

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ ТА ПСИХОЛОГІЇ

Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА (ДИПЛОМНА) РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «Магістр»

**на тему «Психологічні особливості роботи з дітьми
з селективним мутизмом»**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи М323-ф
спеціальності 053 Психологія
ОП Клінічна та реабілітаційна
психологія
Поліщук Юлія Віталіївна

Керівник: канд. психол. наук,
доцент кафедри психології
Шевченко С.В.

Рецензент: психолог-методист
КЗ «Опорний заклад освіти
Малоданилівський ліцей»
Харківської області
Пономаренко О.М.

Запоріжжя-2024

АНОТАЦІЯ

Поліщук Юлія

Психологічні особливості роботи з дітьми з селективним мутизмом

У кваліфікаційній роботі на базі системного підходу теоретично досліджено та експериментально виявлено особливості прояву селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку. Шляхом теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури, узагальнення, систематизації міжнародного практичного досвіду дослідження здоров'я дітей із селективним мутизмом виявлені особливості етіології, епідеміології та патогенезу цього відносно рідкісного феномену.

Актуальність цих досліджень обумовлена тим, що за останні роки у дітей спостерігається зростання саме психічних розладів здебільше за рахунок захворюваності на невротичні, тривожні розлади, серед яких деяке особливе місце посідає селективний мутизм. Проведені нами теоретичні та емпіричні дослідження свідчать, що селективний мутизм у дітей старшого дошкільного віку є тривожним, емоційно обумовленим психічним розладом, який характеризується неспроможністю вербального (в деяких випадках і невербального) спілкування з окремими особами чи в окремих соціальних обставинах при збереженій здатності говорити та розуміти мовлення. Він виникає в результаті спільної взаємодії несприятливих зовнішніх факторів, біологічної та психологічної нестійкості, яка має місце у дітей (навіть в ранньому віці, коли ще наймолодша функція мовлення інтенсивно розвивається). Цей феномен обумовлений еволюційно-дизонтогенетичними порушеннями, які є безпосереднім проявом первинних механізмів відхилення від нормотипового дозрівання мозку та розвитку психіки дітей. Селективний мутизм спотворює психічний та загальний розвиток дитини, негативно позначається на академічній успішності під час проходження навчання, обмежує її комунікативні можливості, що в значній мірі ускладнює соціальну адаптацію особистості.

Вивчення і дослідження здоров'я дітей старшого дошкільного віку, страждаючих на селективний мутизм є дуже важливим етапом щодо оптимізації надання їм комплексної лікувальної психолого-психіатричної і корекційно-педагогічної допомоги, організація та вплив яких, на наш погляд, повинні здійснюватися на основі системного підходу.

У кваліфікаційній роботі наведені результати проведених нами експериментальних досліджень особистісних психолого-педагогічних характеристик чотирьох дітей п'яти–семи років, страждаючих селективним мутизмом, з метою виявлення особливостей відхилення у розвитку та визначення їх рівня пізнавальної здібності, міжособистісних відношень, комунікативної активності та поведінки у різних життєвих ситуаціях.

ABSTRACT

In the qualification work, based on a systemic approach, the features of the manifestation of selective mutism in older preschool children are theoretically studied and experimentally identified. By means of theoretical analysis of psychological and pedagogical literature, generalization, systematization of international practical experience in studying the health of children with selective mutism, the features of the etiology, epidemiology and pathogenesis of this relatively rare phenomenon are identified. The relevance of these studies is due to the fact that in recent years there has been an increase in the number of mental disorders in children, mainly due to the incidence of neurotic and anxiety disorders, among which selective mutism occupies a special place. The theoretical and empirical studies conducted by us show that selective mutism in children of older preschool age is a disturbing, emotionally conditioned mental disorder, characterized by the impossibility of verbal (in some cases and non-verbal) communication with individual persons or in individual social circumstances with preserved ability to speak. It occurs as a result of the combined interaction of unfavorable external factors, biological and psychological instability that occurs in children (even at an early age, when the youngest speech function is intensively developing). This phenomenon is caused by evolutionary-dysontogenetic disorders, which are a direct manifestation of the primary mechanisms of deviation from the normotypic maturation of the brain and the development of the psyche of children. This phenomenon is caused by evolutionary-dysontogenetic disorders, which are a direct manifestation of the primary mechanisms of deviation from the normotypical maturation of the brain and development of the psyche of children. Selective mutism distorts the mental and general development of the child, negatively affects academic performance during education, limits its communicative capabilities, which significantly complicates the social adaptation of the individual.

The study and research of the health of older preschool children suffering from selective mutism is a very important stage in the optimization of providing

them with comprehensive psychological and psychiatric treatment and correctional and pedagogical assistance, the organization and implementation of which, in our opinion, should be carried out on the basis of a systemic approach.

In the qualification work presents the results of our experimental studies of the personal psychological and pedagogical characteristics of four children aged five to seven years suffering from selective mutism, with the aim of identifying the characteristics of the developmental deviation and determining their level of cognitive ability, interpersonal relationships, communicative activity and behavior in different social situations.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи

на тему: **«Психологічні особливості роботи з дітьми**

з селективним мутизмом»

здобувачки вищої освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького спеціальності 053 Психологія

Поліщук Юлії Віталіївни

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент кафедри психології
Шевченко Світлана Віталіївна

Актуальність дослідження.

Мовлення являє собою складну функціональну систему, для формування якої необхідний своєчасний розвиток цілком певних зон мозку, їх коректної взаємодії між собою та іншими функціональними системами психіки дитини. При цьому важливе значення для своєчасного розвитку мовлення мають конкретні соціально-психологічні умови, у яких дитина розвивається, бо наявність негативних психологічних компонентів у житті дитини згубно впливає на розвиток її психіки та загальний розвиток. У такому разі мовленнєва система дитини може зазнавати різних змін у структурі та функціях таких як: затримка мовленнєвого розвитку, порушення комунікативної регулюючої функції мовлення, що може призвести навіть до повної втрати користування мовленням, або інших форм мовленнєвої патології.

У той же час порушення мовленнєвої функції, незалежно від форми мовленнєвого дефекту та причин його виникнення, насамперед стосуються змін у системі та структурі соціальної комунікації дитини. Якщо у відповідності до віку домовленнєві невербальні та вербальні способи комунікації дитини не розвиваються повною мірою, то в подальшому соціалізація дитини носить обмежений характер. При цьому загальна чи парціальна незрілість особистості зумовлює несформованість її творчих,

етичних потреб і навіть потреб у самореалізації та деяких інших істотних потреб.

Серед низки різноманітних форм патологій мовлення феномен селективного мутизму є відносно рідкісним але багатоплановим дитячим розладом, який характеризується неспроможністю вербального, а в деяких випадках і невербального спілкування з окремими особами або у певних соціальних ситуаціях, незважаючи на здатність розмовляти з іншими людьми у більш комфортній обстановці.

Аналіз літературних даних дозволяє припустити, що селективний мутизм є результатом спільної взаємодії зовнішніх факторів та біологічної і психологічної нестійкості, яка особливо має місце у дітей в ранньому віці, коли ще еволюційна (філогенетична) наймолодша функція мовлення інтенсивно розвивається. Оскільки для кожної навички існують свої оптимальні вікові рамки формування, то незрілі свого часу способи спілкування в подальшому власними силами вже не освоюються. В такому випадку неповноцінне соціальне функціонування закріплюється, стає звичним і, незважаючи на всі недоліки, виявляється для дитини суб'єктивно кращим, ніж відмова від нього. А це у разі відсутності своєчасної допомоги може призвести до значного зниження комунікативної активності та невротичного формування особистості, закріплення патологічних чорт характеру у вигляді інфантильності, егоцентризму, підвищеної вразливості та відгородженості від оточуючих.

Селективний мутизм, як один із видів порушень комунікативної діяльності, за сучасними науковими поглядами, відносять до групи прикордонних розладів, що займає проміжне становище між нормою і патологією. Феномен цього порушення, як і у випадку більшості психічних розладів дитячого віку, обумовлений цілим комплексом взаємопов'язаних чинників, таких як: генетична спадковість, особливості характеру, неврологічного розвитку та навколишній соціально-психологічний клімат.

Актуальність наших досліджень обумовлена також й тим, що за останні

роки спостерігається зростання саме психічних розладів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку здебільше за рахунок захворюваності на невротичні, тривожні розлади, серед яких деяке особливе місце посідає селективний мутизм. До того ж, небезпечні військові дії, що здійснюються у теперішній час на території України, в тій чи іншій мірі відображуються на розвитку та психічному стані значної частини дітей (що може суттєво впливати на підвищення ймовірності прояву селективного мутизму у деяких з них) визначили особливу актуальність вибраної тематики цього дослідження

Проблематикою роботи з дітьми з селективним мутизмом полягає у подоланні соціальної тривожності, формуванні безпечного середовища для спілкування та адаптації терапевтичних підходів для розвитку комунікативних навичок.

Об'єкт дослідження: феномен селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку.

Предмет дослідження: психологічні особливості роботи з дітьми із селективним мутизмом.

Завдання дослідження:

1. Визначити сучасні клініко-патогенетичні аспекти проблеми селективного мутизму у дітей, в тому числі ознайомитися з критеріями діагностики цього феномену, епідеміологією, характеристикою клінічних варіантів та виявити особливість його етіології і патогенезу.

2. Здійснити психолого-педагогічний аналіз особистості та поведінки дітей старшого дошкільного віку з селективним мутизмом щодо їх психолого-педагогічної характеристики, міжособистісних відносин та комунікативної активності.

3. Виявити сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції індивідуального розвитку дітей із селективним мутизмом та розвитку їх комунікативної активності. Обґрунтувати можливість використання системного підходу, що пропонується нами, до процесу психолого-педагогічного втручання з метою підвищення достовірності постановки

діагнозу та підвищення результативності подолання селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося у Громадській організації «Центр розвитку, корекції, психіатричної, психологічної та педагогічної допомоги для дітей та дорослих "Територія розвитку"» у м. Дніпро

За результатами теоретико-експериментального дослідження можна зробити наступні **висновки**:

До найбільш поширених психолого-педагогічних характеристик дітей, які страждають на селективний мутизм, можна віднести такі: темпераментна загальмованість, соціальна тривожність, наявність супутніх тривожних станів, дисфункція сенсорної інтеграції, затримка розвитку, комунікативні проблеми та проблеми соціальної взаємодії. В комфортних умовах спілкування деяким з таких дітей властиві сполучена-відбита й запитальна-відповідна форми мовлення.

Серед чинників, що впливають на рівень комунікативної активності дитини повз стану психічного та загального розвитку досить важливою є її комунікативна компетентність, а найважливіших інструментів здійснення комунікативної діяльності у відповідному віці дитини є мовлення. Функція мовлення соціально опосередкована, вона включає дві основні складові: сприйняття й розуміння мовленнєвих конструкцій, та формування думок за допомогою засобів мови. Розвиток комунікативно-мовленнєвої діяльності пов'язаний з формуванням когнітивно-комунікативної, орієнтувально-планувальної, організаційно-комунікативної, та комунікативно-діяльною компетенціями.

Подолання селективного мутизму у дітей з цим захворюнням сприяє розвитку комунікативній активності, а заходи щодо розвитку комунікативних компетенцій та спілкування сприяють подоланню недуги, так як спілкування стимулює появу позитивних психічних особистісних новоутворень, сприяє розвитку особистості в цілому та подоланню емоційних і поведінкових

розладів соціального функціонування.

Оскільки в сучасних умовах зростає розуміння того, що комунікативна активність є невід'ємною характеристикою дитини як суб'єкта діяльності та спілкування, від якої залежить її розвиток та оволодіння різними видами діяльності, то подальше дослідження комунікативної активності та її розвиток є, безумовно, перспективним щодо подолання у дітей мовленнєвих недоліків.

Рік виконання дипломної роботи - 2024р.

Місце виконання - Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, кафедра психології

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ 1. Сучасні клініко-патогенетичні аспекти проблеми селективного мутизму у дітей	8
1.1. Селективний мутизм: визначення та класифікація	8
1.2. Критерії діагностики та епідеміологія селективного мутизму	13
1.3. Особливості етіології та патогенезу селективного мутизму	20
Розділ 2. Емпіричне дослідження особистості та поведінки дітей із селективним мутизмом	29
2.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей старшого дошкільного віку із селективним мутизмом	29
2.2. Дослідження міжособистісних відносин та особливостей поведінки дітей із селективним мутизмом	37
2.3. Комунікативна активність, сутність та її значення в процесі психолого-педагогічної корекції селективного мутизму	44
Розділ 3. Психолого-педагогічна корекція індивідуального розвитку дитини щодо подолання селективного мутизму	63
3.1. Основні підходи щодо розвитку комунікативної активності дітей	63
3.2. Особливості психолого-педагогічного підходу щодо подолання у дітей старшого дошкільного віку феномену селективного мутизму	71
Висновки	84
Список використаної літератури	87

ВСТУП

Актуальність дослідження. Мовлення являє собою складну функціональну систему, для формування якої необхідний своєчасний розвиток цілком певних зон мозку, їх коректної взаємодії між собою та іншими функціональними системами психіки дитини. При цьому важливе значення для своєчасного розвитку мовлення мають конкретні соціально-психологічні умови, у яких дитина розвивається, бо наявність негативних психологічних компонентів у житті дитини згубно впливає на розвиток її психіки та загальний розвиток. У такому разі мовленнєва система дитини може зазнавати різних змін у структурі та функціях таких як: затримка мовленнєвого розвитку, порушення комунікативної регулюючої функції мовлення, що може призвести навіть до повної втрати користування мовленням, або інших форм мовленнєвої патології.

У той же час порушення мовленнєвої функції, незалежно від форми мовленнєвого дефекту та причин його виникнення, насамперед стосуються змін у системі та структурі соціальної комунікації дитини. Якщо у відповідності до віку домовленнєві невербальні та вербальні способи комунікації дитини не розвиваються повною мірою, то в подальшому соціалізація дитини носить обмежений характер. При цьому загальна чи парціальна незрілість особистості зумовлює несформованість її творчих, етичних потреб і навіть потреб у самореалізації та деяких інших істотних потреб.

Серед низки різноманітних форм патологій мовлення феномен селективного мутизму є відносно рідкісним але багатоплановим дитячим розладом, який характеризується неспроможністю вербального, а в деяких випадках і невербального спілкування з окремими особами або у певних соціальних ситуаціях, незважаючи на здатність розмовляти з іншими людьми у більш комфортній обстановці.

Аналіз літературних даних дозволяє припустити, що селективний мутизм є результатом спільної взаємодії зовнішніх факторів та біологічної і психологічної нестійкості, яка особливо має місце у дітей в ранньому віці, коли ще еволюційна (філогенетична) наймолодша функція мовлення інтенсивно розвивається. Оскільки для кожної навички існують свої оптимальні вікові рамки формування, то незрілі свого часу способи спілкування в подальшому власними силами вже не освоюються. В такому випадку неповноцінне соціальне функціонування закріплюється, стає звичним і, незважаючи на всі недоліки, виявляється для дитини суб'єктивно кращим, ніж відмова від нього. А це у разі відсутності своєчасної допомоги може призвести до значного зниження комунікативної активності та невротичного формування особистості, закріплення патологічних чорт характеру у вигляді інфантильності, егоцентризму, підвищеної вразливості та відгородженості від оточуючих.

Селективний мутизм, як один із видів порушень комунікативної діяльності, за сучасними науковими поглядами, відносять до групи прикордонних розладів, що займає проміжне становище між нормою і патологією. Феномен цього порушення, як і у випадку більшості психічних розладів дитячого віку, обумовлений цілим комплексом взаємопов'язаних чинників, таких як: генетична спадковість, особливості характеру, неврологічного розвитку та навколишній соціально-психологічний клімат.

Дослідженням цього феномену та розробкою підходів щодо подолання цього явища займалися зарубіжні і вітчизняні вчені та практикуючі психіатри і психологи, такі як: Black, 1992; Bradley & Sloman, 1975; Browne & Lloyd, 1975; Elson, 1965; Lesser-Katz, 1986; MacGregor, 1994; Meyers, 1984; Pustrom & Speers, 1994; Reed, 1964; Remschmidt, 2003; Steinhausen, 1996; Tramer, 1934; Youngerman 1979; Замазій Ю.А., Марінушкіна О.Є, Мартиненко І.В., 2013; Пасічник Н.О., 2015; та деякі інші.

Тем не менш вивченість етіології, патогенезу та дизонтогенезу мовленнєвого розладу дітей, страждаючих селективним мутизмом, ще явно

недостатня. Тому подальше вивчення й дослідження здоров'я дітей з цим недоліком є дуже важливим етапом щодо оптимізації надання їм комплексної психолого-психіатричної і корекційно-педагогічної допомоги та фармакологічного лікування.

В останні роки розроблені декілька підходів щодо корекції індивідуального розвитку дітей страждаючих селективним мутизмом, серед яких найбільш поширеними є психодинамічна, поведінкова та сімейна терапія. Проте наближення психічного статусу цих дітей, який (з урахуванням спадкових передумов їхньої індивідуальності за наявності адекватних умов життя та виховання) був би характерним для відповідного віку при нормотиповому розвитку, все ще залишається виключно важко досяжним.

Актуальність наших досліджень обумовлена також й тим, що за останні роки спостерігається зростання саме психічних розладів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку здебільше за рахунок захворюваності на невротичні, тривожні розлади, серед яких деяке особливе місце посідає селективний мутизм. До того ж, небезпечні військові дії, що здійснюються у теперішній час на території України, в тій чи іншій мірі відображуються на розвитку та психічному стані значної частини дітей (що може суттєво впливати на підвищення ймовірності прояву селективного мутизму у деяких з них) визначили особливу актуальність вибраної тематики цього дослідження [1].

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення особливостей роботи з дітьми із селективним мутизмом; узагальнення, систематизація досліджень і практичного досвіду щодо корекційно-розвиваючій роботі з дітьми старшого дошкільного віку, страждаючих на селективний мутизм.

Об'єкт дослідження: феномен селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку.

Предмет дослідження: психологічні особливості роботи з дітьми із селективним мутизмом.

Завдання дослідження:

1. Визначити сучасні клініко-патогенетичні аспекти проблеми селективного мутизму у дітей, в тому числі ознайомитися з критеріями діагностики цього феномену, епідеміологією, характеристикою клінічних варіантів та виявити особливість його етіології і патогенезу.

2. Здійснити психолого-педагогічний аналіз особистості та поведінки дітей старшого дошкільного віку з селективним мутизмом щодо їх психолого-педагогічної характеристики, міжособистісних відносин та комунікативної активності.

3. Виявити сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції індивідуального розвитку дітей із селективним мутизмом та розвитку їх комунікативної активності. Обґрунтувати можливість використання системного підходу, що пропонується нами, до процесу психолого-педагогічного втручання з метою підвищення достовірності постановки діагнозу та підвищення результативності подолання селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку.

Методи дослідження:

— аналіз психолого-педагогічної літератури на тему дослідження з метою узагальнення, систематизації міжнародного практичного досвіду вивчення загального і психологічного розвитку дітей з селективним мутизмом та висунутих гіпотез і теорій;

— виявлення, можливих протиріч між результатами деяких досліджень та/або недостатньо обґрунтованих висновків;

— обробка отриманих фактів за допомогою логічних понять, висновків, аналізу, узагальнення, осягнення їх сутності, внутрішніх зв'язків та подальший їх розвиток;

— аргументування та формулювання пропозицій щодо можливості використання системного підходу до процесу подолання селективного мутизму та підвищення комунікативної активності у дітей старшого дошкільного віку.

Гіпотетичною основою пропонованого нами системного багаторівневого підходу до психолого-педагогічної корекції дітей із селективним мутизмом та розвитку їх комунікативної активності є концепція тісного взаємозв'язку між психологічної особливостію дітей відповідного сенситивного періоду їх онтогенезу та впливами широкого соціального оточення.

Теоретичне і наукове значення роботи полягає в тому, що теоретично обґрунтовано взаємообумовленість психолого-педагогічної корекції дітей старшого дошкільного віку, страждаючих на селективний мутизм, із психолого-педагогічними засадами щодо формування та розвитку їх комунікативної активності.

Практичне значення роботи полягає у пропозиції щодо організації системного підходу до подолання селективного мутизму та розвитку комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку.

Публікації автора за темою дослідження:

1. Поліщук Ю. (2023). Особливості етіології селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку / Ю. Поліщук // *Особлива дитина: навчання і виховання*. Науковий, навчальний, інформаційний журнал. Інститут спеціальної педагогіки ім. М.Я. Драгоманова. Київ: Педагогічна преса. — С. 69-88.

2. Поліщук Ю.В. (2024). Проблеми комунікаційної активності дітей старшого дошкільного віку із селективним мутизмом / Ю.В. Поліщук // *Матеріали XLII Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: Стан, проблеми, тенденції розвитку (Італія, Мілан, 07 березня 2024 року)*. — С. 157-160.

3. Поліщук Ю.В. (2023). Етапи корекційного впливу при подоланні селективного мутизму / Ю.В. Поліщук, С.В. Шевченко // *Матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції «Педагогіка для збереження і розвитку психічного і фізичного здоров'я та культурного зростання особистості впродовж життя», (Запоріжжя, 1-2 грудня 2023 р.)*. — С. 122-126.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ СЕЛЕКТИВНОГО МУТИЗМУ У ДІТЕЙ

1.1. Селективний мутизм: визначення та класифікація

Мутизм (лат. *mutus* — німий, безголосий) у психології і неврології — затяжний стан людини, який виникає під впливом надсильних психогенних подразників, характеризується повною або частковою відсутністю мовленнєвого спілкування з оточуючими при збереженні мовленнєвого апарата. Мутизм є симптом психомоторного розладу при якому людина, не відповідає на запитання й навіть знаками не дає зрозуміти, що згодна вступати в контакт з іншими людьми. При цьому потенційна здатність розмовляти і розуміти мовлення зберігається [2].

Виділяються такі варіанти мутизму [3]:

— *психогенний мутизм* (виникає у дитячому віці, як результат гострої реакції на психічну травму чи певну соціальну ситуацію, які викликають страх і тривогу);

— *кататонічний мутизм* (виникає при кататонічному синдромі, обумовлений невмотивованою протидією спонуканню спілкуватися);

— *істеричний мутизм* (зазвичай викликаний несвідомим і пригніченим бажанням хворого звернути увагу оточуючих людей при втраті здатності говорити);

— *акінетичний мутизм* (виникає при органічних ураженнях головного мозку: при ранах лобових відділів, гемангіомах мезенцефалоної локалізації, тромбозі базилярної артерії, пухлини шлуночка).

У публікації A. Kolakowski et al. [4] наведено наступна класифікація мутизма:

— *істеричний* (частіше проявляється у дорослих);

— *елективний* (зазвичай зустрічається у дитячому віці, коли діти не розмовляють тільки в певних обставинах і/або з певними людьми);

— *мутизм Гейнца* (зустрічається у надмірно сприйнятливих дітей, а також як реакція на зміну обстановки;

— *невротичний* (проявляється як вираз невротичного страху);

— *гострий* (проявляється як гостра реакція на стрес, але без ознак істерії);

— *ідеогенний* (зустрічається при страху людини, що вона має захворювання органів промови).

Мутизм може бути *тотальним* і *парціальним* [4]. При *тотальному мутизмі* (стійкому розладу), який зустрічається як у дітей, так і у дорослих, має місце повне мовчання в будь-якій соціальних обставинах та в присутності будь-яких осіб. Цей вид мутизму відзначається при кататонічному синдромі (складному нейропсихіатричному стані, основним клінічним проявом якого є рухові розлади, аномальна поведінка та замкнутість), у рамках шизофренії, при синдромі раннього дитячого аутизму, глибокої депресії, нарколепсії (захворюванні нервової системи, що супроводжується порушенням активності, денними приступами непереробного сну й нападами раптового засинання), реактивних станах, істерії, а також при неврологічних захворюваннях, пов'язаних з органічним ураженням базальних гангліїв, лобових часток або лімбічній системи мозку.

У той час як *парціальний мутизм* (ситуаційний розлад) характеризується постійною неспроможністю людини до вербального (в деяких випадках і невербального) спілкування в окремих соціальних обставинах чи з окремими особами при збереженій здатності говорити та розуміти мовлення [5].

Хоча перше повідомлення про парціальний вид мутизму у дитини здійснив ще у 1871 році німецький невролог А. Kussmaul [6], назвавши його «*aphasia voluntaria*» (добровільна афазія), тобто добровільна мовленнєва дисфункція, тем не менш безпосередньо вивчення цього розладу здоров'я у дітей почалося лише з двадцятих років минулого століття, бо до цього цей вид порушення мовлення в якості самостійного практично не розглядався.

У 1934 році швейцарський дитячий психіатр М. Tramer [7] вперше досить кваліфіковано описав випадки цього самостійного виду мутизму у дітей, які цілком нормально розмовляли удома, але не говорили у шкільному закладі. Цей вид мутизму він трактував як затриманий, архаїчний оборонний рефлекс і дав йому назву *«елективний мутизм»*. При цьому сприятливими чинниками до його виникнення він вважав спадкову обтяженість дітей психічними захворюваннями та своєрідність характеристичних рис їхніх батьків, таких як: полохливість, лякливість, вразливість, замкнутість, несамостійність та сором'язливість, соціальна фобія.

Огляд науковій літературі свідчить, що для цього виду парціального мутизму використовуються наступні терміни: *«психогенний мутизм»*, *«мовна фобія»*, *«характерологічний мутизм»*, *«добровільний мутизм»*, *«вибірковий мутизм»*, *«ситуаційно-обумовлений мутизм»*, *«елективний мутизм»*, *«селективний мутизм»*. Але з часом найбільше розповсюдження набули саме терміни *«елективний»* та *«селективний мутизм»*.

У *«Діагностичному та статистичному керівництві з психічних розладів»* (DSM-IV-TR) Американської психологічної асоціації щодо феномену постійної нездатності дитини говорити у певних соціальних ситуаціях, при збереженні мовленнєвого спілкування в інших ситуаціях, було рекомендовано використовувати для нього саме термін *«селективний мутизм»* [8]. При цьому термін *«селективний»* підкреслює обрані ситуації, що характеризуються саме нездатністю говорити, а не навмисною відмовою від промови, як малося на увазі в попередніх термінах такого виду мутизму. До того ж вказано, що цей відносно рідкісний недолік може бути вперше діагностовано у немовлят, в дитинстві чи підлітковому віку та роз'яснено, як цей розлад відрізнити від інших, подібних недоліків.

Селективний мутизм, як один із видів порушень мовлення, за сучасними поглядами належить до групи прикордонних розладів (тобто займає деяке проміжне становище між нормою і патологією). При цьому замість спілкування стандартними вербальними виразами у цих вибірково

німих ситуаціях, діти з таким розладом можуть спілкуватися за допомогою жестів, кивком чи похитуванням головою, потягуванням чи штовханням, а в деяких випадках короткими односкладовими чи монотонними висловлюваннями, або зміненням голосом.

У відповідності до *«Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям»* (МКХ-10, ICD-10) [9], розробленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я, захворюння на селективний мутизм відноситься до класу V — *«Психічні і поведінкові розлади»*, блоку F 9 0- 99 — *«Емоційні і поведінкові розлади з початком типовим в дитячому і підлітковому віці»*, рубриці F 94 — *«Розлади соціального функціонування з початком типовим в дитячому і підлітковому віці»*.

Цей документ, як і DSM- V [10], трактує селективний мутизм (вибірков а німота), як тривожний, емо-ційний психічний розлад, який характеризується постійною неспроможністю вербального (в деяких випадках і невербального) спілкування в окремих соціальних обставинах чи з окремими особами при збереженій здатності говорити та розуміти мовлення.

Доречно зазначити, що у вищезгаданій класифікації хвороб МКХ-10 (ICD-10) терміни *«елективний мутизм»* та *«селективний мутизм»* розглядаються як синоніми, у той час як у *«Діагностичному та статистичному керівництві з психічних розладів»* (DSM-V), яке є однієї з провідних міжнародних класифікаційних систем, вказано на їхню суттєву відмінність. Зокрема, якщо елективний мутизм у МКХ-10 (ICD-10) трактується як тривожний розлад, що підкоряється зусиллям волі, то селективний мутизм у DSM-V визначається саме, як стійкий тривожний розлад із неконтрольованою вибірковою нездатністю говорити у певних соціальних ситуаціях та/або з певними людьми. Саме тому, що прояв феномену селективного мутизму не підвладний волі дитині, вона, як правило, не може пояснити, що саме заважає їй говорити в деяких ситуаціях.

До того ж, DSM-V на відміну від МКХ-10 (ICD-10) до переліку основних критеріїв селективного мутизму включає також негативний вплив цього недоліка на успішність освітній або професійній діяльності особи.

Тем не менш МКХ-10 (1999 р.), МКХ-11 (2019 р.) [11] й DSM-V (2013) вказують на те, що селективний мутизм є самостійною нозологічною одиницею і не відноситься до будь-якого іншого неврозу, в якості факультативного синдрому.

У дітей із селективним мутизмом є багато схожих характеристик, при цьому деякі з них мають місце у одних страждаючих на мутизм дітей, але відсутні в інших. З приводу цього деякі дослідники висловлювали припущення, що можуть існувати окремі підтипи селективного мутизму, які потребують диференціальної діагностики та індивідуальної стратегії лікування.

Зокрема, J. Kusera-Mudr [12], з урахуванням клінічних характеристик, виділяв наступні види селективного мутизму:

- як результат примітивної захисної реакції дитини, яка має гальмівний тип особистості, часто з інтелектом нижче норми, до якого він виносив більшість випадків цього недоліку;
- як перехідна стадія від повного мутизму до одужання в наслідок істеричної реакції дітей, які не належать до гальмівного типу;
- як психоневротичний симптом, який є окремим випадком істерії страху, тобто супроводжуваним фобічним уникненням мовлення у межах деякої конфліктної ситуації.

У той час, як на думку Т. Hauden [13], слід виділяти такі підтипи селективного мутизму:

- *симбіотичний* селективний мутизм, який характеризується взаємовигідним зв'язком дитини з особою, що її доглядає, але явно маніпулятивними відносинами з деякими іншими;
- *мовленнєвий фобічний* селективний мутизм, який характеризується страхом почути свій голос і використанням ритуальних поведінкових моделей;

— *реактивний* селективний мутизм з відходом у себе та депресією в результаті отриманої травми;

— *пасивно-агресивний* селективний мутизм, що характеризується ворожим використанням мовчання в якості зброї.

Пізніше Y. Lebrun [14] підрозділив синдром селективного мутизму на *психогенний* (функціональний) та *органічний* (виникаючий на ґрунті периферійних та центральних уражень нервової системи).

Щодо особливості етіології селективного мутизму, то відповідно до домінуючих чинників його виникнення деякі сучасні фахівці виділяють такі його види:

— *мутизм надцінної поведінки*, пов'язаний з усвідомленим негативним ставленням до тієї чи іншої значущої особи, або з певної неприємною організацією (дитячий садок, школа, лікарня та ін.);

— *мутизм соціофобічний*, зумовлений страхом виявити свою інтелектуальну неспроможність, наявністю мовленнєвого дефекту, непереносимістю нової обстановки, нового оточення;

— *мутизм істеричний*, в основі якого лежить підсвідоме прагнення маніпулювати оточуючими для того, щоб ухилитися від небажаної діяльності, домогтися виконання власних бажань, забезпечити підвищену увагу до себе;

— *мутизм депресивний*, який характеризується гальмуванням рухових, розумових або мовленнєвих функцій;

— *мутизм зі змішаними механізмами*.

1.2. Критерії діагностики та епідеміологія селективного мутизму

Селективний мутизм, як було описано вище, було визначено як розлад дитячого віку, що характеризується постійною нездатністю говорити з деякими людьми, у певних соціальних ситуаціях, незважаючи на те, що дитина вільно говорить в інших випадках. Але, якщо в діагностичному та статистичному керівництві МКХ-9 (ICD-9) [15] цей вид мутизму під назвою

«селективний мутизм» був виділений в окрему рубрику (входив до розділу «Специфічні для дитячого віку порушення поведінки та емоцій», підрозділу «Сензитивність, боязкість та соціальна аутизація», то в останньому виданні керівництва DSM-IV-TR було запроваджено новий термін «селективний мутизм».

Це захворювання було включено до розділу «Розлади немовлячого, дитячого чи підліткового віку», підрозділу «Інші розлади немовлячого, дитячого, чи підліткового віку». При цьому було вказано, що діагноз «селективний мутизм» ставиться у разі, якщо дитина, яка володіє навичками мовлення і може розуміти інших людей, відмовляється розмовляти у певних соціальних ситуаціях протягом щонайменше місяця.

Пізніше у МКХ-10 (ICD-10) селективний мутизм був включений у блок «Емоційні та поведінкові розлади, що починаються у дитячому та підлітковому віці», розділу «Розлади соціального функціонування з початком у дитячому та підлітковому віці», діагностичний код якого F 94.0. При цьому для діагностики цього розладу стан повинен відповідати наступним критеріям:

- експресивна та рецептивна мова знаходиться в межах норми (у межах двох стандартних відхилень щодо нормативного для цього віку рівня за відповідними тестовими даними);
- постійна об'єктивована нездатність говорити в певних соціальних ситуаціях, коли від дитини очікується мовлення (наприклад, у школі), у той час як в інших ситуаціях мовлення можливе;
- розлад триває більше чотирьох тижнів;
- загальні розлади розвитку відсутні;
- розлад не викликаний незнанням дитиною мови, якою мовлення очікується.

Останнім часом думка фахівців змінилася, зокрема ідея тривожності дитини була висвітлена як найкраща модель відображаючи її поведінку при захворюванні на селективний мутизм. Саме такий підхід лежить в основі змін, відображених у діагностичному та статистичному керівництві DSM-V, де

селективний мутизм видалено з групи розладів соціальних функцій соціальних функцій, які вперше діагностовано у дитинстві й підлітковому віці та розміщено у групі тривожних розладів.

Тому такий діагноз може бути поставлений лише за наявності наступних діагностичних критеріїв:

- перший із них є нездатність дитини говорити у деяких конкретних соціальних ситуаціях, при збереженні нормотипового мовлення в інших звичайних для неї ситуаціях;

- другий відноситься до ефекту, до якого призводить цей недуг, а саме порушення освітніх досягнень та соціального спілкування;

- третій стосується тривалості цього феномену (не менше 1 місяця), виключаючи перший місяць навчання в школі, або з початку відвідання дитячого садка, що дозволяє проводити різницю між дітьми, які відчують минулу форму мутизму (наприклад, між дітьми, які вперше надійшли в дитячий садок або дошкільнят) і тих, хто страждає на хронічну форму селективного мутизма;

- четверте, вказує, що такий хронічний розлад мовлення істотно заважає освіті, професійним досягненням та соціальному спілкуванню.

Ще три діагностичних критерія вказують, що визнати наявність у дитини саме селективного мутизма можна лише:

- за відсутності когнітивного дефіциту, проблем, пов'язаних із мовою, що використовується у відповідній соціальній ситуації;

- за відсутності розладів спілкування;

- якщо цей розлад мовлення суттєво заважає освіті, професійним досягненням та соціальному спілкуванню.

До того ж у даній редакції цього керівництва зазначено, що визнавати наявність у дитини саме селективного мутизма можна лише в контексті проблеми аутистичного спектру, якщо відсутності шизофренія або інші психотичні розлади.

Проте, на думку R. Wilkins [16] та S. Hesselman [17], при встановленні дитині діагнозу селективний мутизм слід додержуватися наступних критеріїв:

- не підвладна волі дитини відсутність мовлення в певних соціальних ситуація, або в присутності деяких людей на протязі не менше шести місяців;
- коефіцієнт інтелекту (IQ) за Д. Векслером не нижче 70 балів;
- відсутні психотичні симптоми.

Тем не менш, щодо рівня інтелекту деякі автори досліджень дотримуються іншої точки зору. Наприклад, I. Schenk-Danziger [18] описав шістдесят чотири випадки селективного мутизму у дітей, половина з яких були з легкою або з прикордонною мірою інтелектуальної недостатності, а коефіцієнт інтелекту майже у третини з них був на нижньому кордоні норми.

S. Kupietz and I. Schwartz [19] повідомили про когнітивний дефіцит у двох із трьох дітей з селективним мутизмом, а H. Kristensen [20] вказує, що у деяких дітей із селективним мутизмом виявлятися затримка розвитку (які можуть іноді ховати її своїм мовчанням), тоді як у дослідженні R. Goodman [21] повідомляється про переважно нормальні здібності таких дітей, хоча все ж у більшості з них IQ не досягав 100. У цьому дослідженні середній коефіцієнт інтелекту дітей із селективним мутизмом сягав 85, а розкид IQ становив від 100 до менш як 70.

На думку H. Leonard and D. Topol [22] та N. Tancer [23] діти з цим розладом мають нормальні мовленнєві навички, хоча в деяких в анамнезі спостерігаються труднощі з артикуляцією або затримка мовленнєвого розвитку.

Таким чином, щодо критеріїв діагностики селективного мутизму за параметрами розвитку інтелекту досі не існує єдиної думки. До того ж низка клініцистів все ще розглядають селективний мутизм як симптом соціального тривожного розладу, а не як окремий діагностичний синдром.

Тому, на нашу думку, для подальшого вивчення цього питання необхідно використовувати методи багатовимірної статистики (факторний та кластерний аналізи), які сприяють виявленню розмірності та категорії

розладів. При цьому факторний аналіз дозволить класифікувати ознаки індивідумів, а кластерний аналіз — самих індивідумів.

Епідеміологія селективного мутизму. Оскільки селективний мутизм є відносно рідкісним захворюванням (за даними J. Brown and H. Lloyd [24]; S. Spasaro, J. Platt and C. Schaefer [25]; J. Carlson, T. Kratochwill and H. Johnston [26]), його розповсюдженість серед пацієнтів направлених до психіатрів менш 1%, тому він не включений у великомасштабні епідеміологічні дослідження, пов'язані з проблемами психічного здоров'я (Mental Health Foundation).

Автори дослідження T. Fundudis, I. Kolvin and R.F. Garside [27] зазначили, що такий вид мутизму зустрічається у менш одного відсотка дитячої популяції.

Згідно ж з оцінками Kumpulainen et al. [28], кількість дітей страждають на це захворювання складає від 0,2% до 0,7% популяції, але за даними T. Hayden [13], ці дані дещо занижені через сімей, що живуть у соціальній ізоляції, в яких батьки не вважають виборчу німу поведінку дитини проблемою, яка потребує втручання.

Захворіння дитини на селективний мутизм часто ігнорується батьками до тих пір, поки вони вперше не звернуться до лікаря після начала відвідування дитини дитячого садка або початкової школи. Тому пізніше було зроблено припущення про те, що селективний мутизм навіть може бути трохи поширенішим, ніж аутизм [29].

У більш ранніх дослідженнях повідомлялося, що поширеність селективного мутизму у загальній популяції становитиме 0,2-0,7% [30, 31], тоді як в інших дослідженнях повідомлялося, що цей показник варіюється від 0,03 до 2%, залежно від умов збору даних (клініка, школа, дитячий садок, населення загалом) та індивідуального віку суб'єктів із селективним мутизмом [32-34].

J. Brown and H. Lloyd [24] обстежили майже усі початкові школи Бірмінгема, щоб оцінити кількість дітей, які не розмовляли у школі. Після

восьми тижнів навчання вони виявили, що 0,07% дітей взагалі не розмовляли; проте через дванадцять місяців ця цифра змінилася, впала до 0,06%. Незважаючи на те, що це дослідження було ускладнене етнічними факторами та використало досить широке визначення виборчого мутизму, воно надало додаткові докази того, що стійкий виборчий мутизм зустрічається рідко.

У наступних дослідженнях було зазначено, що розкид поширеності селективного мутизму серед дітей у популяції складає від 0,02%-0,05% [21] до 1,9% [31]) і навіть 2,2% в родинх мігрантів, за даними [35].

Згідно з об'єднаними тематичними дослідженнями в Західній Європі, США та Ізраїлі, поширеність селективного мутизму коливається від 0,47% до 0,76% населення [36]. За даними [23, 37], найвищий рівень прояву його прояву спостерігається в дитячих садках і перших класах школи, коли дітям приблизно 5-7 років.

Проведені епідеміологічні дослідження, огляди та опитування дозволи припустити, що поширеність селективного мутизму зберігається за межами перших двох років навчання в школі й коливається від 0,06% до 0,08% від популяції [23, 27].

З метою встановлення впливу соціально-культурних аспектів життя на виникнення у дітей селективного мутизму в Канаді S. Bradley and L. Sloman [38], здійснили порівняні дослідження сімей іммігрантів та місцевих жителів, в результаті яких було встановлено, що кількість дітей страждаючих на селективний мутизм у родинх іммігрантів майже в 7,7 разів більше ніж у родинх місцевих жителів. На думку цих дослідників, така диспропорція пов'язана саме з культурним стресом, обумовленим реакцією іммігрантів на життя в новому соціальному оточенні, бо у переважній частині страждаючих на мутизм дітей було виявлено нормальний інтелектуальний розвиток і відсутність тяжких психічних недугів. Але межі між нормою і патологією варіюють в залежності від культури відповідного суспільства, тому порівняння різної поведінки дітей в різних суспільствах є проблемним, бо поріг толерантності к ситуативній німоті також знаходиться у залежності від

відповідної культури, що, на наш погляд, призводить до підвищення погрішності статистичних даних.

За даними Н. Steinhausen and C. Juzi [2], Н. Kristensen [20] та В. Black and N. Uhde [39], селективний мутизм зазвичай вражає більше дівчат, ніж хлопчиків (співвідношення дівчинки/хлопчики 1,5-2,6:1).

Але, дослідники епідеміології селективного мутизму не приводять даних про репрезентативність вибірки, що на наш погляд, не дозволяє встановити наскільки можливо узагальнювати результати їх досліджень на всю генеральну сукупність прояви цього феномену. До того ж автори таких досліджень не повідомляють наскільки чітко вони додержуються критеріїв тих чи інших класифікаторів хвороб щодо встановлення відповідного діагнозу. Наприклад, додержуються чи вони при встановленні діагнозу селективного мутизму усіх діагностичних критеріїв прийнятих у DSM-V. У тому числі й такого, на наш погляд, досить важливого критерія, що вибіркова німота у дитини має бути принаймні протягом одного місяця, при цьому це не стосується першого місяця початку відвідування старшої групи садка, або занять у початковій школі, оскільки багато дітей в цій термін замикаються і стають мовчазними, стикаючись з новою незнайомою для них ситуацією. Відсутність даних про облік цього критерію під час встановлення діагнозу не дозволяє провести різницю між дітьми, які відчувають минулу форму мутизму (наприклад, діти, які вперше надійшли в дитячий садок або в початкову школу) і тих, хто страждає на стійку форму селективного мутизму (діти, у яких хронічний селективний мутизм впливає на успішність навчання у школі та на ступень активності соціальних відносин).

Слід також зазначити, що численні симптоми порушення розвитку, які іноді спостерігаються у дітей раннього віку, значною мірою ускладнюють постановку діагнозу селективного мутизму. Так як у таких випадках необхідно виключити загальні порушення психологічного розвитку, шизофренію та інші психотичні розлади, а також специфічні розлади розвитку мовлення і комунікацій, які досить часто супутні прояву тривожного стану у дітей. До

того все ще недостатньо детально вивчені механізми мовлення також ускладнюють постановку діагнозу.

Все це, безумовно, підвищує ймовірність постановки помилкового діагнозу, що вносить суттєвий внесок щодо зростання похибки встановлення статистичних показників прояви селективного мутизму. Тому, на нашу думку, встановлення діагнозу на селективний мутизм повинно базуватися на старанному клінічному обстеженні із врахуванням сукупності критеріїв деякого єдиного міжнародно визнаного класифікатора захворюнь.

1.3. Особливості етіології та патогенезу селективного мутизму

По мірі вивчення селективного мутизму, з метою пояснення його етіології було розроблено ряд теорій, такі як:

- *психодинамічна теорія;*
- *поведінкова теорія;*
- *теорія асоціації із соціальною фобією та соціальною тривогою;*
- *теорія сімейних систем, диссоціативного розладу ідентичності та реакції на травму.*

Психодинамічна теорія базується на концепції невирішеного конфлікту. Відповідно до цієї теорії в контексті селективного мутизму передбачається, що дитина має таємну фіксацію гніву стосовно батьків або регресуючи на невербальну стадію свого розвитку [40]. Таким чином, дитячий селективний мутизм розглядається як механізм подолання гніву і тривоги і є поведінкою, спрямованою на покарання батьків [41]. Враховуючи незначну кількість емпіричних даних, що підтверджують цю модель, це пояснення нині втрачає актуальність, хоча все ще інколи використовується в практиці психіатрів.

Поведінкова теорія. Поведінкова теорія пропонує інше пояснення виборчого мутизму, яке ґрунтується на негативному підкріпленні, що виникає в процесі навчання дитини [22]. У даному випадку нездатність говорити інтерпретується як набута стратегія маніпулювання довкіллям у відповідь різні соціальні тригери. При цьому теорія стверджує, що селективний мутизм

є лише адаптивна реакція дитини, а не патологія [41]. Діти з виборчим мутизмом здаються застиглими та неактивними через поведінкову загальмованість. Тому у нових соціальних ситуаціях симпатична нервова система перебирає гальмуючий контроль над поведінкою та здатністю говорити. У цій теорії селективний мутизм розглядається як несвідома, заснована на мовленні форма гальмування поведінки або як захисний механізм. Ця концепція розглядає селективний мутизм як симптом тривоги, а не як свідоме маніпулятивна поведінка [42].

Теорія соціофобії та соціальної тривоги. Дослідники B. Black and T. Uhde [43] пояснювали селективний мутизм деяким варіантом соціофобії, що характеризується надмірною соціальною тривогою. Автори прийшли к такому висновку на базі дослідження родин із соціофобією, у яких виявився високий рівень прояви селективного мутизму. Вони виявили, що дорослим в родинях з соціофобією були властиві уникнення публічних виступів та поведінки, що відповідає виборчому мутизму у дитинстві. Відповідно до цієї теорії, наполеглива відмова говорити є симптомом тривоги. Таким чином, вони припустили, що селективний мутизм може віднести до спектру дитячого мовлення, загальмованості та соціальних тривожних розладів.

Проте дослідження S. Melfsen, S. Walitza, and A. Warnke [44] ставлять під сумнів уявлення, що селективний мутизм у дітей виникає під впливом саме тривоги та соціофобії. Ці автори вивчали ступінь соціальної тривоги при різних психічних розладах, використовуючи німецьку версію опитувальника соціальних фобій та тривожності у дітей (SPAI-C). Результати дослідження не підтвердили класифікацію селективного мутизму, як прояву високої соціальної тривожності, оскільки вибірково німі діти набрали нижчі бали за SPAIK порівняно з контрольною групою дітей, які мали тільки соціофобію.

Доречно визначити, що вік виникнення селективного мутизма (як правило, від трьох до шести років) не збігається з віком виникнення у осіб, які страждають соціофобією (зазвичай, від одинадцяти до тринадцяти років). Оскільки соціофобія вимагає цілком визначеною міри когнітивного розвитку,

тому, на нашу думку, ранній початок селективного мутизму у дітей несумісний з розвитком, необхідним для того, щоб вважати цій феномен соціальною фобією. Цей погляд на селективний мутизм збігається із результатами досліджень [44], які встановили, що вік початку цього розладу узгоджується з віком прояву саме застійності, більш слабкої підкатегорії соціофобії, яка проявляється у дітей в середньому в чотири роки. До того ж, деяка незначна кількість дітей з селективним мутизмом переростає цій феномен спонтанно, в той час як соціофобія сама по собі не зникає без корекційного впливу відповідних фахівців [45].

Дослідження, проведені Yaganeh et al. [46] встановили лише помірний рівень соціальної тривожності у дітей із селективним мутизмом, що узгоджується з попереднім дослідженням [44].

Отже можна констатувати, що саме крайній соціальний дистрес не може повністю пояснити причину виникнення селективного мутизму. Більш того, автори Yaganeh et al. [46], досліджуючи можливу опозиційну поведінку дітей із селективним мутизмом (яка була відображена в більш ранніх повідомленнях в якості свідомої відмови говорити з непокори, упертості або в спробі маніпулювати іншими людьми), встановили, що опозиційна поведінка таких дітей, як правило, відзначалася лише фахівцями, але практично не помічалася батьками. Цю невідповідність вони пояснили упередженістю батьків та неправильною інтерпретацією поведінки дітей відповідними фахівцями. У той же час автори відмітили, що лікарі, як правило, виявляють більш високий рівень мовленнєвих порушень та тривожності.

На наш погляд, оскільки у більшості дітей з виборчим мутизмом опозиційні характеристики не спостерігаються, увага, яку приділяють опозиційній моделі поведінки, може бути необґрунтованою.

Теорія сімейних систем. Ця теорія заснована на спостереженні, що багато дітей відчувають «невротичні» стосунки з батьками (найчастіше з матір'ю). Як правило, поряд із пов'язаною з цією залежністю та амбівалентністю батьки часто демонструють надмірну потребу контролювати

свою дитину [41]. В результаті у дітей розвиваються нездорові сильні прихильності, які характеризуються крайньою взаємозалежністю з батьками та страхом й недовірою до зовнішнього світу, страхом перед незнайомцями та труднощі з асиміляцією, і, як наслідок, утримання від мовлення [44].

Витоки цієї теорії лежать у поведінковій загальмованості, яка сприяє розвитку схильності дитини замикатися в собі, перешкоджати іграм та виникненню німоти в ситуаціях із незнайомими людьми. Саме систематичні прояви поведінкової загальмованості можуть перерости у селективний мутизм.

Безумовно, стиль виховання та характер відносин між батьками та дітьми відіграють важну роль у багатьох тривожних чи загальмованих формах дитячої поведінки, включаючи феномен селективного мутизму. Адже аномальні стосунки між батьками та дітьми можуть створювати у дітей неправильне уявлення про те, що їм для виживання вкрай необхідна постійна присутність батьків. Тому, знаходження дитини поза домівкою при відсутності батьків може викликати фобію, яка може виявлятися як селективний мутизм.

Дисоціативна теорія ідентичності. Ця теорія пояснює виникнення селективного мутизму в контексті дисоціативного розладу ідентичності дитини. Зокрема, ґрунтуючись на дослідженні п'ятнадцятирічного хлопчика з селективним мутизмом Т. Jacobsen [47] припустив, що перетворення в кілька осіб заважало хлопчику розмовляти з іншими людьми через страх стати видимим і розкрити інформацію про злочини, свідком яких він був, перетворюючись на різні особи. Цей випадок незвичайний тим, що у людини протягом багатьох років виявлявся селективний мутизм, який проявився за межами прийнятого типового віку початку дитячого захворювання до п'яти років [48].

Теорія посттравматичного стресу. Посттравматичний стресовий розлад з дисоціативними ознаками також вважається потенційним попередником селективного мутизму [45, 48]. Хоча це рідкісне пояснення

цього феномену, проте кілька випадків дітей, які зазнали жорстокого поводження та отримання травм, відповідають класифікації селективного мутизму.

У більшості дітей з посттравматичним стресовим розладом симптоми включають нав'язливі думки, травмуючі ігри, сновидіння, пов'язані з травмою та спогадами [49]. Діти з посттравматичним стресовим розладом можуть також відчувати симптоми уникнення такі, як уникнення думок або почуттів, пов'язаних з травмою, що призводить до виборчої амнезії, зниження інтересу до діяльності та втрата деяких раніше набутих навичок розвитку, а також навичок спілкування [44]. Саме припинення спілкування із зовнішнім світом може бути внутрішнім механізмом дитини, яке дозволяє впоратися з травмуючою подією. У цих випадках дитина, мимоволі дисоціює в результаті самооборони та виявляє симптоми посттравматичного стресового розладу з дисоціативними особливостями, такими як: оніміння, деперсоналізація, відмова від мовлення та прояви обмеженого афекту, які зазвичай характеризують дітей із селективним мутизмом. Найчастіше зв'язок між селективним мутизмом та посттравматичним стресовим розладом у дитини може носити описовий характер, не пов'язаний з реальною травмою.

Теорія психопатології розвитку. Ця теорія базується на інтегрованій гіпотезі виборчого мутизму, яка впливає з концепції психопатології розвитку. Вона підкреслює, що безліч контекстуальних змінних, взаємодія із потенційними тривожними схильностями у дітей, сприяють виникненню у них селективного мутизму [35]. Теорія зазначає, що діти з ранніми мовленнєвими дефектами, які раніше не підозрювали про такі порушення, прийшовши до школи, стикаються з глузуванням з боку інших дітей із нормотиповим для свого віку мовленням. Таке глузування з боку інших дітей породжують у дітей з мовленнєвими дефектами модель уникнення від спілкування і, як наслідок, у деяких з них виникає селективний мутизм. Ця теорія також включає несприятливі стилі сімейної взаємодії, стверджуючи, що діти, які виявляють уникнення сім'ї в якості механізму подолання труднощів, можуть посилити

свою схильність до мовчання в інших соціальних стосунках. Теорія психопатології розвитку, приділяючи особливу увагу розгляду контекстуальних змінних, які взаємодіють зі схильностями, трактує селективний мутизм як поведінку, що спрямована на уникання спілкування.

Віще наведений широкий спектр психологічних теорій, спрямованих на пояснення етіології селективного мутизму, все ж засновані на невеликій кількості досліджень. Тому, на наш погляд, враховуючи складність та відносно рідку поширеність цього розладу, а також різноманітність точок зору на його етіологію, необхідно в подальшому дослідженні цього феномену використовувати системний міждисциплінарний підхід.

Патогенез селективного мутизму. Літературні дані свідчать про існування різних уявлень про механізми розвитку, перебігу та результату цього захворювання. Зокрема, деякі дослідники вважають, що в психогенезі елективного мутизму провідна роль належить механізму умовної бажаності мовчання, який захищає дитину від специфічної психотравмуючої ситуації, пов'язаної з мовленнєвим спілкуванням. Така реакція пасивного протесту, в основі якої лежать афективно заряджені надцінні переживання, пов'язані з емоційною депривацією, невдоволенням зміни відносини з боку оточуючих, почуттям ревності, частіше виникає у боязких, невпевнених у собі, інфантильних, і навіть соматично ослаблених дітей.

У дітей з тривожно-недовірливими, астенічними та шизоїдними особистісними рисами може виникати так званий логофобічний мутизм, який при тривалому перебігу захворювання в свою чергу посилює їх особистісні риси характеру та сприяє патологічному формуванню особистості [2].

Виходячи з біогенетичної теорії етапності індивідуального розвитку людини, було висловлено припущення у тому, що патогенетичну основу психічних проявів у дітей становить послідовне зміна рівнів патологічного нервово-психічного реагування на ті чи інші негативні впливи [50]. При цьому на більш ранньому соматовегетативному рівні розвитку дитини (від

народження до трьох років) характерні різні реакції невропатичного синдрому, які визначаються вродженими механізмами типів і моделей поведінки щодо нервово-психічного реагування дітей раннього віку.

На наступному психомоторному рівні реагування (від чотирьох до десяти років) можуть проявлятися гіпердинамічний синдром та системні невротичні і неврозоподібні рухові розлади (мутизм, заїкування, тики та ін.).

У віці трьох-чотирьох років, на стику вищезгаданих рівнів нервово-психічного реагування, у дітей нерідко виникає селективний мутизм. Ймовірно, саме в цьому віці інстинктивні механізми патогенезу, поєднуючись з найбільшою крихкістю мовленнєвої системи, яка в цей час активно формується, визначають вибір органу у функціональному розладі.

Зрушений до більш старшого віку (шість-сім років) афективний рівень нервово-психічного реагування, яких нашаровується на попередній рівень розвитку, характеризується синдромами психопатологічно диференційованих страхів, підвищеної афективної збудливості та ін. Саме у цьому віці синдроми набувають психопатологічної форми. Це також пов'язано з початком розвитку у дитини самосвідомості та елементарної здатності до самооцінки суб'єктивних переживань, що характерно для фобічного варіанту селективного мутизму.

У препубертатному та в пубертатному періодах проявляється емоційно-ідеаторний рівень реагування, основна риса якого - виникнення надцінних утворень. На цьому рівні виникають надцінні механізми збереження селективного мутизму, пов'язані з острахом зміни мовленнєвого іміджу та порушення системи відносин, що раніше вже склалися.

Таким чином можна припустити, що виникнення селективного мутизму припадає на психомоторний та афективний рівні нервово-психічного реагування, однак у психогенезі та патогенезі його становлення та динаміки беруть участь усі вікові рівні. Прояви дизонтогенезу психічного розвитку пов'язані з дією факторів біологічного та соціально-психологічного характеру. Чим менше дитина, тим більшу роль у психічних порушеннях відіграють

біологічні фактори (генетичні, інфекційні, імунологічні, токсичні, метаболічні та ін.), які викликають порівняно вузький діапазон форм психічної патології (інтелектуальну недостатність, затримку психічного розвитку, резидуально-органічні розлади та ін.). До біологічних причин виникнення селективного мутизму належать: інфекції, травми, інтоксикації, генетичні аномалії, токсикоз матері під час вагітності та інші фактори, що беруть участь у становленні індивідуальної конституції дитини.

Але з віком збільшується роль соціально-психологічних факторів, які сприяють зростанню захворюваності на реактивні стани, неврози, психогенні патологічні формування особистості, психосоматичні розлади. До соціально-психологічних причин дизонтогенезу відносяться: неправильне виховання, психотравмуючі ситуації, гострі та підгострі психічні травми, емоційна депривація та ін. Хоча слід визнати, що біологічні та соціально-психологічні фактори тісно пов'язані між собою. Зокрема, селективний мутизм обмежує комунікативні можливості дитини, може спотворювати психічний розвиток дитини, ускладнюючи її соціальну адаптацію.

Доречно відзначити, що селективний мутизм у дітей нерідко пов'язаний з низкою коморбідних розладів (психічних розладів чи порушень мовного/мовленнєвого розвитку), які значно ускладнюють клінічну картину цього феномену [2]. Коморбідні психіатричні стани, пов'язані із селективним мутизмом, включають депресію, панічні і дисоціативні розлади, obsесивно-компульсивну поведінку та синдром Аспергера — легку форму аутизму, яка перешкоджає комунікативної діяльності та соціальній адаптації [41].

Висновки до першого розділу. Селективний мутизм у дітей старшого дошкільного віку є тривожним психічним розладом, який характеризується неспроможністю вербального, а в деяких випадках і невербального спілкування з окремими особами чи в окремих соціальних обставинах при збереженій здатності говорити та розуміти мовлення. Цей феномен обумовлений комплексом взаємодіючих чинників, таких як: генетична

спадковість, особливості характеру і неврологічного розвитку та навколишнім соціально-психологічним кліматом. Він є відносно рідкісним розладом дитячого віку, але опубліковані статистичні дані щодо його розповсюдження недостатньо обґрунтовані. Етіологія селективного мутизму багатофакторна й все ще не достатньо вивчена, а його діагностика потребує єдиного стандарту з більш чітко визначеними критеріями. Селективний мутизм нерідко пов'язаний з низкою коморбідних розладів, які значно ускладнюють його клінічну картину.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ТА ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ІЗ СЕЛЕКТИВНИМ МУТИЗМОМ

2.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із селективним мутизмом

Сучасні тенденції обстеження дітей характеризуються вивільненням цього процесу з-під жорсткої регламентації та домінування медичних фахівців, тому що все ширше визнання набувають спільні медичні та психолого-педагогічні обстеження, що дозволяє найбільш адекватно оцінити рівень розвитку та стан нервово-психічної сфери дитини.

Порушення нормотипового розвитку дитини залежно від віку поділяють на вроджені та набуті. При цьому у дослідженнях порушень саме психофізичного розвитку дитини можна виділити три основні підходи:

- *біологічний*, пов'язаний з особливостями функціонування тіла;
- *психодинамічний*, пов'язаний з розладом у життєвому досвіді, вихованні, стосунках у сім'ї, дитячому садку, школі та в деяких соціальних ситуаціях;
- *комплексний*, який ґрунтується на всебічному вивченні та аналізі широкого кола даних про відхилення у розвитку.

Дослідження порушень розвитку, як правило, здійснюють у чотирьох наступних аспектах:

- *клінічний*, спрямований на вивчення етіології, патогенезу та симптоматики на базі різноманітних лабораторних і інструментальних методах, з метою виявлення стійких відхилень у морфології та фізіології органів, систем та організму в цілому;
- *психологічний*, пов'язаний з вивченням стану та розвитку психічних процесів з метою виявлення особливостей відхилення у розвитку та тих

збережених шляхів, за допомогою яких все ж можна їх компенсувати у адекватних для конкретної дитини умовах, видах та форм навчання;

— *педагогічний*, спрямований на дослідження рівня навченості та вихованості дитини з метою вивчення пізнавальних здібностей, рис особистості, зон найближчого розвитку, а також визначення оптимальних умов для корекції недоліків пізнавальної діяльності та розробки способів педагогічного впливу з урахуванням причин виникнення труднощів в цьому процесі;

— *соціологічний*, який розглядає місто дитини в родині та в суспільстві в цілому та її поведінку у різних життєвих ситуаціях.

За даними [51] психологічне дослідження може проводитися з позицій різних концепцій:

— *інтелектуалістичної*, яка всі плюси та мінуси у розвитку оцінює лише з позиції рівня інтелекту;

— *афективної*, яка стверджує, що саме емоційно-вольова сфера надає вирішальний вплив на стан та розвиток усіх психічних процесів людини;

— *психометричної*, яка базується на вимірі психіки шляхом визначення інтелектуального коефіцієнта (IQ);

— *статистичного розуміння характеру дефекту*, відповідно до якої порушений розвиток майже не піддається корекції, тому що для кожної категорії аномалій встановлюються свої «стелі»;

— *динамічної*, яка відбиває картину якісної своєрідності патології розвитку, що підпорядковується загальним головним закономірностям становлення людини. Відповідно до цієї концепції порушення при інтелектуальній недостатності носить дифузний характер. Це виявляється у тому, що патологічний розвиток охоплює всі сторони психіки, проте не однаковою мірою. На відміну від концепції статичного розуміння характеру дефекту дана концепція відображає оптимістичний погляд на проблему корекції та компенсації.

Літературні данні [41, 52], свідчать, що діти зі селективним мутизмом відмовлялися від мовленнєвого спілкування у досить різноманітних випадках (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Основні ситуації відмовлення від промови
дітей із селективним мутизмом

Ситуації відмовлення від промови в освітньому закладі	— лише з усіма дорослими; — лише з обраними дорослими; — лише з усіма дітьми; — лише з обраними дітьми — з усіма дітьми і дорослими; — лише з обраними дітьми і дорослими.
Ситуації відмовлення від промови в домашніх умовах	— лише з батьком; — лише з матір'ю; — лише з дідусем; — лише з бабусею; — з дідусем і бабусею; — з деякими братами і/або сестрами; — з усіма братами і/або сестрами; — з усіма домочадцями, окрім обраної матері або батька.
Ситуації відмовлення від промови в інших умовах неформального спілкування	— лише з незнайомими дорослими; — лише з незнайомими дітьми; — лише з незнайомими дорослими і дітьми; — лише у нових соціальних ситуаціях.

Слід зазначити, що дослідники дітей страждаючих на селективний мутизм часто виявляли у них вибірковість у мовленнєвому контакті не в одній, а в двох, або навіть в трьох вище наведених ситуаціях (табл. 2.1). Щодо відмови таких дітей від мовленнєвого спілкування з іншими дітьми, то це, як правило, спостерігалось в тих випадках, коли у перших були значні відмінності від інших дітей, такі як: заїкання, погане вимовляння звуків, надмірна вага, ослаблений зір, носіння окулярів, інтелектуальне недорозвинення або схильність до аутистичної поведінки. При цьому діти із селективним мутизмом або самі уникали спілкування, або ж перебували у положенні відкинутих. Тем не менш, у більшості спостережень такі діти уникали мовленнєвого спілкування з дорослими у освітньому закладі та

неформальних (нових) ситуаціях, маючи збережений або частково збережений контакт з дитячим колективом. Серед супутніх емоційно-поведінкових відхилень у дітей із селективним мутизмом виявлено ті чи інші одиничні або декілька наступних відхилень [40]:

- наявність страхів (темряви, собак, висоти, залишитися без матері);
- різні невротичні та неврозоподібні прояви (енурез, гризіння нігтів, нав'язливе облизування губ, нудота);
- здатність засипати тільки з батьками;
- ревності до братів/сестер або до матері;
- агресія до близьких, неадекватність поведінки, яка пов'язана з інтелектуальним недорозвиненням.

В дослідженні S. Корр [31] були виявлені характерологічні особливості сорока дітей п'яти-семи років, страждаючих селективним мутизмом (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Характерологічні особливості дітей із селективним мутизмом [31]

Найменування характерологічної особливості	% від чисельності обслідуваних
Підвищена чутливість до невдач	51,2
Відсутність дружніх уподобань	38,5
Уразливість	35,9
Невпевненість у собі	35,9
Занижена самооцінка	33,3
Плаксивість	30,8
Впертість	28,2
Тривожність	23,1
Сензитивність	23,1
Загальмованість	20,5
Замкнутість	20,5
Підвищена сором'язливість	17,9
Неврівноваженість	15,4
Агресивність	15,4
Скритність	12,8
Педантичність	5,1

В деяких дослідженнях були виявлені також наступні характерологічні особливості дітей, страждаючих на селективний мутизм: непосидючість, доброзичливість, чуйність, неорганізованість, примхливість, приховане лідерство, акуратність, завищена самооцінка [40, 41, 52].

Таким чином, до найбільш поширених психолого-педагогічних характеристик дітей, які страждають на селективний мутизм можна віднести такі:

— *темпераментна загальмованість* (боязкість, особлива обережність у нових і незнайомих ситуаціях, стриманість, які зазвичай виявляються з дитинства; а також тривожність, що викликається уявною потенційною розлукою з батьками в дитячі роки);

— *соціальна тривожність* (виникає у спілкуванні із незнайомими людьми, а також коли таку дитину дратують чи критикують, або коли вона перебуває у центрі уваги). До того ж, деякі з них бояться зробити помилку при виконанні завдання у виховно-освітніх закладах, або відмовляються приймати їжу у присутності інших людей;

— *наявність супутніх тривожних станів* (тривога розлуки, obsесивно-компульсивний розлад, генералізований тривожний розлад, специфічні фобії, панічний розлад, накопичення, висмикування волосся, колупання шкіри);

— *дисфункція сенсорної інтеграції*. Труднощі/затримки сенсорної обробки дитиною можуть бути причиною «закритості» та мутизму. У багатолюдних середовищах, де дитина відчуває очікування множини стимулів (зокрема сенсорну модуляцію), виникає тривога і включається сенсорний захист, що призводить до її загальмованості.

— *затримки розвитку*. У частини дітей із селективним мутизмом спостерігаються затримки розвитку та розлади аутистичного спектру (первазивний розлад розвитку, синдром Аспергера або аутизм). Такі затримки включають моторний, комунікативний та/або соціальний розвиток;

— *поведінка*. Діти з селективним мутизмом часто негнучкі та вперті, примхливі, владні, наполегливі та домінуючі у домашніх умовах. Нерідко вони можуть демонструвати різкі перепади настрою, напади плачу, відхід у себе,

уникнення від спілкування, заперечення та прокрастинацію, а також чинити опір змінам.

— *зовнішній вигляд*. У багатьох дітей з селективним мутизмом, як правило, застигло, порожнє, невиразне обличчя і жорстка, незручна мова тіла з відсутністю зорового контакту при тривозі. Це особливо актуально для дітей на початку навчального року або коли до них раптово наближається незнайома людина. При цьому вони можуть від страху стояти зовсім нерухомо і не підтримувати діалог, мабуть в неї має місце параліч голосових зв'язок;

— *наявність проблеми зі створенням дружніх відносин з однолітками*. Хоча, як правило, діти з селективним мутизмом хочуть дружніх відносин із однолітками (що відрізняє їх від дітей із розладами аутистичного спектра) і мають відповідні соціальні навички, але деякі з них потребують допомоги щодо розвитку цих навичок;

— *наявність проблеми спілкування*. Деякі з селективним мутизмом можуть відчувати труднощі з невербальною реакцією на оточуючих (не можуть вказати/кинути у відповідь на запитання вчителя або висловити подяку, промовляючи слова). Для багатьох вітання/прощання є надзвичайно складним. Деякі діти можуть відчувати труднощі з невербальною ініціацією (відчувають труднощі або зовсім не можуть ініціювати гру з однолітками або підходити до вчителя, щоб вказати на свою потребу або бажання).

— *проблеми соціальної взаємодії*. Зіткнувшись з незнайомцем або малознайомою людиною, дитина може відсторонитися, уникати зорового контакту і замкнутися, що не тільки позбавляє дитину дару мовлення, а й заважає їй спілкуватися. Багато з них в присутності батьків добре відчувають себе в соціальному середовищі, але при цьому взагалі уникають від будь-якої взаємодії з іншими людьми.

Експериментальні дослідження психолого-педагогічних характеристик дітей п'яти-семи років із селективним мутизмом здійснювалося нами у Громадській організації «Центр розвитку, корекції, психіатричної,

психологічної та педагогічної допомоги для дітей та дорослих "Територія розвитку"» у м. Дніпро. Серед дітей, що відвідували цій центр нами було виявлені чотири дитини, які, незважаючи на нормальний розвиток мовлення, відмовлялися говорити у деяких соціальних ситуаціях. У відповідності до вимог Діагностичного та статистичного керівництва з психічних розладів (DSM-V), щодо встановлення діагнозу селективний мутизм, ці діти були віднесені саме до цієї категорії.

Проведені нами психологічні дослідження цих дітей (пов'язані з вивченням стану та розвитку психічних процесів з метою виявлення особливостей відхилення у розвитку) та педагогічні дослідження (спрямованні на вивчення рівня навченості та вихованості дитини з метою вивчення пізнавальних здібностей, рис особистості, зон найближчого розвитку), а також соціологічні дослідження (щодо виявлення місця дитини в родині та в суспільстві в цілому та її поведінку у різних життєвих ситуаціях) дозволили виявити їх деякі особливі психолого-педагогічні характеристики. Зокрема, психологічні дослідження проводилися у відповідності до вимог [53].

Дівчинка Катя, п'ять років. Дівчинка є єдиною дитиною у сім'ї, не має проблем зі слухом, у неї не виявлені пошкодження мозку, мовлення відповідає нормотиповому.

Ситуації відмовлення від промови: у дитячому садку — лише з усіма дорослими; у домашніх умовах — лише з дідусем; в інших умовах неформального спілкування — з незнайомими дорослими і дітьми. У спілкуванні з незнайомими дорослими уникає прямого зорового контакту, але інколи уважно дивиться на дорослого, коли він цього не бачить.

Має наявність страху залишитися без матері та неврозоподібні прояви у вигляді гризіння нігтів; інколи проявляє агресію до близьких, демонструє впертість, відсутність дружніх уподобань.

Хлопчик Ігнат, шість років. Хлопчик є наймолодшою дитиною у багатодітній родині, не відвідував дитячий садок, має порушення розвитку мовлення (складну дислалію).

Ситуації відмовлення від промови: у освітньому закладі — з усіма дорослими та однокласниками; у домашніх умовах — лише з найстаршим братом, який його дразнив через проблеми з вимовлянням; в інших умовах неформального спілкування — з усіма незнайомими дорослими і дітьми. У спілкуванні з незнайомими дорослими у нього виникає маскоподібне обличчя, напружене чоло.

Має наявність страхів (темряви, собак, самотності, висоти, залишитися без матері) та неврозоподібні прояви (нав'язливе облизування губ), а також ревності до матері, уразливість, невпевненість в собі; проявляє відсутність дружніх уподобань, та підвищену сором'язливість.

Дівчинка Олена, сім років. Дівчинка виховується у повній родині, має старшу сестру.

Ситуації відмовлення від промови: у дитячому садку — з усіма незнайомими дорослими (крім виховательці), у освітньому закладі — з усіма дорослими та деякими однокласниками, інколи відшкодовує мовчання мімікою та жестами.

На заняттях на питання відповідає письмово, кивком голові або виразною мімікою. У домашніх умовах її мовлення характеризується деякою затримкою, але загалом майже відповідає нормотиповому. В інших умовах неформального спілкування вона проявляє німотність з усіма незнайомими дорослими і дітьми. У спілкуванні з незнайомими дорослими дивиться униз або відвертає голову при зверненні до неї. Дитина має наявність страхів перед невідомим, проявляє коливання настрою, сором'язливість, уразливість, невпевненість в собі; впертість й примхливість та несформованість пізнавальних потреб.

Дівчинка Марія, сім років. Дівчинка виховується у повній родині, має молодшого брата.

Ситуації відмовлення від промови виявилася з перших днів відвідування школи, хоча у дитячому садку володіла досить нормотиповим мовленням у відповідності до свого віку.

У школі дівчинка уникає зорового контакту і дуже рідко використовує міміку з усіма дорослими та більшістю однокласників. У домашніх умовах дуже говірка, до того ж, її мовлення насичене прикметниками, відрізняється особовою виразністю й емоційністю. В інших умовах неформального спілкування вона не вступає у контакт, проявляє повну німотність як з дорослими, так із незнайомими дітьми, не здатна навіть засміятися або висловити свої фізіологічні потреби.

Дівчинці притаманні наступні характерологічні особливості: прояв розгубленості у незнайомих ситуаціях, страх привернути до себе увагу, підвищена чутливість до невдач, уразливість, невпевненість у собі, занижена самооцінка, педантичність у виконанні завдань, любов до читання, чуткість та доброзичливість.

2.2. Дослідження міжособистісних відносин та особливостей поведінки дітей із селективним мутизмом

Для встановлення причин, що спричинили виникнення у дітей селективного мутизму, а також з метою визначення шляхів корекційного впливу рядом дослідників були проаналізовані анамнестичні дані про ранній розвиток і особливості міжособистісних відносин у сім'ях таких дітей та їх поведінки у різних соціальних ситуаціях.

Безумовно, саме сім'я, будучи деякою малою соціальною групою, члени якої об'єднані загальною соціальною діяльністю перебувають у безпосередньому особистому спілкуванні, є основою для виникнення та розвитку у дитини емоційних міжособистісних відносин та норм поведінки у

суспільстві. Виникаюча у немовляти прихильність до батьків, а також до близьких дорослих на другому або третьому році життя дитини, становить основу її майбутніх відносин з іншими людьми.

Як правило, в результаті досить тривалого і стійкого, емоційного контакту в системі відносин дитини, що формуються й розвиваються, першою виникає прихильність саме до матері. Така прихильність, крім усього іншого, сприяє зниженню у дитини почуття тривоги, що неодмінно виникає у нових ситуаціях. Однак одностороння прихильність (тільки до матері або тільки до батька) у дитини старше трьох років нерідко призводить до проблем у відносинах відповідно з іншим батьком. При цьому чим більше дитина уникає одного з батьків, тим більше вона прив'язується до іншого, що в ряді випадків призводить до її невпевненості в собі. Така одностороння прихильність у деяких дітей із селективним мутизмом часто призводить у більш старшому віці до труднощів у спілкуванні з іншими людьми, навіть зі своїми однолітками [54].

Вплив сім'ї на дитину обумовлено відносинами: *«мати — дитина»*, *«батько — дитина»*, *«мати — батько»*. Ці відносини об'єднані у систему *«дитина — батьки»*. Саме повноцінність кожної складової окремо і всієї системи цих елементів виступає запорукою гармонійного загального розвитку дитини в тому числі її міжособистісних відносин.

При вступі дитини до виховно-освітніх закладів її міжособистісні відношення типу *«дитина — батьки»* збагачуються новими елементами відношень: *«дитина — вихователь або вчитель»*, *«дитина — інші діти»*, *«дитина — інші дорослі»*, що в значній мірі призводить до ускладнення міжособистісних відношень дитина у новій більш складній системі всіх її елементів.

З метою вивчення особливостей міжособистісних відносин дітей із селективним мутизмом у ряді досліджень [43, 55, 56] застосовувалася візуально-вербальна методика Рене Жиля [57], яка дозволяє отримати

інформацію про стосунки таких дітей з оточуючими людьми у різних соціальних ситуаціях.

У зв'язку з тим, що в кожному з вищезазначених досліджень було залучено невелика кількість дітей, страждаючих на селективний мутизм (мала репрезентативна вибірка), то нами були розраховані середньозважені показники міжособистісних відношень за результатами цих трьох робіт. При цьому максимальному вибору кожного з видів міжособистісних відносин було присвоєно 100 балів, а ступінь виразності кожного з них був охарактеризовано трьома рівнями: низький (0-30 балів), помірний (31-60 балів), високий (61-100 балів).

Нижче в табл. 2.3. і 2.4 відповідно наведено показники виразності досліджених міжособистісних відносин та деяких характеристик особистості дітей, страждаючих селективним мутизмом (на підставі середньозважених даних трьох незалежних досліджень [43, 55, 56]).

Як видно з табл. 2.3. всім обстеженим дітям (всього тридцять шість осіб) як дошкільного, так і молодшого шкільного віку характерний суттєво більш вищий загальний рівень внутрішньо-сімейних міжособистісних зв'язків в порівнянні з рівнем зв'язків поза межами сім'ї.

Таблиця 2.3

Ступені виразності міжособистісних зв'язків

Види міжособистісних відношень	Рівень виразності	
	дошкільнята	молодші школярі
Становлення до матері	високий	помірний
Становлення до батька	низький	помірний
Становлення до подружжя батьків	низький	помірний
Становлення до братів та сестер	помірний	помірний
Становлення до дідуся та бабусі	низький	низький
Становлення до друга чи подруги	низький	низький
Становлення до дорослої людини	низький	низький

Таблиця 2.4

Ступені виразності деяких характеристик особистості

Характеристики особистості	Ступень виразності	
	дошкільнята	молодші школярі
Допитливість	низький	помірний
Домінантність	низький	помірний
Комунікабельність	низький	помірний
Закритість	низький	низький
Соціальна адекватність поведінки	низький	низький

При цьому у дошкільнят відзначалася сильніша прихильність до матері (майже 72 бали), ніж у дітей молодшого шкільного віку (48 балів). Цей факт може бути обумовлений тим, що матері багатьох дітей дошкільного віку виявляли декілька зайву опіку, обмежуючи цим спілкування дитини з іншими членами сім'ї й навколишнім світом. У той же час для дошкільнят характерний значно нижчий рівень відносин з батьком (24 бали), але все ж таки вищий для молодших школярів (35 балів). Мабуть, у таких сім'ях батьки не брали достатньо активної участі у вихованні дітей і, можливо, у житті сім'ї загалом.

До того ж, для дошкільнят характерні дуже низькі рівні визнання батьків в якості батьківського подружжя (23 бали), проте дещо вищий рівень (31 бал) для дітей молодшого шкільного віку. Що, на наш погляд, обумовлено внутрішньою роз'єднаністю сім'ї дисгармонією стосунків між чоловіком та дружиною, а також з аномальним симбіотичним зв'язком матері та дитиною, страждаючою селективним мутизмом.

Як правило, у дітей, які мали сиблінгів, був відзначений помірний ступінь прихильності до них (у дошкільнят — 40 балів, у молодших школярів — 38 балів). Деякі діти відчували ревності до братів або сестер. Всі діти виявляли низький рівень прихильності до бабусі та дідуся (дошкільнята — 21 бал, молодші школярі — 29 балів), але автори досліджень не уточнили, чи проживали останні в сім'ї дитини, чи проживали окремо.

Дослідники встановили низький рівень міжособистісних відношень із дорослими у дітей обох вікових груп (у дошкільнят — 17 балів, у молодших школярів — 28 балів).

Наведені в табл. 2.4 данні свідчать, що обмеженість сфери міжособистісних відносин дітей, страждаючих на селективний мутизм, поєднується з низькою поведінковою активністю останніх. Зокрема, усі діти виявили низький рівень допитливості: дошкільнята — 22 бали, молодші школярі — 31 бал (що для цієї вікової категорії є найнижчим балом помірного рівня). При цьому домінантність (прагнення займати певне місце у групі) також для обох вікових груп знаходилося на низькому рівні (дошкільнята — лише 28 балів, молодші школярі — 31 бал). У той же час показник комунікабельності у школярів був вищим, ніж у дошкільнят (відповідно — 40 балів і 20 балів). При цьому у всіх піддослідних відзначався низький ступінь відгородженості та закритості (дошкільнята — 29 балів, молодші школярі — 21 бал). Але у всіх піддослідних було відзначено досить низький ступінь відгородженості (дошкільнята — 27 балів, молодші школярі — 22 бали).

Щодо ступені соціальної адекватності двох досліджуваних вікових груп було встановлено, що у дітей молодшого шкільного віку вона досягала майже 50 балів, а дітей дошкільного віку лише 35 балів. До того ж дослідники виявили у дітей в різних проблемних ситуаціях такі реакції: агресивність, плаксивість, невміння, або відмова знаходити вихід з ситуації продуктивним шляхом.

На наш погляд, данні цих досліджень можуть бути використані щодо планування психолого-педагогічної корекції дітей з селективним мутизмом на індивідуальному, сімейному та груповому рівні.

Як зазначалося, діти, які страждають на селективний мутизм, зазвичай, відмовляються користуватися промовою в емоційно значущих та психотравмуючих ситуаціях, маючи у тій чи іншій мірі близький до норми мовленнєвий розвиток. При цьому мовчання нерідко компенсується іншими засобами комунікації — жестикуляцією, мімікою, поглядом та ін. Але деякі з них у цих ситуаціях в присутності матері можуть з нею розмовляти пошепки та односкладно відповідати на запитання сторонніх дорослих тихим, несміливим голосом. У той же час, в домашніх умовах мовленнєва активність

дітей з селективним мутизмом істотно вище, хоча все ж і в цьому випадку у деяких з них більш доступною для вільного спілкування є сполучено-відбита і запитально-відповідна форми мовлення.

Проте труднощі у використанні мовлення, як у психотравмуючих ситуаціях, так і в домашніх умовах, найчастіше зустрічаються у дітей із супутніми недоліками — заїканням, відставанням в інтелектуальному розвитку, а також зі схильністю до аутичної поведінки [2, 41].

В дослідженнях В. Oerbeck et al. [58] було виявлено такі особливості невербальної поведінки дітей дошкільного і молодшого шкільного віку із селективним мутизмом в ситуаціях, що травмують їх психіку:

- відсутність прямого зорового контакту разом із уважним поглядом на людину тоді, коли він цього не бачить;
- погляд униз, убік, відвертання голови при прямому зверненні;
- застигаючі пози (рука простягнута до рукостискання, підняті плечі; випрямлена спина, руки розведені убік);
- щільно стислі губи або стиснення щелеп;
- бідність міміки (маскоподібне обличчя, напружене чоло).

На наш погляд, отримані результати показують недостатність розвитку, обумовлених онтогенезом, невербальних засобів спілкування у дітей із селективним мутизмом.

В дослідженнях J. Giddan and L. Milling [40], V. Krysanski [41] та Н. Kristensen [52] було виявлено, що в домашніх умовах деякі діти з селективним мутизмом маніпулюють батьками, виявляють агресію стосовно молодших братів і сестер, нехтують домашніми обов'язками, виявляють рухливість, активність, вимогливість, виявляють надчутливість до поганих відгуків про них.

При вивченні спілкування дітей із селективним мутизмом у виховно-освітніх закладах були встановлені явно виражені явища вибіркової спілкування таких дітей. Зокрема, більшість дошкільнят надавали перевагу спілкуванню лише з дітьми, ігноруючи спілкування із дорослими. Серед дітей

молодшого шкільного віку найбільша частина дітей спілкувалася лише з дітьми, які їм сподобаються; деякі віддавали перевагу вибіркового спілкуванню з дорослими, а лише одиниці спілкувалися з дітьми та дорослими.

Таким чином, аналіз вищевикладеного дозволяє зробити висновок про те, що форми мовленнєвого спілкування у дітей з селективним мутизмом у різних соціальних ситуаціях значно відрізняються. Зокрема, в емоційно значущих та/або психотравмуючих ситуаціях ці діти (особливо дошкільнята), відмовляються від мовленнєвого спілкування або спілкуються вибірково лише з батьками. Деякі діти молодшого шкільного віку все ж здатні спілкуватися в таких умовах, але в присутності батьків (при постійній стимуляції, допомоги, підтримці, підбадьорюванні). У той же час складні форми мовленнєвого спілкування у цих ситуаціях (такі як: переказ і спонтанна мовлення) викликають труднощі в усіх дітей.

Хоча в домашніх умовах мовленнєва активність дітей, як правило, істотно вище, проте і в цьому випадку спостерігаються певні особливості. Більш доступною для вільного спілкування виявляються сполучено-відбита і запитально-відповідна форми мовлення. Розмови на вільні теми вдома також відбивають залежність від сполучено-відбитої форми спілкування.

В результаті проведених нами експериментальних досліджень міжособистісних відносин та особливостей поведінки вищезгаданих дітей із селективним мутизмом за візуально-вербальною методикою Рене Жиліа [57] було встановлені ступені виразності їх міжособистісних зв'язків, які були охарактеризовано трьома рівнями: низький (0-30 балів), помірний (31-60 балів), високий (61-100 балів).

Дівчинка Катя, п'ять років. Ступень становлення до матері високий (76 балів), до батька — низький (28 балів), до подружжя батьків — низький (30 балів), до бабусі — низький (24 бали), до дідуса — низький (14 балів). Ступень становлення до незнайомого дорослого — низький (17 балів).

Хлопчик Ігнат, шість років. Ступень становлення до матері високий (87 балів), до батька — високий (65 балів), до подружжя батьків — високий (62 бали), до бабусі — низький (22 бали), до дідуся — низький (20 балів), до самого старшого брата — низький (10 балів), до інших братів та сестер — низький (20 балів). Ступень становлення до незнайомого дорослого — низький (12 балів).

Дівчинка Олена, сім років. Ступень становлення до матері високий (79 балів), до батька — високий (70 балів), до подружжя батьків — високий (67 балів), до бабусі — помірний (57 балів), до дідуся — помірний (52 бали), до старшої сестри — високий (65 балів). Ступень становлення до подружки — низький (24 бали). Ступень становлення до незнайомого дорослого — низький (14 балів).

Дівчинка Марія, сім років. Дівчинка Марія, сім років. Ступень становлення до матері високий (76 балів), до батька — високий (68 балів), до подружжя батьків — високий (65 балів), до бабусі — помірний (55 балів), до дідуся — помірний (50 балів), до молодшого брата — високий (65 балів). Ступень становлення до подружки — низький (29 балів). Ступень становлення до незнайомого дорослого — низький (15 балів).

2.3. Комунікативна активність та її значення щодо процесу психолого-педагогічної корекції селективного мутизму

Комунікація — це взаємодія індивідів у суспільних та соціальних процесах різних рівнів та масштабів, вона визначає формування особистості кожної людини та культури будь-якого суспільства, оскільки особистість розвивається тільки в соціумі, а культура формується і передається у вигляді комунікації. Смисловий та соціально-змістовний аспект міжособистісної взаємодії індивідів здійснюється головним чином шляхом комунікаційної діяльності, тобто послідовності актів цілеспрямованого створення й передачі

інформації, а також прийому, реконструкції та трансформації її сенсу, та пов'язаних з цим мислення та розуміння. Основними засобами цього виду діяльності є кодування, передавання, переробки і розшифрування інформації, яка може транслюватися за допомогою органів чуття, мови й інших знакових систем, а також писемності, технічних засобів запису та зберігання інформації.

Основними комунікативними формами є:

- монолог, у якому переважають комунікативні дії особистості як організатора слухання інших учасників спілкування;
- діалог, у якому взаємодіють взаємно активні суб'єкти;
- полілог, у якому здійснюється багатостороннє спілкування, своєрідна боротьба за оволодіння комунікативною ініціативою.

Комунікації здійснюються в процесі різних видів людської діяльності, як за допомогою спеціалізованої мовної форми, так і з використанням певних знакових систем і деяких інших форм. Зокрема, вербальна комунікація реалізовується через систему суспільного мовлення, тобто складну систему вимови фонетичних звуків, за мовними правилами лексики та фонетики. У той час як невербальна комунікація використовує три знакові системи: оптико-кінетичну (зоровий контакт, жести, хитання головою, вказівки пальцем, пантоміміка), паралінгвістичну систему вокалізації (якість голосу, діапазон, тональність) та екстралінгвістичну систему (яка використовує просодичні компоненти мовлення — паузу, темп, ритм тощо; а також здійснює організацію простору і часу комунікативного процесу та управляє візуальним контактом: частотою обміну поглядами, її тривалістю, зміною статичності і динаміки погляду та його униканням).

Комунікація найбільш важливіший вид соціальної активності, завдяки якому дитина одержує необхідну для її індивідуального розвитку інформацію. Комунікація є ефективним засобом набуття знань і навичок, формування й розвитку здібностей, самосвідомості та особистісних якостей дитини. Саме комунікація виконує виключно важливу сполучну функцію в низці соціальних процесів. “У процесі комунікації реалізується комунікативне завдання, що

вимагає розуміння співрозмовника, а також здатності відреагувати на його запити за контекстом — вербально або невербально. Стрижневим у цьому є комунікативний намір мовця, його сформованість» [59 с. 59].

Доречно зазначити, що необхідно розмежувати поняття *«комунікативна активність»* та *«спілкування»*. Якщо спілкування — це процес (духовний, матеріальний, соціально-реальний), який розглядається в між суб'єктній площині, то комунікативна активність людини розглядається як невід'ємна характеристика саме суб'єкта спілкування, що виявляється в ініціативних комунікативних актах. У процес спілкування виділяють три аспекти:

- суспільно-перцептивний, який спрямовує на усвідомлення та сприйняття іншу людину;
- діалоговий, що забезпечує міжособистісну взаємодію;
- комунікативну, яка здійснює передачу інформації у вигляді комунікації з використанням мовних правил та мовленнєвих засобів вираження бажань, ідей та взаємин.

Потреба у спілкуванні виникає на основі:

- базисних запитів життєдіяльності дитини (життєва практика сприяє дитині відзначити необхідність у присутності дорослих щодо задоволення власних потреб);
- поведінки та позиції дорослого по відношенню до дитини, які викликають у дитини задоволення від відчуття власної важливості та значущості для інших;
- ставлення до дитини як до особистості (найбільш важлива умова для становлення комунікативної діяльності та її активності).

У дитини до семи років змінюються чотири форми спілкування з дорослими: ситуативно-особистісна, ситуативно-ділова, позаситуативно-пізнавальна та позаситуативно-особистісна. Ситуативно-особистісна форма стимулює становлення перцептивних дій різних систем, аналізаторів та реакцій хапання. Ситуативно-ділове спілкування призводить до переходу від окремих дій до предметної діяльності та становлення мовлення.

Позаситуативно-пізнавальне спілкування допомагає дошкільникам набагато більше збільшити межі світу, доступного для вміння, відстежити зв'язок явищ, виявити певні причинно-наслідкові зв'язки та інші взаємини між об'єктами. Позаситуативно-особистісна модель спілкування вводить дитину у світ суспільних відносин і дає можливість зайняти в ньому адекватне місцезнаходження. Дитина пізнає сенс взаємовідносин між людьми, засвоює моральні норми та цінності, правила громадської взаємодії.

Досить значну роль у дошкільному вихованні має сімейне спілкування, в результаті якого закладаються тези, пізнання та навички комунікацій, які надалі дитина продовжує формувати та удосконалювати. У процесі мовленнєвого розвитку зростає ймовірність комунікативної взаємодії з оточуючими, і вона починає взаємодіяти не лише щодо сприйняття предметів і явищ, а й предметів уявних, мислимих, відсутніх у певній обстановці спілкування.

Під впливом та з ініціативи старших у дитини відбувається перехід від однієї форми спілкування до іншої, створюється новий супровід потреби у спілкуванні. У той же час у спілкуванні з однолітком дитина має перспективу ставати рівним партнером. Якщо його точка зору дитини не схожа з думкою партнера, вона її ретельно обмірковує, й намагається змінити або опротестувати. В такому разі одноліток стає для дитини об'єктом порівняння з собою, що дозволяє їй дати оцінку себе, побачити втіленими свого уявлення в іншому.

Комунікативна активність дитини визначається мірою її взаємодії з оточуючими людьми за власною ініціативою [60]. Залежно від інтенсивності взаємодії дитини з оточуючими людьми рівень комунікативної активності може бути високим, середнім чи низьким. До антиподу комунікативної активності відносять пасивність дитини, яка проявляється відсутністю інтересу до спілкування та байдужим ставлення до оточуючих.

Серед чинників, що впливають на рівень комунікативної активності дитини повз стану психічного та загального розвитку досить важливою є її

комунікативна компетентність, тобто здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з оточуючими людьми, наявність певної сукупності знань, умінь та навичок необхідних для забезпечення ефективного спілкування за рахунок уміння змінювати глибину й коло спілкування, розуміти і бути зрозумілим для партнера, а також здатність адекватно впливати на партнерів у процесі спілкування. Комунікативна компетентність формується в умовах безпосередньої взаємодії, вона є результатом досвіду міжособистісного спілкування, тому сприяє дитині адекватно виконувати норми та правила життя в соціумі.

До теперішнього часу прийнято виокремлювати такі складники комунікативної компетентності дитини:

- орієнтованість у різноманітних ситуаціях спілкування;
- спроможність ефективно взаємодіяти з співрозмовниками;
- адекватна орієнтація в самій собі, власному психологічному потенціалі у різних ситуаціях;
- готовність і вміння налагоджувати контакт з людьми;
- знання, уміння й навички конструктивного спілкування та деякі інші.

Одним із найважливіших інструментів здійснення комунікативної діяльності у відповідному віці дитини є мовлення, яке представляє собою складну багатофункціональну систему і вважається універсальним і найефективнішим засобом комунікації. Свідомість дитини та пізнання навколишньої дійсності формується головним чином в ході мовленнєвого спілкування.

Комунікативна функція мовлення лежить в основі кожного вербального етапу становлення дитини, від її своєчасного виникнення залежить, як стрімко дитина оволодіє вищими ступенями свідомості та довільності поведінки. Функція мовлення соціально опосередкована, вона включає дві основні складові: сприйняття й розуміння мовленнєвих конструкцій, та формування думок за допомогою засобів мови. У здійсненні промови беруть участь мовленнєві зони кори головного мозку, розташовані в домінантній півкулі

(відповідно у правів — у лівому, у шульг — у правому). Для формування цієї системи необхідний своєчасний нормотиповий розвиток відповідних мозкових структур дитини, а також їх певна взаємодія як між собою, так із іншими функціональними системами психіки особистості. Чим старшим стає дитина, тим більш значний внесок домінантної півкулі в мовленнєві процеси. При цьому, критичним для формування мови являється віковий період від першого року життя до чотирьох-п'яти років. У цьому сенситивному періоді відбувається утворення міцних зв'язків між мовленнєвими зонами центральної нервової системи. Хоча формування мовленнєвих областей цієї системи з найбільшою інтенсивністю здійснюється в перші роки життя, їх дозрівання триває на всьому протязі дитинства [61].

Розвиток комунікативно-мовленнєвої діяльності дітей прийнято пов'язувати з формуванням когнітивно-комунікативної, орієнтувально-планувальної, організаційно-комунікативної, власне мовленнєвої, та комунікативно-діяльною компетенціями [62].

Когнітивно-комунікативна компетенція характеризується наявністю знань про правила мовленнєвого спілкування у різних життєвих ситуаціях; орієнтувально-планувальна компетенція полягає у сформованості вмінь орієнтуватися у певних ситуації спілкування та у попередньому плануванні мовленнєвої поведінки; організаційно-комунікативна компетенція передбачає володіння вербальними і невербальними прийомами початку мовленнєвого спілкування, вміння підтримки діалогу, його логічного завершення та готовність до виявляти ініціативу у спілкуванні; мовленнєва компетенція характеризується здатністю будувати різні форми монологічних та діалогічних висловлювань за допомогою засобів виразності мовлення; комунікативно-діялісна компетенція полягає у оволодінні здатністю досягати комунікативної мети завдяки знанням і вмінням комплексного використання вербальних і невербальних засобів у процесі взаємодії.

Мовлення дитини формується під впливом мовлення оточуючих і великою мірою залежить від мовної практики, виховання та навчання, що

починаються з перших днів життя. Формування та зміни структур мозку та міжнейрональних зв'язків визначаються не тільки генетично детермінованою програмою нейроонтогенезу, але також знаходяться під впливом індивідуального досвіду та зовнішньої стимуляції. Соціальне оточення стимулює мовленнєвий розвиток та дає зразок мовлення. Дефіцит стимуляції під впливом несприятливих соціальних факторів (недостатнього спілкування та виховання) призводить до затримки розвитку мовлення. Таким чином, з метою формування та розвитку мовлення дітям необхідно спілкування як з дорослими, так і з однолітками, так як будь-яка область спілкування впливає на становлення певних сторін мовлення. Водночас область свідомості дитини формується в ході спілкування та пізнання навколишньої дійсності, внаслідок мовленнєвої діяльності.

Проте провідну роль у розвитку мовленнєвих порушень все ж грають нейробіологічні фактори, в тому числі раннє органічне пошкодження центральної нервової системи у зв'язку з перинатальною патологією, генетичної схильністю, які у ряду випадків можуть поєднуватися. До того ж, мовлення, його розвиток можуть постраждати при різних захворюваннях дитини, які зачіпають спеціалізовані центри у домінантної великої півкулі. Водночас мовлення регулює психічну діяльність дитини та її поведінку.

У процесі розвитку дитини важливо становлення ситуативного і контекстного зв'язаного мовлення. Ситуативне мовлення пов'язане з певною атмосферою і не відображає цілком зміст думки у мовленнєвих формах. Воно стає ясним тільки при врахуванні тієї обстановки, про котру розповідається. При цьому людина, що говорить безпосередньо застосовує жести, міміку, вказівні займенники. У контекстній мові зміст стає зрозумілим із самого контексту. Складність контекстної мови полягає в тому, що тут потрібна побудова висловлювання без контролю певної обстановки, з опорою лише на мовленнєві засоби. Опанування різними сторонами мовлення є головною обставиною становлення у дитини зв'язного мовлення, і в той ж час

становлення зв'язного мовлення допомагає незалежному використанню дитиною окремих слів та синтаксичних конструкцій.

Таким чином у ході нормотипового нервово-психічного розвитку дитина освоює правила рідної мови. При цьому комплекс відповідних структур мозку, що забезпечує функції мови, зазнає необхідних функціональних та структурних змін, а безпосередньо артикуляцію та сприйняття звуків забезпечують фізіологічні функції організму, синхронізуючи та координуючи діяльність визначальної сукупності органів мовленнєвого апарату [63]. Проте, терміни мовленнєвого розвитку навіть дітей із загальним нормотиповим розвитком широко варіюються залежно від багатьох чинників (генетичної схильності, оточення, статі та дія деяких несприятливих факторів у період внутрішньоутробного розвитку, під час пологів, а також у перші роки життя дитини). У свою чергу прояви дитиною того чи іншого рівня комунікативної активності також залежать від її індивідуально-психологічних особливостей та стану її здоров'я, а також від етнічних і соціокультурних факторів, та інших характеристик людського суспільства.

Мовлення є головним засобом комунікації та розвитку дитини. Саме стан її мовленнєвого розвитку є найважливішим чинником установа міжособистісних відносин й впливає на статус дитини серед однолітків. Але важливе значення у комунікаційній діяльності має й невербальна комунікація, яка досить часто супроводжує промову, доповнюючи та посилюючи вербальну інформацію. До теперішнього часу встановлено, що вербальні та невербальні комунікативні засоби подібні за психологічною структурою й тісно взаємопов'язані між собою. Компоненти невербальної комунікації представляють собою систему символів, знаків, які в тій чи іншій мірі відчужені та незалежні від психологічних та соціально-психологічних якостей особистості і мають чітке коло значень. Невербальні засоби спілкування дозволяють людині висловлювати значення та смисли, отримувати інформацію від партнерів спілкування. Дослідники наголошують

на високій значущості невербальних засобів спілкування для репрезентації емоційних станів, що має важливе значення для міжособистісних та особистісних процесів. Ці засоби спілкування включають систему жестів, міміку та пантоміміку, взаємне використання простору між співрозмовниками у зоні контакту, а також тактильну комунікацію (дотик, поплескування тощо). До того ж пози, жести, рухи тіла додають додаткову інформацію до контексту промови, вони доповнюють, уточнюють, інтерпретують вербальний текст, прояснюють його підтекст, підсилюють експресивність і виразність висловлювання.

Таким чином вербальна та невербальна системи знаків взаємопов'язані, тому довербальний етап оволодіння мовленням дітьми від народження до дев'яти-дванадцяти років є надзвичайно важливим для становлення повноцінного кодифікованого мовлення, він є передумовою мовної семантики, базою для формування змісту і значення слів. Водночас поява мовлення не призводить до зменшення ролі невербальних засобів спілкування, які продовжують активно функціонувати паралельно в якості символів вираження емоцій дитини.

Діти, які мають добре розвинуте мовлення й активно супроводжують його невербальними засобами, та володіють позитивними особистісними якостями, як правило, займають високе положення в системі міжособистісних відносин. У той час, як діти з порушенням мовлення найчастіше є ізольованими від групи однолітків, не беруть участь в іграх. Вони або замикаються в собі, або демонструють негативізм, чим ще більше відштовхують від себе своїх однолітків.

Найчастіші у психологічній літературі комунікативна активність описується через окремі якості, вміння, навички. Зокрема, комунікативну активність дитини прийнято визначати:

— прагненням до встановлення міжособистісних контактів, вольовими зусиллями при їх налагодженні, настроєм на встановлення та підтримку контактів, цілеспрямованістю та ініціативою у розумінні співрозмовника;

- якістю комунікативної діяльності, в якій проявляється особистість з її ставленням до цілей, змісту, форми та результатів спілкування і прагненням мобілізувати свої пізнавальні зусилля на вирішення цих чи інших завдань;

- ступеням прояву творчого ставлення дитини до партнерів спілкування;

- рівнем особистісної освіти щодо пізнавального, емоційного та поведінкового відгуку на звернення інших людей.

Мотиваторами дитини у прояві комунікаційної активності є різні її потреби, такі як: потреба у самовираженні, в отриманні та передачі інформації; потреба у знятті тривоги, у домінуванні, в активному впливі на оточуючих; потреба у заступництві або турботі про будь-кого; потреба у співпереживанні та деякі інші. Саме потреба у спілкуванні виступає джерелом комунікативної активності дитини, спрямованої на встановлення та підтримання стабільних стосунків з людьми, тоді як незадоволення певних потреб у спілкуванні може знижувати комунікативну активність, у той же час комунікативна активність є умовою існування спілкування. При цьому активність у спілкуванні є складним психологічним актом, який визначається його пізнавальною, емоційною та поведінковою сферами.

Тому що комунікаційна активність визначається взаємообумовленістю певних рис особистості дитини та її комунікативної діяльності, то в умовах все більшої інтенсифікації соціальних процесів в останні роки значно посилюється інтерес психологів і педагогів до дослідження комунікативної активності дітей із мовленнєвими порушеннями (в тому числі й дітей, страждаючих на селективний мутизм), а також до застосування найбільш ефективних підходів щодо її розвитку. Багаточисельні дослідження підтверджують, що труднощі в міжособистісної комунікації дітей досить часто можуть бути пов'язані з мовленнєвим недорозвиненням та/або недостатнім рівнем інтелектуального розвитку, або із вибірковою німотою (у випадку дітей, страждаючих на селективний мутизм), які перешкоджають процесу реалізації спілкування та спільної діяльності.

Зокрема, незрілість особистісних мотивів і соціальних потреб у дітей з селективним мутизмом стримує комплексне формування передумов щодо міжособистісної комунікаційної активності й розвитку міжособистісних відносин. Водночас їм, як правило, притаманні труднощі у комунікативній діяльності, що зумовлюють низьку ініціативність в міжособистісних стосунках з однолітками, неспроможність бути повноцінним партнером у грі. Такі діти демонструють недостатній рівень сформованості ігрових вмінь, неготовність до співпереживання, що утруднює налагодження стосунків з іншими дітьми. Серед основних труднощів в міжособистісному спілкуванні дітей з порушенням мовлення виділяють такі [60]:

- дитина прагне до однолітків, але її не приймають у гру;
- дитина прагне до однолітків, вони грають із нею, але їхнє спілкування носить формальний характер;
- дитина іде від однолітків, але вони все ж налаштовані до неї доброзичливо;
- дитина іде від однолітків, і вони уникають контакту з нею.

Узагальнення літературних даних щодо комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку із селективним мутизмом свідчить про недостатність їх комунікативного потенціалу, наявність труднощів базового, операційного й рефлексивного рівнів здатності до спілкування. При цьому дослідження комунікативної діяльності та оцінка рівня її активності у таких дітей все ще утруднені у зв'язку з відсутністю комплексних діагностичних методик, адаптованих до специфічних особливостей цих дітей. Проте можливо констатувати, що провідну роль в організації ефективної й продуктивної комунікативної діяльності дітей з селективним мутизмом, безумовно, має належати відповідно вихователю, педагогу, психологу, логопеду та батькам, які повинні враховувати взаємозв'язок індивідуального стилю впливу на дитину з особливістю комунікативно-особистісного розвитку дитини. Зокрема, роль педагога в особистісно-комунікативному розвитку дитини старшого дошкільного віку в основному полягає у:

- підтримці мотивації щодо отримання знань та забезпечення міжособистісного спілкування, як з однолітками так і дорослими;
- створенні у колективі відповідного емоційного клімату, який сприяє продуктивному засвоєнню нових умінь та знань;
- розвитку міжособистісних відносин і гармонійних взаємин між дітьми;
- формуванню самостійності й активності;
- стимулюванню розвитку комунікативних рис особистості (таких як: відкритість, емпатія, комунікабельність, лідерські якості).

Безумовно, педагоги на протязі роботи з такими дітьми потребують систематичні консультації відповідних психологів, щодо актуалізацію їх професійних якостей, розвитку компетентності в питаннях комунікативного розвитку дітей. До того ж, у продовж процесу психолого-педагогічної корекції консультацій психологів потребують і батьки цих дітей, тому що характеру стосунків між батьками і дітьми та стиль сімейного виховання надають суттєвий вплив на комунікативну діяльність і соціальну поведінку дітей.

Щодо розвитку комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку, страждаючих на селективний мутизм, використовують досить різноманітні традиційні методи впливу, які здійснюють або після подолання мутизму, або починають застосовувати на тому чи іншому етапі процесу одужання. Цілком зрозуміло, що подолання мутизму сприяє розвитку комунікативній активності, а заходи щодо розвитку комунікативних компетенцій та спілкування сприяють подоланню недуги, так як спілкування стимулює появу позитивних психічних особистісних новоутворень, сприяє розвитку особистості в цілому та подоланню емоційних і поведінкових розладів соціального функціонування.

З метою розширення особистісних психолого-педагогічних характеристик раніше згаданих дітей, страждаючих на селективний мутизм, та встановлення зв'язку цього феномену із особливістю спілкування цих дітей,

нами було здійснено експериментальне дослідження їх комунікативної компетентності та комунікативної активності. Емпіричне дослідження здійснювалося на базі комплексу методів, таких як: спостереження (з фіксацією даних щодо вільної поведінки дітей в грі, під час вільного спілкування та прогулянки; а також під час занять щодо їхньої реакції на завдання, взаємодії з експериментатором та комунікативними партнерами), експеримент (щодо доповнення та уточнення даних, отриманих у цілеспрямованому спостереженні), бесід, проєктивних малюнкових тестів, опитування, експертного оцінювання. Дослідження особливостей комунікативної діяльності дітей в сімейному колі було здійснено засобами анкетування батьків.

Інформаційно-комунікативна компетентність дітей оцінювалися нами за якістю, вмінням, навичками спілкування, таким як: вміння розгорнуто розповідати, надавати інформацію співбесіднику, поєднувати мовленнєві засоби з невербальними; вміння вступати в розмову, підтримувати і завершувати її; вміння слухати та чути інших людей у спільній діяльності та спілкуванні; доброзичливе ставлення та довіру до них; здатність до підтримки конструктивного діалогу; готовність прийти на допомогу оточуючим; вміння вибрати гідні шляхи для заняття сприятливого статусу в дитячому колективі.

Так як комунікативна активність може бути визначена як міра взаємодії суб'єкта з оточуючими людьми, що виходить з його ініціативи, то комунікативна активність дитини оцінювалася нами за інтенсивністю прагнення особистості до встановлення міжособистісних контактів, її вольових зусиль при їх налагодженні, настрою на встановлення та підтримку контактів, а також рівнем проявлення пізнавального, емоційного та поведінкового відгуку на звернення інших осіб.

Дівчинка Катя, п'ять років. Дівчинка сором'язлива, замкнута, уникає мовленнєве спілкування в дитячому садку з усіма дорослими з перших днів відвідування дитячого садка, а також з усіма дорослими та незнайомими

дітьми в інших умовах неформального спілкування. У той же час вдома з батьками її мовлення цілком відповідає нормотиповому для свого віку.

Протягом півроку від дня першого відвідування відмовлялася відвідувати дитячий садок, не хотіла розлучатися з матір'ю, коли вона приводила її до садка, при цьому часто плакала. До цього часу все ще відвідує садок з великим небажанням, на виховно-освітніх заходах замикається, відмовляється брати в них активну участь і тим більше відповідати на питання, також уникає брати участь в дитячих іграх, намагається триматися осторонь. Неохоче вступає в розмову з дітьми своєї групи і те лише розмовляє з деякими з них, але навіть з останніми частіше задовольняється спілкуванням пошепки та за допомогою жестів і виразної міміки.

Основною комунікативною формою дівчинки як с деякими із дітей своєї групи, так і вдома є монолог, у якому вона не дбає про логіку висловлювання, закінченість фраз і не передбачає безпосереднього відгуку. Проте в домашніх умовах дівчинка іноді підтримує діалог із батьками, в основному коли розповідає про перебування у дитячому садку, проявляючи себе у таких випадках активним суб'єктом комунікативного спілкування. Але навіть у домашніх умовах уникає участь у полілозі (в якому здійснюється багатостороннє спілкування осіб), замикається в собі та не прагне оволодіти комунікативною ініціативою в цьому виді мовленнєвого спілкування. Таким чином дівчина проявляє низький рівень комунікативної активності, відсутність інтересу до мовленнєвого спілкування та байдуже ставлення до оточуючих.

На наш погляд, серед чинників, що впливають на рівень комунікативної активності цієї дитини (повз стану психічного та загального розвитку) є недостатній рівень її комунікативної компетентності. Вона має значні труднощі щодо встановлювання й підтримання необхідних контактів з оточуючими людьми в наслідок відсутності певної сукупності знань, умінь та навичок необхідних для забезпечення ефективного спілкування, розуміти і

бути зрозумілим для партнера, а також для здатності адекватно впливати на партнерів у процесі спілкування.

Хлопчик Ігнат, шість років. У школі з перших днів відвідування хлопчик ні з ким не спілкується, хоча ходить до школи із задоволенням вже на протязі п'яти місяців. У звичній домашній обстановці розмовляє з усіма домочадцями (крім найстаршого брата), незважаючи на проблему правильно вимовляти деякі звуки. Протягом недовго часу з ініціативи хлопчика, з яким сидить у школі за однією партою, почав розмовляти з ним пошепки. Однак незабаром перестав у школі говорити і з ним, тому що однокласники стали його висміювати і передражнювати, імітуючи його неправильну вимову звуків (хоча він виявляє до них доброзичливе ставлення та довіру). Тим не менш, з цим хлопчиком підтримує дружні стосунки, а поза школою в голос відповідає на його запитання, але все ж таки сам ініціативу до діалогу і навіть з ним не виявляє.

На уроках слухає уважно пояснення вчителя. Але як на уроках, так і у позаурочний час на питання вчителя не відповідає, хоча звернену до нього мову розуміє, при цьому хмуриться і опускає погляд. Письмові завдання старанно виконує під час уроків і вдома. Із задоволенням приймає похвалу вчителя за зразкове виконання письмових завдань та виконані ним малюнки. Йому подобається розглядати сторінки підручників та дитячих книг з картинками, він любить малювати переважно тварин, дивлячись на картинки з їх зображенням.

Ігнат в школі намагається не бути в центрі уваги, у таких випадках бентежиться і намагається уникати таких моментів. Він не бере участь в іграх учнів та не приймає активної участі у шкільних заходах. У той же час вдома грає із сиблінгами, часто будучи ініціатором тієї чи іншої гри. Саме у домашніх умовах з власної ініціативи вступає в діалог і навіть полілог, причому часто намагається переконати співрозмовників у правоті своєї точки зору. Проте у відповідності до свого віку він не володіє достатньо розвиненою

промовою, тому в деякій мірі зайво використовує невербальні засоби комунікації. Йому важко підтримувати конструктивного діалогу, тому що він все ж утруднюється надавати інформацію співбесіднику, хоча демонструє вміння слухати та чути інших людей у спілкуванні. Хлопчик не володіє вмінням щодо досягнення сприятливого статусу в шкільному колективі та навіть не намагається лідирувати серед своїх молодших сиблінгів.

Дівчинка Олена, сім років. Дівчинка почала відвідувати дитячий садочок із чотирьох років. В садок ходила із задоволенням, але адаптувалася насилу. Протягом майже трьох місяців ні з ким не розмовляла, проте брала мовчки активну участь у рухливих дитячих іграх. Виявляла себе виключно слухняною, прив'язалася до виховательки і майже через три місяці почала у відповідях на запитання виховательці використовувати з деякої затримкою прості речення, а також повідомляти їй про свої потреби та бажання. Охоче брала участь у групових дитячих танцях та хоровому співі, хоча виконувала лише приспіву ледве чутним голосом.

З перших днів відвідування школи ні з ким не розмовляла, хоча із явним задоволенням йшла до школи. Дуже прив'язалася до вчительки і вже протягом першого місяця занять почала коротко відповідати на її запитання. Через деякий час потоваришувала з двома однокласницями і тільки з ними почала розмовляти. Із задоволенням брала участь в іграх з дітьми свого класу та у хоровому співі, причому пісні виконувала повністю із необхідною гучністю голосу. За ініціативою Олени із своїми подружками стали виконувати пісні втрьох і невдовзі вона стала солісткою хору свого класу, демонструючи здатність до співу.

Проте у школі вона продовжувала розмовляти тільки зі своєю вчителькою та двома своїми подружками, в інших умовах неформального спілкування Олена проявляла німотність з усіма незнайомими дорослими і дітьми. Однак удома вона постійно розповідала батькам та старшій сестрі про

все, що було цікавого у школі, тем не менш демонструвала недостатньо розвинуту потребу у мовленнєвому спілкуванні з людьми поза домом.

В результаті проведених нами експериментальних досліджень було виявлено, що Олена не володіє достатньою для свого віку сформованістю ситуативно-ділової форми спілкування, має недостатній стан сформованості комунікативних умінь (інформаційно-комунікативних, перцептивних, інтерактивних) та засобів (мовленнєвих, емоційних й предметно-дійових).

Дівчинка Марія, сім років. Марія тиха, не помірна сором'язлива дівчинка, до вступу до школи відвідувала дитячий садок з трьох літнього віку. Розвиток її мовлення до відвідування школи в значній мірі відповідав нормотиповому. Однак в неї виникла німота з перших днів навчання в школи, хоча мовлення залишилося на належному рівні в домашніх умовах, а також з подругами з дитячого садка, з якими вона спілкувалася у дворі свого будинку.

В школі Марія проявила комплексну несформованість вмінь щодо формування міжособистісної комунікації й розвитку міжособистісних відносин, організації та реалізації спільної з однокласниками діяльності з використанням мовленнєвих засобів. Вона уникала ігор із однокласниками, хоча з цікавістю спостерігала за ними.

Комунікативні вміння Марії щодо здатності повідомлення інформації мовленнєвими засобами в школі стали виявлятися лише після майже п'яти місяців навчання, хоча все ж залишалися дуже на низькому рівні до кінця навчального року. До того ж, нами було виявлено, що Марія навіть у домашніх умовах, маючи особливу виразність і емоційність мовлення, не володіє здатністю до підтримки конструктивного діалогу, не вміє розгорнуто надавати чітку інформацію співбесіднику та поєднувати мовленнєві засоби з невербальними. В школі вона не проявляє особливого інтересу до міжособистісного спілкування, при цьому виключно зосереджена під час уроків, уважно слухає пояснення вчительки, ретельно виконує письмові завдання.

Дівчинка не проявляє прагнень до лідерства, як у сім'ї по відношенню до свого молодшого брата, так й у школі по відношенню до однокласників чи серед своїх нечисленних подружок. Мабуть, у школі її цілком задовольняв статус сірої мишки. Мабуть, у школі її цілком задовольняв статус якійсь сірої мишки.

Висновки до другого розділу. До найбільш поширених психолого-педагогічних характеристик дітей, які страждають на селективний мутизм, можна віднести такі: темпераментна загальмованість, соціальна тривожність, наявність супутніх тривожних станів, дисфункція сенсорної інтеграції, затримка розвитку, комунікативні проблеми та проблеми соціальної взаємодії. В комфортних умовах спілкування деяким з таких дітей властиві сполучена-відбита й запитальна-відповідна форми мовлення.

Серед чинників, що впливають на рівень комунікативної активності дитини повз стану психічного та загального розвитку досить важливою є її комунікативна компетентність, а найважливіших інструментів здійснення комунікативної діяльності у відповідному віці дитини є мовлення. Функція мовлення соціально опосередкована, вона включає дві основні складові: сприйняття й розуміння мовленнєвих конструкцій, та формування думок за допомогою засобів мови. Розвиток комунікативно-мовленнєвої діяльності пов'язаний з формуванням когнітивно-комунікативної, орієнтувально-планувальної, організаційно-комунікативної, та комунікативно-діяльною компетенціями.

Подолання селективного мутизму у дітей з цим захворюнням сприяє розвитку комунікативній активності, а заходи щодо розвитку комунікативних компетенцій та спілкування сприяють подоланню недуги, так як спілкування стимулює появу позитивних психічних особистісних новоутворень, сприяє розвитку особистості в цілому та подоланню емоційних і поведінкових розладів соціального функціонування.

Оскільки в сучасних умовах зростає розуміння того, що комунікативна активність є невід'ємною характеристикою дитини як суб'єкта діяльності та спілкування, від якої залежить її розвиток та оволодіння різними видами діяльності, то подальше дослідження комунікативної активності та її розвиток є, безумовно, перспективним щодо подолання у дітей мовленнєвих недоліків.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЇЇ КОМУНІКАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ

3.1. Основні підходи щодо розвитку комунікативної активності дітей

Для дітей з нормотиповим розвитком розроблена «Програма розвитку дитини від народження до семи років «Я у світі»» [64], в якій відображено зміст освіти дитини, вимоги до її розвиненості, вихованості й навченості, а також розкриває зміст роботи з удосконалення вербальних засобів спілкування.

Ця програма спрямована головним чином на фізичний, мовленнєвий, емоційно-ціннісний, пізнавальний, креативний, художньо-естетичний, емоційно-ціннісний та соціальний розвиток дитини, настільки необхідних для формування і розвитку її комунікативних здібностей та компетентностей. Але програма пріоритетним напрямком розвитку особистості дитини визнає саме розумовий розвиток та соціально-морально складову і не переслідує активізацію її комунікативної діяльності, що є метою нашого дослідження. До того ж вона розроблена для дітей з нормотиповим розвитком і не містить рекомендацій щодо розвитку комунікативної активності дітей із тривожними емоційними психічними розладами типовим початком в дитячому віці, як це має місце у дітей, страждаючих на селективний мутизм.

Аналіз наукових публікацій, присвячених розвитку комунікативної активності дітей свідчить, що більшість дослідників для досягнення цієї мети надають перевагу саме розвитку мовленнєвих засобів комунікації [65, 66], у той час, як лише деякі визначають необхідність сумісного формування вербальних й невербальних компонентів спілкування [67].

Безпосередньо розвиток мовленнєвого спілкування дітей здійснюється шляхом формування та розвитку у них розуміння, усвідомлення власного

мовлення, його лексичного наповнення та оволодіння нормотиповими мовними правилами. Для цього використовують різноманітні педагогічні аспекти навчання, зокрема, такі як [67]:

- методи і прийоми збагачення і вдосконалення фонетичної, граматичної й семантичної функцій мовлення;

- розширення словникового запасу дітей в процесі їх різних видів діяльності: безпосередньо на відповідних заняттях, підчас спостережень в природі, художньо-образотворчої, ігрової, трудової та іншої діяльності.

Для формування та розвитку комунікативних здібностей дітей використовуються як особистісні, так і групові форми та методи психолого-педагогічного впливу. Базою подальшого розвитку мовленнєвого спілкування дитини виступає її попередньо сформована мовленнєва компетенція, тобто здатність розв'язувати комунікативно-мовленнєві завдання завдяки добору адекватних комунікативній меті і проблемній ситуації змісту, способів комунікативної діяльності, вмінню будувати різні форми монологічних та діалогічних висловлювань.

Досить важкою формою суспільної взаємодії для дитини є діалог. Брати їх участь у діалозі часом буває складніше, ніж будувати монологічне висловлювання, тому що обдумування своїх реплік, питань відбувається одночасно з сприйняттям сторонньої промови. Участь у діалозі вимагає вміння:

- слухати і правильно розуміти думку, яку висловлює співрозмовник;
- формулювати власну думку, правильно висловлювати її засобами мови;
- міняти слідом за думками співрозмовника тему мовлення;
- підтримувати певний чутливий тон;
- стежити за правильністю мовленнєвої форми, в яку наділяються думки;
- слухати власну мову, з метою контролю її нормативності та, за необхідності, вносити відповідні метаморфози та поправки.

Власне мовленнєві діалогічні вміння включають:

- введення в спілкування (знання та вміння, коли і як дозволено розпочати розмова з приятелем і незнайомою людиною, зайнятою або яка розмовляє з іншими);
- підтримка та завершення спілкування (врахування умов та обстановки спілкування; вміння чути та слухати співрозмовника);
- прояв вчасно ініціативи у спілкуванні;
- доведення власної точки зору;
- вираження ставлення до предмету розмови (порівняти, висловлювати власну позицію, наводити приклади, оцінювати, погоджуватися чи суперечити, запитувати, відповідати);
- зв'язне та логічне висловлювання;
- говорити барвисто та різноманітно у звичайному темпі з використанням інтонації діалогу.

Цілеспрямоване навчання діалогічному мовленню відбувається в навмисно організованих мовленнєвих моментах, які орієнтовані на становлення умінь домовлятися під час взаємодії, опитувати співрозмовника, приєднуватися до чиеїсь розмови, дотримуватися правил мовного етикету, висловлювати співчуття, вмовляти, доводити власну думку. Вони орієнтовані на становлення умінь дітей домовлятися під час взаємодії, опитувати співрозмовника, приєднуватися до чиеїсь розмови, дотримуватися правил мовленнєвого етикету, висловлювати співчуття, вмовляти, доводити власну думку. Але основним методом становлення діалогічного мовлення у повсякденному спілкуванні є розмова вихователя або педагога з дітьми у формі непередбаченого діалогу, який має бути практичним, захоплюючим та доступним. Такі розмови з дітьми можуть бути індивідуальними та колективними. Найсприятливіший період для колективних розмов є прогулянка. Для індивідуальних розмов більше підходять вечірнє та ранковий час.

Методологія використання цих мовленнєвих моментів може включати

вирішення комунікативних завдань, як на вербальній основі (мовленнєве логічного завдання, завершується питанням до дітей, на те, що вони повинні відповісти), так і на основі зображення дітьми певних ситуацій за завданням вихователя або вчителя.

Формуванню та розвитку комунікативних компетенцій дітей сприяє читання художньої літератури, як дорослими, так і самими дітьми відповідного віку. Як правило, герої художніх творів для дітей схожі та зрозумілі, а емоції які діти відчують співпереживаючи героям є чудовим інструментом розвитку спілкування, та допомоги їй думати і міркувати на теми, які інакше були б їм занадто складними. Герої дитячої літератури впливають на поведінку дітей та ставлення до однолітків і дорослих. Дитяча література служать формуванню та вихованню особистості. Вона допомагає активно опановувати мовлення, розвиває її влучність та виразність, здатність передавати зміст невеликих фрагментів тексту, переносити їх у комунікативну діяльність, виховує культура естетичного сприйняття, чутливість до духовних цінностей, краси, образності, поетичності, яскравості художнього слова.

Досягнення дитиною комунікативно-діяльнісної компетенції дозволяє їй оволодіти здатністю досягати мети спілкування, шляхом використання знань і вмінь щодо вербальних і невербальних засобів комунікації в процесі взаємодії з партнером [68].

В процес корекційно-розвивальної роботи з формування комунікативної діяльності та розвитку комунікативної активності дітей залучають значущих дорослих та однолітків. Саме дорослі є носіями соціальних вимог і компетентності нормотипової форми розвитку дитини, взаємини з якими розбудовує дитина в процесі активного орієнтування і на основі особистісно-орієнтувальних уявлень. До того ж спілкування з дорослим, в тому числі і з батьками, допомагає дитині встановлювати соціальні контакти, пізнавати себе та інших, здійснює безпосередній вплив на особливості та розвиток його спілкування з однолітками. Щодо оптимізації дитячо-батьківських стосунків необхідно враховувати визначену структуру батьківських ставлень до дитини,

яка повинна містити навчальну складову, розвиток перцептивно-рефлексивних комунікативних умінь, самоаналіз почуттів.

За даними І. Мартиненко [69], основним видом комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку із порушеннями мовлення у вільній діяльності є предметноорієнтоване спілкування (яке здійснюється в процесі виконання продуктивної, ігрової діяльності), а домінантною формою в спілкуванні з дорослими та однолітками є ситуативно-ділове спілкування, спрямоване на задоволення комунікативних потреб у кваліфікованій допомозі дорослого чи однолітків у певній діяльності

На думку І. Мартиненко [70], безпосередньо корекційну роботу з формування й розвитку комунікативної діяльності та її активності у дітей із порушеннями мовлення доцільно реалізовувати у трьох напрямках:

- психолого-корекційному впливі на комунікативний розвиток дитини;
- методично-розвивальному за участю педагогів;
- просвітницько-розвивальному з батьками.

На основі огляду психолого-педагогічної та методичної літератури можна виділити наступні етапи формування комунікативних компетенцій:

- етап створення мотивації на спілкування та придбання комунікативних умінь і навичок;
- етап ознайомлення дітей із засобами та способами спілкування
- формування комунікативних умінь у репродуктивній діяльності;
- етап творчого застосування комунікативних умінь і навичок.

При цьому у процесі корекційної роботи необхідно звертати увагу на такі дуже важливі параметри спілкування:

- особистісний характер комунікативної діяльності суб'єкта спілкування;
- взаємини і взаємодію учасників комунікації;
- комунікативні ситуації, як форму функціонування спілкування;
- змістовну основу процесу спілкування;

— систему вербальних засобів, засвоєння яких забезпечує комунікативну діяльність в ситуаціях спілкування.

Продуктивність формування у дітей комунікативних здібностей та розвиток їх комунікативної активності багато в чому залежить від організації різних видів дитячої діяльності з використанням різноманітних форм та методів психолого-педагогічного впливу. Але найважливішим у формуванні і вдосконалення мовленнєвої діяльності дітей є створення для цього емоційно комфортної ситуації, яка сприяє виникненню у дитини бажання брати активну участь у мовленнєвому спілкуванні. Саме ігри допомагають створити такі ситуації, в яких навіть найнетовариські і скуті діти вступають у мовленнєве спілкування та розкриваються.

Граюча дитина безперервно говорить навіть в тому випадку, коли грає одна, маніпулює предметами, що не стимулюють до розмови. Але іграшки, що зображають одухотворені предмети — тварин або людей, мають виняткове значення в якості стимулів для вияву мовлення дітей. Зокрема, іграшкових тварин дитина сприймає як живих істот і говорить з ними. Але особливе значення у формування й розвитку мовлення мають ляльки, бо їх дитина сприймає членами родини або виховно-навчального колективу, які нібито потребують мовленнєвого спілкування. До того ж, ігри з ляльками за умови правильної організації їх педагогічним керівництвом сприяють орієнтуванню дітей у різноманітних формах та установках соціального спілкування.

Для дітей старшого дошкільного віку досить важливою формою розвитку комунікативних здібностей та навичок є групова гра, в якій відбувається формування відповідного досвіду спілкування та довільної поведінки дитини, її самореалізація та соціалізація, прилучення до комунікативної культури спілкування. У грі дитина сама, добровільно підкоряється визначеним правилам, при чому саме виконання правил доставляє їй задоволення. Це робить поведінку дитини осмисленою і усвідомленим, перетворює його з польового на вольове. У грі дитина може виявити свою ініціативу та творчу активність. Саме у груповій грі (сюжетної

або гри за правилами) вперше проявляються лідерство, починають розвиватися організаторські вміння та навички. Як що сюжетні ігри націлені переважно на розвиток уяви та здатності до розуміння партнерів спілкування, то для ігор за правилами (дидактичних, настільних, рухомих) характерно розвиток нормативного регулювання, мотивації досягнення цілей, прагнення до вольового зусилля.

В ігровій діяльності у дитини розвивається її емоційно-мотиваційна сфера та виникає ієрархія мотивів. При цьому соціальні мотиви набувають важливішого значення ніж особистісні. В умовах ігрової ситуації розвивається довільність поведінки (розігруючи роль, дитина прагне наблизити її до еталону). Відтворюючи типові ситуації взаємин людей в соціальному світі, дитина підпорядковує власні бажання, імпульси. Все це допомагає їй осягати і враховувати нормативів правила поведінки.

Зокрема, використання дидактичних ігор є досить продуктивним методом формування комунікативних навичок у дітей старшого дошкільного віку. Як правило, такі ігри ґрунтуються на наступних принципах:

- діяльнісного підходу, який визначає зміст та побудову навчання з урахуванням провідної діяльності;
- системності, що дозволяє розвивати мовлення як складну функціональну систему, структурні компоненти якої перебувають у тісній взаємодії;
- розвитку почуття мови, яке полягає в тому, що при багаторазовому відтворенні промови та використанні у власних висловлюваннях подібних форм у дитини на підсвідомому рівні формуються аналогії, а потім вона засвоює і закономірності мови;
- загальнодидактичні (наочність та доступність матеріалу для засвоєння а також індивідуальність підходу).

Слід особливо наголосити на значення рухливих ігор, в яких діти навчаються діяти у колективі, підкорятися загальним вимогам. Правила ігри вони начебто як закон, а свідоме виконання їх формує такі якості особистості,

як воля, самовладання, витримка, вміння контролювати свої вчинки та свою поведінку в цілому. Рухома гра вчить щирості, взаємодопомоги, товариству. Підкоряючись правилам гри, діти вправляються в моральних вчинках, вчаться дружити, співпереживати, допомагати один одному. Дошкільнята набувають безцінного досвід взаємодії з іншими людьми, засвоюють моделі соціального поведінки.

Важливо значення щодо формування комунікативних здібностей з допомогою створення сприятливих умов для природного спілкування з дорослими та однолітками, а також для освоєння виразності мовлення мають театралізовані ігри. Останні впливають на соціальний розвиток дитини за рахунок осмислення морального підтексту літературного твору, який лежить в основі їхнього змісту, так і за рахунок колективного характеру більшості таких ігор, що створює сприятливі умови для розвитку почуття партнерства, та освоєння способів позитивної взаємодії.

Для навчання дітей спілкування у грі застосовуються:

- бесіди-обговорення ігрових ситуацій; бесіди за структурою художніх творів, що відображають взаємодію дітей-героїв цих творів;
- залучення до спільної ігри-драматизації та обговорення її організації, результатів та підсумків.

Досить великими можливостями для освіти та формування комунікативних компетенцій дітей володіють дидактичні, рухливі, творчі, розвиваючі ігри із дорослими.

До теперішнього часу зроблено багато ігор, які спрямовані на комплексне становлення промови та її розвитку. Зокрема, рольові ігри розвивають два види спілкування: власне ігрове та організаційне. При цьому ігрове спілкування визначається сюжетом, змістом гри та здійснюється від імені обраних дітьми ролей. Щодо організаційного спілкування, то воно застосовується при виборі теми гри, визначенні складу учасників, поділу ролей, контролю за виконанням правил відповідних ігор.

- У процес ігор можуть включатися деякі комунікативні завдання, такі як:
- мовленнєві логічні завдання, що завершуються питанням до дітей;
 - завдання, пов'язані з необхідністю зображати певні комунікативні ситуації, що відображають необхідність вступу в діалог, або досягнення в процесі взаємодії певної угоди;
 - необхідність застосування тієї чи іншої формули мовного етикету.

3.2. Особливості психолого-педагогічного підходу щодо подолання у дітей старшого дошкільного віку феномену селективного мутизму

Основними напрямками подолання феномену селективного мутизму у дітей є: психолого-педагогічна корекція, логопедична робота та терапевтична психолого-психіатрична допомога дитині та її батькам. Оскільки розлади мовленнєвого розвитку являють собою складну медико-психолого-педагогічну проблему, особливе значення при організації допомоги таким дітям набувають комплексний підхід та певна послідовність роботи з дітьми відповідних фахівців різного профілю.

Щодо подолання селективного мутизму традиційно використовуються як немедикаментозні, так і медикаментозні методи, що використовуються як самотійно, так і спільно. Серед немедикаментозних методів найбільш поширені: психодинамічна терапія, поведінкова терапія та сімейна терапія; медикаментозна терапія використовує фармакологічні антидепресанти, заспокійливі препарати та інші психотропні засоби.

У теперішній час широке визнання отримало спільне медичне та психолого-педагогічне обстеження дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, які страждають на селективний мутизм, що дозволяє найбільш об'єктивно оцінити їх рівень розвитку та стан нервово-психічної сфери. На основі результатів такого комплексного обстеження безпосереднє лікування дітей, як правило, здійснюється шляхом психолого-психіатричного та корекційно-педагогічного впливу у поєднанні з медикаментозною терапією.

Тим не менш, є відомості про успішне лікування дітей саме дошкільного віку на основі психолого-психіатричного та корекційно-педагогічного впливу практично без застосування лікарських препаратів.

У дітей дошкільного і молодшого шкільного віку інколи можуть мати місце еволютивно-дизонтогенетичні психічні порушення, як безпосередній прояв первинних механізмів порушеного дозрівання мозку та психіки. При цьому етіологічний фактор, що викликав психічний дизонтогенез у вигляді загальної або парціальної ретардації, акселерації, асинхронії або регресу до більш ранніх форм реагування, може подіяти одноразово, або продовжувати діяти більш-менш тривало. Це може призводити до виникнення різноманітних порушень, або лише до індивідуальних особливостей, психологічних синдромів, які не досягають ступеня психічної патології.

Однак дисгармонічний розвиток, навіть клінічно невиражений, ускладнює життєву адаптацію дитини, зумовлює підвищену чутливість до соматогенних і психогенних впливів та служить ґрунтом для психічних відхилень під впливом навіть тих соціальних та біологічних факторів, які для дитини з нормальним розвитком не є патогенними. З іншого боку, як відомо, будь-яке важке або тривале поточне захворювання, яке почалося в дитячому віці, здатне порушити процес нормального дозрівання психічних властивостей, функцій і компонентів особистості. Але, те, що пропущено, не сформовано у відповідний сензитивний період розвитку, саме по собі не компенсується пізніше, тому вимагає спеціальних і складних зусиль (у тому числі в вигляді психолого-психіатричного та корекційно-педагогічного впливу). При цьому оптимальним кінцевим результатом власне лікувальної, корекційно-педагогічної чи психопрофілактичної роботи з дитиною, на наш погляд, є наближення її психічного статусу до такого гіпотетичного стану, який (з урахуванням спадково-конституційних передумов її індивідуальності та за наявності адекватних умов життя та виховання) був би характерним в відповідному віці при нормальному онтогенезі. Адже у дитячому віці (який характеризується незавершеністю формування та дозрівання структурно-

функціональних відділів мозку, високою пластичністю психіки та наявністю великих компенсаторних можливостей) будь-який позитивний терапевтичний вплив викликає у дитини як власне лікувальний ефект, так і здатність до розвитку гармонізуючого ефекту.

Таким чином, позбавлення дитини хворобливих симптомів і психотравмуючих переживань, створює передумови для нормального онтогенезу психіки, тому що раніше аномально сформовані функціональні системи дитини (нейропсихологічного, операційного чи особистісно-поведінкового рівня) під впливом відповідних цілеспрямованих дестабілізуючих впливів здатні заново переформуватися з стійкого патологічного стану на нову, нормальну для цього віку функцію.

Крім того, використання в процесі психолого-психіатричного та корекційно-педагогічного впливу позитивного регресу до більш ранніх рівнів функціонування (наприклад, активізація та подальший розвиток тактильного контакту, невербальної експресивності ситуативно-особистісного та ситуативно-ділового спілкування, наочно-дійового мислення, інстинктивних та онтогенетично ранніх механізмів регуляції поведінки та психотехнічних прийомів саморегуляції) включає психодинамічні процеси які гармонізують невдалий індивідуальний і соціальний досвід. Такий позитивний регрес не супроводжується втратою здібностей, властивих рівню актуального розвитку (як при патологічному та гіпнотичному регресі), а стає необхідною умовою виправлення дефектів виховання та навчання, що виникли на попередніх етапах онтогенезу. У разі несвоєчасного надання допомоги таким дітям дизонтогенетичні феномени, що виникли в періодах відповідних сомато-вегетативно-інстинктивному, психомоторному, афективному або емоційно-ідеаторному рівням нервово-психічного реагування, зберігаються у вигляді різних психологічних комплексів і патологічних розвитків особистості, або тією чи іншою мірою все ж згладжуються за рахунок компенсуючого функціонування більш вищих рівнів психічної регуляції. А це в свою чергу

вимагає від дітей додаткової напруги, яка обмежує їх власні можливості та зменшує життєстійкість психіки та організму в цілому.

Таким чином, лише, позбавивши дитини хворобливих симптомів і психотравмуючих переживань, можна створити передумови для нормального онтогенезу психіки. У той же час, скоригувавши дизонтогенетичні механізми, що виникають на тому чи іншому поверху психічної організації (наприклад, сформувавши здатність дитини диференціювати емоції, вчитися на власних помилках і прогнозувати ситуацію, створивши у дитини деякий комплекс повноцінності), можна очікувати, що більш досвідченіша і життєстійка особистість самостійно впорається з багатьма психогенними явищами і стресоутворюючими впливами.

Сучасна концепція психолого-психіатричного та корекційно-педагогічного впливу з метою подолання у дітей феномена селективного мутизму, як правило, формується на основі трьох основних груп факторів:

— фактори сприйнятливості (генетика, характер, соціальна тривога, стримана поведінка та розлади, пов'язані з порушенням неврологічного розвитку);

— фактори, що провокують (вікові перехідні періоди та несподівані події, такі як початок відвідування дитячого садка або школи, міграція, необхідність використання іноземної мови);

— підтримуючі фактори (адекватна, сприятлива поведінка оточуючих людей, які в процесі спілкування не допускають виникнення дискомфорту у дитини).

На нашу думку, така гармонізація особистісної структури дитини, сімейних і позасімейних взаємин та вирішення актуальних психотравмуючих проблем, вповні можливі за рахунок поєднання двох різноспрямованих процесів:

— поживлення ранніх онтогенетичних форм спілкування, саморегуляції, мислення, діяльності з активним включенням їх у процес адаптивної перебудови психіки в якості раніше не використовуваних резервів;

— одночасної стимуляції процесів освоєння дитиною та її найближчим оточенням більш зрілих індивідуальних та соціально-психічних рівнів функціонування.

К теперішньому часу розроблені численні педагогічні, психокорекційні та психотерапевтичні методи лікування дітей із селективним мутизмом. Однак, вони часто застосовуються без урахування вікових характеристик дітей, які страждають на селективний мутизм (таких як: поточний період розвитку, соціальна ситуація розвитку, провідна діяльність, вікові психологічні зміни) з їх індивідуальними здібностями (темпераментом, психотипом, акцентуацією характеру, особистісними рисами). Адже в кожному віковому періоді дитини є свій соціально заданий зміст провідної діяльності. Саме він визначає функції дитини та дорослих, що реалізуються в їхній взаємодії, тобто в тому вкладі, який вносить до неї кожен із учасників. При цьому психіка дитини, що орієнтує її функціонування, розвивається як підсистема у рамках розвитку цілісної системи, а саме — в спільної діяльності.

Основний зміст провідної діяльності у відповідні вікові періоди, які необхідно враховувати у корекційній діяльності з дітьми, страждаючими на селективний мутизм, наведені табл. 3.1.

Окремо потрібно наголосити на тому, що селективний мутизм, будучи відносно рідкісним захворюванням, і нині все ще важко підлягає лікуванню. Серед публікацій щодо лікування домінують дослідження окремих випадків або серії випадків, включаючи широкий спектр методів.

Як вже було зауважено вище, лікування селективного мутизму складається з двох основних напрямків: немедикаментозної та медикаментозної терапії.

Серед немедикаментозних (психотерапевтичних і психолого-педагогічних) методів лікування найбільш поширені психодинамічна терапія, поведінкова терапія та сімейна терапія.

Таблиця 3.1

Зміст провідної діяльності у відповідності із віковим періодом
розвитку дитини

Віковий період	Зміст провідної діяльності
Період новонародженого	Створення та підтримання соціально заданих умов життя дитини. У рамках цієї діяльності у дитини формується перша психологічна інстанція — мотив, суб'єктивним виразом якого є первинні емоції: задоволення/невдоволення.
Немовлячий період	Спілкування дорослого та дитини. Мотив, який спрямовує функціонування дитини, тепер конкретизується з метою. Суб'єктивним виразом мети служить емоційно; забарвлений предметний образ.
Період раннього віку	Опанування предметних дій, зразки яких задає дорослий. Функціонування дитини включає індивідуальні дії, що спрямовуються завданням, яке містить не лише мету, а й умови її досягнення.
Дошкільний період	Моделювання навколишньої дійсності (насамперед, поведінки дорослих у різних ситуаціях). Окремі дії дитини інтегруються в систему завдяки усвідомленню їх сенсу та образу «Я» (тобто усвідомлення себе в якості суб'єкта).
Період молодшого шкільного віку	Навчання, яке здійснюється у соціально заданих формах. Дитина починає спрямовувати норми та правила, завдяки появі нової психологічної інстанції: позиції, що відображає функцію дитини у спільній діяльності.
Період підліткового віку	Побудова системи соціальних відносин з іншими людьми. З'являється свідомий вибір діяльності, у якій дитина готова брати участь. Психологічною інстанцією, що надає таку можливість, служить самосвідомість, яка відображає становище підлітка у суспільстві.
Період юнацького віку	Процес особистісного самовизначення. Орієнтовну роль у ній відіграють такі психологічні створення, як сенс життя та майбутнє, що визначають життєву перспективу людини.

Психодинамічна терапія (індивідуальна ігрова терапія) вимагає багато часу і включає всебічне дослідження індивідуальної історії хвороби дитини. У цьому методі терапії основна увага приділяється виявленню прихованого внутрішньо-психічного конфлікту [41].

Поведінкова терапія зазвичай є комплексним підходом, який має враховувати симптоми у найбільш ширшому контексті оточення дитини.

Конкретні методи, включаючи підкріплення, згасання стимулу, токен-процедури, формування або підказку, управління непередбаченими обставинами, самомоделювання та ініціювання реакцій, забезпечують достатню ефективність, що підтверджують емпіричні дані [41]. Безпосередньо таке лікування починається з усунення вербального та невербального негативного підкріплення, які мають місце при селективному мутизмі. При цьому негативне підкріплення намагаються виявляти та усувати якомога раніше наскільки це можливо. В процесі самомоделювання, яке передбачає перегляд дитиною спеціальних відредагованих відеозаписів, що демонструють змодельовану необхідну поведінку [71].

Методика самопідкріплення передбачає отримання нагороди за демонстрацію дитиною відповідної мовленнєвої поведінки, що поступове ослабляє причину, яка провокує тривогу [12].

Метод управління непередбаченими обставинами, мета якого полягає в тому, щоб виявити і конкретно винагородити вербальну поведінку дитини, ефективність якого досить ще не з'ясована, як правило, потребує участь вчителів та однолітків.

Ініціюванням реакції, передбачає спілкування дитини і терапевта вічна-віч [31]. Вони проводять разом цілий день і дитина повинна поговорити, перш ніж піти. Це досягається за рахунок того, що терапевт швидко розвиває контакт з дитиною, використовуючи невербальну гру та емпатичні висловлювання. У даному випадку стратегія терапевта полягає в тому, щоб забезпечити співчуття та підтримку, прояснити почуття, підбадьорити та чітко заявити про те, що дитина розповість, як мінімум про щось перед тим, як піти. Для цього терапевт безпосередньо апелює до прагнення до майстерності та контролю та наголошує, що розмови дають їм можливість показати вчителям, наскільки вони розумні, завести більше друзів, грати, як інші діти, тощо.

Сімейна терапія — ще один варіант лікування, який особливо актуальний, коли сімейні фактори відіграють роль у потенційному розвитку та збереженні селективного мутизму. До того ж включення сім'ї до

терапевтичного процесу може зіграти життєво важливу роль в одужанні дитини. Співпраця та розуміння з боку батьків, братів та сестер допомагає дитині подолати тривогу та уникнення спілкування [43].

Медикаментозна терапія до теперішнього часу досить ефективно використовує фармакотерапевтичні антидепресанти, заспокійливі препарати та інші психотропні засоби, чим підтвердила зв'язок між селективним мутизмом та тривожністю дитини. Зокрема, такі препарати, як флувоксамін і флуоксетин призводять до зменшення симптомів селективного мутизму та підвищують ефективність терапії цього феномену при сумісному лікуванні з психотерапевтичними та психолого-педагогічними методами [72].

Але багатофакторність етіології, збіг ряду симптомів селективного мутизму з іншими психічними відхиленнями, широкий спектр супутніх синдромів або психічних розладів (шизофренія, розлади аутистичного спектра, депресія, розумова відсталість та ін.) тією чи іншою мірою пов'язаних між собою єдиним патогенетичним механізмом, а також посттравматичні стресові розлади значною мірою ускладнюють постановку достовірного діагнозу та вибір найбільш результативних підходів до його лікування та профілактики.

До того ж, величезна кількість інформації, що накопичується в процесі неперервного розвитку науки, привела на певному етапі до значної диференціації наукових напрямів практично в усіх її сферах. В результаті практична діяльність в цих сферах стала збагачуватися та дедалі збагачується фахівцями все більш вузького профілю, що сприяє систематичному ослабленню взаєморозумінню та взаємодії між такими фахівцями.

Разом з цим стає зрозумілим, що для результативного лікування та профілактики складних захворювань із багатофакторною етіологією сучасні фахівці повинні мати можливість своєчасно отримувати необхідну інформацію від фахівців суміжних профілів та навіть в деяких випадках від фахівців інших галузей науки. Тому для підвищення достовірності діагностики та результативності процесу подолання селективного мутизму у

дітей старшого дошкільного віку нами пропонується використовувати системний підхід, як до процесу діагностики та подолання цієї недуги, так і до формування та розвитку їх комунікативної активності.

При цьому в контексті цієї роботи під системою слід розуміти цілісне утворення, деяку сукупність не випадково відібраних елементів (в соціальних системах — учасників організованої, взаємозв'язаної групи суб'єктів), які перебувають у стані взаємного сприяння з метою досягнення значущого для них результату. У системі всі її елементи об'єднані в цілісну структуру прямими і зворотними зв'язками, які визначають наявність властивостей системи, що перевищують адитивну суму властивостей складових її елементів (синергетичний ефект), а також виникнення у системі нових якісних властивостей, яких не мав жоден із елементів поза системою (ефект емерджентності). Система (відкрита система) взаємодіє із зовнішнім середовищем (тобто із системою вищого порядку), а також може містити у своєму складі компоненти (системи більш низького порядку — підсистеми). У системі реалізуються два типи зв'язків між її елементами: горизонтальні та вертикальні. Горизонтальні зв'язки мають корелюючий характер, здійснюючи координацію між однопорядковими елементами системи. Тому жодна частина системи неспроможна змінитись без того, щоб не змінилися інші її частини. Вертикальні зв'язки забезпечують субординацію тобто. підпорядкування елементів системи. При цьому ступінь взаємодії між елементами системи може бути різною.

Щодо системного підходу до досліджень складних об'єктів та процесів, то він є загальнонауковим методологічним принципом дослідження певного об'єкта, організованого у вигляді системи. Цей підхід, орієнтований на розкриття цілісності об'єкта чи процесу, врахування всіх внутрішніх та зовнішніх взаємозв'язків, а також на комплексне охоплення всіх чинників, які впливають на стан об'єкта або процесу, їх розвиток чи деградацію. При цьому складні об'єкти і процеси дослідження з погляду системного підходу можуть представляти деяку сукупність систем різного рівня, які знаходяться у

ієрархічних відносинах. Системний підхід сприяє адекватному формулюванню досліджуваних проблем, правильній постановці цілей і завдань, а також виробленню ефективних та результативних методів їх досягнення.

Саме такий підхід до організації процесів, необхідних для подолання селективного мутизму, дедалі все більшою мірою дозволить перейти від використання якісних показників динаміки процесів розвитку цього складного захворювання та його лікування до кількісних показників, що в свою чергу забезпечить можливість переходу до математичного моделювання цих процесів шляхом використання сучасних комп'ютерних технологій.

У нашому випадку йдеться про створення соціальної системи, до складу якої повинні входити: дитина (об'єкт, який потребує допомоги) та команда суб'єктів:

— висококваліфіковані фахівці (психолог відповідного виховного чи навчального закладу — координатор команди, дитячий психіатр, дитячий отоларинголог, дитячий невролог, лікар функціональної діагностики, психолог, логопед, корекційний педагог);

— оточуючі фахівці (відповідно вихователь або вчитель, які строго дотримуються рекомендацій вище вказаних спеціалістів, створюючи для таких дітей сприятливу обстановку у дитячому колективі, та ненав'язливо, творчо сприяють їх соціальній адаптації);

— батьки, що виховують дитину, задовольняють її потреби та доброзичливими відношеннями в сім'ї сприяють нормотиповому психічному та загальному розвитку).

Така система здатна забезпечити єдність зусиль фахівців різних профілів та батьків хворої дитини у досягненні важливої для всіх її учасників мети — подолання селективного мутизму. Саме систематичний обмін інформацією між учасниками цієї системи та колегіальне її обговорення дозволять вже на ранніх стадіях захворювання виявити у дитини можливі недоліки загального розвитку, неадекватність поведінки, психічні відхилення

або морфологічні порушення організму. А на базі всебічної інформації про особистість дитини та її довкілля прийняти зважене рішення щодо можливих шляхів подолання цього феномену. До того ж, систематичне обговорення отримуваної інформації про клінічну динаміку стану організму дитини протягом усього процесу лікування дозволить на певних значущих його етапах вносити відповідні корективи в цей процес, що, безумовно, призведе до підвищення результативності відповідних впливів. Ці обговорення можуть здійснюватися як шляхом безпосередніх зустрічей учасників, так і головним чином використанням систем відеоконференцій, які дозволяють тією чи іншою мірою зберігати як слухове, так й зорове сприйняття учасників обговорення. До того ж, відеоконференції дозволяють домагатися максимальної дистанційної присутності всіх учасників системи на протязі всього процесу допомоги дитині. При цьому організація, підтримка сталості взаємозв'язків між учасниками системи у просторі і часі, а також їх взаємного сприяння щодо лікування дитини покладається на призначеного координатора. Крім того, останній займається архівуванням документації складеної учасниками системи в процесі роботи з дитиною, а також анамнезу про особливості: перебігу вагітності і пологів, раннього розвитку дитини, супутні емоційно-поведінкові відхилення та характерологічні риси дитини, внутрішньосімейні відносини й особистості батьків. Дуже важливо щоб координатор також збирав інформацію про стан здоров'я пацієнта протягом наступних десяти-п'ятнадцяти років після завершення лікування, що дозволить отримати дуже цінну інформацію щодо катамнезу цього захворювання. Все це дозволить виявити недуг ще на ранній стадії захворювання та у подальшому розробити заходи до його профілактики. До того ж координатор забезпечує здійснення відповідних заходів щодо озброєння оточуючих фахівців та батьків мінімально необхідним рівнем знань про особливості феномену селективного мутизму та відстежує відповідність до наданих рекомендацій щодо відносин останніх до дитини на протязі всього процесу її лікування.

Слід зазначити, що сукупність вище перерахованих учасників лише тоді стає справжньою системою, коли її об'єкт (дитина) бажає позбавитися вибіркової німоти і своєю поведінкою сприяє тим впливам, які здійснюються суб'єкти цієї системи. Враховуючи клініко-психологічні особливості селективного мутизму, ставлення до такої дитини повинно бути особливо обережним, не можна проявляти наполегливість у корекційній роботі, не слід примушувати дитину розмовляти, стидити її за мовчання чи демонструвати своє негативне відношення до її поведінки. Фахівці та батьки повинні прагнути не допускати, щоб емоційно та соціально незріла дитина формувала навколо себе штучний, ілюзорний світ, який носить пристосувальний, захисний характер і підтримує бажаність німоти, що зрештою ускладнює її дорослішання, а також повноцінну соціальну адаптацію.

Таким чином, пропонований нами системний підхід, орієнтований на розкриття цілісності процесу подолання селективного мутизму, врахування всіх внутрішніх та зовнішніх взаємозв'язків його учасників, а також на комплексне охоплення всіх чинників, які впливають на стан здоров'я дитини, страждаючий на селективний мутизм та процес її одужання.

Основні етапи процесу психолого корекційного впливу щодо подолання селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку наведені у публікації [73].

Висновки до третього розділу. Безпосередньо корекційну роботу з формування й розвитку комунікативної діяльності та її активності у дітей із порушеннями мовлення доцільно здійснювати психолого-корекційним впливом методично-розвивальним методом за участю відповідних фахівців і педагогів та просвітницько-розвивальним шляхом з батьками. Водночас, вроджений або набутий в дитячому віці селективний мутизм, як правило, сам по собі не зникає, а в ряді випадків навіть посилюється із закінченням періоду дитинства, тому такі діти потребують корекційно-педагогічної допомоги з моменту виявлення відхилень від нормотипового

розвитку та прояву обмежених соціальних контактів і можливостей. Перспективи психолого-педагогічної корекції порушень мовлення у дітей старшого дошкільного віку із селективним мутизмом тісно пов'язані як із розвитком системних, комплексних досліджень розвитку їх комунікативної активності так і продуктивних методів безпосереднього подолання мутизму на базі широкого спектру наукових напрямків щодо розробки ефективних засобів та способів корекційного впливу. Необхідність таких досліджень обумовлена тим, що комунікативна діяльність дитини із селективним мутизмом та її комунікативна активність в значній мірі залежать від ступеня розвитку мовлення. На наш погляд, результативне подолання селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку та розвиток їх комунікативної активності можливі шляхом впровадження системного підходу до організації процесів діагностики та психолого-педагогічної корекції.

ВИСНОВКИ

1. Селективний мутизм відноситься до групи прикордонних розладів, тобто станів, що займають проміжне положення між нормотиповим і патологічним. Він характеризується широкою нозологічною представленістю, у тому числі багатофакторною етіологією, тривалістю існування та складністю корекції. Виникаючи у період становлення мовлення цей феномен обмежує комунікативні можливості дитини, ускладнює його соціальну адаптацію, впливає на процеси розвитку особистості та її психіки.

2. До теперішнього часу не існує єдиної думки про поширеність елективного мутизму у дитячій популяції, оскільки дослідники епідеміології селективного мутизму, як правило, у своїх публікаціях не наводять даних про репрезентативність вибірки, що не дозволяє встановити наскільки можливо узагальнювати результати їх досліджень на всю генеральну сукупність прояви цього феномену. До того ж автори таких досліджень не повідомляють наскільки чітко вони додержуються критеріїв тих чи інших класифікаторів хвороб щодо встановлення відповідного діагнозу. Крім того, різновид селективного мутизму (соціофобічний, надцінної поведінки, істеричний, депресивний та зі змішаними механізмами), багатофакторність етіології, збіг ряду симптомів селективного мутизму з іншими психічними відхиленнями, широкий спектр супутніх синдромів або психічних розладів значною мірою ускладнює постановку достовірного навіть диференціального діагнозу.

3. Діти із селективним мутизмом в тій чи іншій мірі відрізняються між собою різноманітною особистісною індивідуальністю. До найбільш поширених психолого-педагогічних характеристик цієї категорії дітей можна віднести наступні: темпераментна загальмованість, соціальна тривожність, наявність деяких супутніх тривожних станів, дисфункція сенсорної інтеграції, затримки розвитку, своєрідна поведінка та зовнішній вигляд, а також наявність проблем: у спілкуванні, зі створенням дружніх відносин з однолітками та у соціальній взаємодії. В

комфортних умовах спілкування деяким з таких дітей властиві сполучена-відбита й запитальна-відповідна форми мовлення.

4. Допомога дітям з порушеннями комунікативної діяльності во все більшій мірі потребує комплексного психолого-психіатричного, психолого-педагогічного та інколи медичного втручання за участю відповідних фахівців, з використанням індивідуальних і групових методів, а також розвитку комунікативних компетенцій та соціального спілкування. Залишений без лікування селективний мутизм асоціюється з ризиком виникнення інших тривожних розладів та з погіршенням соціального і академічного функціонування особистості.

5. Подолання у дітей селективного мутизму сприяє розвитку комунікативній активності, а заходи щодо розвитку комунікативних компетенцій та спілкування у свою чергу сприяють подоланню цього феномену. Саме розвиток комунікативної активності та спілкування стимулюють появу у дитини позитивних психічних особистісних новоутворень, сприяють розвитку особистості в цілому та подоланню емоційних і поведінкових розладів соціального функціонування.

6. Сучасна концепція психолого-психіатричного та корекційного психолого-педагогічного впливів щодо подолання у дітей селективного мутизму, як правило, формується на основі трьох основних груп факторів: факторів сприйнятливості (генетика, характер, соціальна тривога, стримана поведінка та розлади, пов'язані з порушенням неврологічного розвитку), провокуючих факторів (вікові перехідні періоди та несподівані події, такі як початок відвідування дитячого садка або школи, міграція, необхідність використання іноземної мови) та підтримуючих факторів (адекватна, сприятлива поведінка оточуючих людей, які в процесі спілкування не допускають виникнення дискомфорту у дитини).

7. Все зростаюча диференціація наукової та практичної діяльності веде до подальшого ослаблення взаємодії між відповідними фахівцями. Не володіючи в силу об'єктивних обставин досить широкими

міждисциплінарними знаннями, такі вузькопрофільні фахівці в області психіатрії, психології і педагогіки, як правило, самотужки приступають до здійснення корекційних впливів на дитину, страждаючу на селективний мутизм, без урахування її вікових характеристик, індивідуальних здібностей, нехтують вивченням взаємин у її сім'ї та у виховно-освітніх установах, які вони відвідують. Тому, для підвищення достовірності діагностики та підвищення результативності корекційної роботи нами пропонується використовувати системний похід щодо організації процесів необхідних для подолання цього складного для вивчення і лікування феномену. Цей підхід дозволить забезпечити формування цілісної, інтегративної моделі феномену селективного мутизму, розробити ефективну стратегію і тактику його подолання, а також сприяти виявленню цього захворювання на ранній стадії зародження.

8. На наш погляд, перспективи подолання порушень мовлення у дітей старшого дошкільного віку із селективним мутизмом тісно пов'язані із подальшим розвитком системних, комплексних досліджень щодо розвитку їх комунікативної активності та впровадженням системного підходу до організації процесів діагностики та психолого-педагогічного корекційного впливу за участю взаємно сприятливих, тісно взаємодіючих, відповідних фахівців, педагогів та батьків. Пропонований нами системний підхід, орієнтований на розкриття цілісності процесу подолання селективного мутизму, врахування всіх внутрішніх та зовнішніх взаємозв'язків його учасників, а також на комплексне охоплення чинників, які впливають на стан здоров'я дитини, страждаючий на селективний мутизм та процес її одужання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Поліщук Ю. (2023). Особливості етіології селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку / Ю. Поліщук // *Особлива дитина: навчання і виховання*. Науковий, навчальний, інформаційний журнал. Інститут спеціальної педагогіки ім. М.Я. Драгоманова. Київ: Педагогічна преса. — С. 69-88.
2. Steinhausen H.C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases / H.C. Steinhausen, C. Juzi // *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35 (5). — pp. 606-614.
3. Сергієнкова О.П. (2012). Вікова психологія / О.П. Сергієнкова, О.А. Столярчук, О.П. Коханова // *Навч. посібник*. — К.: Центр учбової літератури, — 376 с.
4. Kolakowski A. (1996). Elective mutism in children /A. Kolakowski // *Psychiatry Pol.*, 30 (2). — pp. 232-246.
5. Scharter M. (1977). Le mutisme electif chez l'enfant d'age prescolaire et scolaire. Cotribution a la psychopatachologie de la communication / M. Scharter // *Scweizerister Rundschau Medezin*, vol. 66. — pp. 1442-1449.
6. Kussmaul A. (1877). Die Storungen der Spache / A. Kussmaul // Basel: Benno Schwabber, — 277 p.
7. Tramer M. (1934). Elektive Mutismus bei Kindern / M. Tramer // *Z. Kinders Psychiater*, 1. — pp. 30-35.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994) // American Psychiatric Publishing Press, Inc.
9. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10, ICD-10, 1993). Всесвітня організація охорони здоров'я. Режим доступу: <https://kod.poltavalk.com.ua/>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Text Revision (2013), Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

11. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-11, ICD-11, 2019). Всесвітня організація охорони здоров'я.
12. Kucera-Mudr J. (1982). Elective mutism. Evaluation and behavioral treatment of three cases /J. Kucera-Mudr // New York: State Journal of Medicine, 1982, 6, — pp. 1073-1076.
13. Hauden T. (1980). The classification of elective mutism / T. Hauden // J. Am. Acad. Child Psychiatry, 19. — pp. 118-133.
14. Lebrun Y. (1990). Mutism / Y. Lebrun // J. Publishers Ltd. — London and New Jersey, — 124 p.
15. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (ICD- 9). Всесвітня організація охорони здоров'я. Режим доступу: <https://uk.m.wikipedia.org/wiki>
16. Wilkins R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children /R. Wilkins // Brit. J. Psychiatry, 186. — pp. 190-203.
17. Hesselman S. (1983). Elective mutism in children /S. Hesselman// Paedopsychiatry, 49. — pp. 297-310.
18. Schenk-Danziger I. (1961). Sprechverweigerer in der Schule / I. Schenk-Danziger // Psychologische Praxis, 29. — pp. 167-174.
19. Kupietz S. (1982). Elective mutism. Evaluation and behavioral treatment of three cases /S. Kupietz and I. Schwartz//. New York State Journal of Medicine, June. — pp. 1073-1076.
20. Kristensen H. (1997). Elective mutism associated with developmental disorder/delay. Two case studies /Kristensen H.//European Child Adolescent Psychiatry, 6. — pp. 234-239.
21. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note /R. Goodman //. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38. — pp. 581-586.
22. Leonard H.L, Dow S.P. (1993). Elective mutism /H.L. Leonard, S.P. Dow // Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 2. — pp. 695-707.

23. Tancer N.K. (1992). Elective mutism: A review of the literature/N.R. Tancer// *Advances in clinical psychology*, 14, pp. — 265-288.
24. Browne J. (1975). A controlled study of children not speaking in school / J. Browne, H. Lloyd // *Assoc. Workers Maladjusted Child*, 3. — pp. 49-63.
25. Spasaro S.A. (1990). An introduction to the treatment of selective mutism. Refusal to speak: Treatment of selective mutism in children / S.A. Spasaro, J. Platt, C.F. Schaefer // *Narthvale, Nj: Jason Aronson*. — pp. 1-28.
26. Carlson J.S. (1994). Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: A survey of child and adolescent psychiatrists / J. S. Carlson, T.R. Kratochwill, H. Johnston // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4. — pp. 281-291.
27. Fundudis T. (1979). Speech retarded and deaf children: Their psychological development / T. Fundudis, I. Kolvin, R.F. Garsider // *London: Academic Press*.
28. Kumpulainen K. (1998). Selective mutism among second graders in elementary school / K. Kumpulainen, E. Rasanen, H. Raaska // *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11. — pp. 71-78.
29. Blanchard L.T. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health / L.N. Blanchard, M. Gurka, J.A. Blackman // *Pediatrics*, 117. — pp. 1202-1212.
30. Bergman R.L. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample / R.L. Bergman, J. Piacentini, J.T. McCracken // *J. Am. Acad. Child. Adolescent Psychiatry*, 41. — pp. 938–946.
31. Kopp S. (1997) Selective mutism: a population-based study: a research note / S. Kopp, C.J. Gillberg // *Child Psychol. Psychiatry*, 38. — pp. 257–262.
32. Muris P. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5 / P. Muris, T.H. Ollendick// *Clin. Child Fam Psychol. Rev*, 18. — pp. 151–169.

33. Sharp W.G. (2007). Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder / W.G. Sharp, C. Sherman, A.M. Gross // *J. Anxiety Disord*, 21. — pp. 568–579.
34. Viana A.G. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years / A.G. Viana, D.C. Beidel, B. Rabian // *Clin. Psychol. Rev.*, 29. — pp. 57–67.
35. Elizur Y. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study / Y. Elizur, R. Perednik // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 42 (12). — pp. 1451-1459.
36. Wong P. (2010) Selective Mutism. A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment / P. Wong. // *Psychiatry (Edgmont)*, 7 (3). — pp. 23-31.
37. Halpern W.I. (1971). A therapeutic approach to speech phobia: Elective mutism reexamined // W.I. Halpern, J. Hammond, R. Cohen // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10. — pp. 94-107.
38. Bradley S. (1975). Elective mutism in immigrant families / S. Bradley, L. Sloman // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 14 (3). — pp. 510-514.
39. Black B. (1992). Elective mutism as variant of social phobia / B. Black, T.W. Uhde // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 31 (6). — pp. 1090-1094.
40. Giddan J.J., Milling L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children / J.J. Giddan, L. Milling // *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 1. — pp. 19–36.
41. Krysan V.L. (2003). A brief review of selective mutism literature / V.L. Krysan // *J. Psychol.*, 137 (1). — pp. 29–40.
42. Anstendig K.D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification / K.D. Anstendig // *J. Anxiety Disorder.*, 13 (4). — pp. 417–434.
43. Black B. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study / B. Black, T.W. Uhde // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 34 (7). — pp. 847-856.

44. Melfsen S. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders / S. Melfsen, S. Walitza, A. Warnke // *Eur. Child Adolescent Psychiatry*, 15 (2). — pp. 111–117.
45. Manassis K. (2008). Comparing interventions for selective mutism: a pilot study / K. Manassis, R. Tannock // *R. Can. J. Psychiatry*, vol. 53 (10): — pp. 700–703.
46. Yeganeh R. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? /R. Yeganeh, D.C. Beidel, S.M. Turner // *Depress Anxiety*, 23 (3). — pp. 117–123.
47. Jacobsen T. (1995). Case study: Is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder? /T. Jacobsen // *J. Am. Acad. Child. Adolescent Psychiatry*, 29. — pp. 863–866.
48. Krohn D.D. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism /D.D. Krohn, S.M. Weckstein, H.L. Wright// *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 31 (4). — pp. 711–718.
49. Kagan J. (1990). Origins of panic disorder / J. Kagan, S. Reznick, N. Snidman et al.// *Neurobiology of Panic Disorder: Frontiers of Clinical Neuroscience*, New York: Wiley-Liss, 8. — pp. 71–87.
50. Erikson E.H. (1998). *Childhood and Society* / E.H. Erikson // Published by W. W. Norton & Company. — 428 p.
51. Цимбаль О.І. (2021). Корекція розвитку дітей із особливими освітніми потребами /О.І. Цимбаль// Київ, вид. "Центр навчальної літератури". — 272 с.
52. Kristensen H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder / Kristensen H. // *J Am Acad. Child. Adolescent Psychiatry*, 39 (2). — pp. 249–256.
53. Горленко В.М. (2018). Застосування діагностичних мінімумів в діяльності працівників психологічної служби / В.М. Горленко, В.Д. Острова, Н.В. Сосновенко, І.І. Ткачук // Київ: УМНЦ практичної психології і соціальної роботи. — 106 с.

54. Standard S. (2003). The quiet child a literature review of selective mutism / S. Standard, A. Le Couteur // *Child and Adolescent Health*, 8. — pp. 54-160.
55. MacGregor R. (1994). Silent at school – elective mutism and abuse /R. MacGregor// *Archives of Disease in Child-hood*, 70. — pp. 540-548.
56. Brinkmeyer M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional Children / M. Brinkmeyer, S.M. Eyberg // *Evidence-Based Psychotherapies For Children and Adolescents*, New York: Guilford. — pp. 204-223.
57. Лемак М.В. (2011). Психологи для роботи. Діагностичні методики /М.В. Лемак, В.Ю. Петріще // Ужгород: Видавництво А. Гаркуши. — 614 с.
58. Oerbeck B. (2019). Selective mutism / D. Oerbeck, K. Manassi, KR. Overgaard at al.// *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Chapter F.5. Anxiety Disorder. — pp. 1-23.
59. Савінова Н.В., Нездатна А.Ю. (2023). Міждисциплінарний контент понять “інтенція”, “мовленнєва інтенція” у логокорекційних системах сучасної логопедії / Н.В. Савінова, А.Ю. Нездатна // *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 44. — С. 59.
60. Мартиненко І.В. (2013). Особливості міжособистісної комунікації у дітей із нормальним та порушеним мовленнєвим розвитком /І.В. Мартиненко// *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. наукових праць*, 24. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова. — С. 320–324.
61. Owens R.E. (2015). Language development: An introduction /R.E. Owenes // 9th ed. New York: Pearson Education Inc.
62. Луценко І.О. (2008). Дитина і дорослий: вчимося спілкуватись: готуємось до мовленнєвого спілкування з дошкільниками / І. Луценко // *Навч. вид. пед. Університету ім. М.П. Драгоманова. Інстит розв. дитини*. — К.: Світич. — 202 с.
63. Поліщук Ю.В. (2024). Проблеми комунікаційної активності дітей

старшого дошкільного віку із селективним мутизмом / Ю.В. Поліщук // Матеріали XLII Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: Стан, проблеми, тенденції розвитку (Італія, Мілан, 07 березня 2024 року). — С. 157-160.

64. Програма розвитку дитини від народження до семи років «Я у світі»» (наук. кер. О. Кононко, 2019). Режим доступу: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/programy-rozvytku-ditey/programma-ya-y-sviti.pdf>

65. Богуш А. М. (2004). Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років: монографія / А. М. Богуш // К.: Видавничий дім «Слово». — 374 с.

66. Крутій К. Л. (2003). Методика проведення індивідуальних занять із мовленнєвопасивними дітьми дошкільного віку /К. Л. Крутій // Запоріжжя: ТОВ «ЛПІС ЛТДТД». — 320 с.

67. Піроженко Т.О. (2005). Мовлення дитини: психологія мовленнєвих досягнень дитини / Т.О. Піроженко // К. : Главник. — 112 с.

68. Богуш А. М. (2007). Дошкільна лінгводидактика / А. М. Богуш, Н. В. Гавриш // К.: Вища школа. — 542 с.

69. Мартиненко І.В. (2016). Роль дорослого в комунікативно-особистісному розвитку дитини дошкільного віку з вадами мовлення / І. В. Мартиненко // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 36. наукових праць. — К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 31. — С. 246–251.

70. Мартиненко І.В. (2017). Сучасні підходи до розвитку комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення в умовах дошкільного закладу / І. В. Мартиненко // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Додаток 3 до вип. 36, том I (17). — К.: Гнозис. — С. 199–208.

71. Bray M.A. (2003). The relationship of self-efficacy and depression to stuttering / M.A. Bray, T.J. Kehle, K.A. Lawless // J. Speech Lang Pathol., 12 (4). — pp. 425–431.

72. Carlson J.S. (1999). Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial / J.S. Carlson, T.R. Kratochwill, H.F. Hohnston // J. Child. Adolescent Psychopharmacol, 9. — pp. 203–230.

73. Поліщук Ю.В. (2023). Етапи корекційного впливу при подоланні селективного мутизму / Ю.В. Поліщук, С.В. Шевченко // Матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції «Педагогіка для збереження і розвитку психічного і фізичного здоров'я та культурного зростання особистості впродовж життя», (Запоріжжя, 1-2 грудня 2023 р.). — С. 122-126.



метадані

Заголовок

Поліщук Юлія_магістерська робота

Автор

Науковий керівник / Експерт

Поліщук Юлія

Олександр Непша

підрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after B.Khmelnitskyi

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		12
Інтервали		0
Мікропробіли		393
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		89

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності вказує, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

