про наступний етап роботи. На завершення, досвідчений аутолог матиме на увазі можливість зіткнення з феноменом, який «спрацьовує» в останню хвилину інтерв'ю. Цей феномен проявляється в тому, що батьки до самого кінця інтерв'ю притримують болючу для них тему, не згадують її, щоб мати можливість уникнути розмови про неї, оскільки до останньої хвилини вони психологічно не готові обговорювати цю тему в деталях.

❖ В аутологічній практиці важливо також використовувати різні види інтерв'ю: а) *ознайомлювальні* інтерв'ю, в процесі яких батьки повідомляють про себе і дитину початкову інформацію і говорять про причини, які змусили їх звернутися до спеціаліста; б) *анамнестичні* інтерв'ю, мета яких – з'ясувати подробиці, пов'язані зі станом здоров'я дитини, особливостями сімейної обстановки тощо; в) *орієнтовні*, – які передують тестуванню дитини або в деяких випадках проводяться після нього (дебрифінг); г) *інтерв'ю для визначення* як психічного статусу дитини, так і для виявлення її поведінкових проблем; е) *психотерапевтичні*, або консультативні, інтерв'ю. Рідше практикуються *кризові інтерв'ю* для надання екстреної допомоги в разі жорстокого поводження з дитиною або в інших травматичних для неї ситуаціях.

У своїй практичній діяльності аутолог може застосувати *інтерв'ю різні за формою проведення*. Це може бути інтерв'ю як відповідь-повідомлення, під час якого батьки розгорнуто викладають свою позицію, міркують вголос тощо. Аутолог не втручається в цей потік прямого мовлення, даючи можливість їм висловитися. Інтерв'ю може бути представлено за схемою «питання - відповідь». Педагог одночасно з основними питаннями ставить співрозмовнику уточнюючі, додаткові питання і з їхньою допомогою спрямовує бесіду в потрібне русло, виявляючи деякі нюанси, цікаві деталі, факти. Застосування інтерв'ю-полілога сприятиме проведенню бесіди аутолога з кількома членами сім'ї для обміну думками на одну тему. Подібний матеріал багатовимірний, значний за обсягом, дає можливість виявити панораму позицій, оцінок, їхні розбіжності чи збіг.

Одні з найбільш важливих і поширених в аутологічній практиці форми оціночних інтерв'ю – це, все ж таки, анамнестичне і структуроване. При цьому зазначимо, що за даними спеціалістів при анамнестичній процедурі повна картина скарг за своїм обсягом значно більша, ніж стандартизована шкала.

Тип анамнестичного інтерв'ю найбільш часто використовується в практиці, оскільки сприяє збору анамнезу. При цьому аутолог має пам'ятати, що приватне тлумачення батьками особистої історії й історії дитини саме по собі є цінним, хоча окремі його деталі йому доведеться звіряти зі свідченнями родичів і архівними записами. Окремі напрями психології, такі як роджерівська і гештальт-терапія, нехтують оцінкою і збором анамнезу, зосереджуючись на суб'єктивному сприйнятті і почуттях членів родини. Інші підходи вимагають проведення розлогих інтерв'ю з охопленням всієї біографії дитини. При цьому аутолог має враховувати, що спогади і роздуми про сьогоденну проблему дитини можуть нагадати батькам про події минулого і породити в них ще більшу тривогу про майбутнє дитини і власне майбутнє. Водночас анамнез ніколи не постає перед спеціалістом в упорядкованій формі, тому він має бути готовим до деяких відхилень від теми, хоча в той же час повинен тримати в умі ряд тем, обов'язкових для розгляду.

Протягом останніх 30 років в англомовній літературі неухильно зростала кількість різновидів структурованих інтерв'ю. Аргументи на користь проведення структурованого інтерв'ю досить прості: якщо всі аутологи будуть задавати батькам дітей одні й ті ж питання, то надійність даних, одержаних в ході інтерв'ю, зростатиме. Використовуючи розлогу анкету, підготовлений інтерв'юер ставить батькам серії питань. Більшість з них – *питання закритого типу*, наприклад: «Чи у вашому житті був тривалий період, коли практично щодня ви не справлялися з агресивною поведінкою дитини?». Або: «Як змінився ваш характер після появи цієї проблеми?». На питання закритого типу батьки можуть дати тільки короткі відповіді «так» чи «ні», на відміну від *відкритих питань* таких, як, наприклад: «Як дитина сьогодні почувається?». Загальний аналіз валідності, надійності та практичності найбільш поширених типів структурованих інтерв'ю дозволив розробникам дійти висновку, що добре розроблені структуровані інтерв'ю можуть використовуватися професіоналами, парапрофесіоналами і навіть проводитися комп'ютерним методом без жодної значущої шкоди для їхньої надійності. Водночас встановлено, що застосування структурованих інтерв'ю загрожує численними проблемами. Так, надмірна залежність від використання структурованих протоколів інтерв'ю призводить до ризику упустити важливу інформацію, яка не врахована протоколом. Або протоколи, в яких враховані всі обставини, часто виявляються такими громіздкими, що їх оперативне використання є вкрай складним. Крім того, стиль спілкування, який визначається жорсткою схемою структурованого інтерв'ю, може відштовхнути батьків і завадити встановленню раппорту і робочого альянсу з ними.

Подібна ригідність (неминуча при проведенні структурованих інтерв'ю) призвела до того, що наприкінці 1990-х рр. спеціалісти частіше стали використовувати тип більш гнучких, *напівструктурованих інтерв'ю*, які припускають використання не тільки закритих питань, але й певної кількості відкритих питань. У такому інтерв'ю жорстко стандартизують тільки найважливіші (з точки зору цілей і завдань аутологічної роботи) питання і набір варіантів відповідей до них. При цьому інтерв'юер має можливість певні питання формулювати довільно, орієнтуючись на ситуацію, доповнюючи і поглиблюючи відповіді на закриті питання. Доцільним є включення в бесіду різноманітних модифікацій, що дозволяють збагатити її зміст і при цьому дотримуватися органічного входження в систему розмови.

Узагальнюючи, зазначимо, що професійне інтерв'ювання – це справжнє мистецтво. Професійний аутолог – це, перш за все, гарний комунікатор, адже його діяльність складається з розмов з людьми та інтерпретації почутого. Одночасно з основними питаннями він повинен вміти ставити співрозмовнику уточнюючі, додаткові питання, направляючи з їх допомогою бесіду в потрібне русло і виявляючи деякі нюанси, важливі деталі і факти. Подібний матеріал багатовимірний, об'ємний, фабульний дає можливість побачити панораму позицій, оцінок, їх розбіжності чи збіги. Проте фахівцю завжди необхідно пам'ятати про «золотий трикутник» інтерв'ю, тобто трьох учасників цієї діяльності: хто бере інтерв'ю, з ким береться інтерв'ю і для чого.

Використана література:

1. Кривоніс Т. Г. Основи особистісної психотерапії : навч.-метод. посіб. / Т. Г. Кривоніс. - К.: Вид-во «Слово», 2011. - 192 с.
2. Тарасун В. Аутологія. Монографія. Тарасун В.- К.: Вид-во «МП Леся». 2014. – с. 126-330.

References

1. Krivonis T.G. Osnovi osobistisnoyi psihoterapiyi: nav.-metod-posib. T.G. Krivonis. – K.: Vid-vo «Slovo». 2011.- 192 s.
2. Tarasun V.V. Autologiya. Monografiya. Tarasun V.V. – K.: VUD.-VO «MP Lesya». 2014. – s.126-330/

Тарасун В.В. Специфика диагностического интервьюирования родителей ребенка с расстройствами аутистического спектра.

В статье кратко раскрыты особенности процесса интервьюирования родителей ребенка с РАС, осуществляемого аутологом. Охарактеризованы типы, виды, формы, стадии и общие навыки диагностического интервьюирования ребенка с аутизмом.

Ключевые слова: дети с РАС, диагностическое интервьюирование, формы, типичные стадии, темы интервью.

Tarasun V. The specificity of the diagnostic interviewing parents of a child with autism spectrum disorders.

The article briefly disclosed features and specifics of the process of interviewing the parents of a child with ASD, carried out autologom. The types, types, forms, stages and general skills of the diagnostic interview.

Keywords: children with ASD, diagnostic interviews, forms, typical stages, theme interview.

Стаття надійшла до редакції 26.04.2016 р.

Статтю прийнято до друку 20.05.2016 р.

УДК: 376.3

Тищенко В.В.

ПАТОГЕНЕЗ ЗАГАЛЬНОГО НЕДОРОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ НЕЗ'ЯСОВАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ: ПСИХОЛІНГВІСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ

У статті піднімається питання про необхідність перегляду та уточнення наукових уявлень про структуру мовленнєвого дефекту при загальному недорозвитку мовлення нез'ясованої етіології. Актуальність означеної проблеми викликана неузгодженням, що виникли між клініко-педагогічною та психолого-педагогічною класифікаціями мовленнєвих порушень внаслідок широкого та необґрунтованого використання в логопедичній практиці поняття «загальний недорозвиток мовлення нез'ясованої етіології», що приховує недостатньо вивчені диференційовані форми мовленнєвої патології. У статті здійснено спробу психолінгвістичного аналізу окресленої групи мовленнєвих патологій та виявлення диференційованого патогенезу і симптоматики в межах її підтипів. Уперше проаналізовано патогенез оволодіння лексичними узагальненнями різного рівня з позицій синтагматичної та парадигматичної організації мовних знаків.

Ключові слова: загальний недорозвиток мовлення нез'ясованої етіології, синтагматична та парадигматична організація мовних знаків, порушення мовлення, класифікація.

Зростання наукового інтересу науковців до вивчення порушень мовленнєвого розвитку, що спостерігається останнім часом, безумовно, засвідчує високий запит суспільства щодо пошуку науково обґрунтованих та практично вивірених шляхів діагностики та корекції порушень мовленнєвої діяльності у дітей та дорослих.

Однак сучасний стан логопедичної науки та практики свідчить про наявність низки невирішених питань та проблем, які роками чекають на увагу науковців. Однією з таких проблем є загальний недорозвиток мовлення. Не зважаючи на те, що ця патологія перебуває в полі наукового дискурсу майже півстоліття, а її дослідженню присвячено не один десяток серйозних наукових досліджень, проблема ЗНМ й досі залишає для науковців низку нерозв'язаних питань.

Передусім мова піде про загальний недорозвиток так званої нез'ясованої етіології. Загальне формулювання, під яким в логопедичній практиці приховується малодосліджена мовленнєва патологія. Проте малодосліджена не одзначає рідкісна. ЗНМ нез'ясованої етіології становить щонайменш 90 відсотків від загального контингенту логопедичних груп для дітей із ЗНМ (Є.Соботович, Л.Бартенєва, Л.Трофименко).

Ця патологія породила ще одну плутанину. За відсутності еквівалента у клініко-педагогічній класифікації на позначення цього мовленнєвого порушення назва «ЗНМ нез'ясованої етіології» або просто «ЗНМ» на сьогодні фактично використовується як окрема клінічна нозологія, позначаючи окреме порушення. Хоч сам термін ЗНМ відсилає нас до зовсім іншої психолого-педагогічної класифікації, що виділяє не окремі порушення, а групи генетично близьких порушень (щодо ЗНМ то це: алалії; дизартрії та ринолалії, ускладнені порушенням лексико-граматичної сторони мовлення). Ця плутанина не є новою для логопедії. Логопедична практика давно змирилась з цією невідповідністю. І можливо, не варто було б піднімати цю проблему, якби не одне «але».

Річ у тім, що під таємничою «нез'ясованою етіологією», на жаль, приховується не одне, а кілька