



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία
Θέμα: «Επιλεκτική Αλαλία: Βιβλιογραφική
ανασκόπηση της διαταραχής»

Βασιλική Παλόγου ΑΜ: 17152

Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2022



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία
Θέμα: «Επιλεκτική Αλαλία: Βιβλιογραφική
ανασκόπηση της διαταραχής»

Βασιλική Παλόγου ΑΜ: 17152

Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2022

**SELECTIVE MUTISM: A LITERATURE REVIEW OF
THE DISORDER**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή
Ιωάννινα, Μάρτιος 2022

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Επίκουρος Καθηγητής

2. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής

Χριστοδουλίδης Παύλος,

Δρ. Ψυχολογίας, Υπότροφος Ακαδημαϊκής Εμπειρίας

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

© Παλόγου Βασιλική, 2022.
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Βασιλική Παλόγου

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ταφιάδη , για την σημαντική καθοδήγηση και υποστήριξη του, καθώς και για την πάντοτε ευγενή και επικοινωνιακή διάθεση που έδειξε κατά το διάστημα της συνεργασίας μας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του ιδρύματος που, σε όλη τη διάρκεια της φοίτησης μας, είχαν ως κύριο σκοπό, να μας παρέχουν όσο το δυνατόν περισσότερες γνώσεις , ώστε να πετύχουμε μία ομαλή και ολοκληρωμένη μετάβαση στην επαγγελματική μας, μετέπειτα, ζωή.

Τέλος , δεν θα μπορούσα παρά να ευχαριστήσω, εκ βάθους καρδιάς την οικογένεια μου για την ανεκτίμητη υποστήριξη που μου πρόσφερε καθ' όλη τη διάρκεια αυτής μου της προσπάθειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό να προσεγγίσει βιβλιογραφικά τη φύση της επιλεκτικής αλαλίας, μιας διαταραχής που μέχρι και σήμερα παραμένει, σχετικά, απροσδιόριστη ως προς τους παράγοντες που την καθορίζουν και ως προς τις θεραπευτικές οδούς που ακολουθούνται από τους κλινικούς για την αντιμετώπιση της. Ο επιστημονικός κόσμος που αναφέρεται στην επιλεκτική αλαλία, κάνει λόγο για μία ψυχιατρική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, που κύριο σύμπτωμα έχει την αποτυχία του ατόμου να μιλήσει παρά την φυσιολογική ικανότητα ομιλίας. Σε αυτή την πτυχιακή εργασία, θα γίνει αναφορά στους παράγοντες που ενδέχεται να σχετίζονται με την εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς, ενώ θα παρατεθεί και ένα σύνολο μεθόδων για την ενδελεχή αξιολόγηση και διάγνωση της διαταραχής. Τέλος, θα γίνει αναφορά στο πολυμεθοδικό πρόγραμμα θεραπείας, όπως έχει διαμορφωθεί από τους ειδικούς παιδοψυχολόγους και λογοπαθολόγους τα τελευταία χρόνια, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της παρούσας διαταραχής.

Λέξεις – Κλειδιά: Επιλεκτική αλαλία, Εννοιολογική προσέγγιση, Ψυχιατρικές διαταραχές, Διαταραχές της παιδικής ηλικίας, Αιτιολογική προσέγγιση, Διάγνωση και αξιολόγηση, Θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is the bibliographic approach to the nature of selective mutism, a disorder that until today remains relatively undefined, in terms of the factors that determine it and in terms of the therapeutic paths followed by clinicians to treat it. The scientific word, which refers to selective mutism, speaks of a mental childhood disorder, with the main symptom being the failure of the individual to speak despite the presence of normal speaking ability. Therefore, in this dissertation, reference will be made to the factors that may be related to the manifestation of this behavior, while a set of methods for the thorough evaluation and diagnosis of the disorder will be presented. Finally, reference will be made to the multidimensional treatment program, as developed in recent years by specialist child-psychologists and speech pathologists, for the effective treatment of this disorder.

Keywords: Selective mutism, Conceptual approach, Mental disorders, Childhood disorders, Causal factors, Diagnosis and evaluation, Therapeutic approaches.

Περιεχόμενα

Δήλωση μη λογοκλοπής, σελίδα 7

Ευχαριστίες, σελίδα 8

Περίληψη, σελίδα 9

Abstract, σελίδα 10

Εισαγωγή:

Η φύση της γλώσσας, σελίδα 13

Η έννοια της συστολής: ο διαχωρισμός από την επιλεκτική αλαλία, σελίδα 14

Ιστορική αναδρομή της διαταραχής της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 15

Κεφάλαιο 1• Η φύση και τα αίτια της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 17

1.1. Η πορεία της διαγνωστικής προσέγγισης της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 17

1.1.2. Η εννοιολογική προσέγγιση της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 17

1.1.3. Ο επιπολασμός και η ηλικία εκδήλωσης της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 18

1.2. Αναφορικά με την επιλεκτική αλαλία: Παράθεση αντιπροσωπευτικών κλινικών περιστατικών που διαγνώστηκαν με επιλεκτική αλαλία, σελίδα 20

1.3. Η προσωπική ιστορία της Sophia Blum, σελίδα 22

1.4. Η αιτιολογική προσέγγιση της επιλεκτικής αλαλίας-Τα αίτια εμφάνισης της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 23

1.4.1. Η κληρονομικότητα, σελίδα 25

1.4.2. Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές, σελίδα 28

1.4.3. Οι παράγοντες συμπεριφορικής θεωρίας, σελίδα 30

1.4.4. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον, σελίδα 33

1.4.5. Η διγλωσσία, σελίδα 36

1.4.6. Οι ψυχολογικοί παράγοντες και η ψυχοδυναμική θεωρία, σελίδα 38

Κεφάλαιο 2• Η διάγνωση και η αξιολόγηση της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 44

2.1. Τα κριτήρια διάγνωσης επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 44

2.1.2. Η αξιολόγηση της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 45

2.1.3. Η λήψη ιστορικού από τον γονέα, σελίδα 46

2.2. Εργαλεία αξιολόγησης της επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 49

2.2.1. Η ψυχοπαθολογική αξιολόγηση, σελίδα 49

2.2.2. Η αξιολόγηση της επικοινωνιακής ικανότητας, σελίδα 52

2.2.3. Η αξιολόγηση του γνωστικού επιπέδου, σελίδα 55

2.2.4. Η αξιολόγηση της ακουστικής ικανότητας, σελίδα 59

2.2.5. Τύποι επιλεκτικής αλαλίας, σελίδα 60

Κεφάλαιο 3• Η συννοσηρότητα και το τυπικό προφίλ των παιδιών στην επιλεκτική αλαλία, σελίδα 64

3.1. Οι διαταραχές ομιλίας και λόγου στην επιλεκτική αλαλία, σελίδα 64

3.1.2. Οι αγχώδεις διαταραχές και η επιλεκτική αλαλία, σελίδα 68

3.1.3. Η κοινωνική φοβία στην επιλεκτική αλαλία, σελίδα 76

3.1.4. Συννοσηρότητα επιλεκτικής αλαλίας με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, σελίδα 77

3.1.5. Η διαφορική διάγνωση στην επιλεκτική αλαλία, σελίδα 78

3.2. Το κοινωνικό και συμπεριφορικό προφίλ των παιδιών με επιλεκτική αλαλία, σελίδα 78

Κεφάλαιο 4• Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στην επιλεκτική αλαλία, σελίδα 82

4.1.	Η ψυχοδυναμική θεραπεία,	σελίδα 83
4.2.	Η συμπεριφορική θεραπεία,	σελίδα 84
4.2.1.	Η διαχείριση έκτακτης ανάγκης,	σελίδα 87
4.2.2.	Η διαμόρφωση,	σελίδα 89
4.2.3.	Η εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων,	σελίδα 92
4.2.4.	Η εξασθένιση ερεθίσματος,	σελίδα 94
4.2.5.α)	Η συστηματική απευαισθητοποίηση,	σελίδα 96
4.2.5.β)	Η στάθμιση της ιεραρχικής κλίμακας απευαισθητοποίησης,	σελίδα 97
4.2.6.α)	Η χαλάρωση,	σελίδα 99
4.2.6.β)	Το πρόγραμμα «MindUP»,	σελίδα 100
4.2.7.	Η αυτομοντελοποίηση,	σελίδα 103
4.2.8.	Η μεταφορά ελέγχου,	σελίδα 105
4.3.α)	Η θεραπεία στο οικογενειακό πλαίσιο,	σελίδα 106
4.3.β)	Η θεραπεία στο πλαίσιο του σχολείου,	σελίδα 108
4.4.	Η φαρμακοθεραπεία στην επιλεκτική αλαλία,	σελίδα 109
	Επίλογος,	σελίδα 112
	Βιβλιογραφία,	σελίδα 113

Εισαγωγή

Η φύση της γλώσσας.

Όπως έχει εδραιωθεί, η μελέτη της γλώσσας κινείται γύρω από βασικούς άξονες. Στην βασική τους κατηγοριοποίηση, αυτοί οι τομείς είναι τέσσερις: ο ήχος της γλώσσας, η οργάνωση εντός (λεξικό περιβάλλον) και στο ευρύτερο περιβάλλον πρότασης, η οργάνωση των εννοιών και η χρήση της γλώσσας (φωνολογία, γραμματική, σημασιολογία και πραγματολογία). Οι τομείς αυτοί, έχουν ο καθένας τους δικούς τους αναπτυξιακούς “χώρους” και “τρόπους” εκδήλωσης και προόδου, ενώ όλοι θα υποστούν μία προβλεπόμενη διαδικασία υποδοχής, κωδικοποίησης, κατανόησης, αποκωδικοποίησης, παραγωγής και έκφρασης. Ο Chomsky επικεντρώθηκε, μεταξύ των πολλών θέσεων και θεωριών που εξήγαγε, στην άποψη ότι ο ήχος της γλώσσας (η φωνολογία και οι κανόνες που τη διέπουν), καθώς και η γραμματική, οργανώθηκαν βάσει έμφυτων κανόνων, οι οποίοι είναι κοινói σε όλες τις γλώσσες και δεν διδάσκονται (θεωρία της έμφυτης, καθολικής γραμματικής), εν αντιθέσει με τη σημασιολογία και την πραγματολογία που απαιτείται να διδαχθούν (Cook, 1985). Στον επιστημονικό χώρο, υποστηρίζεται η ιδέα, πως η σημασιολογία και η πραγματολογία διέπονται από κανόνες που πιστοποιούν τον ισχυρό ρόλο του περιβάλλοντος (η σημασιολογία με την πραγματολογία, έχουν τη σχέση της μορφής εισόδου-αλληλεπίδρασης) στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος σε όλους τους τομείς (συμπεριλαμβανομένων και της φωνολογίας και της γραμματικής) (Cook, 1985; Gleason, 2005). Διατυπώνεται επίσης, ότι το λεξιλογικό εύρος αποτελεί παράγοντα που μπορεί να εξασφαλίσει σχολική επιτυχία. Είναι καίριο να τονιστεί ήδη από την αρχή η σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων στην ανάπτυξη του λεξιλογίου του παιδιού (Chomsky, 2014). Τέτοιοι παράγοντες σχετίζονται με την ανάγνωση παιδικών ιστοριών, τη συζήτηση και την «ποιότητα» της. Συνήθως, αυτοί οι παράγοντες έχουν και προϋποθέσεις, όπως την κοινωνική κατάσταση της οικογένειας (εξωστρεφείς ή εσωστρεφείς γονείς), το μορφωτικό επίπεδο τους (επίπεδο ακαδημαϊκής εκπαίδευσης των γονέων), το οικονομικό επίπεδο αποδοχών τους ενώ, επίσης λαμβάνεται υπόψιν, εάν ο δέκτης αυτών των συζητήσεων πρόκειται για πρωτότοκο παιδί. Αυτές οι προϋποθέσεις, «κατευθύνουν» τις συζητήσεις στο μεσημεριανό τραπέζι, που θα παρευρίσκονται όλα τα μέλη της οικογένειας, τον αριθμό εκφοράς λέξεων, τη λεξιλογική ποιότητα τους και τη φραστική πολυπλοκότητα (προτάσεις αριστερής διακλάδωσης -πολλές δευτερεύουσες προτάσεις-, ή δεξιάς διακλάδωσης-απλοϊκή συντακτική δομή-) (Snow, 1998). Όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες και τομείς της γλώσσας έχουν μία σχέση αλληλεξάρτησης, παρά του

ξεχωριστού προσωπικό χαρακτήρα κάθε κατηγορίας και παράγοντα. Εκδηλώνονται ως ακολουθία, μέσω της οποίας εκφράζονται τα “συστατικά” της γλώσσας (Gleason,1997; Rollins,1994).

Η έννοια της συστολής: ο διαχωρισμός από την επιλεκτική αλαλία.

Από μια προοδευτική άποψη, η ντροπαλή συμπεριφορά προκύπτει από μία σύγκρουση προσέγγισης-αποφυγής (Asendorpf,1993). Ένα παιδί παρακινείται να προσεγγίσει τους άλλους, αλλά αυτή η τάση προσέγγισης αναστέλλεται από μία τάση ταυτόχρονης αποφυγής. Αυτή η σύγκρουση προσέγγισης-αποφυγής παρουσιάζεται φυσιολογικά στα περισσότερα παιδιά όταν έρχονται σε κοινωνική συναναστροφή με έναν άγνωστο συνομήλικο. Με μια απλή παρατήρηση θα διαπιστώσουμε ,ότι ένα παιδί, στο αρχικό στάδιο αυτής της συναναστροφής ,ενδέχεται να σταματήσει το παιχνίδι του και να αρχίσει να παρακολουθεί διεξοδικά τον άγνωστο συνομήλικο. Αργότερα, θα επιλέξει να ενταχθεί σε παράλληλο παιχνίδι και σε τελικό στάδιο, θα ενταχθεί γρήγορα στη δραστηριότητα του συνομηλικού (βλ. Asendorpf, 1993b, για την περιγραφή μιας ομαλής διαδικασίας εξοικείωσης με ομότιμους).

Η προαναφερθείσα συμπεριφορά, είναι φυσιολογική από αναπτυξιακή άποψη. Κατά Sroufe (1977),ο φόβος για τους ξένους αρχίζει να εκδηλώνεται προσεγγιστικά στην ηλικία των 8 μηνών και δεν εμπεριέχει το στοιχείο της αυτογνωσίας στην εκδήλωσή του. Αντίθετα, ο κοινωνικός φόβος απαιτεί την αξιολόγηση του δημόσιου εαυτού του ατόμου που τον εκδηλώνει(δηλαδή αξιολόγηση του εαυτού με τον τρόπο που τον βλέπουν οι άλλοι και συνεπώς απαιτεί και μία στοχαστική αυτογνωσία που αναπτύσσεται γύρω στους πρώτους 18 μήνες της ζωής του ατόμου (βλέπε Lewis, Sullivan, et al., 1989, στους οποίους γίνεται μία αναφορά εμπειρικών στοιχείων σχετικά με την αυτοανάπτυξη και τα υποσυνείδητα συναισθήματα). Επομένως, ο Asendorpf (1993) συμπέρανε ότι ο φόβος της κοινωνικής αξιολόγησης ενδέχεται να λειτουργεί σε υψηλότερο γνωστικό επίπεδο συγκριτικά με τον φόβο απέναντι στους ξένους, και πρότεινε ένα κοινό μοντέλο προσέγγισης για την ντροπαλότητα, στο οποίο η ίδια παρατηρούμενη ντροπαλή συμπεριφορά μπορεί να προκύψει από δύο διαφορετικές ανασταλτικές διαδικασίες. Σύμφωνα με αυτή την οπτική γωνία, αυτές οι συμπεριφορικές διαδικασίες αφορούν στη μη φυσιολογική συστολή που σχετίζεται με αγνώστους και στη μη φυσιολογική συστολή εξαιτίας ανησυχιών κοινωνικής αξιολόγησης. Ωστόσο, αν και οι δύο διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το υπόβαθρο της γνωστικής επεξεργασίας, μπορεί να “μοιράζονται” την ίδια φαινομενικά συμπεριφορά (Asendorpf, 1993).

Πως εξηγείται όμως, η περίπτωση κατά την οποία αυτή η συστολή που χαρακτηρίζεται από τη διάθεση προσέγγισης-αποφυγής σε τελική εξέλιξη, δεν περιέχει τη διάθεση της προσέγγισης; Που κατατάσσεται ένα παιδί με ασυνήθιστη συστολή που την διακρίνει η έντονη και κυρίως σταθερή τάση αποφυγής ιδιαιτέρως όταν αυτή εμφανίζεται στα διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα(όπως είναι το σχολείο ή άλλες κοινωνικές δραστηριότητες);Που θα μπορούσε να αποδοθεί η διάθεση αποφυγής όταν δεν περιορίζεται μόνο σε μία σωματική ακινησία ή μόνο στη βλεμματική αποστροφή, αλλά εκδηλώνεται και με την απροθυμία ή και διακοπή έκφρασης λόγου, με τη μορφή αλαλίας;

Γενικότερα, υπάρχουν αρκετές μορφές αλαλίας, που κατά βάση ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες ευρέως φάσματος. Η πρώτη κατηγορία έχει να κάνει με τη βιολογική βάση της αλαλίας που μπορεί να σχετίζεται με σοβαρές διαταραχές, όπως σοβαρή κώφωση, νοητική υστέρηση, βρεφικός αυτισμός ή ακινητική αλαλία. Η δεύτερη κατηγορία σχετίζεται με την ψυχοσυναισθηματική σύσταση, στην οποία μπορεί να έχει τη βάση της η φύση της διαταραχής, όπως υποστηρίζεται από αρκετούς συγγραφείς (Kristensen, 1997; Krysanski, 2003; Schwartz, Freedy, et al., 2006). Αυτή η κατηγορία μπορεί να χωριστεί σε δύο επιμέρους κατηγορίες. Η πρώτη αφορά την «τραυματική» αλαλία και πρόκειται για συμπεριφορική εκδήλωση που σχετίζεται άμεσα με έντονες ψυχολογικές καταστάσεις, όπως μπορεί να αποτελεί ένα μετατραυματικό σοκ(που μπορεί να είναι σωματικό ή ψυχολογικό και η δεύτερη σχετίζεται με την επιλεκτική αλαλία (Kolvin & Fundudis,1981; Standart & Couteur,2003). Περαιτέρω όμως θα γίνει αναφορά σε αυτή την κατηγορία στο 2^ο κεφάλαιο.

Ιστορική αναδρομή της διαταραχής της επιλεκτικής αλαλίας.

Στα τέλη του 19ου αιώνα, ο Kussmaul (1877) περιέγραψε μία διαταραχή κατά την οποία τα άτομα δεν εξέφραζαν ομιλία σε ορισμένες καταστάσεις, παρά το γεγονός ότι είχαν την ικανότητα να μιλήσουν. Ονόμασε αυτή τη διαταραχή «aphasia voluntaria» περιγράφοντας έτσι ,μία κατάσταση στην οποία τόνισε αυτό που πίστευε, ότι δηλαδή πρόκειται για μία εθελοντική επιλογή του ατόμου να μην εκφράσει λόγο σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις. Το 1934, ο Tramer, διερευνώντας περιστατικό ενός αγοριού 8 ετών , διαπίστωσε τα ίδια συμπτώματα και έδωσε σε αυτή την κατάσταση τον ορισμό «εκλεκτική αλαλία», τονίζοντας την πεποίθηση ότι τα παιδιά επιλέγουν να μη μιλούν (Dow et al., 1995).

Έτσι, στο DSM-IV υιοθετήθηκε ένας νέος όρος, η «επιλεκτική αλαλία», που υπονοεί ότι αυτά τα παιδιά δεν μιλούν σε «επιλεγμένες» καταστάσεις ,θεωρία που τείνει να είναι πιο

συνεπής με τις νέες προκύπτουσες θεωρίες που εστιάζουν κυρίως σε θέματα κοινωνικού άγχους (Dow, et al, 1995).

Κεφάλαιο 1^ο

Η φύση και τα αίτια της επιλεκτικής αλαλίας.

1.1.Η πορεία της διαγνωστικής προσέγγισης της επιλεκτικής αλαλίας (επΑ).

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η διαταραχή περιγράφηκε χαρακτηριστικά για πρώτη φορά από τον Kussmaul το 1877 ο οποίος τεκμηριώνει ότι πρόκειται για μία κατάσταση, κατά την οποία το άτομο δεν εξέφραζε ομιλία σε ορισμένες περιπτώσεις, παρά την ικανότητα του να μιλήσει, χαρακτηρίζοντας την ως aphasia «voluntaria», τονίζοντας έτσι την εθελοντική απόφαση του ατόμου να μη μιλήσει, ενώ το 1934, ο Tramer μελετώντας μία περίπτωση ενός 8χρονου αγοριού της προσέδωσε τον χαρακτηρισμό «εκλεκτική» αλαλία (Krysanski, 2003). Αργότερα, το 1980 η φύση της διαταραχής όπως διαμορφώθηκε από την APA στο DSM-III ως επαναλαμβανόμενη άρνηση του ατόμου να μιλήσει σχεδόν σε όλες τις κοινωνικές καταστάσεις (APA, 1980). Προχωρώντας προς την συγκεκριμενοποίηση του ορισμού, το 1987 από την APA, στην έκδοση DSM-III-TR η επιλεκτική αλαλία ορίστηκε ως μια διαταραχή που εκφράζεται με επίμονη άρνηση του ατόμου να μιλήσει σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, ενώ υπογραμμίστηκε πως η άρνηση αυτή δεν σχετίζεται με σύμπτωμα κοινωνικής φοβίας, τονίζοντας έτσι τον παράγοντα του κοινωνικού πλαισίου (APA,1987). Έτσι, φτάνουμε το 1994 ,στα κριτήρια του DSM-IV ,το οποίο και οριστικοποιεί ως βασική συνθήκη για την διάγνωση της διαταραχής, το φυσικό περιβάλλον, ορίζοντας πως η διαταραχή διαπιστώνεται στην επίμονη αποτυχία του ατόμου να μιλήσει σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (APA,1994).Τέλος, στην έκδοση DSM-V γίνεται μία επιπλέον επισήμανση με την αναφορά ότι η αποτυχία του ατόμου να εκφράσει ομιλία δεν πρέπει να αποδίδεται σε οργανική ανικανότητα κατανόησης της γλώσσας ή έλλειψης γνώσης και άνεσης σχετικά με την ομιλούμενη ανά τις κοινωνικές καταστάσεις γλώσσα (APA,2013), ενώ στην ίδια έκδοση, παρατίθεται επιπλέον μία διεξοδική διαφορική διάγνωση μεταξύ των διαταραχών επικοινωνίας, του κοινωνικού άγχους και των ψυχωτικών διαταραχών (σχιζοφρένεια, διαταραχές αυτιστικού φάσματος), (Mayes & Horwitz, 2005; Kriti, 2018).

1.1.2.Η εννοιολογική προσέγγιση της επιλεκτικής αλαλίας .

Σύμφωνα με το DSM-IV η επιλεκτική αλαλία (επΑ) ορίζεται ως μία ψυχιατρική διαταραχή που εμφανίζεται συνήθως κατά την παιδική ή και εφηβική ηλικία και χαρακτηρίζεται από την επίμονη άρνηση του παιδιού για έκφραση λόγου σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (όπως για παράδειγμα στο σχολείο ή σε κοινωνικές καταστάσεις

συναναστροφής)ενώ σε άλλες καταστάσεις (όπως για παράδειγμα στο σπίτι),η παραγωγή ομιλίας του παιδιού είναι αρκετά φυσιολογική (American Psychiatric Association,1994).

Προκειμένου να εδραιωθεί η διάγνωση, το DSM-V (APA 2013) αναφέρει συγκεκριμένα ότι η απουσία της ομιλίας θα πρέπει να υφίσταται για τουλάχιστον για ένα μήνα .Το διάστημα αυτό προτείνεται διότι τα περισσότερα παιδιά διανύουν μία αρκετά αγχώδη περίοδο με τη λήξη της νηπιακής περιόδου που την διαδέχεται η είσοδος τους στο σχολείο και στην πρώτη δημοτικού, αφού καλούνται να αντιμετωπίσουν μία πρωτόγνωρη κατάσταση. Συνεπώς, πρέπει να επισημανθεί, ότι ένας ορισμένος βαθμός επιφυλακτικότητας-που μπορεί να εκφραστεί μεταξύ άλλων και με τη διακοπή ή άρνηση έκφρασης ομιλίας-μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογικός από αναπτυξιακή άποψη. Χρειάζεται επίσης να επισημανθεί ότι στο DSM-5 διευκρινίζεται ότι αυτή η αποτυχία του παιδιού να εκφράσει λόγο δεν αποδίδεται αιτιολογικά σε έλλειψη γνώσης ή στην αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος με την ομιλούμενη γλώσσα που χρησιμοποιείται στην όποια κοινωνική κατάσταση.

Μέχρι σήμερα,έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις αναφορικά με την ταξινόμηση της επιλεκτικής αλαλίας. Η βασική αντιπαράθεση εντοπίζεται ανάμεσα σε δύο βασικές ομάδες θεωρητικών-διαγνωστικών προσεγγίσεων της διαταραχής. Αφενός, σε αυτή που αντιμετωπίζει την επιλεκτική αλαλία ως σύμπτωμα μιας ευρύτερης συναισθηματικής διαταραχής, αφετέρου, στην ομάδα που την εκλαμβάνει σαν διαταραχή, αυτή καθαυτή. Μεταξύ άλλων, ο Wilkins (1985), ανέφερε ότι τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία διαφέρουν με αυτά που φέρουν συναισθηματικές διαταραχές σε βασικούς τομείς:

- στην υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης διαταραχών λόγου,
- στο ότι προέρχονται από διγονικές οικογένειες,
- στα χαρακτηριστικά που συγκροτούν την ιδιοσυγκρασία τους και
- στη σχέση που έχουν με τη μητέρα τους.(Wilkins, 1985)

1.1.3.Ο επιπολασμός και η ηλικία εκδήλωσης της επιλεκτικής αλαλίας (επΑς).

Οι Cunningham et., al., το 2004 χαρακτήρισαν την επΑ, ως διαταραχή «νέου» παιδιού. Η μέση ηλικία εκδήλωσης υπολογίζεται ανάμεσα στα 2,7 έως 4,1 έτη (Cunningham, et al., 2004; Freeman, et al., 2004; Kristensen, 2000). Ο επιπολασμός της επιλεκτικής αλαλίας κυμαίνεται από 0,47% έως 0,76 % βάσει συγκεντρωτικών μελετών περιπτώσεων από τη Δυτική Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ισραήλ (Viana, et al.,

2009). Σε προηγούμενες επιδημιολογικές μελέτες ,ο επιπολασμός αναφέρθηκε πολύ χαμηλότερος στο 0,03% έως 0,2% (Brown & Lloyd, 1975; Kumpulainen, et al., 1998). Η επιπολαστική ποικιλομορφία , κατά Kumpulainen (2002), αποδίδεται στα διαφορετικά αξιολογικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην εκάστοτε έρευνα.

Η επικράτηση της επΑΣ, αναφέρεται από τους Brown & Lloyd το 1975, σε ένα ποσοστό επιπολασμού της τάξης του 7,2 ανά 1.000 σε παιδιά ηλικίας 5 ετών. Οι ίδιοι επίσης αναφέρουν ,ότι από αυτό το δείγμα παιδιών, το 0,3-0,6 σε κλίμακα 1.000 παιδιών, εξακολουθούσε να διατηρεί την αλαλία του και ένα χρόνο μετά την έναρξη του πρώτου σχολικού του έτους. Ενδέχεται μάλιστα, η συχνότητα εμφάνισης και εξέλιξης αυτής της διαταραχής, να είναι υψηλότερη από αυτή που αναφέρεται, σε σύγκριση με άλλες διαταραχές ψυχοπαθολογικού τύπου (π.χ. εναντιωματική διαταραχή, διαταραχή αποχωρισμού κ.λπ.). Αυτή η μη αντιπροσωπευτική επιπολαστική καταγραφή οφείλεται στο μετριοπαθές προφίλ της διαταραχής.

Η επΑ, στα περιβάλλοντα που εκδηλώνεται (σχολείο, εξωσχολικές δραστηριότητες και άλλες μορφές κοινωνικής συναναστροφής) δεν μεταφράζεται ως προβληματική-συμπεριφορική διαταραχή από τους δέκτες της (π.χ. από τους δασκάλους που συναναστρέφονται το παιδί στο σχολείο). Τα παιδιά που τη φέρουν, δεν δημιουργούν προβλήματα στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος, αφού τείνουν να είναι πέραν του δέοντος συνεσταλμένα και επιδιώκουν, πάντα, να περνούν απαρατήρητα (δεν ενοχλούν κανέναν από τους συμμαθητές τους, δίνοντας ως πρώτη εντύπωση στους επιβλέποντες δασκάλους τους, αυτή του ήσυχου παιδιού) (Hesselman , 1983; Lesser-Katz, 1986; Standart & Couteur, 2003). Αναφέρεται επίσης , πως τα συμπτώματα της διαταραχής της τείνουν να εμφανίζονται νωρίτερα, περίπου στις ηλικίες μεταξύ τριών έως πέντε ετών, αλλά δεν είναι δυνατή η διάγνωση ωσότου οι συμπεριφορές εκδηλωθούν εκτός οικογενειακού πλαισίου, και μέχρι τότε τα παιδιά χαρακτηρίζονται απλώς ως ‘ντροπαλά’ (Kumpulainen, et al., 1998; Standart & Couteur, 2003). Συνήθως, τα παιδιά παραπέμπονται για θεραπεία μετά τον πρώτο χρόνο έναρξης του σχολείου σε ηλικίες μεταξύ έξι και έντεκα ετών, με γενικότερο μέσο όρο ηλικίας να αναφέρονται τα εννέα έτη (Kumpulainen, et al., 1998). Η αναλογία μεταξύ των δύο φύλων κυμαίνεται στο 2,6:1 για τα κορίτσια και 1,5:1 αντίστοιχα για τα αγόρια (Freeman, et al., 2004). Υποστηρίζεται ότι η παρατηρούμενη αναλογική διαφορά μεταξύ των φύλων, αντανακλά μία γενικότερη τάση του γυναικείου φύλου προς τις αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με τους άνδρες (Standart & Couteur, 2003).

Κατά APA (American Psychiatric Association 1994) , η επΑ μπορεί να διαρκέσει λίγους μήνες έως και αρκετά χρόνια μετά την εμφάνιση της. Τα ποσοστά επικράτησης είναι κατά κύρια παραδοχή υψηλότερα στα παιδιά συγκριτικά με τους ενήλικες (Kumpulainen, 2002). Οι περιπτώσεις της διαταραχής σε ενήλικες είναι αρκετά σπάνιες και σε αυτή την κατηγορία, η αναστολή ομιλίας θα υπάρξει περισσότερο στα πλαίσια εκδήλωσης κοινωνικού άγχους (Freeman, et al., 2004). Όπως αναφέρουν μάλιστα οι Garcia et al. (2004), το γεγονός ότι η επιλεκτική αλαλία δεν εμφανίζεται σε ενήλικες, μπορεί να αποδοθεί στο ότι ,η συγκεκριμένη κατηγορία μπορεί να ελέγχει πιο ‘περίτεχνα’ το περιβάλλον της και να αποφεύγει καταστάσεις που θα αναμενόταν ομιλία, χωρίς να κινηθεί κάποια υποψία. Πάντως αναφορικά και με τη φύση της διαταραχής έχει παρατεθεί ,ότι ακόμα και σε περιπτώσεις που φαίνεται να έχει «θεραπευτεί», οι ασθενείς φαίνονται να προσπαθούν να διαχειριστούν τα συμπτώματα ντροπαλότητας και κοινωνικού άγχους καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Joseph, 1999). Συγκεκριμένα, σε μελέτη παρακολούθησης δείγματος 41 νεαρών, ενήλικων ατόμων που κατά την παιδική τους ηλικία είχαν διαγνωστεί με επιλεκτική αλαλία, διαπιστώθηκε ότι περίπου το 60% εξ αυτών συνεχίζει να προσπαθεί να διαχειριστεί την συστολή του, σε μία διαρκή προσπάθεια ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης και των κοινωνικών δεξιοτήτων επικοινωνίας (Remschmidt, et al., 2001).

1.2. Αναφορικά με την επιλεκτική αλαλία: Παράθεση αντιπροσωπευτικών κλινικών περιστατικών που διαγνώστηκαν με επιλεκτική αλαλία.

Ξεκινώντας, είναι σκόπιμο να αναφερθώ στο βιβλίο της PHD Angela t.McHolm με τίτλο «*Helping your child with selective mutism*» (2005) στο οποίο παρουσιάζει αντιπροσωπευτικές περιπτώσεις παιδιών που διαγνώστηκαν με επΑ.

‘‘Η Σάρα είναι μία 6χρονη μαθήτρια που φοιτά σε τυπικό δημοτικό σχολείο στην πρώτη τάξη του δημοτικού. Σε ηλικία τριών ετών, η Σάρα αξιολογήθηκε από έναν λογοπαθολόγο επειδή αντιμετώπιζε προβλήματα στην άρθρωση της ομιλίας της. Η ίδια υποβλήθηκε σε μία βραχυπρόθεσμη περίοδο λογοθεραπείας και η μητέρα της αναφέρει ότι ο λόγος της είναι πλέον αποκατεστημένος. Μάλιστα, περιγράφει τη Σάρα ως μία ‘‘φασαρία’’ όταν είναι στο σπίτι με την άμεση οικογένεια. Αναφέρει επίσης, ότι η Σάρα θα εμπλακεί σε μία ευγενική συζήτηση με ενήλικες στην κοινότητα, όπως με τον υπάλληλο του παντοπωλείου ή με τον σχολικό τροχονόμο. Πρέπει να σημειωθεί ότι η οικογένεια της Σάρα έχει μετακομίσει δύο φορές από τότε που άρχισε το σχολείο και σε κάθε μετακόμιση έχει αλλάξει γείτονες και σχολείο. Η τωρινή της δασκάλα αναφέρει ότι η Σάρα είναι αρκετά αρεστή στην τάξη και πως

συχνά προκαλείται από τους ομότιμους της σε παιχνίδι. Όμως, η Σάρα μιλάει μόνο σε ένα παιδί στην τάξη, ένα κορίτσι με το οποίο γράφτηκαν στον ίδιο παιδικό σταθμό πριν από τρία χρόνια. Μιλάει στην μια και μοναδική της φίλη στο σχολείο σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν οι δύο τους βρίσκονται μόνες τους στην παιδική χαρά. Δεν έχει μιλήσει ποτέ στη δασκάλα της και στην πραγματικότητα δεν έχει μιλήσει ποτέ σε κανέναν από τους ενήλικες στο σχολείο της''.

''Ο Πέτρος είναι ένας εντεκάχρονος μαθητής της έκτης τάξης σε ένα μεγάλο σχολείο της πόλης. Ο ίδιος μετακόμισε σε αυτή τη χώρα πριν από πέντε περίπου χρόνια με τους γονείς και τη μικρότερη αδερφή του. Στο σπίτι η οικογένεια του συνεχίζει να μιλάει την μητρική της γλώσσα (που δεν είναι τα αγγλικά). Ο Πέτρος, ωστόσο έχει γνώση της αγγλικής γλώσσας που επιβεβαιώνεται και από τον βαθμό του, ενώ παράλληλα έχει την ικανότητα να μιλά και να επικοινωνεί στα αγγλικά χωρίς πρόβλημα. Όταν βρίσκεται με την οικογένεια του, ο Πέτρος μιλάει με άνεση και μάλιστα χαρακτηρίζεται ως ένα παιδί με εξαιρετικά καλή αίσθηση του χιούμορ. Αλλά, οι γονείς του Πέτρου τον περιγράφουν ως ένα αγόρι που ήταν πάντα ντροπαλό και επίσης αναφέρουν ότι πάντα αργούσε να ''ξεσταθεί'' (να έρθει σε λεκτική επικοινωνία) σε καταστάσεις με άγνωστους ανθρώπους. Παρόλου που έχει έναν ξεχωριστό φίλο από την γειτονιά του κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής του ηλικίας, ο Πέτρος δεν κατάφερε να αναπτύξει νέες φιλίες από τότε που μετακόμισε σε αυτή τη χώρα. Ο ίδιος τείνει να περνά το μεγαλύτερο μέρος από τον ελεύθερο χρόνο του μόνος του, κλεισμένος στο δωμάτιο του, παίζοντας ηλεκτρονικά παιχνίδια. Δεν συμμετέχει σε εξωσχολικές δραστηριότητες και τείνει να προτιμά να περνά χρόνο με την οικογένεια του. Με το συμπεριφορικό-συναισθηματικό προφίλ του Πέτρου μπορεί να συνδεθεί ο πατέρας του, αφού όπως λέει ο ίδιος θυμάται τον εαυτό του ως ένα οδυνηρά ντροπαλό αγόρι και επισημαίνει ότι ακόμα και σήμερα αισθάνεται άβολα σε κοινωνικές καταστάσεις.

Στο σχολείο, τείνει να κλείνεται στον εαυτό του και να περνάει τις περισσότερες ώρες του γεύματος και του διαλείμματος κάνοντας εργασίες. Δεν μιλάει σε κανέναν από τους συμμαθητές του στο σχολείο, αν και επικοινωνεί μη λεκτικά μαζί τους κατά τη διάρκεια ομαδικών εργασιών ή εργασιών στην τάξη. Διαπρέπει σε όλους τους θεματικούς τομείς και πάντα θέτει σαν προσωπικούς στόχους την επίτευξη υψηλών βαθμολογιών. Τα τελευταία χρόνια, ο Πέτρος έχει αρχίσει να μιλά σιγά-σιγά στους δασκάλους του, αλλά μόνο αν αυτό κρίνεται απαραίτητο σε καταστάσεις αξιολόγησης-για παράδειγμα αν χρειαστεί να θέσει ή να απαντήσει σε μία ερώτηση για κάποια εργασία ή για να δείξει τις αναγνωστικές του ικανότητες όταν αυτό απαιτείται. Σε αυτές τις προαναφερθείσες -σπάνιες περιπτώσεις χρήσης ομιλίας, ο

ίδιος επιλέγει να χρησιμοποιεί περιορισμένο λόγο(είναι λιγομίλητος),ενώ ταυτόχρονα έχει πολύ χαμηλό τόνο φώνησης(οριακός ψίθυρος)και με την προϋπόθεση να απέχει από τους συνομηλίκους του''.

1.3.Η προσωπική ιστορία της Sophia Blum.

Πριν προχωρήσουμε στην τυπική προσέγγιση της παρούσας πτυχιακής, θα ήταν χρήσιμο να γίνει μία σκόπιμη αναφορά στο βιβλίο «Unspoken Words» (2013) της Sophia Blum, του οποίου την επιστημονική τοποθέτηση ανέλαβε η Dr.Elisa Shipon-Blum.

Στο βιβλίο που έγινε λόγος, παρουσιάζεται η ιστορία της Sophia Blum, ενός κοριτσιού που διαγνώστηκε σε ηλικία 5 περίπου ετών με επΑ. Πρόκειται λοιπόν για την βιοματική παράθεση της ιστορίας της από την οπτική γωνία της Sophia για τον τότε παιδικό της εαυτό. Αυτή η προσωπική τοποθέτηση εικονοποιεί καίρια το ψυχοσυναισθηματικό κλινικό προφίλ και των δύο περιστατικών που αναφέρθηκαν εισαγωγικά αλλά και της επιλεκτικής αλαλίας (επΑς) ευρύτερα. Συγκεκριμένα, στο βιβλίο αναφέρονται (όπως εξοικονομεί και ο τίτλος) τα λόγια που δεν έχουν ειπωθεί. Ακολουθως αναφέρονται μερικές αντιπροσωπευτικές καταστάσεις με το ειλικρινές ψυχοσυναισθηματικό τους υπόβαθρο:

- “Όταν δε σηκώνω το χέρι μου στην τάξη, προσπαθώ να πω ότι φοβάμαι αρκετά να επιτρέψω στους υπόλοιπους να ακούσουν τη φωνή μου και δεν θέλω να κάνω κάποιο λάθος.”
- “Όταν λέω πως δεν μου αρέσει να κάνω γυμναστική στο σχολείο ,προσπαθώ να πω, πως νιώθω άβολα όταν περιτριγυρίζομαι από πολλά παιδιά ,και φοβάμαι πως θα χάσω την μπάλα, θα πέσω ή τα χέρια μου και τα πόδια μου θα “κοκκαλώσουν” και δε θα μπορώ να τρέξω.”
- “Αν δε μιλώ στον καλύτερο μου φίλο στο σχολείο, ακόμα κι αν του μιλώ στο σπίτι, θέλω να πω, ότι υπάρχουν κι άλλα παιδιά και δάσκαλοι γύρω μου και νιώθω άβολα με το να ακούσουν τη φωνή μου.”
- “Αν δε λέω «γεια» και «αντίο» στους γείτονες ή φίλους μου, προσπαθώ να πω, ότι γίνομαι νευρικός, και οι λέξεις “παγώνουν” προσπαθώντας να τις εκφράσω.”
- “Αν κάθομαι μόνος και δεν παίζω με τα άλλα παιδιά στο διάλειμμα, προσπαθώ να εξηγήσω, ότι δεν μπορώ να ζητήσω από κάποιον να παίξουμε και με κυριεύουν αισθήματα έντονου φόβου, όταν αποτελώ μέρος μιας ομάδας ανθρώπων.”

Οι προαναφερθείσες παραθέσεις, είναι μερικές από τις πολύ ειλικρινείς σκέψεις που υπάρχουν στο μυαλό αυτών των παιδιών που φέρουν το προφίλ της επιλεκτικής αλαλίας, και που ποτέ δεν τις εξωτερικεύουν. Ολοκληρώνοντας αυτή την αναφορά, αξίζει να αναφερθεί και η προσέγγιση της μητέρας της Sophia, ως γονέα που ασχολήθηκε διεξοδικά με την αντικειμενική φύση της διαταραχής του παιδιού της. Η ίδια (2015), χαρακτηρίζει την επΑ όπως τη βίωσε να εκδηλώνεται στην κόρη της, ως «διαταραχή της κοινωνικής επικοινωνίας» (Social Communication Anxiety Disorder, APA 2013).

1.4.Η αιτιολογική προσέγγιση της επιλεκτικής αλαλίας

Τα αίτια εμφάνισης της επιλεκτικής αλαλίας.

Η αιτιολογία της επιλεκτικής αλαλίας δεν έχει απολύτως προσδιοριστεί, λόγω της πολύπλευρης συμπτωματολογίας της. Στο παρελθόν, υποστηριζόταν έντονα η άποψη πως η τάση του γονέα για καταπιεστικό έλεγχο ή ο αυταρχικός τρόπος διαπαιδαγώγησης, οι έντονες συναισθηματικές συγκρούσεις ή κάποιο τραυματικό περιστατικό του παιδιού πριν την ηλικία των τριών ετών ενδέχεται να συνέβαλαν στην εμφάνιση της επιλεκτικής αλαλίας (Black & Uhde, 1995; Anstendig, 1999). Αυτές οι θέσεις έχουν αρκετά υποθετικό χαρακτήρα λόγω των πολύ περιορισμένων αντικειμενικών δεδομένων, που παρουσιάζουν μεν ένα δείγμα περιστατικών, που δεν παύει όμως δε, να είναι αρκετά περιορισμένο συγκριτικά με τον όγκο της έρευνας που έχει διεξαχθεί μέχρι σήμερα.

Το σύνολο των ειδικών επιστημόνων εμφανίζεται να υποστηρίζει εν τέλει, ότι η εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής δεν προκαλείται από κάποια συγκεκριμένη και μόνο αιτία. Επί της ουσίας, πρόκειται για μία διαταραχή η οποία εδράζεται σε αρκετούς τομείς, οι οποίοι μεταξύ τους βρίσκονται σε μία σχέση αλληλεπίδρασης, επηρεάζοντας ο έναν τον άλλον και κατηγοριοποιούνται σε πέντε επιμέρους άξονες (Cohan et al., 2006; Viana et al., 2009):

- Παράγοντες που συνδέονται άμεσα με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού(οικογενειακοί παράγοντες) (Cunningham, et al., 2004),
- Γενετικούς παράγοντες εξαιτίας των οποίων υπάρχει προδιάθεση του παιδιού να εμφανίσει κάποια στιγμή και κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες τη συγκεκριμένη διαταραχή(κοινωνική φοβία και κοινωνικό άγχος) (κληρονομικοί παράγοντες) (Black & Unde, 1995),
- Γενικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν τα επίπεδα άγχους του παιδιού(κυρίως παράγοντες που σχετίζονται με τον

οικογενειακό και κοινωνικό κλοιό),(συμπεριφορικοί παράγοντες) (Viana, et., al., 2009),

- Παράγοντες που σχετίζονται με τη διγλωσσία (Bradley & Sloman, 1975),
- Νευρολογικές διαταραχές από την πλευρά του παιδιού που επιδρούν αρνητικά στην ομαλή ανάπτυξη του λόγου(νευροαναπτυξιακοί παράγοντες) (Leonard & Topol, 1993),
- Ψυχολογικοί παράγοντες (Viana, et., al., 2009).

Με βάση τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών που έχουν διεξαχθεί κατά καιρούς, έχει εξαχθεί το συμπέρασμα ,πως η επΑ είναι άμεσα συνδεδεμένη με διάφορες δυσάρεστες εμπειρίες και αρνητικά γεγονότα τα οποία έχουν βιώσει τα παιδιά και τους έχουν προκαλέσει άγχος σε τόσο έντονο βαθμό, ώστε τα ίδια ενσυνείδητα να επιλέγουν, να απομονωθούν ,αποφεύγοντας τη χρήση της ομιλίας μέσα σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα ,τα οποία τα εκλαμβάνουν ως επιθετικά ή τουλάχιστον ανοίκεια (Baldwin & Cline, 1991; Black & Uhde, 1995; Steinhausen & Juzi, 1996; Standart & Couteur, 2003; Freeman, et al., 2004). Παρ' όλα αυτά, έχουν υπάρξει και έρευνες οι οποίες αμφισβητούν τα συγκεκριμένα συμπεράσματα, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις όπου μελετήθηκαν παιδιά τα οποία παρουσίαζαν τη συγκεκριμένη διαταραχή, δεν εντοπίστηκε κάποιο τραυματικό γεγονός, το οποίο να μπορεί συνδεθεί με την εμφάνιση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων (Browne, et al., 1963; Elson, et al., 1965; Kolvin & Fundudis, 1981; Krohn, et al., 1992). Στις έρευνες αυτές, οι υπεύθυνοι που τις πραγματοποίησαν, υποστήριζαν ότι στοιχεία όπως αυτά της παθητικής επιθετικότητας, ανυπακοής, θυμού και χειριστικής συμπεριφοράς συνθέτουν την προσωπικότητα των παιδιών με επΑ. Την ίδια στιγμή, υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η επιλεκτική αλαλία δεν αποτελεί αυτή καθαυτή διαταραχή, αλλά είναι ένα σύμπτωμα του συνολικού κλινικού προφίλ άλλων παιδικών ψυχικών διαταραχών (Lesser-Kartz, 1986; Baldwin & Cline, 1991; Yanof, 1996).

Σύμφωνα με τους Tancer και Klein (1991), σε περίπτωση που εκλάβουμε την επΑ ως αυτοτελή διαταραχή, θα μπορούσε να υποστηριχθεί, πως αφορά σε αναπτυξιακή διαταραχή ,η οποία εμπίπτει στον τομέα της ψυχοπαθολογίας.

Προκειμένου λοιπόν ,να υπάρξει ένα ασφαλές συμπέρασμα σε σχέση με τα αίτια τα οποία ,είτε μεμονωμένα ,είτε λειτουργώντας αθροιστικά , έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της αλαλίας ,είναι ιδιαίτερα επιτακτικής σημασίας ,να υπάρξει μία προσπάθεια διερεύνησης όλων των πιθανοτήτων και των αιτιών εμφάνισης του φαινομένου.

1.4.1. Η κληρονομικότητα.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές και τα ελλείμματα στον τομέα της επικοινωνίας, που μπορεί να εντοπιστούν στο οικογενειακό ιστορικό, φαίνεται να αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής της επΑς στα παιδιά. Υπάρχουν μελέτες που παραθέτουν πως κατά ένα μεγάλο ποσοστό, που ανέρχεται στο 50% , κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας θα έχει εμφανίσει ομοίως τη διαταραχή κατά τα παιδικά-εφηβικά χρόνια. Μάλιστα, παρατίθεται πως και οι γονείς αναφέρονται να χαρακτηρίζονται αρκετά «σιωπηλοί» (περίπου το 50% των περιπτώσεων) κατά την παιδική τους ηλικία(Steinhausen & Adamek, 1997). Αν και το δείγμα των μελετών αναφορικά με τη σύνδεση της επιλεκτικής αλαλίας με τις ψυχοπαθολογικές διαταραχές όσον αφορά την κληρονομικότητα, είναι περιορισμένο, εντούτοις, το διαθέσιμο υλικό παραθέτει πως, ένας εκ των δύο γονέων έχει εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης ή και κατάθλιψη αυτή καθαυτή. Σε έρευνα των Kolvin & Fundudis (1981) αναφέρθηκαν στο πλαίσιο της κληρονομικότητας, ένας ψυχικά διαταραγμένος πατέρας (21% του συνολικού δείγματος) ή και μία ψυχικά διαταραγμένη μητέρα (17% του συνολικού δείγματος). Πιο πρόσφατα, το 1997, σε έρευνα των Steinhausen & Adamek, βρέθηκε μία αρκετά υψηλή συχνότητα συμπεριφορικής συστολής και «σιωπηλότητας» σε συγγενείς πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού των παιδιών που διεγνώσθη με επιλεκτική αλαλία. Σημειώνεται ότι και οι εν λόγω συγγενείς παρουσιάζουν συνοδές συναισθηματικές διαταραχές, αναπτυξιακές διαταραχές άρθρωσης ή και διαταραχές εκφραστικού τύπου της γλώσσας. Μεταξύ άλλων, η οικογένεια στο συνολικό προφίλ της περιγράφεται συχνά ως απομονωμένη και ντροπαλή (Wergeland 1979; Rösler 1981).

Αναλυτικότερα, από τις έρευνες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε διεθνές επίπεδο (Golwyn & Sevlie, 1999; Remschmidt, et al., 2001; Chavira, et al., 2007) έχει πράγματι διεξαχθεί το συμπέρασμα πως, η πλειοψηφία των παιδιών που εμφανίζουν τα συμπτώματα της επΑς, σχετίζεται με αντίστοιχες συμπεριφορές που έχουν παρατηρηθεί από το ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Remschmidt et al. (2001), διαπιστώθηκε πως άτομα από την οικογένεια παιδιού με επΑ, είχαν ομοίως παρουσιάσει την αντίστοιχη διαταραχή ή κάποια άλλη συναισθηματική διαταραχή κατά την παιδική τους ηλικία. Στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αναφέρθηκε, πως ένα ποσοστό που αγγίζει το 18% από τις μητέρες, είχε εμφανίσει από ήπιες ψυχοπαθολογικές διαταραχές (π.χ. αλλαγές διάθεσης, ευερεθιστότητα ή διαταραχές κοινωνικής επαφής), μέχρι και σοβαρότερα προβλήματα ψυχοπαθολογίας (π.χ. χρόνια κατάθλιψη, χρόνιες νευρωσικές διαταραχές προσωπικότητας), ενώ μία μητέρα είχε ιστορικό εγκεφαλικής

βλάβης. Αναφορικά με τους πατέρες, το 9% παρουσίασε ένα αντίστοιχο προφίλ, ενώ μόνο τέσσερις δεν εμφάνισαν κάποια ψυχοπαθολογία. Το υπόλοιπο δείγμα ήταν επίσης ευρέων ψυχοπαθολογικών διαταραχών (σημειώθηκαν περιπτώσεις ήπιων ψυχοπαθολογικών διαταραχών, σοβαρότερων διαταραχών προσωπικότητας, ενώ παρατέθηκε και περιστατικό πατέρα που αυτοκτόνησε όντας πάσχων από χρόνια κατάθλιψη). Μεταξύ άλλων σημειώθηκαν ιστορικά από τρεις πατέρες με ιστορικό αλκοολισμού.

Αναφορικά με τους γονείς, διαπιστώνεται συχνά, πως κατά την παιδική τους ηλικία χαρακτηρίζονταν ως παιδιά με ένα έντονο αίσθημα ντροπής και συστολής (Black & Uhde, 1995; Rettew, 2000). Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά καταγράφηκαν και στην περίπτωση που εντός της οικογένειας υπήρχε και ένα μεγαλύτερο παιδί (Carozzi, et al., 2018). Παρατηρείται επίσης πως, συνήθως, οι κηδεμόνες των παιδιών τα οποία εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζονται και αυτοί από ένα υψηλό ποσοστό διστακτικότητας σε σχέση με την καθημερινή τους ζωή, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις αποφεύγουν να λαμβάνουν μέρος σε κοινωνικές δραστηριότητες όπου απαιτούνται ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες (Kristensen & Torgersen, 2002; Vecchio & Kearney, 2005). Σε μία άλλη μελέτη που διενεργήθηκε το 2007, από την Chavira και τους συνεργάτες της, στην οποία συμμετείχαν εβδομήντα οικογένειες οι οποίες είχαν κάποιο παιδί με επΑ, παρατηρήθηκε πως τα μέλη της οικογένειας χαρακτηρίζονταν από διάφορες κοινωνικές φοβίες και έντονο άγχος, το οποίο επηρέαζε την καθημερινότητά τους.

Σε γενικές γραμμές λοιπόν, βάσει της βιβλιογραφίας που έχει έως τώρα παρατεθεί και, θα παρατεθεί και στη συνέχεια, θα μπορούσε να ειπωθεί πως ο κληρονομικός παράγοντας αποτελεί ένα αρκετά σημαντικό στοιχείο σε σχέση με την εμφάνιση ή όχι της συγκεκριμένης διαταραχής στα παιδιά. Οι ποσοτικές εκτιμήσεις των χαρακτηριστικών της διάθεσης είναι περισσότερο κατατοπιστικές, όταν προσπαθούν να εξηγηθούν βάσει και του κληρονομικού τους χαρακτήρα (Steinhausen & Adamek, 1997). Εάν η επιλεκτική αλαλία, όπως παρατηρείται από σύνολο ερευνών, έχει κληρονομικό χαρακτήρα, τότε είναι πιθανό ότι συνοδεύεται και από τα νευρωτικά ή ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά των όποιων διαταραχών υπάρχουν στο οικογενειακό ιστορικό. (όπως η συμπεριφορική αναστολή και ντροπαλότητα). Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέφεραν σχετικά με τους γονείς των παιδιών με επιλεκτική αλαλία, πως χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα νευρωτισμού με την έννοια του έντονου άγχους, κατάθλιψης και έντονα ευάλωτης ιδιοσυγκρασίας (Chavira, et al., 2007). Οι Beidel et al. (2005) υποστήριξαν ότι, η επιλεκτική αλαλία, λόγω του έντονου συννοσηρικού προφίλ της, μπορεί να είναι δείκτης για ενδεχόμενο κίνδυνο ανάπτυξης αγχωδών και φοβικών διαταραχών εξελικτικά, επομένως σε κάθε περίπτωση η παρέμβαση

είναι απαραίτητη. Ωστόσο, είναι σαφές πως χρειάζεται να γίνουν περισσότερες έρευνες σε σχέση με τη μελέτη του DNA των παιδιών προκειμένου αυτή η άποψη να εδραστεί σε στερεά επιστημονικά θεμέλια (Chavira, et al., 2007).

Όπως θα αναφερθεί διεξοδικότερα στους ψυχολογικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, η επιλεκτική αλαλία φαίνεται να μοιράζεται αρκετά διαγνωστικά κριτήρια με την κοινωνική αγχώδη διαταραχή (Social Anxiety Disorder-SAD, APA, 1994) (Cohan, et al., 2008; Bögels, et al., 2010; Carbone, et al., 2010), ενώ ταυτόχρονα η SAD εμφανίζει κλινικά συμπτώματα εξασθενημένης γλώσσας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, όμοια με αυτά του κλινικού προφίλ των διαταραχών αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) (Autism Spectrum Disorder- ASD) (Kuusikko, et al., 2008; Simonoff, et al., 2008). Οι αναφορές αυτές αφορούν τόσο τα παιδιά που εμφανίζουν SAD, όσο και τις οικογένειες στις οποίες ανήκουν (Smalley, et al., 1995; Piven & Palmer, 1999). Έτσι, διαπιστώνονται φαινομενικά κοινοί παρονομαστές, που υποδηλώνουν μία παθοφυσιολογική σχέση μεταξύ των τριών προαναφερθέντων διαταραχών (SAD, επΑ, ΔΑΦ) σε τέτοιο επίπεδο, που σε ορισμένες των περιπτώσεων αντιμετωπίζεται δυσκολία στη διάγνωση της υπάρχουσας διαταραχής (Hartley & Sikora, 2009).

Ο λόγος που γίνεται στο παρόν κεφάλαιο αυτή η αναφορά, οφείλεται στην πρωτεΐνη CNTNAP2, ένα από τα μεγαλύτερα γονίδια στο ανθρώπινο γονιδίωμα. Η έλλειψη της συγκεκριμένης πρωτεΐνης εντοπίζεται στις πληροφορίες του DNA ατόμων με διαταραχές αυτιστικού φάσματος, όπως ομοίως έχει εντοπιστεί και στα άτομα που εμφανίζουν τη διαταραχή της επΑς. Φαίνεται λοιπόν, να υπάρχει έντονη συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων, της κληρονομικότητας και του DNA. Σε έρευνα που διεξήχθη το 2011 από τους Stein et al., συγκεντρώθηκε δείγμα από 99 διαφορετικές οικογένειες και διαπιστώθηκε ότι, οικογένειες που σχετίστηκαν με έντονο κοινωνικό άγχος, είχαν χαμηλές μετρήσεις για τη συγκεκριμένη πρωτεΐνη. Αναφορικά με την CNTNAP2, πρέπει να αναφερθεί, ότι πρόκειται για γονίδιο που εμπλέκεται στον αυτισμό και πιο συγκεκριμένα, σχετίζεται με το συστατικό που αναστέλλει την γλωσσική ανάπτυξη. Αντίστοιχα, η συγκεκριμένη πρωτεΐνη εμφανίζεται ως παράγοντας κινδύνου στο δείγμα που μελετήθηκε, αφού όπως ήδη αναφέρθηκε, εντοπίστηκε έλλειψη της σε νεαρούς ενήλικες με επΑ. Οι συγκεκριμένοι, εμφάνιζαν κλινικό προφίλ με χαρακτηριστικά συμπεριφορικής αναστολής και κοινωνικού άγχους. Το γεγονός ότι η έρευνα συνέκρινε συλλογικά οικογενειακά δείγματα και όχι μεμονωμένες περιπτώσεις ατόμων με επΑ, ισχυροποιεί τη βαρύτητα της θέσης της. Ωστόσο είναι αναγκαίο να γίνουν περισσότερες μελέτες δείγματος μελλοντικά λόγω των συνεχών ενημερώσεων από τις νέες προκύπτουσες αναφορικά με τη φύση της επιλεκτικής αλαλίας

και λόγω της γενετικής εξέλιξης που εμφανίζουν οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος (αυτισμός και ειδική γλωσσική διαταραχή κατά κύριο λόγο) (Geschwind, 2008; Weiss & Arking, 2009; Stein, et al., 2011) (για περισσότερες αναφορές σχετικά με την επΑ και τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος βλ.: κεφ. 3.1.4.).

1.4.2 Οι νευροαναπτυξιακοί παράγοντες.

Έχει αποδειχθεί, ότι αρκετές νευροαναπτυξιακές διαταραχές (νοητική υστέρηση, σχιζοφρένεια- διασχιστική ταυτότητα, αγχώδεις διαταραχές, δυσφορία φύλου-διαταραχές ταυτότητας), συνδέονται άρρηκτα με τη δυνατότητα του ατόμου να αναπτύξει τις κοινωνικές του δεξιότητες και την επικοινωνία ήδη από την παιδική κιόλας ηλικία (Viana, et al., 2009). Στα πλαίσια αυτά αρκετοί ερευνητές σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν επισημάνει πως συχνά ,η ύπαρξη διαφόρων τέτοιων διαταραχών ευθύνεται για την εμφάνιση της επιλεκτικής αλαλίας. Ωστόσο, ο επιπολασμός των διαταραχών λόγου και ομιλίας σε παιδιά με επιλεκτική αλαλία παρατηρείται να είναι αρκετά μεταβλητός, με ποσοστά να κυμαίνονται από 11% έως και 50% μεταξύ των δειγμάτων(Steinhausen and Juzi, 1996; Dummit et al.,1997; Brix & Hove, 1998 ; Kristensen, 2000).

Το 2000, η Kristensen πραγματοποίησε μία έρευνα αναφορικά με την συνύπαρξη διαφόρων αναπτυξιακών διαταραχών παράλληλα της επιλεκτικής αλαλίας. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν συνολικά 164 παιδιά (εκ των οποίων τα 54 είχαν τη διάγνωση της επιλεκτικής αλαλίας, μεταξύ των οποίων 32 κορίτσια και 22 αγόρια, και τα υπόλοιπα 108 αποτελούσαν την ελεγχόμενη ομάδα, χωρίς κάποια διάγνωση), ηλικιακού εύρους 3,6 -16,8 έτη. Διαπιστώθηκε λοιπόν, πως στο σύνολο αυτών των παιδιών, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ,το οποίο αφορούσε περίπου ένα στα τρία παιδιά (30,3%), προϋπήρχαν προβλήματα τα οποία σχετίζονται άμεσα με διαταραχές λόγου και ομιλίας. Παράλληλα, το 68,5% των παιδιών με επΑ βρέθηκε να πληροί τα κριτήρια για διαγνώσεις αναπτυξιακών διαταραχών (εναντιωματική διαταραχή, διαταραχές διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές). Τα μισά περίπου παιδιά με επΑ φάνηκαν να πληρούν τα κριτήρια του DSM-IV για μία ή περισσότερες διαταραχές κοινωνικής επικοινωνίας [SCD/ Social (Pragmatic) Communication Disorder,2014], (Swineford, et al., 2014) ενώ περίπου το 25% των παιδιών αυτής της ομάδας βρέθηκαν συμβατά για διάγνωση Asperger, σύμφωνα και με τις πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια που παρέθεσαν οι καθηγητές από τα σχολεία τους.

Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρήθηκε πως τα συγκεκριμένα παιδιά εμφανίζουν αδυναμία τόσο ως προς την κατανόηση του λόγου, όσο και ως προς τη δυνατότητά τους να εκφραστούν με αποτελεσματικό τρόπο (Mixed Receptive - Expressive Language Disorder /MILD, Expressive Language Disorder /ELD), σε ένα ποσοστό 17,3%,

ενώ ένα επίσης υψηλό ποσοστό, από τα δείγματα των παιδιών ,που ανήλθε στο 11,5%, εμφάνισε ειδική γλωσσική διαταραχή (Specific Language Impairment/ SLI). Μάλιστα, κατά Kristensen προτείνονται δύο αιτιολογικοί παράγοντες αναφορικά με την επιλεκτική αλαλία. Ο πρώτος αφορά στο άγχος και ιδιαίτερα στο κοινωνικό, ενώ ο δεύτερος σχετίζεται με γλωσσικές ελλείψεις και ευρύτερες αναπτυξιακές καθυστερήσεις (Kristensen, 2000).

Σε παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν (Steinhausen & Juzi 1996; Bergman, et al., 2002; Elizur & Perednik, 2003), διαπιστώθηκε πως, αν και τα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν επΑ, σε γενικές γραμμές , έχουν ικανοποιητικά επίπεδα μη λεκτικής, δεκτικής και γνωστικής ικανότητας και, ενώ είναι σε θέση να κατανοήσουν το λόγο και να εκφραστούν με επάρκεια, εντούτοις τις περισσότερες φορές επιλέγουν να κάνουν χρήση ενός πιο απλού λεξιλογίου. Παράλληλα, και η δομή του λόγου τους είναι αρκετά πιο απλοποιημένη σε σύγκριση με άλλα συνομήλικα, τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. (McInnes, et al., 2004).

Χαρακτηριστικά είναι και τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας, που διεξήχθη το 2007 από τους Manassis et al. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν παιδιά με διαγνώσεις αγχωδών διαταραχών, επΑς, αλλά και παιδιά τα οποία δεν είχαν καμία απολύτως διαταραχή. Τα ερευνητικά ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν, αφορούσαν την επάρκειά τους σε σχέση με την ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων και της γνωστικής τους λειτουργίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε πως τα παιδιά τα οποία εμφανίζουν επΑ, έχουν σαφώς πιο περιορισμένη δυνατότητα κατανόησης του λεξιλογίου, αλλά και της γραμματικής δομής της γλώσσας. Ειδικότερα, ως προς την κατανόηση της γραμματικής, διαπιστώθηκε πως μόνο 1 στα 4 παιδιά κατάφεραν να περάσουν με επιτυχία το κριτήριο αξιολόγησης, σε ένα ποσοστό 25%. Αξίζει ακόμα να αναφερθεί το γεγονός πως αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις αναφορικά με την οπτική τους μνήμη, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά (Manassis, 2007).

Ο Rösler το 1981, πραγματοποίησε μία έρευνα σχετικά με το κλινικά χαρακτηριστικά της επΑς. Πέραν των γλωσσικών καθυστερήσεων και δυσκολιών, που έχουν ήδη αναφερθεί μέχρι τώρα, διερεύνησε την συσχέτιση που θα μπορούσε να υπάρξει αναφορικά με κινητικές δυσλειτουργίες ως αιτία ελλιπούς ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο ίδιος χρησιμοποίησε την αξιολογική κλίμακα Denver (Denver Developmental Screening Test /DDST, 1967: πρόκειται για αξιολογικό τεστ ανίχνευσης γνωστικών και συμπεριφορικών προβλημάτων και απευθύνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας). Συμπερασματικά, σε ένα δείγμα 32 παιδιών διαπιστώθηκαν συμπεριφορικές και γλωσσικές αναπτυξιακές διαταραχές (καθυστερήση γλωσσικής ανάπτυξης, δυσλεξία) ενώ

σημαντική παρατήρηση για τον ίδιο αποτελεί, η αναφορά για οπτικοκινητικές (40,6%) και στοματοπροσωπικές δυσκολίες (31,3%). Το τότε συμπέρασμα του, οδήγησε τον ερευνητή να υποθέσει πως η επΑ, ενδεχομένως έχει και νευρολογικό υπόβαθρο.

1.4.3. Οι παράγοντες της συμπεριφορικής θεωρίας.

Μέχρι τώρα, έχει καταστεί σαφές πως τα παιδιά με επΑ, εμφανίζουν έντονο άγχος όταν βρίσκονται εκτεθειμένα σε ιδιαίτερες κοινωνικές συνθήκες (σχολείο, εξωσχολικές δραστηριότητες, συναναστροφές εκτός οικογένειας). Αυτό το άγχος τα οδηγεί στην εκδήλωση μιας συμπεριφοράς έντονης συστολή και διστακτικότητας. Η συμπεριφορά αυτή, εντείνεται με το πέρασ του χρόνου (αφού επαναλαμβάνεται, «μαθαίνεται»). (Kagan, et al., 1988; La Greca & Lopez, 1998) Προοδευτικά, το παιδί με επΑ, «περιχαρακώνεται» και αποκτά όλο και εντονότερες απομονωτικές τάσεις σε οτιδήποτε δεν εμπνέει οικειότητα στο ίδιο. Οι συμπεριφοριστές, χαρακτηρίζουν την επΑ ως «προϊόν» αυτής της μακράς έκθεσης σε μία σειρά αρνητικά ενισχυμένων προτύπων μάθησης (για περαιτέρω εξήγηση βλ. : κεφ. 4.2.), (Morris & Kratochwill, 1985; Dow, et al., 1995). Κατά τους συμπεριφοριστές, η σιωπηλή συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί είναι λειτουργική για το ίδιο και, διατηρείται λόγω του τρόπου που συνεχίζει να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του (Powell & Dalley, 1995; Anstendig, 1998). Όταν λοιπόν τα παιδιά αυτά, τα οποία είναι ιδιαίτερα προστατευμένα από το οικογενειακό τους περιβάλλον, βρεθούν ξαφνικά αντιμέτωπα με καταστάσεις που για αυτά είναι ανοίκειες, επιλέγουν να «κλειστούν», αποφεύγοντας κάθε επικοινωνία με τους άλλους, ώστε να αποφύγουν μία κατάσταση που τους φέρνει δυσφορία. Κατά Anstendig, (1998) αυτό το αρνητικά «μαθημένο» πρότυπο μάθησης γίνεται εντονότερο, επειδή συνήθως ενισχύεται από την οικογένεια. Συνήθως τα μέλη της ωθούν το παιδί με την επΑ περισσότερο στην προσκόλληση, παρά στην απευαισθητοποίηση (Subak, et al., 1982; Anstendig, 1998).

Έχουν περατωθεί αρκετές έρευνες με σκοπό τη διεξοδική προσέγγιση αυτής της σχέσης προσκόλλησης που δημιουργείται ανάμεσα σε γονείς (μητέρες κυρίως) και το παιδί (Compton, et al., 2004; Cunningham, et al., 2004; Cohan, et al., 2006). Αυτή η ιδέα δεν είναι τυχαία, αν σκεφτούμε ότι η σχέση μητέρας και παιδιού είναι από τις πρώτες σχέσεις που αναπτύσσονται προς την κοινωνική ζωή και αποτελεί μία μικρογραφία των μορφών των σχέσεων που θα αναπτυχθούν εξελικτικά, μεγαλώνοντας (Compton, et al., 2004). Οι Manassis et al., (1994), ερευνώντας αυτή τη μαθημένη συμπεριφορά προσκόλλησης, διεξήγαγαν έρευνα στην οποία συμμετείχαν 80 μητέρες με αγχώδεις διαταραχές. Οι μητέρες έλαβαν μέρος με τα παιδιά τους (με διάγνωση επΑς). Οι ίδιες, χαρακτηρίστηκαν στο 78% περίπου, από τις συμμετέχουσες, ως προσκολλημένες σε συμβάντα που ήταν καθοριστικά

για την ψυχοσυναισθηματική τους διαμόρφωση (τραύμα, κακοποίηση, απώλεια) και μη αυτόνομες στο κομμάτι της ψυχικής διαχείρισης. Αντίστοιχα, το 80% των παιδιών συμβαδίζει με το ψυχοσυναισθηματικό προφίλ των μητέρων τους, με χαρακτηριστικά ανασφάλειας, αποδιοργάνωσης, αμφιθυμίας και έντονης αποφυγής.

Ο Bowlby (1973) αναφέρθηκε στη θεωρία της προσκόλλησης συσχετίζοντας τη, με το «εσωτερικό μοντέλο εργασίας» του παιδιού. Κατ' αυτή τη θεωρία υποστηρίζεται πως, τα πολύ μικρά παιδιά έχουν μία εξελικτική προκατάληψη. Η προκατάληψη αυτή σχετίζεται με την εκδήλωση συμπεριφορών, που τα βοηθούν να κατακτήσουν μία σχέση εγγύτητας με τους επιβλέποντες τους, δηλαδή γονείς (σε αρχικό στάδιο κοινωνικοποίησης). Οι γονείς απ' την άλλη πλευρά συνεχίζουν να εκδηλώνουν αυτή τη συμπεριφορά, αφού τους βοηθά να ενισχύουν αυτή την εγγύτητα με το παιδί. Έτσι, σχηματίζεται ένας αμοιβαίος κύκλος, που όσο περισσότερο επαναλαμβάνεται, τόσο περισσότερο καθίσταται συμπεριφορά-πρότυπο. Το παιδί, συνεπώς, αναπτύσσει τα προσωπικά του πρότυπα και προσδοκίες με γνώμονα αυτά του περιβαλλοντικού του πλαισίου, δημιουργώντας ένα εσωτερικό μοντέλο εργασίας.

Στην περίπτωση της έρευνας των Manassis et al., (1994), οι προσδοκίες που αναπτύσσονται από τα προαναφερθέντα πρότυπα (μητέρες με έντονο ψυχογενές προφίλ), έχουν έντονο τον χαρακτήρα της ανασφάλειας (η ασφάλεια υπάρχει αποκλειστικά στο οικογενειακό περιβάλλον) και της τάσης απομονωτισμού εν όψει οποιασδήποτε νέας εμπειρίας, που δεν σχετίζεται με την οικειότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Το ενθαρρυντικό με αυτό το μοντέλο, έγκειται στο ότι ανήκει στο υποσυνείδητο και στο ότι μπορούν να αναπτυχθούν αρκετά τέτοια μοντέλα, καθώς το παιδί μεγαλώνει και έρχεται σε επαφή με περισσότερους χαρακτήρες επιρροής (συνομήλικα παιδιά, δάσκαλοι, άλλοι ενήλικες εκτός των γονέων). Εάν οι γονείς ή οι εκπαιδευτικοί, που παρατηρήσουν αυτού του είδους τις συμπεριφορές-πρότυπα, δεν λάβουν εγκαίρως τα απαραίτητα μέτρα «σπασίματος» των μοντέλων-προτύπων, τότε θα εξακολουθήσει να επαναλαμβάνεται και η συμπεριφορά της αλαλίας να τυποποιείται (Manassis & Bradley, 1994).

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως οι κοινωνικές αγχώδεις διαταραχές (Social Anxiety Disorders, SAD) (Roehr, APA, 2013; Crome, et al., 2015) και η συμπεριφορική αναστολή (behavioral inhibition, BI) (Hirshfeld-Becker, et al., 2008), συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους (Kagan, et al., 1988). Η παρατεταμένη και επίμονη απομάκρυνση από το κοινωνικό πλαίσιο, αρκετές φορές συνδέονται με άμεσο τρόπο με την εμφάνιση της επιλεκτικής αλαλίας (Perednik, 2011). Συνεπώς, εφαρμόζοντας τη θεωρία προσκόλλησης (Bowlby, 1973) και συνδυάζοντας τη με τρεις παράγοντες: (1) τη σχέση αγχωδών διαταραχών και συμπεριφορικής αναστολής, (2) το καθόλα νέο περιβάλλον (σχολικό) και,

(3) την απώλεια του υπερ-προστατευμένου οικογενειακού περιβάλλοντος, γίνεται αποδεκτό το πόρισμα των Claus & Blackford (2012) και Ollendick & Benoit (2012). Υποστηρίζεται σύμφωνα με τους ίδιους ότι αυτό το συνονθύλευμα μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος στο παιδί, εντείνοντας τη διστακτικότητά του και το αίσθημα συστολής, οδηγώντας το σταδιακά στην εμφάνιση σημαντικών διαταραχών άγχους και συμπεριφοράς, εντός των οποίων συμπεριλαμβάνεται και η επΑ (Claus & Blackford, 2012; Ollendick & Benoit, 2012).

Ωστόσο, καλό θα ήταν να επισημανθεί σε αυτό το σημείο πως ,αν σκεφτούμε ,ότι ο μέσος όρος ηλικιακής εκδήλωσης των κοινωνικών αγχωδών διαταραχών αναφέρεται περίπου στα 9 έτη (Kagan et al., 1993),η αιτιολογική τους συσχέτιση αναφορικά με την επιλεκτική αλαλία, λογίζεται ως παράγοντας αυξημένου κινδύνου. Δηλαδή, τα παιδιά που από την πρώιμη παιδική τους ηλικία εμπλέκονται σε αρκετά αγχογόνες περιβαλλοντικές καταστάσεις, έχουν αυξημένες πιθανότητες, να εμφανίσουν σε κάποιο στάδιο της αναπτυξιακής τους πορείας αγχώδεις διαταραχές που θα επηρεάσουν και πρωτύτερα το προφίλ της επιλεκτικής αλαλίας.

Δεν είναι λίγοι οι μελετητές που έχουν συνδέσει την επΑ με τις ευρύτερες διαταραχές άγχους (Black & Uhde, 1992;Steinhausen & Juzi, 1996; Dummit et al., 1997; Ford et al., 1998; Kristensen, 2000; Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004). Σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Yeganeh et al., το 2003, διαπιστώθηκε και πάλι αυτή η συσχέτιση. Μελετήθηκαν 23 παιδιά που έφεραν τη διάγνωση της διαταραχής ,τα οποία συγκρίθηκαν με άλλα 23 παιδιά που είχαν τη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας. Έπειτα από τα τεστ που χορηγήθηκαν και στις δύο ομάδες, τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις αξιολογικές κλίμακες άγχους που τους χορηγήθηκαν ,από ότι αυτές που σημειώθηκαν από τα παιδιά με κοινωνική φοβία. Συνεπώς, οι μελετητές υποστηρίζουν πως τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία δεν αρνούνται να εκφράσουν λόγο, επειδή απλώς «παγώνουν» από φόβο που τους προκαλείται, όταν πρόκειται να μιλήσουν. Αντίθετα, αυτή η άρνηση αποδίδεται στα υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους που τα διακατέχουν. Σε πολλές περιπτώσεις δε , στην προσπάθεια απόδοσης αυτού του κοινωνικού άγχους, μελετάται διεξοδικά η σχέση των παιδιών με τους γονείς του και ιδιαίτερα με τις μητέρες. Ενδέχεται λοιπόν, τα παιδιά που έχουν αρκετά παρεμβατικές μητέρες, να εκδηλώνουν αλαλία ως αντιδραστική συμπεριφορά, στην προσπάθεια τους να τις χειριστούν .

Πολλά παιδιά είναι πιθανό να εμφανίζουν αλαλία και μία έντονη άρνηση να προσαρμοστούν σε νέα περιβάλλοντα ,όχι εξαιτίας του αισθήματος της ντροπής που μπορεί να νιώθουν, αλλά διότι έχουν αυτές τις συμπεριφορές ως μοναδικό τρόπο αντίδρασης απέναντι στους κανόνες που τους επιβάλλονται στα πλαίσια της συνύπαρξής τους με άλλα

άτομα. Η επίδραση του οικογενειακού μοτίβου έχει άμεση σχέση με τον τρόπο της συμπεριφορικής εκδήλωσης του παιδιού και για το λόγο αυτό θα αναλυθεί περαιτέρω στο ακόλουθο υποκεφάλαιο. Πάντως, από όσα υποστηρίζονται μέχρι σήμερα, συμπεραίνεται πως η έντονη αντιδραστικότητα είναι δυνατό σε αρκετές περιπτώσεις να οδηγήσει τα συγκεκριμένα παιδιά στην αποφυγή χρήσης του λόγου, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν κάποια γλωσσική διαταραχή (Kristensen & Torgersen, 2001; Yageneh et al., 2003; Vecchio & Kearney, 2005; Cunningham et al., 2006).

1.4.4 Παράγοντες που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον.

Σε αρκετές έρευνες έχει διαπιστωθεί μία αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο υπερπροστατευτικό οικογενειακό μοντέλο και την εκδήλωση αλαλίας (Subak, et al., 1982; Dow, et al., 1995; Anstendig, 1998; Krysanski, 2003). Κατά τα δεδομένα αυτά, υποστηρίζεται ότι τα παιδιά, που προέρχονται από οικογένειες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος, τείνουν να δημιουργούν ένα παθολογικό, «νευρικό» δεσμό με τα μέλη της, κυρίως με τις μητέρες (Krysanski, 2003). Οι γονείς, με σοβαρό ιστορικό αγχωδών διαταραχών, εκδηλώνουν μία υπερβολική ανάγκη να ελέγχουν το παιδί τους με μία σχετική εξάρτηση και αμφιθυμία. Το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι η δημιουργία μιας ανθυγιεινής σχέσης προσκόλλησης με τα συνοδά συμπτώματα αποστροφής προς ό,τι ερέθισμα “απειλεί” να δημιουργήσει μία νέα εμπειρία (ένα νέο ερέθισμα μπορεί να είναι ένα νέο πρόσωπο, χώρος, δραστηριότητα που απαιτεί κοινωνική επικοινωνία) (Subak, et al., 1982; Yeganeh, et al., 2006).

Πράγματι, ο τύπος μέριμνας, που ακολουθούν οι γονείς και η φύση της σχέσης, που επιλέγουν να δομήσουν με το παιδί τους, ασκούν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση ή μη αρκετών αγχωδών διαταραχών ή συμπεριφορών συστολής, συμπεριλαμβανομένης και της επΑΣ (λαμβάνοντας υπόψη την κοινή φύση που μοιράζεται η επΑ με αυτές) (Anstendig, 1998; Perednik, 2011; Bergman, 2013). Η σύγχυση της σχέσης γονέα-παιδιού και η υπερβολική εξάρτηση, φαίνονται να έχουν σχέση με την «ευόδωση» και ανάπτυξη της επΑΣ (Melfsen, 2006). Αυτό συμβαίνει, γιατί στα πλαίσια μιας μη φυσιολογικής οικογενειακής, “νευρωτικής” σχέσης, εδραιώνεται στο παιδί η εσφαλμένη αντίληψη ότι χρειάζεται τον γονέα για να επιβιώσει. Κατά Melfsen, το άμεσο επακόλουθο είναι, η πυροδότηση μιας καθόλου κοινωνικής συμπεριφοράς του παιδιού σε ένα περιβάλλον εκτός του οικογενειακού, που θα εκδηλωθεί με τη μορφή συστολής και κοινωνικής απόστασης, συνεπώς και αλαλίας. Η θεωρητική βάση αυτού του πορίσματος εντοπίζεται στο φαινόμενο της αναστολής της συμπεριφοράς, που παρατηρείται έντονα στην αναφερόμενη διαταραχή. Η συγκεκριμένη κατάσταση περιγράφει μία συμπεριφορά, κατά την οποία δημιουργείται

στο παιδί η τάση της απόσυρσης και η αναζήτηση του γονέα σε ανοίκεια περιβάλλοντα, λόγω του φόβου και της ανησυχίας που νιώθει όταν ο ίδιος απουσιάζει. Ως αποτέλεσμα, το παιδί αναστέλλει τη φωνή του, προσπαθώντας να δηλώσει την δυσαρέσκεια και την απροθυμία του όταν θα έρθει ενόψει της επαφής με άγνωστα πρόσωπα και γεγονότα (Kolvin & Fundudis, 1981). Ακολούθως παρατίθεται μία σχετική απεικονιστική πυραμίδα, αναφορικά με την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην εκδήλωση συμπεριφορών αποφυγής εν όψει της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.



Σχήμα 1. Μοντέλο αλληλεπίδρασης γονέα παιδιού: Ollendick & Kristy Benoit, 2012.

Στην παραπάνω (Σχήμα 1.) παρατέθηκε ένα από τα αρκετά μοντέλα αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας (Vasey & Ollendick, 1999). Σύμφωνα με αυτή την πυραμίδα η συμπεριφορική αναστολή προσεγγίζεται ως αναπτυξιακό αποτέλεσμα παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν επιμέρους: γενετικούς παράγοντες, ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες, παράγοντες γονεϊκού άγχους, επεξεργασία προκατειλημμένων πληροφοριών διαπαιδαγώγησης, πρακτικές γονικής μέριμνας που μπορεί να επηρεάζονται και από ομότιμους των γονέων (σε πολλές περιπτώσεις οι επιρροές έχουν να κάνουν με κοινωνικοοικονομικά, εθνικά, φυλετικά και πολιτισμικά ζητήματα) (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Αυτοί οι παράγοντες έχουν αντίκτυπο στην διαμόρφωση αντιληπτικότητας

του παιδιού ως προς τις πληροφορίες που λαμβάνει από τον οικογενειακό του περίγυρο (εσωτερικό μοντέλο εργασίας κατά Bowlby, 1973), οικειοποιώντας τις με μία διάθεση προσκόλλησης που εξελικτικά το οδηγεί στην ανάπτυξη αγχώδων διαταραχών και στη συμπεριφορική αναστολή, που θα εκφραστεί με διάφορες μορφές κοινωνικής απόσυρσης, συμπεριλαμβανομένης και της άρνησης λεκτικής επικοινωνίας (Tatem & DelCampo, 1995; Camposano, 2011).

Το κομμάτι της γονικής και ιδιαιτέρως της μητρικής αποδοχής, εξετάζεται εκτενώς ως προς τον αντίκτυπο που έχει στην επιδείνωση της αλαλίας του παιδιού. Υπάρχουν γενικά, τρία ζεύγη τύπων γονεϊκής συμπεριφοράς (Rebecca Mandeville, 2021):

- η αποδοχή έναντι της απόρριψης που σχετίζεται με τη συναισθηματική συνδεσιμότητα,
- η επικροτούμενη από τον γονέα ψυχολογική αυτονομία, έναντι της τάσης για ψυχολογικό έλεγχο, που αντανακλά τον βαθμό που ο ίδιος ενθαρρύνει ή αποθαρρύνει την προσωπικότητα του παιδιού διενεργώντας παρεμβατικά, και
- η τάση για σταθερό έλεγχο έναντι του προβλεπόμενου ελέγχου, η αξιολόγηση της οποίας σκιαγραφεί τις "ασυνεπείς" συμπεριφορές των γονέων.

Μάλιστα, σε αξιολογικό επίπεδο, μπορεί να χορηγηθεί και εργαλείο που στόχο έχει αποκλειστικά και μόνο την αξιολόγηση της αποδοχής ή όχι της αλαλίας του παιδιού από τη μητέρα, το Parent's Report of Parental Behavior Inventory (PRPBI). Όλες οι υποδοκιμασίες του ξεκινούν με μία δεδομένη έκφραση: «Είμαι μητέρα η οποία ___». Κατά τη μελέτη των παιδιών με κοινωνική φοβία, εικάζεται ότι, η μητρική αποδοχή της κοινωνικά αποτρεπτικής συμπεριφοράς ενός παιδιού, περιορίζει την επιμονή τέτοιων συμπεριφορών. (Subak, et al., 1982; Krohn, et al., 1992; Donahoe & Palmer, 1994; Cleator & Hand, 2001; Cohan, et al., 2006; Chavira, et al., 2007; Lang, et al, 2011; Ollendick & Benoit, 2012).

Συγκεκριμένα, σε έρευνα που διεξήχθη από τους Yeganeh et al., το 2006, παρατηρήθηκε ότι ο αυστηρός γονεϊκός έλεγχος επηρεάζει καθοριστικά την άμβλυνση άλλης αγχώδους ή ανασταλτικής συμπεριφορικής εκδήλωσης στα παιδιά. Η περιορισμένη μητρική αποδοχή αναφορικά με τα παιδιά που παρουσιάζουν αποκλειστικά και μόνο επιλεκτική αλαλία, μπορεί να περιορίσει την έκταση των κοινωνικά αποτρεπτικών συμπεριφορών. Εν ολίγοις, οι μητέρες που έχουν θέσει τις δικές τους προσδοκίες και στόχους για το παιδί (π.χ. να περιμένουν να μιλήσει, όταν μιλούν και αυτές επίσης), μπορεί να αποτρέψουν ή τουλάχιστον να διατηρήσουν το βαθμό σοβαρότητας στις συμπεριφορές αποφυγής του παιδιού. Αντιθέτως, οι μητέρες που χαμογελούν ή γελούν όταν το παιδί τους αρνείται να απαντήσει σε κάποια ερώτηση, που του τίθεται από ένα τρίτο πρόσωπο, ή

απαντά η ίδια αντί του παιδιού, δίνουν στο ίδιο την εντύπωση ότι αποδέχονται την απροθυμία επικοινωνίας του. Επομένως, η αποφευκτική συμπεριφορά του ενισχύεται (Yeganeh, et al., 2006).

Οι Black & Uhde (1995), διεξήγαγαν πιλοτική μελέτη για την ανάλυση των ψυχιατρικών χαρακτηριστικών των παιδιών με επΑ. Στην έρευνα αυτή, συμμετείχαν 30 παιδιά. Πέραν του οικογενειακού ιστορικού διαταραχών κοινωνικής φοβίας, άλλων αγχωδών διαταραχών και επΑς (σε συγγενείς 1^{ου} βαθμού), αναφέρθηκε για το 13% (σε 4 περιπτώσεις) των παιδιών διαβίωση σε κακοποιητικό περιβάλλον. Επίσης, διαπιστώθηκε πως περίπου τα μισά από τα παιδιά, προέρχονταν από διαζευγμένους γονείς. Σε 7 περιπτώσεις παιδιών (23%), οι γονείς ήταν σε διάσταση, ενώ σε τέσσερις (13%) περιπτώσεις οι γονείς ήταν χωρισμένοι. Σε μία περίπτωση, ένα αγόρι εκδήλωσε αλαλία, αφού εγκαταλείφθηκε από τη μητέρα στην ηλικία των 4 ετών και 6 μηνών, παρά τη φροντίδα που δέχτηκε από τον πατέρα. Το παιδί, δεχόμενο την επιρροή ενός τέτοιου οικογενειακού περιβάλλοντος, και λαμβάνοντας υπόψη και την προδιάθεση του οικογενειακού ιστορικού, ενδέχεται να αναπτύξει συμπεριφορικούς, αμυντικούς μηχανισμούς αποφυγής για να εξασφαλίσει την προσωπική του ευημερία. Με βάση λοιπόν αυτά τα δεδομένα, θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως η επΑ δύναται να συσχετιστεί με την ευρύτερη συμπεριφορά του οικογενειακού πλαισίου και να εδραιωθεί ως άμυνα στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Chavira et al., 2007; Alyanak et al., 2013).

1.4.5 Η διγλωσσία

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί κατά καιρούς, έχουν προσθέσει ότι, η επΑ είναι πολύ συχνότερη διαταραχή σε παιδιά μεταναστών και γλωσσικών μειονοτήτων παρά σε παιδιά γηγενών πληθυσμών. Για παράδειγμα, σε έρευνα που διεξήχθη σε γενικό παιδικό πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, ο επιπολασμός της επιλεκτικής αλαλίας ανήλθε στο 7,1 ανά 1.000 παιδιά (Bergman, et al., 2002), ενώ ανάλογος ήταν και στο Ισραήλ (Elizur & Perednik, 2003). Τα ποσοστά επιπολασμού για την επιλεκτική αλαλία σε παιδιά μεταναστών αντιθέτως ήταν τρεις φορές πιο αυξημένα στην ισραηλινή μελέτη (22 ανά 1.000). Σε έρευνα που έλαβε χώρα στον Καναδά, ο επιπολασμός της εν λόγω διαταραχής, αν και σχετικά χαμηλός, υπήρξε 10 έως 13 φορές υψηλότερος στο μεταναστευτικό υπόβαθρο συγκριτικά με τα παιδιά των γηγενών (5,5-7,8 έναντι 0,5-0,7 ανά 1.000 παιδιά) (Bradley & Sloman, 1975), ενώ στη μεγαλύτερη επιπολαστική έρευνα που έχει διεξαχθεί μέχρι σήμερα, με δεδομένα που προέρχονται από τη Γερμανία και την Ελβετία, αναφέρεται μία συχνότητα επιλεκτικής αλαλίας που ανέρχεται σε 28 παιδιά ανά 100 (Steinhausen & Juzi, 1996).

Οι Bradley & Sloman (1975), διαπίστωσαν την ύπαρξη μιας σχέσης αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη μετανάστευση και την επΑ. Πράγματι, έπειτα από περαιτέρω έρευνες αποδείχθηκε ότι, το οικογενειακό υπόβαθρο μετανάστευσης μπορεί να αποτελέσει ένα παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της επιλεκτικής αλαλίας (Steinhausen & Juzi, 1996; Dummit, et al., 1997). Σε αυτή την περίπτωση, προτείνεται ένα μοντέλο διάθεσης-στρες. Το μοντέλο αυτό, σε μία κατάσταση μετανάστευσης, ενισχύεται από την κοινωνική αγχώδη διάθεση, και την προδιάθεση εμφάνισης αγχωδών διαταραχών (βάσει οικογενειακού ιστορικού). Εν ολίγοις, αποτελεί ευάλωτη κατηγορία επιρροής ως προς την εκδήλωση αλαλίας (Elizur & Perednik, 2003).

Κατά την Tabors (1997) αυτή η τοποθέτηση είναι βάσιμη, με την εξήγηση ότι, τα παιδιά μεταναστών, έχουν να διαχειριστούν δύο αντικειμενικές δυσκολίες: (1) τις νέες περιβαλλοντικές συνθήκες (απουσία υποστηρικτικού κλίματος στην τάξη, προσαρμογή σε σύνολο μορφοσυντακτικών, φωνολογικών, πραγματολογικών κανόνων που απαιτεί η νέα γλώσσα, δυσκολίες που εμπίπτουν ακόμα και σε αναχρονιστικές απόψεις κοινωνικού/ταξικού περιεχομένου) και (2), την ντροπαλή και ανασταλτική ιδιοσυγκρασία τους. Αναπόφευκτα, αυτές οι δύο δυσκολίες θέτουν σε κίνδυνο την διαδικασία που απαιτείται στην κατάκτηση της νέας γλώσσας. Η Tabors, αναφέρει και έναν επιπλέον παράγοντα που ενισχύει την συμπεριφορική απόσυρση και συστολή. Πρόκειται για τον παράγοντα των «αυστηρών» συμμαθητών. Αναφέρεται λοιπόν, ότι τα παιδιά συνηθίζουν να αυτο-εκλέγονται “κριτές ένταξης”. Κατά συνέπεια, το νέο παιδί ενδέχεται να βιώσει έναν “σκληρό” εξοστρακισμό, τον οποίο είναι ακόμα δυσκολότερο να διαχειριστεί όταν υπάρχει η συνάρτηση της ντροπαλής του φύσης. Συνεπώς, σε αυτό το επικριτικό περιβάλλον, που συνιστάται από τους συμμαθητές, ένα υπέρμετρα ντροπαλό παιδί βιώνει μία εσωτερική ματαίωση, που ακολουθείται από έντονα συναισθήματα μειονεξίας. Αυτές οι συναισθηματικές καταστάσεις ενισχύουν την επικοινωνιακή αποστροφή και η αποστροφή αυτή δημιουργεί ένα γλωσσικό χάσμα, αναστέλλοντας στην εκμάθηση της νέας γλώσσας. Η συμπεριφορά που θα υιοθετηθεί από το φοβισμένο και ντροπαλό παιδί για να αμυνθεί έναντι αυτής της «απειλητικής» συνθήκης είναι η λεκτική και κοινωνική αποκοπή.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, για την διάγνωση της επΑς, επισημαίνεται η σημασία που έχει η επιλογή δίγλωσσου λογοπαθολόγου αξιολόγησης. Και αυτό γιατί ο ίδιος, καλείται να διεξάγει μία εκτενή εκτίμηση του γλωσσικού επιπέδου του παιδιού, που θα περιλαμβάνει πολλαπλούς τομείς γλωσσικής ανάπτυξης και στις δύο γλώσσες (μητρική και μη). Έτσι, θα καταστεί δυνατή η αντικειμενική εκτίμηση όλων των γλωσσικών επιπέδων (Toppelberg & Shapiro, 2000).

Αν και τα δεδομένα υπάρχουν, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να γίνεται κατανοητή η δυσκολία που έγκειται στην προσαρμογή και ανάπτυξη ενόψει μιας δεύτερης γλώσσας. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η σωστή διάγνωση σχετικά με το, αν όντως πρόκειται για διαταραχή, και ιδιαιτέρως της επΑΣ, και όχι για μία φυσιολογική δυσκολία προσαρμογής. Θα πρέπει να διαπιστωθούν δηλαδή τα πλήρη κριτήρια για την ύπαρξη της διαταραχής, όπως διατυπώνονται στο 2^ο κεφάλαιο κατά DSM-IV. Τα δίγλωσσα παιδιά με επΑ, θα παρουσιάσουν αλαλία και στις δύο γλώσσες (μητρική και μη), σε πολλά άγνωστα περιβάλλοντα και για σημαντικές χρονικές περιόδους. Ειδικότερα, πρόκειται για φυσιολογικά παιδιά, που εν όψει του χρόνου προσαρμογής, θα μεταβούν από τη μη λεκτική περίοδο (που εν όσο διεξάγεται, περιέχει έστω μη λεκτικά επικοινωνιακά χαρακτηριστικά) στη λεκτική (Steinhausen & Juzi, 1996 ; Dummit, et al., 1997).

1.4.6 Οι ψυχολογικοί παράγοντες και η ψυχοδυναμική θεωρία.

Η ψυχοδυναμική θεωρία σχετίζεται με την έννοια της «ανεπίλυτης σύγκρουσης». Υπό αυτή την έννοια, οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα ασυνείδητων διεργασιών-συγκρούσεων (Chethik, 2003). Εφαρμόζοντας αυτή τη θεωρία στο πλαίσιο της επΑΣ, η υπόθεση είναι ότι το παιδί δεν έχει μεταβεί ομαλά από το ένα ψυχοσεξουαλικό στάδιο στο άλλο (στοματικό στάδιο, πρωκτικό στάδιο, φαλλικό στάδιο, - και έπειτα από την ηλικία των 6 ετών το στάδιο λανθάνουσας σεξουαλικότητας και γεννητικό στάδιο-) (Lessler, 1964), και εμφανίζει στοματική και πρωκτική καθήλωση, που έχουν αντίκτυπο και στη φυσιολογική ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας (Giddan, & Milling, 1999). Η αιτιολογία αυτής της θεωρίας εξηγείται με τους τύπους της επΑΣ, όπως διατυπώνονται στο κεφάλαιο 2.2.5. (Krysanski, 2003).

Η πλειοψηφία των ερευνητών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως, υπάρχει μία θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση της εκλεκτικής αλαλίας και τα υψηλά επίπεδα άγχους που προκαλούνται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το στενό οικογενειακό πλαίσιο (βλ. κεφ. 1.4.4.). Αυτό είναι κάτι το οποίο φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από όλες τις περιπτώσεις παιδιών τα οποία εμφανίζουν επιλεκτική αλαλία κατά τη διαδικασία της αξιολόγησής τους από τους ειδικούς. Αυτά τα παιδιά αποφεύγουν σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές συναναστροφές, επιλέγουν τον απομονωτισμό και χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος όταν βρίσκονται σε καινούργια περιβάλλοντα. Περίπου ένα στα τρία παιδιά, σε ένα ποσοστό το οποίο αγγίζει το 31,5%, δηλώνει άγχος αποχωρισμού εξαιτίας της ξαφνικής απομάκρυνσής τους από το οικογενειακό τους περιβάλλον και την ένταξή τους σε ένα νέο περιβάλλον (π.χ. σχολείο). Παράλληλα, ένα ακόμα υψηλότερο ποσοστό το οποίο φτάνει το 61,4% αναπτύσσει διάφορες κοινωνικές φοβίες. Με βάση αυτά τα δεδομένα, αρκετοί είναι

οι επιστήμονες οι οποίοι διατυπώνουν την άποψη πως, τα αίτια εμφάνισης της επιλεκτικής αλαλίας θα πρέπει να αναζητηθούν σε εκείνους τους παράγοντες, οι οποίοι δημιουργούν και εντείνουν το κοινωνικό άγχος των παιδιών (Yeganeh, et al., 2003; Yaganeh, Beidel & Turner, 2006; Manassis, et al., 2007). Σε έρευνα της Kristensen (2000), που παρατέθηκε παραπάνω, πρέπει να αναφερθεί πως, η ίδια διαπίστωσε, ότι ένα καθόλου αμελητέο ποσοστό των παιδιών της ομάδας της επιλεκτικής αλαλίας (33%) πληρούσε τα κριτήρια για διάφορες αγχώδεις διαταραχές (άγχος αποχωρισμού, ειδική φοβία, κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), ενώ το 20% περίπου παρουσίασε διαταραχές αποβολής με έντονα σωματικά συμπτώματα ενούρησης και εγκόπρισης.

Έτσι, η συγκεκριμένη διαταραχή θα πρέπει να εξετάζεται ως άμεσο επακόλουθο του άγχους και να μην εκλαμβάνεται ως μία αυτόνομη διαταραχή. Με γνώμονα λοιπόν αυτή την άποψη, η αντιμετώπιση της επΑΣ, θα πρέπει πρωτίστως να στοχεύει στην αντιμετώπιση και την επίλυση των παραγόντων που προκαλούν το κοινωνικό άγχος στο παιδί. Αυτά τα ευρήματα σε σχέση με τη θετική συσχέτιση άγχους - αλαλίας φαίνεται πως επιβεβαιώνονται και από αρκετές μεταγενέστερες έρευνες (Yeganeh, et al., 2003; Yaganeh, Beidel & Turner, 2006; Manassis, et al., 2007).

Σε αυτό το σημείο της ανάλυσης της ψυχοπαθογενούς αιτιότητας, καλό θα ήταν να αναφερθεί μία σημαντική αντιπαράθεση. Συγκεκριμένα, οι Black & Uhde (1995) εξηγούν σε πιλοτική έρευνα, που ενεπλάκησαν 131 παιδιά (45 αγόρια και 86 κορίτσια ηλικιακού εύρους 5-16 ετών), την επΑ, εντάσσοντας την στο πλαίσιο της κοινωνικής φοβίας. Οι ίδιοι, προτείνουν την αναφερόμενη διαταραχή ως παραλλαγή της κοινωνικής φοβίας, που κύριο χαρακτηριστικό της έχει το υπερβολικό κοινωνικό άγχος. Σε αυτή την αναφορά εμπίπτει και ο παράγοντας «κληρονομικότητα», καθώς αναφέρουν μέσα από τα δεδομένα τους, ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος εκδήλωσης της διαταραχής σε οικογένειες με γονείς που έχουν το προφίλ της κοινωνικής φοβίας. Υποστηρίζουν ότι οι ενήλικες με κοινωνική φοβία αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά αποφυγής δημόσιας ομιλίας και συμπεριφορών που συνάδουν με την επιλεκτική αλαλία στην παιδική ηλικία. Αν γίνει αποδεκτή αυτή η προσέγγιση, τότε η εμμονή του παιδιού στη μη έκφραση ομιλίας, είναι σύμπτωμα άγχους. Επομένως, οι Black & Uhde, προτείνουν ότι η επιλεκτική αλαλία ανήκει στο φάσμα μιας παιδικής αναστολής, ομιλίας και αγχωδών διαταραχών.

Ο αντίλογος έχει να κάνει με την ακύρωση αυτής της υπόθεσης από τον Melfsen (2006). Ο συγκεκριμένος διερεύνησε την έκταση της επίδρασης του άγχους σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, χρησιμοποιώντας το Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) στη γερμανική του έκδοση Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC)

(πρόκειται για όργανο που κατασκευάστηκε από τους Turner et al. (1989) λόγω της ανάγκης για διεξοδικότερη αξιολόγηση των γνωστικών, σωματικών και συμπεριφορικών επιρροών της κοινωνικής φοβίας. Συνίσταται από 45 αντικείμενα, καθένα από τα οποία βαθμολογείται στην κλίμακα του 7, όπου 1=ποτέ, όπου 7=πάντα. Από αυτά, τα 32 στοιχεία αποτελούν δοκιμασίες αξιολόγησης της κοινωνικής φοβίας και τα 13 αξιολογούν την κλίμακα της αγοραφοβίας). Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν συμβαδίζουν με την ταξινόμηση της επιλεκτικής αλαλίας ως εκδήλωσης συμπεριφοράς υψηλού κοινωνικού άγχους, αφού τα παιδιά με εκλεκτική αλαλία σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στο SPAIK σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία. Με βάση αυτά τα δεδομένα, ο Melfsen υποστήριξε, πως αν η επιλεκτική αλαλία ήταν μία ακραία εκδήλωση κοινωνικής φοβίας, η βαθμολογία SPAIK για τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία θα έπρεπε να βρίσκεται στο ίδιο εύρος με αυτό των παιδιών με κοινωνική φοβία.

Ένα επιπλέον επιχείρημα, για να φέρει αυτόν τον αντίλογο, σχετίζεται με την ηλικία έναρξης των δύο διαταραχών καθώς και με την πορεία τους. Η ηλικία έναρξης για την επιλεκτική αλαλία υπολογίζεται μεταξύ τριών και έξι ετών (Bergman, et al., 2008). Αντιθέτως, η κοινωνική φοβία δεν εμφανίζεται πρώιμα, αλλά μεταγενέστερα, κατά την πρώιμη εφηβεία, μεταξύ έντεκα και δεκατριών ετών (Jacobi, et al., 2004; Kessler, et al., 2005). Η κοινωνική φοβία, προϋποθέτει έναν συγκεκριμένο βαθμό ανάπτυξης του γνωστικού επιπέδου (Schwartz, et al., 1999), ενώ όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η επΑ αποτελεί «κράμα» παραγόντων, που υπάρχουν ήδη από την πρώιμη ζωή του παιδιού, κατά την οποία το γνωστικό επίπεδο είναι περισσότερο βασισμένο σε έννοιες ενστίκτου και μίμησης των περιβαλλοντικών συνθηκών που το περικλείουν (McInnes, et al. 2004). Μεταξύ άλλων, ο Melfsen (2006) τονίζει ότι, η περίοδος έναρξης της επAs συμβαδίζει περισσότερο με τη ντροπαλότητα, που αποτελεί λιγότερο παρατηρήσιμη κατηγορία της κοινωνικής φοβίας και εκδηλώνεται περίπου σε ηλικία τεσσάρων ετών. Τέλος, για την ισχυροποίηση του αντεπιχειρήματος αναφορικά με το «γιατί η επιλεκτική αλαλία δεν ανήκει στην ταξινόμηση της κοινωνικής φοβίας» χρησιμοποιεί την πρόγνωση. Ο ίδιος αναφέρει ότι *‘τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία ενδέχεται να ξεπερνούν τη διαταραχή ακόμα και αυθόρμητα’*.

Στα πλαίσια της ενίσχυσης της επAs από ψυχοπαθολογικούς παράγοντες, έχουν αναφερθεί (σε εξαιρετικά περιορισμένο εύρος) υποψίες περιπτώσεων διασχιστικής ταυτότητας και μετατραυματικό στρες (Jacobsen, 1995). Συγκεκριμένα, ο Jacobsen αναφέρει περίπτωση ενός 15χρονου αγοριού που εμφάνισε επΑ (οι δάσκαλοι στο σχολείο όπου μεταγράφηκε ανέφεραν πως ακόμα και δύο χρόνια μετά την ένταξη του στο νέο

σχολείο, δεν είχε μιλήσει ποτέ και σε κανέναν). Αξίζει να γίνει μία σύντομη αναφορά στο οικογενειακό ιστορικό του παιδιού. Το αναφερόμενο οικογενειακό περιβάλλον περιλάμβανε σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (μέχρι τα 3 περίπου έτη), ενώ στο άμεσο περιβάλλον του σημειώθηκαν δύο βάνουσες δολοφονίες (η μία ήταν του αδερφού του και η άλλη ενός φίλου του). Κατά την ηλικία των τεσσάρων και έπειτα ετών τέθηκε υπό την επίβλεψη άλλου κηδεμόνα. Σε μεταγενέστερη ηλικία, ενημερώθηκε για τις προαναφερθείσες δολοφονίες για τις οποίες αποφάνθηκε πως το παιδί δεν είχε συνειδητές αναμνήσεις, όπως το ίδιο ισχύει και για την κακοποίηση που είχε υποστεί. Παρόλα αυτά, ο νέος επιβλέπων κηδεμόνας, περιέγραψε τον 15χρονο έφηβο ως υπέρμετρα ντροπαλό και απόμακρο (ακόμα και από τον κηδεμόνα), με έντονες τάσεις κοινωνικής απομόνωσης, ενώ κατά επισκέψεις σε γνωστούς συνήθιζε να κρύβεται κάτω από το τραπέζι. Η κατάκτηση των αναπτυξιακών γλωσσικών προτύπων αναφέρθηκε ως φυσιολογική, όμως πάντοτε υπήρχε έντονη διστακτικότητα στην έκφραση ομιλίας, ενώ κατά την είσοδο στο γυμνάσιο διέκοψε εντελώς την ομιλία (η σχολική του επίδοση ήταν εξαιρετικά καλή). Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης από ψυχολόγο, ο ασθενής έκανε αρκετά σκίτσα που τράβηξαν ιδιαιτέρως την προσοχή του κλινικού. Ο 15χρονος, σχεδίασε ένα πρόσωπο, το οποίο διαχώρισε στη μέση. Η αριστερή πλευρά του προσώπου απεικονίστηκε εντελώς ανέκφραστη, χωρίς καμία υποψία συναισθήματος, ενώ η δεξιά απεικόνισε ένα πρόσωπο με αποτυπωμένη αγωνία και ένα αίσθημα βασανισμού. Το παιδί στη συνέχεια εξέφρασε ανησυχίες για το ότι ενδέχεται να είναι «τρελός» και έπειτα, έκανε αναφορά σε φωνές που «τσακώνονται» στο κεφάλι του, εκ των οποίων η μία αναφέρθηκε ως «Αρλεκίνος» που χαρακτηρίστηκε από το παιδί ως βοηθητικός, μεγαλοπρεπής και ομιλητικός χαρακτήρας. Έπειτα από 6 μήνες συνεδριών, του παρατέθηκε διάγνωση διασχιστικής ταυτότητας ενώ εκτός από τον 15χρονο και τον αρλεκίνο, διαπιστώθηκαν και άλλες τρεις ταυτότητες: (1) αυτή του ηλικιωμένου, που βοηθούσε το παιδί να κατευνάσει τους φόβους του, (2) του «Joey» που πρόκειται για ένα ‘‘κακό’’ alter-ego του παιδιού και (3) του «Earl», ενός μικρού αρκετά φοβικού παιδιού, με μεγαλύτερο φόβο τον θάνατο.

Οι Bliss et al., (1986) αναφέρουν πως ένα παιδί αναπτύσσει διασχιστική διαταραχή ταυτότητας όταν δεν μπορεί να ξεφύγει από ένα ισχυρό και βίαιο τραύμα. Οι εναλλακτικές ταυτότητες που αναπτύσσει του επιτρέπουν να προσαρμόζεται, όταν έρχεται σε επαφή με τραυματικές καταστάσεις. Ομοίως όταν είχε ερωτηθεί το παιδί της αναφερόμενης περίπτωσης από δασκάλα στο σχολείο, «γιατί δε μιλάς ποτέ;» είχε δώσει την απάντηση, «δεν έχω τίποτα σημαντικό να πω».

Στην αναφερόμενη περίπτωση, η αλαλία του παιδιού μπορεί να αποδοθεί στις διάφορες ταυτότητες του εαυτού του, που του "απαγορεύουν» να μιλήσει σε άλλους ανθρώπους, με σκοπό να παραμείνει στην αφάνεια ένα βαρύ οικογενειακό παρελθοντικό ιστορικό δολοφονιών και κακοποίησης, το οποίο τον κάνει να αισθάνεται ευάλωτος και εκτεθειμένος. Όταν ο δράστης του είπε ,στη τότε πρώιμη παιδική του ηλικία, να μη μιλήσει για τα γεγονότα ,δημιουργήθηκαν στο παιδί υποσυνείδητες μνήμες, ανεξάρτητα με το αν μπορεί ή όχι να τις ανακαλέσει συνειδητά. Αυτές οι μνήμες υποβιβάστηκαν και μοιράστηκαν στις προκύπτουσες ταυτότητες που βοηθούν τον συνειδητό εαυτό του παιδιού να μοιραστεί ένα αρκετά δυσβάσταχτο μυστικό. Αυτές οι ταυτότητες συνυπήρχαν με το παιδί σε όλα τα κοινωνικά πλαίσια, στα οποία μπορεί να βρισκόταν (σχολείο, εξωτερικές δραστηριότητες, σε όλων των τύπων τις κοινωνικές συναναστροφές),οπότε και προστάτευαν αυτά τα μυστικά μέσω της αλαλίας και της κοινωνικής αποστροφής του παιδιού.

Ο Bowlby (1988) υποστήριξε πως η βία και οι απειλές των γονέων αποτελούν σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Δεν είναι σπάνιο, τα παιδιά να είναι «μάρτυρες» σε σκηνές που ακόμα και ενήλικες θα προτιμούσαν να μη βλέπουν. Όταν ένας ενήλικας απειλεί ένα παιδί να αποκλείσει και να «διαγράψει» από τη συνειδητή του επεξεργασία τις αναμνήσεις, σκέψεις και τα συναισθήματά του, το παιδί έχει την ικανότητα να συμβαδίσει με αυτή την ιδέα και να παύει συνειδητά να γνωρίζει ότι παρατήρησε ή ένιωσε το οτιδήποτε. Αυτή η αβίαστη συμμόρφωση των νέων παιδιών με τέτοιου είδους «προσταγές», οφείλεται στο γεγονός ότι τα ίδια έχουν εξαρτήσει την επιβίωση τους σε αυτούς τους ενήλικες. Τα παιδιά αυτά, που έχουν πιεστεί να αποκλείσουν συνειδητές πληροφορίες της μνήμης τους αναπτύσσουν διαχωρισμένα συστήματα συμπεριφοράς, σκέψης και συναίσθησης. Έτσι από περίσταση σε περίσταση, το εκάστοτε διαχωρισμένο σύστημα (δηλαδή η ταυτότητα) μπορεί να αναλαμβάνει τον έλεγχο της εκάστοτε περίπτωσης (Bowlby, 1988; Pelouin, Lafontaine & Brassard, 2011).

Σε άλλη περίπτωση, που αναφέρουν οι Elson et al.(1965), ένα κορίτσι στην ηλικία των 5 ετών παρουσίασε αλαλία που διήρκεσε για 3 περίπου χρόνια. Σε αυτό το περιστατικό, η μητέρα του παιδιού εξέφρασε επανειλημμένα την επιθυμία να τη σκοτώσει, ενώ αναφέρεται ότι τα μικρότερα αδέρφια του κοριτσιού περιορίστηκαν πολλές φορές στο υπόγειο για μεγάλες χρονικές περιόδους με την δικαιολογία της μητέρας ότι την ενοχλούσε η ακαταστασία τους. Η αλαλία του κοριτσιού σε αυτή την περίπτωση ,εμπεριείχε μία τάση δημιουργίας ενός προστατευτικού πλαισίου για την επιβίωση των αδελφών της, με το σκεπτικό να μην απειληθεί και η ζωή των ίδιων. Σε αυτή την περίπτωση δεν εμφανίστηκε

διαταραχή διάσχισης προσωπικότητας, όμως υπήρχαν περίοδοι που η αλαλία «μοιραζόταν» και μεταξύ των υπόλοιπων αδελφών για τη διασφάλιση της ζωτικής τους ασφαλείας.

Ομολογουμένως, περιπτώσεις σαν την προαναφερθείσα ,αποτελούν ,ευτυχώς, εξαίρεση και όχι κανόνα. Παρ' όλα αυτά η κακοποίηση και το τραύμα έχουν συσχετιστεί με την επιλεκτική αλαλία (Hayden, 1980; Altshuler, et al., 1986).

Κεφάλαιο 2^ο

Η διάγνωση και η αξιολόγηση της επιλεκτικής αλαλίας.

2.1.Τα κριτήρια διάγνωσης της επιλεκτικής αλαλίας.

Παιδιά με επιλεκτική αλαλία έχει αναφερθεί ότι επιδεικνύουν μία προσωπικότητα έντονου και “πεισματάρικου” χαρακτήρα με επίσης έντονα στοιχεία άρνησης, ενώ στην συγκεκριμένη διαταραχή υπάρχει ιστορικό καθυστέρησης ανάπτυξης λόγου και γλώσσας, ένα ψυχολογικό προφίλ με στοιχεία κατάθλιψης και άγχους αποχωρισμού, με σύννοδα σωματικά συμπτώματα υψηλής ενούρησης και εγκόπρισης(Browne, et al., 1963; Wergeland, 1979; Hayden ,1980; Kolvin & Fundudis, 1981; Wilkins, 1985; Krohn, et al., 1992).

Η επΑ κατατάσσεται στις διαταραχές που επηρεάζουν τόσο τα εκπαιδευτικά πλαίσια όσο και την κοινωνικοποίηση (Bergman et al., 2002; Black & Uhde, 1995; Dummit, et al., 1997).

Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι,όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η αδυναμία ομιλίας , παρά το γεγονός ότι το παιδί έχει την φυσική ικανότητα για εκδήλωση λόγου. Έχει παρατηρηθεί, ότι η έλλειψη ομιλίας , τείνει να επηρεάζεται από ποικίλες μεταβλητές όπως το περιβάλλον, τα άτομα που είναι παρόντα κατά την προφορική έκφραση και την κατάσταση κατά και υπό την οποία επιδιώκεται η επικοινωνία(για παράδειγμα, ενδέχεται μερικές φορές, να επιδιώκεται επικοινωνία υπό συνθήκες έντονης διέγερσης (ενθουσιασμού), υπό καταστάσεις σωματικής κόπωσης ή έντονων συναισθημάτων άγχους) (Chomsky,1965).Η κανονική ομιλία είναι απαραίτητο να εκφράζεται σε τουλάχιστον ένα περιβάλλον ή κατάσταση ,ενώ το οικογενειακό περιβάλλον είναι αυτό, στο οποίο προβλέπεται να υπάρχει πάντα η ομιλία. Μάλιστα, η παντελής έλλειψη έκφρασης της στο σπίτι, πρέπει να μας βοηθήσει ,να υποπτευθούμε ότι πρόκειται για άλλη διαταραχή και όχι για επιλεκτική αλαλία.

Για τη διάγνωση της διαταραχής, τα κριτήρια παρουσιάζονται ως εξής σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4th edition):

- Συνεχής αποτυχία ομιλίας σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες υπάρχει προσδοκία για ομιλία (π.χ. στο σχολείο), παρά το γεγονός ότι η ομιλία εκφράζεται σε άλλες καταστάσεις.
- Η διαταραχή παρεμβαίνει στις εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές επιδόσεις ή στην κοινωνική επικοινωνία.
- Η διάρκεια της διαταραχής εμμένει για τουλάχιστον ένα μήνα (δεν περιορίζεται μόνο στον πρώτο μήνα του σχολείου).
- Η αποτυχία ομιλίας δεν οφείλεται σε έλλειψη γνώσης ή ευχέρειας της ομιλούμενης γλώσσας που απαιτείται στην κοινωνική κατάσταση.
- Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από μία διαταραχή επικοινωνίας (π.χ. διαταραχή ευφράδειας με έναρξη στην παιδική ηλικία (childhood onset fluency disorder) και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, της σχιζοφρένειας ή κάποιων άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

Πέραν αυτών των διαγνωστικών κριτηρίων, έχει διαπιστωθεί ότι ο πληθυσμός των παιδιών που παρουσιάζουν την επιλεκτική αλαλία χαρακτηρίζεται ως αρκετά ετερογενής (Dow et al., 1995). Συγκεκριμένα, παιδιά που παρουσιάζουν επιλεκτική αλαλία πέραν της απροθυμίας για έκφραση ομιλίας, μπορεί να είναι εκτός από ντροπαλά, και ανασταλτικά, αποτραβηγμένα από το κοινωνικό σύνολο, κάποιες φορές να εκδηλώνουν μία παθητική επιθετικότητα, ενδέχεται να είναι ανήσυχα, να εκδηλώνουν μία σθεναρή στάση ανυπακοής και θυμού ή χειριστικότητα (Black & Undhe, 1992). Για παράδειγμα, οι Steinhausen & Juzi (1996) σε αξιολόγηση δείγματος, παρατήρησαν ότι ένα ποσοστό των παιδιών, της τάξης του 85% χαρακτηρίστηκε ως «ντροπαλό», ενώ ένα άλλο ποσοστό της τάξης του 66% ως αγχώδες, το 21% ως αντιθετικό και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 17% περιγράφηκε ως υπερκινητικό-ανήσυχο.

2.1.2. Η αξιολόγηση της επιλεκτικής αλαλίας (επΑς).

Η αξιολόγηση ενός ασθενή με επιλεκτική αλαλία πρόκειται για μία ολοκληρωμένη και πολυτροπική προσέγγιση. Αφενός, είναι σημαντική η λήψη ιστορικού πληροφοριών από τους γονείς και τους δασκάλους σχετικά με τον βαθμό εκδήλωση της διαταραχής, τη μορφή της, τη συχνότητα της και τις επιρροές που έχει σε γνωστικό (αν υπάρχουν) και σε επικοινωνιακό/διαπροσωπικό επίπεδο. Αφετέρου, είναι σημαντική η ενεργή τοποθέτηση επαγγελματιών υγείας όπως, ακοολόγων, κλινικών ψυχιάτρων, παιδοψυχολόγων και

λογοπαθολόγων. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ,ότι είναι πάντοτε σημαντικό, να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες κλινικούς, η ποικιλομορφία της εκάστοτε διαταραχής ,όπως διαμορφώνεται από το άτομο που τη φέρει. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών με επιλεκτική αλαλία που είναι αρκετά ανήσυχα σε άγνωστα περιβάλλοντα, όπως υπάρχουν και άλλα, που με κάποιο τρόπο ενδέχεται και να αλληλεπιδράσουν ακόμα και μη λεκτικά(π.χ. μπορεί να κουνήσουν καταφατικά το κεφάλι τους ή να εκφράσουν κοινωνικό χαμόγελο).Αυτές οι περιπτώσεις έχουν πολλούς παράγοντες εξάρτησης που θα συζητηθούν σε επόμενο κεφάλαιο.

Το κομμάτι της αξιολόγησης χωρίζεται βασικά σε δύο φάσεις δειγματοληψίας. Σε πρώτο στάδιο , είναι σημαντικό το δείγμα που θα συγκεντρωθεί από τη συζήτηση με τον γονέα και σε μεταγενέστερο στάδιο, είναι, φυσικά , το δείγμα που θα συγκεντρωθεί από την παρατήρηση του κλινικού.

2.1.3.Η λήψη ιστορικού από τον γονέα.

Ο γονέας, πέρα από το κλινικό-ιατρικό ιστορικό του παιδιού που θα παραθέσει εκτενώς στον επαγγελματία, καλείται να εμπλακεί και σε μία επιπλέον προσωπική αξιολογική συνέντευξη από τον κλινικό, χάριν κληρονομικότητας. Στον τομέα της ψυχολογικής εκτίμησης ενδείκνυται το «Parent as Respondent Informant Schedule» (PARIS).Πρόκειται για μία δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη που αφορά τη ζωή των γονέων[είναι τροποποιημένη έκδοση του DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children, Rachel G. Klein),και συλλέγει πληροφορίες :

- για το τρέχον περιβάλλον του παιδιού ,
- για τις παρελθοντικές περιβαλλοντικές συνιστώσες του(π.χ. αν οι γονείς πήραν διαζύγιο, αν συνέβη κάποια αλλαγή στον οικογενειακό κλοιό που ήταν καθοριστική και μπορεί να συνδεθεί με την αλαλία του παιδιού,αν υπήρχαν συνθήκες βίας,κακοποίησης,παραμέλησης ή άλλα τραυματικά γεγονότα)και
- για το ιστορικό ψυχικής υγείας των γονέων(π.χ. αν υπάρχει ιστορικό θεραπείας κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, η ηλικία εκδήλωσης της, αν υπάρχει καθώς, και η θεραπευτική της πρόγνωση και πορεία της).

Πρόκειται για μία μέθοδο αξιολόγησης, αρκετά αξιόπιστη ανάμεσα στις διάφορες του είδους της (Dummit, et al., 1997).

Τα περισσότερα παιδιά αναμένεται να μη μιλήσουν στον κλινικό κατά την πρώτη επαφή αξιολόγησης, οπότε μία συνέντευξη από τον γονέα εξετάζει το πλήρες ιατρικό, κοινωνικό και γνωστικό ιστορικό του παιδιού. Η συνέντευξη περιλαμβάνει:

- μία εις βάθος ανασκόπηση της προγεννητικής και περιγεννητικής πορείας,
- περιστατικά νοσηλείας ή κάποιας σοβαρής παιδικής ασθένειας (π.χ. μηνιγγίτιδα) ,
- του αναπτυξιακού ιστορικού του παιδιού (π.χ. πότε σημειώθηκε η έναρξη ομιλίας και πώς αυτή εξελίχθηκε πραγματολογικά και γλωσσικά), ενώ συμπεριλαμβάνεται επίσης,
- το κλινικό ιστορικό της οικογένειας(παθογενές και ψυχογενές) και
- τέλος καταγράφεται η παράθεση του γονέα σχετικά με την φύση και τη διάθεση κοινωνικής ένταξης και συμμετοχής του παιδιού στον περίγυρο, καθώς και του τύπου εκδήλωσης της συμπεριφοράς της παρούσας διαταραχής, της επιλεκτικής αλαλίας,(αν υπήρχαν στάδια “επώασης” ή εκδηλώθηκε αιφνιδίως) βοηθώντας έτσι σε έναν ολοκληρωμένο έλεγχο για τυχόν νευρολογικές, λεκτικές και γλωσσικές δυσκολίες και στην αξιολόγηση των αναγκών και δυνατοτήτων για την κατάκτηση των ζητούμενων αναπτυξιακών οροσήμων.

Προχωρώντας, η άμεση παρατήρηση του παιδιού σε οικείο και κλινικό περιβάλλον από τον θεραπευτή, βοηθά στην αντικειμενική θεώρηση του επιπέδου:

- της κοινωνικής αλληλεπίδρασης του παιδιού,
- των αναγκών επικοινωνίας (αν, ενόψει επικοινωνίας εκδηλώνει άγχος ή συστολή) ,
- της ικανότητας να δημιουργήσει φιλικούς δεσμούς ,
- της διάθεσης για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ,
- τη συνολικής έκτασης της αναστολής (διαπιστώνεται λεπτομερώς, αν το παιδί επιδιώκει αποκλειστικά μη λεκτική επικοινωνία) και

- της ιδιοσυγκρασίας του παιδιού.

Εκτός του PARIS, στη λήψη ιστορικού από τον γονέα (και τον επιβλέποντα δάσκαλο στο σχολείο) προτείνεται και το ερωτηματολόγιο της επιλεκτικής αλαλίας /SMQ (Selective Mutism Questionnaire, (Bergman, et al., 2001). Πρόκειται για ένα ειδικό αναφορικό μέτρο για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της επιλεκτικής αλαλίας, στου οποίου τη συλλογή πληροφοριών συμμετέχουν οι γονείς και ο δάσκαλος του εκάστοτε παιδιού. Αποτελείται από 18 στοιχεία που αξιολογούν τη συμπεριφορά του παιδιού. Οι συγκεκριμένοι δίνουν πληροφορίες στον κλινικό σχετικά με την ομιλητική συμπεριφορά του παιδιού και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί που σχετίζονται με την έλλειψη ομιλίας, Η έλλειψη ομιλίας εξετάζεται σε τρεις τομείς: 1.στο σχολείο, 2.στο οικογενειακό πλαίσιο, 3.στην κοινωνική έκθεση, και βαθμολογείται σε κλίμακα τεσσάρων (4) βαθμών(0=ποτέ, 1=σπάνια, 2=συχνά, 3=πολύ συχνά, 4=πάντα, για τον εκάστοτε εξεταζόμενο τομέα,) με τις χαμηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν αναλογικά χαμηλότερες συχνότητες ομιλίας (Bergman, et al., 2001).

SMQ Item

Factor 1 (School)

Speaks to Most Peers at School
Speaks to Selected Peers at School
Answers Teacher
Asks Teacher Questions
Speaks to Most Teachers
Speaks in Groups of Peers

Factor 2 (Home/Family)

Speaks to Family at Home When Others Present
Speaks to Family in Unfamiliar Places
Speaks to Extended Family
Speaks on Phone to Parents/Siblings
Speaks to Familiar Family Friends (Adults)
Speaks to Babysitter

Factor 3 (Public/Social)

Speaks to Unfamiliar Peers
Speaks with Unfamiliar Family Friends (Adults)
Speaks with Doctor and/or Dentist
Speaks to Store Clerks/Waiters
Speaks in Clubs/Teams Outside Of School

Πίνακας 2.1. Παράγοντες αξιολόγησης ερωτηματολογίου επιλεκτικής αλαλίας (Selective Mutism Questionnaire; Bergman et al., 2001).

2.2.Εργαλεία αξιολόγησης για τη διάγνωση της επιλεκτικής αλαλίας.

2.2.1.Η Ψυχοπαθολογική αξιολόγηση.

Ο επαγγελματίας θεραπευτής κλίνεται επίσης να αξιολογήσει διεξοδικά το ψυχιατρικό προφίλ του παιδιού. Η διερεύνηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων μπορεί να γίνει μέσω μιας δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης, με χρήση των αξιολογικών εργαλείων όπως το DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents). Το αναφερόμενο εργαλείο ,αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από την Barbara Herjanic, στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Διαμορφώθηκε σύμφωνα με το προγενέστερο DIS (Diagnostic Interview Schedule) (Robins, et al., 1982) που πρόκειται για μία αξιολόγηση, δομημένη αυστηρά για ενήλικες, σχεδιασμένη για επιδημιολογικές μελέτες.

Η τρέχουσα έκδοση DICA αναπτύχθηκε το 1997. Αξιολογεί πληροφορίες σχετικά με την ψυχιατρική κατάσταση των παιδιών χρησιμοποιώντας κριτήρια είτε από το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) είτε από το DSM-III-R. Οι πρώτες αναθεωρήσεις του DICA επικεντρώθηκαν στις προσπάθειες για τη βελτίωση της έκτασης και της ποιότητας των πληροφοριών που μπορούσαν να απαντηθούν από παιδιά και ιδιαιτέρως αυτών των μικρότερων ηλικιών (Herjanic & Reich, 1982). Συνεπώς, οι μεταγενέστερες τροποποιημένες αναθεωρήσεις παρείχαν διαφορετικές αξιολογήσεις για δύο κατηγορίες ηλικιακών ομάδων: (1): 6-12 ετών και (2): 13-18 ετών, διαχωρισμός που κρίθηκε αναγκαίος, αφού τα παιδιά αντιλαμβάνονται διαφορετικά τις ερωτήσεις αναλόγως της ηλικιακής τους βαθμίδας (Reich, 2000: Diagnostic interview for children and adolescents, DICA)

Για την αξιολόγηση του ψυχιατρικού προφίλ του παιδιού, εκτός από το DICA (Herjanic & Cambell, 1977), προτείνεται και το αξιολογικό τεστ για συναισθηματικές διαταραχές και σχιζοφρένεια για παιδιά σχολικής ηλικίας, K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version). Το K-SADS-PL εξετάζει πέντε κατηγορίες διάγνωσης:

- τις συναισθηματικές διαταραχές,
- τις ψυχικές διαταραχές,
- τις αγχώδεις διαταραχές,
- τις διαταραχές συμπεριφοράς και

- τις διαταραχές ουσιών(καταχρήσεις, διατροφικές διαταραχές, τικ).

Όταν το K-SADS-PL χορηγείται σε μη ψυχιατρικές περιπτώσεις παιδιών, η συνέντευξη γονέα παιδιού διαρκεί κατά προσέγγιση 35 έως 45 λεπτά, ενώ όταν χορηγείται σε ψυχιατρικούς ασθενείς ,αναλόγως του εύρους και του είδους της ψυχοπαθολογίας η συνέντευξη μπορεί να διαρκέσει 1 ώρα και 25 λεπτά (Kaufman, et al., 1997).

Τα προαναφερθέντα εργαλεία, αποτελούν σημαντικό κομμάτι της κλινικής αξιολόγησης, ώστε να είναι πολύπλευρη και να καταφέρει να διαπιστώσει ο κλινικός, αν υπάρχει ή όχι, συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών. Οποιαδήποτε μοτίβα συμπεριφοράς υπάρχουν, που δεν είναι χαρακτηριστικά μόνο της επιλεκτικής αλαλίας, όπως η άρνηση έκφρασης ομιλίας σε άμεσα μέλη της οικογένειας, η απότομη διακοπή της ομιλίας σε κάποιο περιβάλλον ή η απουσία της σε όλα τα περιβάλλοντα ,πρέπει να δημιουργούν ανησυχία για άλλα νευρολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα (π.χ. διαταραχή φάσματος αυτισμού, αφασία σχιζοφρένεια, νοητική υστέρηση, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή κλπ.). Ένα ιστορικό νευρολογικής προσβολής, αναπτυξιακής καθυστέρησης, νευροψυχολογικών προβλημάτων ή και άτυπων διαταραχών ομιλίας (π.χ. προβλήματα με την προσωδία), μπορούν να υποδηλώνουν διαταραχή Asperger, ελλείμματα στο δεξί ημισφαίριο ή κοινωνικές μαθησιακές δυσκολίες.

Παιδιά που εμφανίζουν αυτές τις διαταραχές, αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς εκδηλώνοντας έντονη συστολή ή τάσεις κοινωνικής απομόνωσης. Σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της επιλεκτικής αλαλίας, αλλά δεν είναι, αφού οφείλονται κατά βάση σε αδυναμία επεξεργασίας κοινωνικών καταστάσεων και τότε, η επιλεκτική αλαλία αποκλείεται (Weintraub & Mesulam, 1983; Voeller & Armus, 1986).

Στα πλαίσια της ψυχοπαθολογικής αξιολόγησης προτείνεται και το ADIS (Anxiety Disorders Interview Schedule (Silverman, 1996). Πρόκειται για μία ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη που επικεντρώνεται στις παιδικές αγχώδεις διαταραχές και βασίζεται σε κριτήρια όπως περιγράφονται στο DSM-IV, εξετάζοντας παράλληλα και το ευρύτερο φάσμα των παιδοψυχιατρικών διαγνώσεων (π.χ. διαταραχές ταυτότητας, παιδική σχιζοφρένεια κ.λπ.) και προτείνεται για ηλικίες 8 ετών και άνω. Περιλαμβάνει αξιολογήσεις σοβαρότητας της διαταραχής από τον κλινικό, οι οποίες αντικατοπτρίζουν το αντίκτυπο της διαταραχής στην καθημερινότητα του παιδιού. Χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς ως αρκετά αξιόπιστο αξιολογικό εργαλείο και χρησιμοποιείται εκτενώς στη διερεύνηση της αγχώδους διαταραχής σε παιδιά. Συνήθως χορηγείται εξίσου σε παιδιά και γονείς, αλλά συνήθως λόγω της συστολής που εμφανίζει το παιδί κατά την διαδικασία της αξιολόγησης,

οι περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με το παιδί συλλέγονται από τους ίδιους τους γονείς. Κατά την διεξαγωγή του το παιδί επισημαίνει την επιλογή του σε ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής τύπου «ναι-όχι-άλλο» σε κατηγορίες που αφορούν την έκφραση του άγχους του ανά περιστάσεις (π.χ. στην έκθεση σε πολύ κόσμο) και διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα (π.χ. σχολείο) και έχουν τη δομή «Γίνεσαι νευρικός ή φοβάσαι με την ιδέα του ότι πρέπει να πας στο σχολείο;». Εάν το παιδί δυσκολεύεται στην ανάγνωση, την πραγματοποιεί ο κλινικός και αναμένει την απάντηση του παιδιού (Silverman, 1996).

Ομοίως με το ADIS, ως αξιόλογο αξιολογικό εργαλείο αναφορικά με την ψυχολογία λογίζεται και το MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children, March, et al., 1997-1999). Πρόκειται για ένα αυτοαναφορικό ερωτηματολόγιο 39 ερωτήσεων, που σταθμίστηκε πρόσφατα για την αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει τέσσερις βασικούς παράγοντες:

- Σωματικά συμπτώματα (αυτή η κατηγορία αποτελείται από 12 στοιχεία και εξετάζει συμπτώματα όπως την ανήσυχη ή τεταμένη στάση του σώματος που μπορεί να εκδηλωθεί με τινάγματα, ζάλη, σφίξιμο στο στήθος εφίδρωση, αντίκτυπο στο γαστρεντερικό σύστημα),
- Τις ψυχαναγκαστικές τάσεις στα πλαίσια της αποφυγής βλάβης (τίποτα δεν πρέπει να πάει ‘στραβά’)(στη συγκεκριμένη ενότητα, η οποία συνίσταται από 9 στοιχεία, εξετάζεται η ύπαρξη συμπεριφορών άγχους στην προσέγγιση και αντιμετώπιση διαφόρων περιστάσεων, όπως για παράδειγμα η έντονη τάση διαρκούς ελέγχου για την εξασφάλιση της ιδέας της ασφάλειας, καθώς και η ύπαρξη τελειομανίας, με την έννοια του ψυχαναγκασμού που παρουσιάζει το παιδί για να ξέρει πάντα ότι κάνει το σωστό, καθώς και σωματικών συμπτωμάτων όπως είναι τα επίμονα ανοιχτά μάτια),
- Κοινωνικό άγχος (η αναφερόμενη κατηγορία αποτελείται επίσης από 9 στοιχεία και σχετίζεται με την ανίχνευση συμπεριφορών ταπείνωσης, απόρριψης/ματαιώσης εν όψει φόβων που σχετίζονται με τη δημόσια εικόνα και απόδοση) και,
- Άγχος αποχωρισμού, που αποτελεί την τέταρτη κατηγορία και συνίσταται από 9 στοιχεία (εξετάζεται σε πλαίσια όπως αν το παιδί κοιμάται μόνο του, αν θέλει ανοιχτό φως το βράδυ, αν θέλει να βρίσκεται διαρκώς κοντά στη μητέρα του ή αν προτιμά να πάει στο σχολείο με αυτοκίνητο ή λεωφορείο).

Το MASC αποτελεί ένα έγκυρο αξιολογικό εργαλείο ψυχοπαθολογίας αφού έχει συμβάλει σε μία ταξινόμηση της τάξης του 71% σε αγχώδεις διαταραχές και σε διαταραχές

ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder/ ADHD) ,(March, et al., 1997).

Στα πλαίσια της ψυχοπαθολογικής αξιολόγησης εντάσσεται και το εργαλείο SASC (Social Anxiety Scale for Children-R, La Greca & Stone 1993) και ενδείκνυται λόγω της σύνδεσης που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στο κοινωνικό άγχος και την επιλεκτική αλαλία. Το αναφερόμενο εργαλείο αποτελείται από 22 στοιχεία και χρησιμοποιεί την κλίμακα κλειστού τύπου απαντήσεων Likert 5 βαθμών (όπου 1= καθόλου,5=πάντα). Με βάση αυτήν την κλίμακα αξιολογείται το άγχος του παιδιού σε σχέση με τους συνομηλίκους του και τις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. Από το άθροισμα των στοιχείων που απαντώνται προκύπτουν τρεις υποκλίμακες αποτελεσμάτων που σχετίζονται με :

- Τον φόβο κοινωνικής αξιολόγησης,
- Το ειδικό κοινωνικό άγχος,
- Το γενικό κοινωνικό άγχος.

2.2.2.Αξιολόγηση επικοινωνιακής ικανότητας.

Στη διαδικασία αξιολόγησης, υπήρχε μέχρι πρότινος ένα ζήτημα. Το ζήτημα αυτό, σχετιζόταν με τα μη λεκτικά παιδιά με επιλεκτική αλαλία. Η εν λόγω κατηγορία δεν είχε τη δυνατότητα να λαμβάνει λογοθεραπευτική αξιολόγηση λόγω μίας λανθασμένης αντίληψης που επικρατούσε και υποστήριζε ότι τα μη λεκτικά παιδιά δεν μπορούν να αξιολογηθούν για την λειτουργικότητα της ομιλίας και της χρήσης της γλώσσας τους. Ευτυχώς, αυτή η αντίληψη έλαβε τέλος μετά την στάθμιση αρκετών αξιολογικών τεστ που είναι κατάλληλα για την διερεύνηση της λειτουργικότητας σε γλώσσα και ομιλία (Krysanski, V. L., 2003).

Ένα αρκετά χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης για αρχικά στάδια εξέτασης προβλημάτων στη δεκτική γλώσσα αποτελεί το τεστ «Peabody Picture Vocabulary Test 5th edition» (PPVT-5)(Dunn & Dunn,1981) και μπορεί να χορηγηθεί σε παιδιά ηλικίας έως και 2 ετών. Πρόκειται για όργανο αναφοράς υπό μορφή αναπτυξιακών νορμών για την αξιολόγηση του δεκτικού λεξιλογίου. Στοχεύει στη μέτρηση της συσχέτισης μεταξύ γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης με χρήση ειδικού εφαρμοσμένου λεξιλογίου για συγκεκριμένη ηλικία. Το PPVT-5 χρησιμοποιεί κυρίως εικόνες και ελάχιστες οδηγίες για τη μέτρηση του λεξιλογικού επιπέδου στο παιδί (Sahlén, et al., 1999; Borrer et al., 2020)

Για την αξιολόγηση πιο πολύπλοκων λεκτικών ικανοτήτων ενδείκνυται μία ποικιλία άλλων τεστ όπως αναφέρονται ακολούθως:

- ◆ Token Test for Children (DiSimoni, 1978),πρόκειται για ένα γρήγορο και αποτελεσματικό τεστ για την αξιολόγηση της δεκτικής γλωσσικής δυσλειτουργίας και συνίσταται από πέντε υποτεστ και ενδείκνυται για παιδιά ηλικίας 3 έως 12 ετών

και 5 μηνών. Ένα σύνολο από 61 στοιχεία απαιτούν από το υποκείμενο να ανταποκριθεί σε μία σειρά από εντολές σχετικά με τον χειρισμό των στοιχείων που ποικίλουν σε μέγεθος, σχήμα και χρώμα σε μία αυξανόμενη κλίμακα επιπέδου δυσκολίας. Τα στοιχεία που αποτελούν το τεστ αυξάνουν σταδιακά το μήκος της πρότασης και τη συντακτική πολυπλοκότητα. (Cole, et al., 1983; Kitson, et al., 1985).

- ◆ Test For Auditory Comprehension of Language (TACL-R)-Revised.(Carrow-Woolfolk,1985), πρόκειται για ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κατανόηση της κυριολεκτικής σημασίας επιλεγμένων χαρακτηριστικών της σύνταξης, μορφολογίας και σημασιολογίας σε παιδιά ηλικιών 3-10 έτη (Haynes,1988).Αποτελείται από 120 στοιχεία, χωρισμένα σε κατηγορίες τριών επιμέρους τεστ των 40 στοιχείων το καθένα. Το πρώτο υποτεστ αξιολογεί το επίπεδο κατανόησης της κυριολεκτικής σημασίας των λέξεων, το δεύτερο υποτεστ αξιολογεί την κατανόηση της σημασίας των γραμματικών μορφημάτων και το τρίτο υποτεστ ελέγχει το επίπεδο κατανόησης αναφορικά με την επεξεργασία που πρέπει να γίνει για την κατασκευή μιας πρότασης (El Hassan & Jammal, 2005).
- ◆ Test of Language Development- Primary 3(TOLD-P:3) (Hammil and Newcomer, 1982),πρόκειται για τεστ που σύμφωνα με τους συγγραφείς του, ενδείκνυται για τον εντοπισμό γλωσσικών προβλημάτων σε παιδιά, για την καταγραφή ικανοτήτων και αναγκών, για την τεκμηρίωση της προόδου καθώς επίσης προτείνεται και για ερευνητική χρήση και, προορίζεται για εφαρμογή για παιδιά ηλικιακού εύρους 8 ετών έως 12 ετών και 11 μηνών. Συνίσταται από 6 υποδοκιμασίες αξιολόγησης που θα αναφερθούν ακολούθως. Η πρώτη δοκιμασία σχετίζεται με το λεξιλόγιο εικόνων για την εξέταση του δεκτικού λόγου του παιδιού, η δεύτερη δοκιμασία έχει να κάνει με το σχεσιακό λεξιλόγιο και αξιολογεί την ικανότητα του παιδιού να δηλώνει τη σχέση μεταξύ δύο λέξεων (π.χ. «σε τι μοιάζουν ένας μαρκαδόρος και μία ξυλομπογιά;»), η τρίτη δοκιμασία σχετίζεται με το προφορικό λεξιλόγιο και, αξιολογεί την δυνατότητα του παιδιού να ορίζει τις λέξεις (π.χ. «τι είναι καρέκλα;»), η τέταρτη δοκιμασία αναφέρεται στη γραμματική κατανόηση και αξιολογεί την κατανόηση μιας σειράς προτάσεων, η πέμπτη δοκιμασία αφορά στη μίμηση των προτάσεων που εκφωνεί ο κλινικός και η έκτη κατηγορία σχετίζεται με τη συμπλήρωση κενών χώρων και αφορά στη γραμματική. Χρησιμοποιεί την τεχνική «cloze» για να εξεταστεί η χρήση κοινών μορφολογικών φορμών [π.χ. «οι πράξεις μιλούν δυνατότερα από τα...» (λόγια)]. Το TOLD-P:3 περιέχει και συμπληρωματικά

τεστ που αφορούν τις φωνολογικές δεξιότητες. Αφορούν στη διάκριση λέξεων, (διαδικασία κατά την οποία το παιδί καλείται να βρει το ένα διαφορετικό φώνημα, που βρίσκεται σε αρχική, μέση ή τελική θέση, ανάμεσα σε ζεύγη λέξεων), στη φωνημική ανάλυση (κατά την οποία το παιδί καλείται να κάνει κατάτμηση λέξεων στα επιμέρους φωνήματα τους) και στην άρθρωση λέξεων (κατά την οποία το παιδί πρέπει να άρθρωση την εικονιζόμενη λέξη που του υποδεικνύει ο κλινικός (Hamill & Newcomer, Test Review: Test of Language Development-Intermediate 3rd Edition/ TOLD-I: 3).

- ◆ Detroit Test of Learning Aptitude-Primary (DTLA-P) (Hammil and Bryant, 1986), πρόκειται για εργαλείο που ενδείκνυται για παιδιά ηλικίας 3-9 ετών και χρησιμοποιείται για την καταγραφή των δυνατοτήτων και αδυναμιών του παιδιού, για την απόσπαση χρήσιμων πληροφοριών για την σύνθεση ενός γενικού προφίλ χαρακτηριστικών για τα παιδιά που παρουσιάζουν σημαντικές νοητικές ελλείψεις, ενώ προτείνεται επίσης ως ερευνητικό εργαλείο. Το DTLA-P δεν περιέχει αυτόνομες υποδοκιμασίες, αλλά χρησιμοποιεί δοκιμασίες από διαφορετικά υποτεστ, οι οποίες ταξινομούνται κατά σειρά αυξανόμενης δυσκολίας με μικρές παραλλαγές για να εξασφαλίσει μία αντιπροσωπευτική δειγματοληψία ενώ οι ενότητες που «δανείζεται» διχοτομούνται αξιολογικά σε τέσσερις τομείς τον γλωσσικό, τον γνωστικό, τον τομέα εστίασης προσοχής και τον αρθρωτικό τομέα (που σχετίζεται με την φωνολογική συνειδητοποίηση και με την ακουστική διάκριση). Η βαθμολογία της απόδοσης των παιδιών γίνεται βάσει των προδιαγραφών της εκάστοτε υποδοκιμασίας που χορηγείται κάθε φορά. Αυτή η παράμετρος λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες του κάθε παιδιού γιατί επιτρέπει στην διαδικασία της αξιολόγησης να είναι αρκετά σύντομη (μπορεί να έχει διάρκεια 15 έως 45 λεπτά) συγκριτικά με την δεύτερη έκδοση του DTLA-P, το DTLA-2 (που μπορεί να έχει διάρκεια έως και 2 ώρες) (Radencich, 1986).
- ◆ Development of the Children's Communication Checklist (CCC), (Bishop, 1998), πρόκειται για ερωτηματολόγιο 70 ερωτήσεων ελέγχου του επικοινωνιακού επιπέδου του παιδιού. Οι ερωτήσεις αυτές οργανώνονται σε 10 υποομάδες (εκ των οποίων εκάστη αποτελείται από 7 ερωτήσεις). Σταθμίστηκε για την εγκυρότερη αξιολόγηση της επικοινωνιακής δυσλειτουργίας, λόγω ελλείψεων των προγενέστερων του γλωσσικών τεστ. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 4-16 ετών και 11 μηνών και βοηθά στην αξιολόγηση των επικοινωνιακών πτυχών, στην εξέταση της γενικής γλωσσικής ικανότητας, στον εντοπισμό των αντικειμενικών

γλωσσικών αναπηριών και στην ταυτοποίηση των πιθανών γλωσσικών αδυναμιών. Συγκεκριμένα, το αξιολογικό προφίλ του τεστ εδράζεται σε δύο βασικούς τομείς:

- στη γλώσσα(από την πρώτη έως την τέταρτη δοκιμασία αντίστοιχα), εξετάζοντας τον ρέοντα λόγο, τη μορφολογία, τη σύνταξη και τη σημασιολογία και,
- στην πραγματολογία (από την πέμπτη έως την δέκατη δοκιμασία αντίστοιχα), εξετάζοντας τις μιμητικές ικανότητες, τη θεματική γλώσσα (π.χ., τη γλώσσα σεναρίου σε ένα παιχνίδι ρόλων),το επικοινωνιακό πλαίσιο (χρήση γλώσσας ανά τις διαφορετικές κοινωνικές περιστάσεις, π.χ. το ύφος απέναντι σε συνομηλίκους ή σε μεγαλύτερους ανθρώπους/επίσημο ύφος-ανεπίσημο ύφος),τη μη λεκτική επικοινωνία (βλεμματική επαφή, γλώσσα του σώματος, μυϊκός τόνος),τις κοινωνικές σχέσεις και τα ευρύτερα εξωσχολικά ενδιαφέροντα.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το εν λόγω αξιολογικό τεστ είναι ιδιαίτερα κατατοπιστικό σε περιπτώσεις διαταραχών αυτιστικού φάσματος και ειδικής γλωσσικής διαταραχής.

2.2.3.Η αξιολόγηση του γνωστικού επιπέδου.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της γνωστικής ικανότητας ενδείκνυνται τα ακόλουθα:

- ◆ Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-4th edition (WPPSI-IV) (Wechsler,1967), αποτελεί χρονολογικά ένα από τα παλαιότερα αξιολογικά τεστ νοημοσύνης που σταθμίστηκαν, λόγω της ολοένα και μεγαλύτερης ανάγκης αξιολόγησης παιδιών προσχολικής ηλικίας. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικιών 4 έως 6 ετών. Υπέστη την πρώτη του επαναθεώρηση το 1989 και μετονομάστηκε σε WPPSI-R το οποίο έκρινε σκόπιμη την αύξηση του ηλικιακού εύρους και απευθύνθηκε σε παιδιά 3 έως 7 ετών, και εδραιώθηκε τελικά στην τέταρτη του έκδοση. Η τελευταία έκδοση οργάνωσε τους άξονες της χωρίζοντας δύο κατηγορίες ηλικιακών ομάδων, η πρώτη απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 2 ετών και 6 μηνών έως παιδιά ηλικίας 3 ετών και 11 μηνών και η δεύτερη ηλικιακή ομάδα αποτελείται από παιδιά 4 ετών έως 7 ετών και 7 μηνών. Πλέον, συνίσταται από 15 υποδοκιμασίες έναντι των 11 που αποτελείτο παλαιότερα έπειτα από διεξοδική ενημέρωση των θεωρητικών βάσεων αφού κρίθηκε αναγκαία η αύξηση της αναπτυξιακής καταλληλότητας, της φιλικότητας προς το συμμετέχον παιδί, η βελτίωση των ψυχομετρικών προϋποθέσεων και η ενίσχυση της κλινικής χρησιμότητας. Οι δοκιμασίες παρατίθενται ακολούθως:

- Σχεδίαση σε μπλοκ: το παιδί, ενώ βλέπει ένα κατασκευασμένο μοντέλο ή μία εικόνα στο βιβλίο ερεθισμάτων, χρησιμοποιεί μπλοκ με ένα ή δύο χρώματα για να δημιουργήσει εκ νέου το σχέδιο σε προκαθορισμένο χρόνο)
- Δοκιμασία πληροφοριών: ικανότητα του παιδιού να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για ένα από τα 4 αντικείμενα που θα επιλέξει,
- Συλλογισμός Matrix :το παιδί επεξεργάζεται οπτικά έναν ημιτελή πίνακα και επιλέγει το τμήμα που θα τον ολοκληρώσει ανάμεσα σε 4 ή 5 πιθανές επιλογές,
- Αναζήτηση σφαλμάτων: αξιολόγηση λογικής κρίσης,
- Μνήμη εικόνας: καλείται να ανακαλέσει την εικόνα ,που του απέκρυψε ο κλινικός ,σε επόμενη σελίδα,
- Ομοιότητες: διαβάζεται στο παιδί μία ημιτελής πρόταση που περιέχει δύο έννοιες και το παιδί καλείται να αναφέρει το κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των δύο εννοιών που ανέφερε ο κλινικός.) (π.χ. «η γάτα και ο σκύλος είναι ___»),
- Έννοιες εικόνας: δίνονται στο παιδί δύο ή τρεις σειρές εικόνων και επιλέγει μία εικόνα από κάθε σειρά για να την κατατάξει στην ομάδα που θα σχηματίσει κρίνοντας ποιο είναι το κοινό χαρακτηριστικό των εικόνων της ομάδας που συνέστησε,
- Ακύρωση: το παιδί επισημαίνει δύο διατάξεις αντικειμένων σαρώνοντας τις για να επισημάνει τις σειρές εικόνων-στόχων που δεν ταιριάζουν στις διατάξεις,
- Τοποθεσίες ζωολογικού κήπου: το παιδί βλέπει μία ή περισσότερες κάρτες ζώων που έχουν τοποθετηθεί σε συγκεκριμένη θέση στη διάταξη του ζωολογικού κήπου και στη συνέχεια επανατοποθετεί τις κάρτες στην διάταξη που είδε πρωτίτερα,
- Συναρμολόγηση :το παιδί καλείται να συναρμολογήσει ένα απλό παζλ σε διάρκεια 90 δευτερολέπτων,
- Λεξιλόγιο: το παιδί κλείνεται να δώσει ορισμούς λέξεων σε μία σειρά από τις εικόνες που του υποδεικνύει ο κλινικός από το βιβλίο ερεθισμάτων,
- Κωδικοποίηση ζώων: αντιστοιχεί τα ζώα που του υποδεικνύονται με το περιγραμμικό τους μοτίβο,
- Κατανόηση: το παιδί απαντά σε ερωτήσεις γενικών αρχών αναφορικά με τις κοινωνικές καταστάσεις,
- Γνωστική αντίληψη/ φωνολογική ενημερότητα: το παιδί κοιτάζει μία ομάδα τεσσάρων εικόνων και καταδεικνύει αυτή που ονομάζει «φωναχτά» ο κλινικός,
- Κατονομασία εικόνων: το παιδί κατονομάζει μία σειρά από εικόνες που του υποδεικνύει ο κλινικός στο βιβλίο ερεθισμάτων (Wechsler,2012).

◆ Otis-Lennon, 8th edition (OLSAT-8) (Otis & Lennon, 2003). Το OLSAT-8 σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση λεκτικών, ποσοτικών και εικονικών συλλογιστικών δεξιοτήτων και προορίζεται για παιδιά 5-11 ετών. Το αναφερόμενο εργαλείο αξιολόγησης της νοητικής ικανότητας, βασίστηκε στις μεταπτυχιακές εργασίες του Dr. Arthur Otis, στο Πανεπιστήμιο του Στάνφορντ κατά το 1918, και συστάθηκε αρχικά, από μία σειρά τεστ για την εξέταση της ικανότητας των μαθητών, να ανταποκριθούν στις μαθησιακές σχολικές απαιτήσεις, και για την αξιολόγηση των επιτευγμάτων τους αναλόγως με τα ταλέντα-κλίσεις που εμφανίζουν στο σχολικό μαθησιακό περιβάλλον. Το μοντέλο-πρότυπο του OLSAT-8 βασίζεται στην αναπτυξιακή προσέγγιση των ανθρώπινων γνωστικών ικανοτήτων και στην ιδέα ότι για να μάθουν οι μαθητές νέα πράγματα, θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται με ακρίβεια και να αναγνωρίζουν και να ανακαλούν, ότι γίνεται αντιληπτό, να έχουν την ικανότητα της λογικής κρίσης, της κατανόησης των κοινωνικών σχέσεων και της προσαρμογής σε διαφορετικά πλαίσια με βάση τις γενικές αρχές που έχουν κατακτήσει κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής τους προόδου (Briggs & Wilson, 2003). Μερικές από τις ενότητες που αξιολογούν αυτές τις ικανότητες σχετίζονται με :

- τον εντοπισμό ομοιοτήτων και διαφορών,
- την επίλυση αναλογιών και πινάκων μάρτιξ,
- την ταξινόμηση και τον καθορισμό σειράς αλληλουχιών.

Οι αναφερόμενες ενότητες διεξάγονται υπό τη μορφή πολλαπλής επιλογής (Otis, 1989; Gonzaga & Maravillas, 2014).

◆ Ross Test of Higher Cognitive Process (1976), (Catherine M. Ross and John D. Ross), το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολόγησης προορίζεται για ηλικίες 4-6 ετών και μοναδικό στόχο του έχει την μέτρηση διαφόρων πτυχών της σκέψης, με αποτέλεσμα να του προσδίδεται ένας πιο γενικός χαρακτήρας στον τομέα της αξιολόγησης. Ακολουθεί ένα πρότυπο φόρμας 105 στοιχείων σε μορφή πολλαπλής επιλογής. Οι ενότητες των δοκιμασιών παρατίθενται ακολούθως:

- Γλωσσικές αναλογίες: Η συγκεκριμένη ενότητα αποτελείται από 14 στοιχεία που μετρούν την ικανότητα των μαθητών να αντιλαμβάνονται τις αναλογικές σχέσεις μεταξύ ζευγών λέξεων και σχετίζεται με την «ανάλυση των σχέσεων».
- Επαγωγικός Συλλογισμός (αναγωγή από ειδικό στο γενικό): Η ενότητα συνίσταται από 18 στοιχεία που αξιολογούν την ικανότητα του παιδιού να αναλύει απόψεις εκφράζοντάς τες μέσα από μία λογική πορεία συλλογισμού.

- Εκλειπόμενα χωρία: Η συγκεκριμένη ενότητα αποτελείται από 8 στοιχεία και στόχο έχει την αξιολόγηση της ικανότητας του μαθητή να εντοπίσει και να προσδιορίσει την υπόθεση που λείπει από μία συλλογιστική αλληλουχία ώστε να την ολοκληρώσει, έχοντας ως δεδομένο την υπόθεση και το συμπέρασμα του συλλογισμού. Η εν λόγω ενότητα συνδέεται με την «Ανάλυση Στοιχείων».
- Αφηρημένες σχέσεις: Η ενότητα αποτελείται από 14 στοιχεία και εξετάζει την ικανότητα του παιδιού να μελετήσει δεδομένα που του δίνονται, ώστε να συνθέσει ένα συνεπές σχήμα για την οργάνωση των δεδομένων με αποτέλεσμα τον σχηματισμό μιας εννοιολογικής δομής.
- Διαδοχική σύνθεση: Η ενότητα αυτή αξιολογεί την ικανότητα του παιδιού, να οργανώσει τις ιδέες του μέσα σε ένα πλαίσιο συνεργατικής επικοινωνίας (κοινώς, να «σταθεί» με συλλογιστικά επιχειρήματα μέσα σε έναν διάλογο).
- Στρατηγικές ερωτήσεων: Αυτή η ενότητα εξετάζει την ικανότητα του μαθητή να αξιολογεί τις μεθόδους από τα δεδομένα που έχουν αποκτηθεί και να τις κρίνει ως προς την αποτελεσματικότητά τους για την παραγωγή των καλύτερων δεδομένων και συνδέεται με την κρίση που διαμορφώνεται από εξωτερικά κριτήρια.
- Ανάλυση σχετικών και άσχετων πληροφοριών: Σε αυτή την δοκιμασία αξιολόγησης, μετράται η ικανότητα του μαθητή στην ανάλυση των δεδομένων που του δίνονται και στον εντοπισμό ή την έλλειψη σημαντικών πληροφοριών που περιέχονται ,ή και όχι, σε αυτά. Η δοκιμασία αυτή σχετίζεται με την «Ανάλυση σχέσεων».
- Ανάλυση Ιδιοτήτων: Σε αυτή την ενότητα, παρουσιάζονται ομάδες παρόμοιων σχημάτων που έχουν μία ποικιλία χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων. Η κατοχή ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού-ιδιότητας ενός στοιχείου ,το καθιστά αυτόματα ως μέρος μιας συγκεκριμένης ομάδας(πρόκειται δηλαδή, για δοκιμασία εξέτασης της ικανότητας ομαδοποίησης βάσει δεδομένων).

Το συγκεκριμένο τεστ αξιολόγησης έχει μέσο όρο διάρκειας περίπου 2 ώρες και ολοκληρώνεται σε 2 κλινικές συνεδρίες (εξαιρείται ο χρόνος για την απόδοση οδηγιών) (Arter & Salmon, 1987).

Στα πλαίσια αξιολόγησης του γνωστικού επιπέδου της φωνολογικής ενημερότητας προτείνεται επίσης και το LACT (Lindamood Auditory Conceptualization Test), (Lindamood, 1971). Το αναφερόμενο αξιολογικό εργαλείο χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ικανότητας φωνημικής επίγνωσης του παιδιού (ικανότητα που είναι πολύ σημαντικό να εξεταστεί για την κατάκτηση του μεταγενέστερου αναγνωστικού επιπέδου). Το εν λόγω τεστ συνίσταται από δύο βασικές υποκατηγορίες αξιολόγησης ικανοτήτων:

- Η πρώτη υποκατηγορία αφορά στην ικανότητα ακουστικής διάκρισης μεταξύ δύο ήχων και,
- Η δεύτερη κατηγορία αφορά στην αξιολόγηση της ικανότητας αντίληψης και σύγκρισης του αριθμού και της σειράς των ήχων στα προφορικά μοτίβα που παρατίθενται κάθε φορά στο παιδί.

Τα παιδιά ανταποκρίνονται στις αξιολογικές διαδικασίες με χρήση μπλοκ που αντιπροσωπεύουν τους ήχους και τα προφορικά μοτίβα που ακούει το παιδί το οποίο καλείται να τα χρωματίσει όπως θα του υποδείξει ο κλινικός εξεταστής.

2.2.4. Η αξιολόγηση της ακουστικής ικανότητας.

Σημαντικό κομμάτι της αξιολόγησης αποτελεί αυτό της εξέτασης της ακουστικής ευχέρειας, ιδιαίτερα αν το παιδί έχει ιατρικό ιστορικό κληρονομικότητας (βαρηκοΐα εξωτερικού, μέσου και εσωτερικού ωτός, προβλήματα στο ακουστικό νεύρο, εμβοές ώτων, δυσμορφία μέσου ωτός, διαταραχές ακουστικής επεξεργασίας κ.ά.) ή συχνών λοιμώξεων του μέσου ωτός (π.χ. λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, εκκριτική/μέση ωτίτιδα κλπ.). Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να παραλείπεται αυτή η παράμετρος, αφού κατά γενική θεώρηση, η ακοή αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας για την αντίληψη και παραγωγή του προφορικού λόγου. Αρκετές από τις διαθέσιμες μελέτες, έχουν επιβεβαιώσει ότι και οι ήπιες ακοολογικές διαταραχές, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ομιλία και τη γλωσσική ανάπτυξη (Kolvin & Fundudis, 1981). Συνεπώς θα πρέπει να ολοκληρωθεί η ακουστική εξέταση για να διασφαλιστεί ότι οι δυσκολίες ακοής δεν συμβάλλουν στην επιλεκτική αλαλία. Σαν μέθοδοι ακοολογικού ελέγχου θα μπορούσαν να εφαρμοστούν γενικά τεστ ακουστικής ευαισθησίας (όπως η ακοομετρία καθαρών τόνων, η μέθοδος masking, η μέθοδος ακουστικών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους/ ΠΑΔΕ-Brainstem Evoked Responses Audiometry (BERA), οι ωτακουστικές εκπομπές, η ακουστική εξέταση των αντανακλαστικών του αναβολέα, δοκιμασία Weber κλπ.) (Corn, 1983; Noble, 1990; Hood, 2007)

Ολοκληρώνοντας την ενότητα της αξιολόγησης, και όπως ήδη προαναφέρθηκε, είναι απαραίτητη για κάθε αξιολογική διαδικασία, η παρατήρηση στο οικείο περιβάλλον. Έτσι, μία ηχογραφημένη κασέτα που θα παρέχουν οι γονείς με το παιδί να μιλάει στο σπίτι, μπορεί να φανεί αρκετά χρήσιμη για την αξιολόγηση της φωνολογικής ικανότητας. Από αυτό το ηχογραφημένο ντοκουμέντο, ο κλινικός θα έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει χαρακτηριστικά της φώνησης του παιδιού όπως το μήκος της, τη γραμματική «κατασκευή» του λόγου του, τον τόνο της φωνής, καθώς και να προβεί στην ποιοτική αξιολόγηση των απαντήσεων του κατά τη διάρκεια που συνδιαλέγεται μέσω λεκτικών

εκφράσεων. Αναφορικά με τον ποιοτικό έλεγχο της φώνησης, λαμβάνονται υπ' όψει τυχόν ανωμαλίες στον ρυθμό, το έντονο άγχος(αν είναι διακριτό, η προσωδία, το ύφος και το εύρος της φωνής. Τυχόν δυσκολίες σε αυτούς τους τομείς ,θα διαταράξουν τον λόγο και μπορεί να αποτελέσουν σημαντική αιτία αναστολής της ομιλίας σε ορισμένες περιπτώσεις με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί ένα προφίλ επιλεκτικής αλαλίας (Lerea & Ward,1965).

2.2.5. Τύποι επιλεκτικής αλαλίας.

Ο Hayden (1980) έκανε μία εις βάθος έρευνα αναφορικά με την επιλεκτική αλαλία σε μία προσέγγιση οικογενειακών συστημάτων. Στην έρευνα αυτή, συμπεριλήφθηκαν 68 παιδιά ηλικιακού εύρους 3 ετών και 9 μηνών έως 14 ετών και 4 μηνών και ο ίδιος κατέληξε στην κατηγοριοποίηση της διαταραχής σε τέσσερις επιμέρους τύπους: (1) τη συμβιωτική αλαλία (symbiotic mutism), (2) την ομιλία φοβικής αλαλίας (speech phobic mutism), (3) την αντιδραστική αλαλία (reactive mutism) και (4) την παθητική/επιθετική αλαλία (passive/aggressive mutism).

◆ Συμβιωτική αλαλία (symbiotic mutism)

Η συμβιωτική αλαλία αποτελεί τον πλέον κοινό τύπο αλαλίας. Οι γονείς αυτών των παιδιών είναι διαχωρισμένοι λόγω των ρόλων τους. Το δυναμικό πρόσωπο είναι η μητέρα, που είναι έντονα ενεργητική και ομιλητική, ενώ το πατρικό πρότυπο συντίθεται από ένα πατέρα, που είναι παθητικός και απών. Το προφίλ της συμβιωτικής αλαλίας παρουσιάζει μία αρκετά έντονη συμβιωτική σχέση με τον κηδεμόνα και το 84% των περιπτώσεων αφορά στη σχέση με τις μητέρες. Μάλιστα ο Hayden, περιγράφει τις μητέρες αυτών των παιδιών ως ‘συνεπείς μητέρες ως προ το γονεϊκό τους ρόλο, με έντονη τάση κτητικότητα, όταν το παιδί αναπτύσσει σχέσεις εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος(φιλικές σχέσεις με άλλα παιδιά ή διάθεση συμπάθειας απέναντι σε άλλους ενήλικες)’. Παρά το γεγονός ότι και σε αυτή την περίπτωση το παιδί παρουσιάζει μία ντροπαλή και προσκολλημένη ιδιοσυγκρασία, φαίνεται να είναι αρκετά χειριστικό και αρνητικό ως προς τις ελεγχόμενες καταστάσεις και τους ενήλικες. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το παιδί χρησιμοποιεί την αλαλία με σκοπό να έχει τον έλεγχο των καταστάσεων.

◆ Ομιλιοφοβική αλαλία (speech phobic mutism).

Πρόκειται για τον λιγότερο κοινό τύπο επιλεκτικής αλαλίας. Χαρακτηρίζεται από τον φόβο του παιδιού να ακούσει τη φωνή του, το οποίο κατά κύριο λόγο χρησιμοποιεί έναν μη λεκτικό τρόπο επικοινωνίας. Ο Hayden υποστήριξε, ότι αυτός ο τύπος αφορά στο 57% το φόβο του παιδιού σχετικά με οικογενειακά ‘μυστικά’ ,τα οποία το παιδί αισθάνεται ανίκανο να ελέγξει κατά την ομιλία του, και να εξακολουθήσουν να μένουν ασφαλή στο ενδοοικογενειακό περιβάλλον, οπότε σιωπά.

◆ Αντιδραστική αλαλία (reactive mutism).

Αυτή η περίπτωση αλαλίας εντοπίζει τον πυρήνα της σε μία σειρά τραυματικών γεγονότων που έχει βιώσει ή εξακολουθεί να βιώνει το παιδί. Η εμφάνιση του συγκεκριμένου τύπου παρουσιάζεται σε ένα πληθυσμό παιδιών, που βίωσαν τον θάνατο εντός οικογενείας, πού υπέστησαν βιασμό ή οποιαδήποτε άλλη μορφή κακοποίησης(σωματική κακοποίηση συνήθως υπό τη μορφή απειλής στο λαιμό). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ο Hayden αναφέρθηκε έντονα στη λεκτική κακοποίηση, δηλώνοντας χαρακτηριστικά φράσεις του τύπου «κλείσε το στόμα σου και μη το ανοίξεις ποτέ ξανά». Τα παιδιά που συνιστούν αυτή την ομάδα παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης.

◆ Παθητική/επιθετική αλαλία (passive/aggressive mutism).

Στην παθητική/επιθετική αλαλία, η σιωπή έχει τη χρησιμότητα όπλου, που εκφράζει την εχθρότητα μέσω μιας προκλητικής άρνησης του παιδιού να εκφράσει ομιλία. Η δυναμική αυτής της συμπεριφοράς έχει τη βάση της στο ότι, το παιδί αντιμετωπίζεται ως ο «αποδιοπομπαίος τράγος» της οικογένειας, που συχνά αποτελεί ένα ιδιαίτερα παθογενές περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτού του τύπου αλαλίας, η ιδιοσυγκρασία του παιδιού είναι αρκετά έντονη και χαρακτηρίζεται ως «πεισματάρρα». Σπάνια θα προβεί στην εκδήλωση συναισθημάτων εκφράζοντας χαμόγελο ή γέλιο, και αν κάτι τέτοιο συμβεί, θα συμβεί συνήθως ακούσια. Έτσι, όταν έχει τον έλεγχο των συναισθημάτων του, το παιδί επιλέγει να τα συγκρατεί, κυρίως όταν πρόκειται για συναίσθημα που υποδεικνύουν ευαλωτότητα, όπως το κλάμα. Παρουσιάζει συχνά εκ διαμέτρου αντίθετες συναισθηματικές καταστάσεις, με περιόδους αδικαιολόγητου, υπερβολικού ενθουσιασμού και με περιόδους έντονης επιθετικότητας και ευερεθιστότητας. Έχοντας αυτή τη συμπεριφορά, με αυτές τις διακυμάνσεις, σε συνδυασμό με την πεισματική άρνηση να εκφράσει ομιλία, προσπαθεί να χειραγωγήσει καταστάσεις στο δύσκολο ελεγχόμενο περιβάλλον όπως το βιώνει και προσπαθεί να επιβιώσει σε αυτό, όπως έχει διαμορφωθεί.

Όπως παρατήρησε ο Hayden, σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά γνώρισμα σε περιβάλλοντα σπιτιού και σχολείου (στο σχολείο η εμφάνιση τους οξύνεται ιδιαίτερα). Τα χαρακτηριστικά παρατίθενται ακολούθως:

- Υποτονικότητα συναισθήματος,
- Σημαντική απόσυρση από το κοινωνικό σύνολο,
- Ανωριμότητα,
- Εχθρότητα/νευρικότητα,
- Έντονη συστολή,
- Συχνό αδικαιολόγητο κλάμα,

- Καταθλιπτική διάθεση (με τη μορφή διαταραχών ύπνου και διατροφικών διαταραχών, σε μεταγενέστερο επίπεδο εφηβείας με εκδήλωση τάσεων αλκοολισμού και καταχρήσεων),
- Συμπεριφορά τελειομανίας (υπό τη μορφή του ψυχαναγκασμού),
- Περίοδοι έντονης ευδιαθεσίας (με την έννοια του συναισθηματικού παροξυσμού, έντομα καλή διάθεση που όμως είναι αδικαιολόγητη)
- Περίοδοι έντονης επιθετικότητας.

Πέρα από τη σύσταση του ιδιοσυγκρασιακού προφίλ, τα παιδιά παρουσιάζουν και χαρακτηριστικά σωματικά συμπτώματα:

- Το φαινόμενο «μάσκα» (ανέκφραστο πρόσωπο),
- Λυπημένη έκφραση προσώπου,
- Επανειλημμένη έκφραση θλίψης (σε κάθε αφορμή που του δίνεται, σαν πηγαίος πεσιμισμός) Νωθρή/ρομποτική βάδιση «*walking on eggs gait*»,
- Άκαμπτη στάση σώματος (Hayden, 1980).

Πριν την ολοκλήρωση αυτού του κεφαλαίου, είναι σκόπιμη η εξήγηση του σχήματος «αποδιοπομπαίος τράγος». Η επιλεκτική αλαλία, όπως έχει διατυπωθεί μέχρι σήμερα, πρόκειται για μία διαταραχή με αρκετά ‘ευαίσθητη’ φύση, και λόγω του κλινικού πληθυσμού που απευθύνεται (παιδική-εφηβική ηλικία), και λόγω της άρρηκτης σύνδεσης που έχει με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που την επηρεάζουν καθοριστικά. Η Mandeville (2021) είναι ψυχοθεραπεύτρια και ειδικεύεται στη συμβουλευτική στα πλαίσια οικογενειακών συστημάτων. Αναφερόμενη στην εν λόγω φράση, την εντάσσει στα πλαίσια της «τοξικής» οικογένειας. Αναφέρει πως μία κοινή μορφή γονικής λεκτικής κακοποίησης είναι, το παιδί να γίνεται «αποδιοπομπαίος τράγος». Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές αυτού του φαινομένου ,πάντοτε όμως, ο πυρήνας εντοπίζεται στην ανάγκη για έλεγχο και αίσθηση δύναμης μέσα στην οικογένεια. Η ύπαρξη εξιλαστήριου θύματος δημιουργεί στον γονιό την εντύπωση ότι η οικογένεια του, είναι πιο υγιής από ό,τι στην πραγματικότητα είναι. Η πρακτική αυτή, ελαχιστοποιεί το αίσθημα της ευθύνης στον γονιό ,ο οποίος με τη χρήση της , δίνει μία εξήγηση στα αρνητικά ενδοοικογενειακά γεγονότα, αυξάνοντας την αίσθηση του ελέγχου. Ο ρόλος του αποδιοπομπαίου τράγου μπορεί να εναλλάσσεται στην οικογένεια (σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότερα από ένα παιδιά) ή και να είναι σταθερός σε ένα παιδί (ανεξάρτητα με το αν υπάρχουν ή όχι αδέρφια στην οικογένεια).Η ιδιοσυγκρασία αυτών των γονέων συνίσταται από έντονη τάση για έλεγχο, ανταγωνιστικότητα και συμπλέγματα κατωτερότητας απέναντι στον κοινωνικό περίγυρο[τα

συμπλέγματα μπορεί να εδράζονται σε κοινωνικά,οικονομικά,ταξικά ζητήματα, κοινώς, ο τύπος οικογένειας «Ηγέτης του γκέτο» (Ghetto leader) όπως περιγράφεται αρκετά στοχευμένα από Goll (1979), καθώς και από έντονο ναρκισσισμό. Αυτός ο τύπος γονέα, απαιτεί πάντα τον κυρίαρχο ρόλο στα πλαίσια της οικογένειας και ,επιβάλλοντας στο παιδί το ρόλο του εξιλαστήριου θύματος ,αποποιείται των όποιων ευθυνών , σε ό,τι σχετίζεται με αρνητικά γεγονότα ,ελαχιστοποιώντας τις ενοχές του για οποιαδήποτε άσχημη κατάσταση μπορεί να ευθύνεται. Ο ρόλος αυτού του θύματος, αποδίδεται συνήθως :

- στο παιδί-επαναστάτη: σε αυτή την περίπτωση, η όποια μορφή κακοποίησης αφορά στον έλεγχο και στην ισορροπία δύναμης,
- στο ευαίσθητο παιδί :ο εκφοβισμός του παιδιού με αρκετά ‘‘συνεσταλμένο’’ προφίλ και με μη ιδιαίτερα ενισχυμένη την αίσθηση του προσωπικού δικαιώματος αυτοδιάθεσης και προσωπικής υπεράσπισης, ευνοούν τον γονέα ,να είναι περισσότερο έντονος και δηλωτικός, αισθανόμενος ότι έχει μεγαλύτερη δύναμη. Χαρακτηριστικά ενδέχεται, στο πλαίσιο της απενοχοποίησης, ο ίδιος να αναφέρει πως «είναι απαραίτητο να ‘‘σκληρύνει’’ το παιδί και να μην είναι πλέον τόσο ευαίσθητο»,
- στο παιδί-εξαίρεση: Συχνά, ο θύτης σε αυτή την περίπτωση είναι η μητέρα και πιθανότατα να υπάρχουν περισσότερα από ένα παιδιά στην οικογένεια. Η ίδια αποδίδει την όποια αυταρχική της συμπεριφορά στη ‘‘διαφορετικότητα’’ του παιδιού, που στην πραγματικότητα, όσο διαφέρει από τη μητέρα του, εξίσου διαφέρει και από τα αδέρφια του. Στην περίπτωση αυτή το θύμα φαίνεται να είναι υπεύθυνο για τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζει η μητέρα,
- στο παιδί διαζευγμένων οικογενειών με τη μορφή ‘‘υπενθύμισης’’ :σε αυτή την περίπτωση το παιδί φέρεται να μοιάζει ή να λειτουργεί όπως ο πρώην σύζυγος , ή και γενικότερα σαν κάποιον συγγενή που δεν χαρακτηρίζεται για την ευγενική του φύση (Mandeville, 2021).

Η μορφή αυτής της μεταχείρισης, ανεξαρτήτως του κατά πόσο είναι φυσιολογική ή δικαιολογημένη για τους γονείς, εν τέλει αποτελεί μορφή κακοποιητικής συμπεριφοράς, που, πέραν του ότι είναι κατακριτέα (είτε έχει στόχο σε ένα τυπικά αναπτυσσόμενο παιδί είτε σε μη ‘‘τυπικό’’ παιδί),μπορούμε να αναλογιστούμε ,και είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουν και οι ίδιοι οι γονείς, το αντίκτυπο που θα έχει στο ψυχοσυναισθηματικό αναπτυξιακό προφίλ του παιδιού, που τη δέχεται (Mandeville, 2021).

Κεφάλαιο 3^ο

Η συννοσηρότητα των διαταραχών στην επιλεκτική αλαλία.

Πρωτύτερα, στο 1^ο κεφάλαιο, έγινε αναφορά στο βιβλίο «Unspoken Words» που παρατίθεται η προσωπική ιστορία της Sophia Blum, ενός κοριτσιού με επιλεκτική αλαλία. Η μητέρα της αναφέρει χαρακτηριστικά την δυσκολία που αντιμετώπισε το παιδί έως ότου φτάσει στη διάγνωση της επιλεκτικής αλαλίας. Η ίδια λοιπόν αναφέρει πως «υπήρχαν κλινικοί, που διέγνωσαν την Sophia με αυτισμό, άλλοι ανέφεραν, πως, για την κατάσταση της ευθύνεται η κακή γονεϊκή διαπαιδαγώγηση, άλλοι πρότειναν, να μετεγγραφεί σε ειδικό σχολείο, ενώ άλλοι απέδωσαν την κοινωνική της απομόνωση σε κακοποίηση του παιδιού στο σπίτι (πράγμα που στην δική της περίπτωση δεν συνέβη)». Αυτή η δυσκολία που αντιμετωπίζεται αναφορικά με την διάγνωση της επιλεκτικής αλαλίας, οφείλεται στο έντονο συννοσηρικό της προφίλ, αφού αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές ανάπτυξης της γλώσσας ή ομιλίας την συνοδεύουν και περιπλέκουν αρκετά την κλινική εικόνα του παιδιού που πρόκειται να αξιολογηθεί (Kolvin & Fundudis, 1981; Steinhausen & Juzi, 1996, Kristensen, 2000; Cleator & Hand, 2001;).

3.1.Οι διαταραχές ομιλίας και λόγου στην επιλεκτική αλαλία.

Αρχίζοντας, θα γίνει αναφορά στα προνοσηρά προβλήματα που εντοπίζονται στα παιδιά που διαγιγνώσκονται με τη διαταραχή της επιλεκτικής αλαλίας.

Τέτοια προβλήματα-πρώιμα συμπτώματα- είναι οι δυσκολίες και καθυστερήσεις στην ομιλία και στη γλώσσα, όπως υποστηρίζει η διαθέσιμη βιβλιογραφία (Steinhausen & Juzi, 1996). Ειδικότερα, σε μελέτη 100 περιπτώσεων των Steinhausen & Juzi, το 1996 διαπιστώθηκε, πως οι πρώιμες διαταραχές λόγου και ομιλίας παρουσιάστηκαν στο ένα τρίτο περίπου (38%) του συνολικού δείγματος των εκατό παιδιών με επΑ. Για το λόγο αυτό, οι συγγραφείς, με τους οποίους συμφωνούν και οι McInnes, et al. (2004), τονίζουν τη βαρύτητα που θα πρέπει να δίνεται σε αυτές τις ενδείξεις από τους κηδεμόνες του εκάστοτε παιδιού, στα πρώιμα στάδια της αναπτυξιακής του πορείας. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision). Παράλληλα, λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα της διαταραχής, για την αξιολόγησή της, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, τέθηκαν οι περιορισμοί πως για να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη της διαταραχής, το παιδί θα έπρεπε να εμφανίζει :

- ένα αναπτυξιακά φυσιολογικό επίπεδο δεκτικού λόγου (καλή κατανόηση και λεξιλογική κατάκτηση της ομιλούμενης γλώσσας),
- ένα ικανοποιητικό επίπεδο αντίληψης των πραγματολογικών κανόνων (επαρκής ικανότητα γλωσσικής έκφρασης στα πλαίσια της κοινωνικής επικοινωνίας),
- ένα τουλάχιστον κοινωνικό πλαίσιο (έστω στα πλαίσια του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος) φυσιολογικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης (ρέουσα συζήτηση χωρίς συστολή για έκφραση λόγου), (Steinhausen & Juzi, 1996).

Όπως διεξήχθη η αξιολογική έρευνα, αναφέρθηκε ότι από το ποσοστό της τάξης του 38%, το 18% αφορούσε παιδιά που εμφάνισαν καθυστερημένη έναρξη γλωσσικής έκφρασης. Μεταξύ άλλων, οι διαταραχές γλωσσικής έκφρασης και οι διαταραχές άρθρωσης ανήλθαν σε ποσοστό 21% αντίστοιχα, ενώ σε μικρότερο ποσοστό διαπιστώθηκαν προβλήματα στον δεκτικό λόγο (περίπου 7%) και διαταραχές ροής (15,8%) , (Steinhausen & Juzi, 1996). Τα προβλήματα αυτά της ομιλίας και της γλώσσας κατά Krysanski ,εντείνουν την κοινωνική συστολή των παιδιών και αναπτύσσουν αποφευκτική συμπεριφορά απέναντι στην γλωσσική επικοινωνία, επειδή “φοβούνται” το “πείραγμα” που ,ενδέχεται, να δεχθούν από τους συμμαθητές τους σε περίπτωση που εκφέρουν λάθος μία λέξη ή σε περίπτωση που απαντήσουν λανθασμένα σε μία ερώτηση που θα τους τεθεί (Krysanski, 2003).

Με τους Steinhausen & Juzi (1996), συμφωνούν και οι Dummit et al., 1997). Σε συστηματική έρευνα, κατά την οποία αξιολογήθηκαν 50 παιδιά με επΑ (από τα οποία τα 10 ήταν μέλη οικογένειας που μετανάστευσε) και χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια κατά DSM-IV, υπήρχε ένα δείγμα παιδιών που ανήλθε στο 11% με αναφορές διάγνωσης μαθησιακών και γλωσσικών δυσκολιών. Στις αναφορές από τις συνεντεύξεις των γονέων, σημειώθηκε πως για 41 παιδιά, πριν την εκδήλωση της επΑ (στα 3,4 έτη περίπου) είχε προηγηθεί καθυστέρηση έναρξης ομιλίας (με έναρξη περίπου στα 2 έτη).

Οι Ford et al., το 1998 πραγματοποίησαν έρευνα σε ένα ευρύ δείγμα 153 ατόμων με επΑ. Στα αποτελέσματα της έρευνας τους αναφέρουν ,ότι το ποσοστό του 19% από το συνολικό δείγμα εντοπίστηκε, να έχει προβλήματα ομιλίας και λόγου, ενώ το 34,6% είχε παραπεμφθεί σε κλινικό λογοπαθολόγο. Βάσει αυτών των παρατηρήσεων οι Ford et al., εξηγούν τις υποθέσεις που προτείνει η Krysanski, καθώς και άλλοι συγγραφείς όπως οι Standart & Couteur (2003), αναφορικά με το ότι κάποια παιδιά με επΑ αποφεύγουν να μιλήσουν ενόψει του φόβου τους για πειράγματα σε περίπτωση λάθους στην προφορά κάποιας λέξης.

Οι McInnes, et al. (2004) αναφέρουν πως οι ελλείψεις στη γλωσσική έκφραση, θα ήταν καλό να λαμβάνονται υπόψη πριν από τη διάγνωση της επΑ (χάριν διαφορικής

διάγνωσης σε περίπτωση που κάποια γλωσσική διαταραχή είναι το βασικό ζήτημα). Την ίδια στιγμή, δεν αποκλείουν την περίπτωση να εμφανιστούν και οι δύο διαταραχές ταυτοχρόνως. Αν λάβουμε υπόψη πως το 30%-50% των παιδιών με επΑ αναφέρεται, ότι έχει γλωσσικές διαταραχές ή καθυστέρηση ανάπτυξης στην ομιλία-γλώσσα (Kolvin & Fundudis 1981; Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen 2000), τότε τα παιδιά αυτά αναμένεται να διατρέχουν κίνδυνο για μελλοντικές μαθησιακές και κοινωνικές δυσκολίες και μπορεί να χρήζουν ειδικής γλωσσικής παρέμβασης (McInnes, et al., 2004).

Σε αυτό το σημείο είναι καίρια η αναφορά των McInnes, et al. (2004) σχετικά με την εξέταση των γλωσσικών ελλείψεων πριν τη διάγνωση της επΑ.

Ένα ευρύ φάσμα μελετών που έχει διεξαχθεί μέχρι σήμερα, (Bradley & Sloman 1975; Kolvin & Fundudis 1981; Wilkins 1985; Steinhausen & Juzi 1996; Giddan, Ross, Sechler, & Becker 1997; Elizur & Perednik, 2003) αναφορικά με την ύπαρξη ή μη διαταραχών ομιλίας-γλώσσας στα πλαίσια της επΑς, βασίζεται σε αναφορές(των γονέων ή των επιβλεπόντων εκπαιδευτικών). Υπάρχει επομένως διαθέσιμο υλικό κλινικής εξέτασης, που, όμως, αφορά την περίοδο μετά την παρατήρηση και διάγνωση. Για το λόγο αυτό οι McInnes, et al. (2004) υποστηρίζουν, ότι η φύση και η έκταση των γλωσσικών διαταραχών που συνδέονται με την επιλεκτική αλαλία παραμένουν απροσδιόριστες. Το πρόβλημα δηλαδή, έγκειται στο κατά πόσο τα όρια μεταξύ γλωσσικών διαταραχών και της επΑς είναι διακριτά. Δεν είναι ξεκάθαρο, ότι τα παιδιά με επΑ έχουν ρεαλιστικά ελλείμματα στη γλώσσα, που εκτείνονται πέραν της επικοινωνιακής συστολής τους σε ειδικές περιστάσεις, εάν τα ελλείμματα είναι κατά βάση εκφραστικά ή αν μπορεί να παρατηρηθεί μία ενότητα από γλωσσικά, εκφραστικά και δεκτικά ελλείμματα. Αναλυτικότερα, οι ίδιοι το 2004 διεξήγαγαν μία διεπιστημονική αξιολόγηση αναφορικά με τον μη λεκτικό εκφραστικό τύπο, τον δεκτικό λόγο και την αφηγηματική εκφραστική ικανότητα σε 14 παιδιά (τα 7 είχαν τη διάγνωση της επΑ και τα άλλα 7 τη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας) ηλικιακού εύρους 7-14 ετών. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με βάση τα κριτήρια του DSM-IV που προτείνονται για επΑ και κοινωνική φοβία. Χρησιμοποιήθηκαν αξιολογικά εργαλεία όπως το MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children), SMQ (Selective Mutism Questionnaire), CCC (Children's Communication Checklist), PPVT-III (Peabody Picture Vocabulary Test-III) και LACT (Lindamood Auditory Conceptualization Test).

Στα πλαίσια της αξιολόγησης της γλωσσικής ενημερότητας, οι McInnes, et al. (2004) εξέτασαν τους συμμετέχοντες και ως προς την αφηγηματική ικανότητα. Κατά Mayer (1967), μία αρκετά αξιόπιστη κλινική διαδικασία για την αξιολόγηση της αφηγηματικής ικανότητας είναι να ζητηθεί από ένα παιδί, να αφηγηθεί ξανά μια ιστορία με δικά του λόγια.

Έτσι, οι McInnes, et al (2004), εκτός από τη χρήση των παραπάνω εργαλείων, χρησιμοποίησαν ηχογραφημένα αφηγηματικά δείγματα για την αξιολόγηση της αφηγηματικής ικανότητας των συμμετεχόντων παιδιών. Υπήρξαν δύο δείγματα αφήγησης, το ένα παραδόθηκε από τους γονείς με ηχογραφήσεις αφήγησης, που έλαβαν χώρα στο σπίτι και το άλλο δείγμα προήλθε από το κλινικό περιβάλλον. Πριν από την αφήγηση των παιδιών, είχε προηγηθεί μία αφήγηση από τον κλινικό και τον γονέα. Σε καθένα από τα δείγματα αξιολογήθηκαν: το μήκος των προτάσεων, η συντακτική και η γραμματική ενημερότητα και η γλωσσική πολυπλοκότητα. Υπήρξαν δύο βαθμολογητές (εκ των οποίων ο δεύτερος δεν γνώριζε τη διαταραχή για κανένα παιδί), οι οποίοι στις τελικές αναφορές τους διαπίστωσαν συμφωνία κατά 92%. Οι βαθμολογητές έθεσαν δύο προϋποθέσεις για την μεγαλύτερη επάρκεια στην χρήση σύνθετων προτάσεων: (1) την παρουσία αρκετών και δομημένων δευτερευουσών προτάσεων, (2) τα δύο συντακτικά μοτίβα, δεξιάς διακλάδωσης (π.χ. το κορίτσι άρχισε να ουρλιάζει, όταν είδε τη σκιά) και αριστερής διακλάδωσης (π.χ. όταν το κορίτσι είδε τη σκιά, άρχισε να ουρλιάζει). Η χρήση του αριστερού συντακτικού μοτίβου, το οποίο είναι μεταγενέστερο στη μορφοσυντακτική ιεραρχία, υποδηλώνει, κατά τους προαναφερθέντες ερευνητές, McInnes, et al., «συντακτική ωριμότητα». Η αφήγηση διαμορφώθηκε σε δύο άξονες: (1) ως προς τα στοιχεία της ιστορίας και (2) ως προς τη λειτουργία των στοιχείων που εισήχθησαν.

Στοιχείο Ιστορίας,	Λειτουργία Στοιχείου,	Παράδειγμα.
1. Ρύθμιση	Εισάγεται χαρακτήρας, αντικείμενο, τοποθεσία, χρόνος και δραστηριότητα.	Μια μέρα, ένα αγόρι που ονομαζόταν Μάικ πήρε ένα κουτί-έκπληξη.
2. Εκκίνηση συμβάντος	Εντοπίζεται εμπόδιο ή πρόβλημα που προκαλεί την ανταπόκριση/ενέργεια του πρωταγωνιστή.	Ο Μάικ έβαλε το μωρό-βάτραχο δίπλα στον μεγάλο βάτραχο.
3. Εσωτερική απόκριση	Περιγράφονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις, οι σκέψεις και οι επιθυμίες των χαρακτήρων.	Ο μεγάλος βάτραχος δε χάρηκε που είδε το μωρό-βάτραχο.
4. Προσπάθεια	Περιγράφονται οι ενέργειες στις οποίες προβαίνουν οι χαρακτήρες για να λύσουν το υπάρχον πρόβλημα.	Σύντομα ο μεγάλος βάτραχος έσπρωξε μακριά το μωρό-βάτραχο.
5. Συνέπεια	Εντοπίζονται οι επιπτώσεις των προσπαθειών των χαρακτήρων προκειμένου να ξεπεράσουν το πρόβλημα.	Ο Μάικ είπε στον μεγάλο βάτραχο ότι ήταν πολύ άτακτος.
6. Αντίδραση	Περιγράφονται τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι ενέργειες των χαρακτήρων στο τέλος της ιστορίας.	Ο μεγάλος βάτραχος υποσχέθηκε να είναι καλός με το μωρό-βάτραχο από δω και στο εξής.

Πίνακας 3.1. Για τη διεξαγωγή της γραμματικής ανάλυσης στην αφήγηση ιστοριών χρησιμοποιήθηκε το εικονογραφημένο βιβλίο του Mayer, (1967) «A boy, a dog, and a frog» (New York: Dial Books for Young Readers), το οποίο δεν περιείχε λόγια. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί πως κατά Francis, Fine, & Tannock (2001), αναφορικά με τα στοιχεία ιστορίας, ο τρόπος που γίνονται αντιληπτές: η εσωτερική απόκριση, η προσπάθεια, η συνέπεια και η αντίδραση, δίνει στοιχεία σχετικά με τα επίπεδα επίγνωσης, τον τρόπο διαχείρισης των συναισθηματικών αντιδράσεων και την χρησιμότητα της εκάστοτε στοχευμένης συμπεριφοράς.

Οι McInnes, et al. (2004), διαπίστωσαν πως, αναφορικά με τα βαθμολογικά κριτήρια αξιολόγησης που τέθηκαν, τα παιδιά με επΑ σημείωσαν μόνο στο 17% των συνολικών διαδικασιών, σύνθετη χρήση συντακτικού που βασίστηκε στο μοτίβο αριστερής διακλάδωσης, έναντι του 34,9% που σημειώθηκε από τα παιδιά με κοινωνική φοβία. Τα παιδιά με επΑ ακόμα, στο σύνολο των αφηγήσεων τους σημείωσαν λιγότερους βαθμούς στα στοιχεία ιστορίας που αφορούν στον τομέα της ρύθμισης, στα συμβάντα εκκίνησης και στην εσωτερική απόκριση, χωρίς όμως να παρατηρηθεί μεγάλη απόκλιση από το δείγμα που παρείχαν τα παιδιά με κοινωνική φοβία (ο μέσος όρος απόκλισης στη σύγκριση των τελικών δειγμάτων της αφηγηματικής ενότητας ήταν μικρότερος του 1. Ο δεκτικός λόγος και οι γνωστικές ικανότητες των παιδιών με επΑ ήταν ικανοποιητικές, αλλά από τις αφηγήσεις τους, παρατηρήθηκαν ελλείψεις σημασιολογικού περιεχομένου, χωρίς ιδιαίτερη γλωσσική πολυπλοκότητα, ενώ οι περίοδοι των προτάσεων ήταν αρκετά περιορισμένες σε μήκος. Όπως διαπίστωσαν οι ερευνητές, τα αποτελέσματα της παρατήρησης ενδέχεται να δηλώνουν πως η επΑ μπορεί να σχετίζεται, σε γλωσσικό επίπεδο ,με «λεπτές, εκφραστικές, γλωσσικές ελλείψεις». Οι ελλείψεις αυτές, τονίστηκε ότι, δεν αφορούν τον καθολικό πληθυσμό ατόμων με την αναφερόμενη διαταραχή, αλλά ενδέχεται να επηρεάσουν την ακαδημαϊκή πρόοδο των ατόμων με επΑ που μπορεί να τις παρουσιάσουν. Σε κάθε περίπτωση, οι Dow, et al., (1995), τονίζουν την επιτακτικότητα της διεξοδικής αξιολόγησης αναφορικά με τη γλώσσα και τις γνωστικές ικανότητες στον αναφερόμενο πληθυσμό.

3.1.2. Οι αγχώδεις διαταραχές στην επιλεκτική αλαλία.

Όπως παρατέθηκε και στην πρώτη ενότητα ,που σχετίστηκε με την αιτιότητα της διαταραχής, οι παράγοντες της κληρονομικότητας και των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, ενδέχεται να δημιουργήσουν σχέσεις συννοσηρότητας μεταξύ αγχωδών διαταραχών και επΑΣ. Βάσει αποτελεσμάτων από έναν σημαντικό αριθμό διαθέσιμης ερευνητικής βιβλιογραφίας, που θα παρατεθεί ακολούθως, δηλώνεται ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων επΑΣ εντοπίζονται και αγχώδεις διαταραχές.

Η Kristensen (2000), εξέτασε δείγμα από 54 παιδιά ηλικιακού εύρους 4-16 ετών, των οποίων τα αποτελέσματα τα συνέκρινε με την ομάδα ελέγχου 100 τυπικών παιδιών του ίδιου ηλικιακού εύρους. Η ερευνητής αναφέρει μεταξύ άλλων, πως το δείγμα καμίας από τις συμμετέχουσες οικογένειες δεν σχετιζόταν με μετανάστες. Για την διεξαγωγή της έρευνας , χρησιμοποίησε δομημένες διαγνωστικές φόρμες συνέντευξης όπως τα: Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF), Youth Self Report (YSR).

- ◆ Child Behavior Checklist (CBCL), (Achenbach, 1991 a): συμπληρώνεται από τους γονείς και σκοπό έχει την περιγραφή των συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων του εκάστοτε παιδιού βάσει των παρατηρήσεων στα πλαίσια της καθημερινότητας. Συνίσταται για παιδιά ηλικιών 6-18 ετών και αξιολογεί τις συμπεριφορές προσαρμογής καθώς και τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές του παιδιού. Αποτελείται από 112 στοιχεία αξιολόγησης για δυσλειτουργικές συμπεριφορές ,ενώ περιέχει 20 στοιχεία για την αξιολόγηση των συμπεριφορών προσαρμογής. Κάθε ένα από τα στοιχεία αξιολόγησης για τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές βαθμολογείται σε τρεις κλίμακες σοβαρότητας (0=μη αληθές-3=πολύ αληθές).

Τα στοιχεία προβληματικής συμπεριφοράς υπερ-αναλύονται σε δύο ευρυζωνικές κλίμακες εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης και σε οκτώ κλίμακες στενής ζώνης συνδρόμων:

- Απόσυρση,
- Σωματικά συμπτώματα,
- Ανησυχία/Καταθλιπτική διάθεση,
- Κοινωνική δυσλειτουργία
- Προβλήματα στη συλλογιστική πορεία,
- Ελλειμματική προσοχή,
- Παραβατική συμπεριφορά ενάντια στους κανόνες και,
- Επιθετική συμπεριφορά.

Τα στοιχεία προσαρμοστικής συμπεριφοράς υπερ-αναλύονται σε τρεις κλίμακες:

- Δραστηριότητες,
- Κοινωνική ικανότητα,
- Σχολική ικανότητα.

Το CBCL παρέχει επίσης συνολικές βαθμολογίες ικανότητας και προβλημάτων συμπεριφοράς.

- ◆ Teacher Report Form (TRF), (Achenbach, 1991 b): πρόκειται για έντυπο αναφοράς του δασκάλου. Συνίσταται για παιδιά ηλικιών 6-18 ετών. Είναι παρόμοιο με το

CBCL και προτείνεται για τη μέτρηση της κοινωνικής προσαρμογής των συμμετεχόντων. Αποτελείται από 112 στοιχεία που σταθμίζουν τις προβληματικές συμπεριφορές, τα 95 εξ αυτών είναι κοινά με αυτά που περιέχει το CBCL και τα υπόλοιπα 16 στοιχεία αξιολογούν την επίδοση σε ακαδημαϊκό επίπεδο και την συμπεριφορά προσαρμογής (π.χ. αξιολογείται κατά πόσο το παιδί δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες, αν ενοχλεί τους συμμαθητές του ή αν διαταράσσει την πειθαρχία στην τάξη). Ο εκπαιδευτικός βαθμολογεί τον μαθητή του για κάθε στοιχείο υποδεικνύοντας τη σοβαρότητα του εκάστοτε στοιχείου σε δύο κλίμακες βαθμών likert που κυμαίνονται από 0=μη αληθές-2=πολύ αληθές. Το προφίλ βαθμολόγησης TRF παρέχει συνολικές βαθμολογίες κλίμακας (συνολικά προβλήματα), δύο βαθμολογίες εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης και βαθμολογίες για οκτώ υποκλίμακες συνδρόμων, όμοιες με αυτές που προαναφέρθηκαν στο CBCL (απόσυρση, σωματικά συμπτώματα, ανησυχία / καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική δυσλειτουργία, προβλήματα στη συλλογιστική πορεία, ελλειμματική προσοχή, παραβατική συμπεριφορά που παραβιάζει τους κανόνες και επιθετική συμπεριφορά). Τα υπόλοιπα 16 στοιχεία που αφορούν τις μη προβληματικές συμπεριφορές αναλύονται σε δύο κλίμακες βαθμολογίας : (1) λειτουργίες προσαρμογής, (2) ακαδημαϊκή επίδοση, με κριτήρια τις συμπεριφορές παραβίασης κανόνων, τις επιθετικές συμπεριφορές και την συγκρότηση ή όχι της σκέψης/ συλλογιστικής πορείας.

- ◆ Youth Self Report (YSR), (Achenbach, 1991 c): πρόκειται για αυτοαναφορά, συνίσταται για παιδιά ηλικιών 11-18 ετών. Συνήθως τα παιδιά συμπληρώνουν τις φόρμες αναφοράς μόνα τους. Σε περίπτωση που υπάρχει δυσκολία ,προτείνεται προφορική εκφώνηση και επιμέρους επισημάνσεις σε ορισμένες υποενότητες. Περιλαμβάνει 118 στοιχεία, εκ των οποίων τα 102 είναι κοινά με αυτά του CBCL. Στα υπόλοιπα 16 στοιχεία του YSR αξιολογείται η κοινωνική επιθυμία.

Κλείνοντας την αναφορά των τριών προαναφερθέντων εργαλείων, πρέπει να επισημανθεί ότι και τα τρία έχουν μεταξύ τους 89 κοινά στοιχεία.

Συμπερασματικά, η Kristensen διαπίστωσε πως ένα σημαντικό ποσοστό, το 74,1% του δείγματος των παιδιών με επΑ, πληρούσε τα κριτήρια κατά DSM-IV για την ύπαρξη μιας αγχώδους διαταραχής. Αναλυτικότερα, τα CBCL, TRF και YSR σημείωσαν υψηλές βαθμολογίες σε οκτώ κλίμακες συνδρόμων:

- Απόσυρση,
- Σωματικά συμπτώματα,
- Ανησυχία/Καταθλιπτική διάθεση,
- Κοινωνική δυσλειτουργία
- Προβλήματα στη συλλογιστική πορεία,
- Ελλειμματική προσοχή,
- Παραβατική συμπεριφορά και,
- Επιθετική συμπεριφορά.

Θίγοντας την συμπεριφορική-ψυχοσυναισθηματική φύση της επΑ στο παρόν υποκεφάλαιο, είναι σημαντική η αναφορά των αποτελεσμάτων από την αξιολογική φόρμα του CBCL. Το CBCL, συνίσταται από 10 ενότητες αξιολόγησης της συμπεριφοράς που παρατίθενται ακολούθως με τα ποσοτικά αποτελέσματα όπως προέκυψαν από τα δείγματα:

- Άρνηση για έκφραση λόγου (σχετίζεται με την απόσυρση): παρατηρήθηκε στο 46% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 1% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
- Ντροπαλότητα ή συστολή (σχετίζεται με την απόσυρση): παρατηρήθηκε στο 46% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 17% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
- Απόσυρση που παρατείνεται σε γενικότερο εύρος απομάκρυνσης από τον περίγυρο εκδηλώνοντας απομονωτικές τάσεις (σχετίζεται με την απόσυρση): παρατηρήθηκε στο 29% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 5% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
- Έντονα συναισθήματα φόβου (φοβική συμπεριφορά) ή αγχώδης ιδιοσυγκρασία (σχετίζεται με την γενικότερη ανησυχία και τις καταθλιπτικές διαθέσεις): παρατηρήθηκε στο 30% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 7% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
- Έντονα συναισθήματα προσωπικής ακύρωσης/ματαίωσης (σχετίζεται με την γενικότερη ανησυχία και τις καταθλιπτικές διαθέσεις): παρατηρήθηκε στο 24% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 3% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
- Συμπεριφορική ανωριμότητα βάσει της βιολογικής ηλικίας (το παιδί έχει συμπεριφορά προγενέστερων αναπτυξιακών/συμπεριφορικών σταδίων) (σχετίζεται

- με τις κοινωνικές δυσλειτουργίες): παρατηρήθηκε στο 25% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 7% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
- Απροθυμία του παιδιού να βρεθεί μόνο του (χωρίς κάποιον από τους κηδεμόνες) σε περιβάλλον παιχνιδιού με συνομήλικα παιδιά (σχετίζεται με τις κοινωνικές δυσλειτουργίες): παρατηρήθηκε στο 19% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 3% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
 - Μη φυσιολογική εξάρτηση από τους ενήλικες (σχετίζεται με τις κοινωνικές δυσλειτουργίες): παρατηρήθηκε στο 29% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 14% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
 - Εύθικτη ιδιοσυγκρασία υπό την έννοια πως το παιδί νιώθει εύκολα το αίσθημα του «εξευτελισμού» (σχετίζεται με την γενικότερη ανησυχία και τις καταθλιπτικές διαθέσεις): παρατηρήθηκε στο 39% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 33% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.
 - Επικρατέστερη συναισθηματική κατάσταση “μη” χαράς, λύπης ή θλίψης (οι χαρακτηρισμοί για τη συναισθηματική ιδιοσυγκρασία αναφέρονται ως τρεις ξεχωριστοί ,διότι, κατά τον ερευνητή υπάρχουν 3 κλίμακες σοβαρότητας, ξεκινώντας από το ανέκφραστο προσωπείο ,που δίνει την εντύπωση ενός παιδιού με μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και φτάνοντας στο ακέραιο καταθλιπτικό συναίσθημα) (σχετίζεται με την γενικότερη ανησυχία, τις καταθλιπτικές διαθέσεις και την απόσυρση): παρατηρήθηκε στο 13% του δείγματος των παιδιών με επΑ, έναντι του ποσοστού 1% όπως παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου.

Scale	SM Mean (SD)	Control Mean (SD)	F ^g	p-value
Total problem				
CBCL ^a	34.5 (18.8)	12.7 (9.9)	88.4	0.000
TRF ^b	33.1 (19.7)	9.8 (14.5)	67.9	0.000
YSR ^c	24.1 (18.5)	29.0 (16.2)	0.7	0.419
Internalising				
CBCL	13.9 (7.9)	3.3 (4.0)	115.5	0.000
TRF	15.6 (7.6)	3.2 (5.3)	135.0	0.000
YSR	9.3 (7.6)	8.5 (7.0)	0.1	0.757
Externalising				
CBCL	8.8 (6.1)	4.7 (3.8)	26.1	0.000
TRF	3.3 (4.3)	3.1 (5.2)	0.0	0.857
YSR	3.9 (2.8)	8.8 (5.3)	9.1	0.005
Total competence				
CBCL ^d	12.8 (2.9)	17.9 (3.1)	57.9	0.000
YSR	8.8 (3.8)	12.7 (2.5)	13.1	0.001
Withdrawn				
CBCL	6.3 (3.8)	0.8 (1.3)	230.1	0.000
TRF	8.1 (3.6)	0.7 (1.2)	332.4	0.000
YSR	4.0 (2.3)	2.5 (2.0)	4.3	0.047
Somatic complaints				
CBCL	1.3 (1.6)	0.8 (1.2)	3.8	0.054
TRF	0.6 (1.5)	0.4 (0.9)	1.9	0.224
YSR	1.5 (1.9)	2.5 (3.1)	1.1	0.229
Anxious/depressed				
CBCL	6.7 (5.0)	1.7 (2.3)	70.6	0.000
TRF	7.4 (5.1)	2.2 (4.0)	47.8	0.000
YSR	4.3 (4.8)	3.8 (3.2)	0.1	0.710
Social problems				
CBCL	3.3 (2.5)	0.7 (1.1)	81.4	0.000
TRF	3.3 (2.8)	0.9 (2.2)	34.1	0.000
YSR	3.6 (3.3)	1.6 (2.0)	5.1	0.030
Thought problems				
CBCL	0.8 (1.3)	0.0 (0.2)	33.3	0.000
TRF	1.3 (1.7)	0.2 (0.7)	30.8	0.000
YSR	1.7 (2.0)	1.3 (1.7)	0.3	0.566
Attention problems				
CBCL	3.9 (3.5)	1.2 (1.5)	45.2	0.000
TRF	9.7 (8.6)	2.5 (4.7)	43.0	0.000
YSR	3.3 (3.8)	3.4 (2.3)	0.1	0.902
Delinquent behaviour				
CBCL	1.2 (1.4)	0.9 (1.1)	2.4	0.127
TRF	0.8 (1.4)	0.4 (0.9)	3.5	0.065
YSR	1.0 (0.9)	2.9 (4.4)	2.1	0.159
Aggressive behaviour				
CBCL	7.3 (4.9)	3.7 (3.1)	31.2	0.000
TRF	2.7 (4.2)	2.7 (4.6)	0.0	0.928
YSR	2.9 (2.4)	6.8 (4.2)	8.7	0.006
Competence activities^e				
CBCL	4.2 (2.0)	5.4 (1.9)	12.4	0.001
YSR	3.3 (1.7)	3.7 (1.5)	0.3	0.568
Competence social^e				
CBCL	4.8 (1.9)	7.3 (1.5)	70.5	0.000
YSR	4.6 (2.3)	7.0 (1.6)	13.2	0.001
Competence school^f				
CBCL	3.4 (1.0)	5.1 (0.6)	106.3	0.000
YSR	1.7 (0.5)	2.1 (0.5)	7.5	0.010

Πίνακας 3.2. Μέσος όρος αντικειμενικής βαθμολογίας στα CBCL, TRF και YSR σε παιδιά με επΑ συγκριτικά με τον μέσο όρο των παιδιών της ομάδας ελέγχου όπως αναφέρεται από Kristensen (2000).

Η Kristensen συνέκρινε τις τιμές από τα ποσοστά των προβλημάτων εσωτερίκευσης (internalizing) και εξωτερίκευσης (externalizing) που σημείωσαν τα παιδιά με επΑ, με εκείνα των παιδιών της ομάδας ελέγχου, όπως αναφέρθηκαν από τους δασκάλους και γονείς, καθώς και από τις προσωπικές αναφορές των παιδιών στα συμπεριφορικά ερωτηματολόγια. Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, κατά Kristensen, τα παιδιά με επΑ εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης συγκριτικά με τα παιδιά της άλλης ομάδας, όπως διαπιστώθηκε και από εκπαιδευτικούς και γονείς, των οποίων οι αξιολογήσεις δεν φαίνεται να αποκλίνουν σημαντικά. Μία παρατήρηση που η ίδια υπογραμμίζει είναι πως τα επίπεδα εξωτερίκευσης της συμπεριφοράς (εναντιωματική προκλητική διαταραχή, έλλειψη προσοχής/ διαταραχή υπερκινητικότητας, ή και διαταραχή συμπεριφοράς) ήταν χαμηλά μεταξύ των παιδιών με επΑ, ενώ ταυτόχρονα κανένα παιδί δεν βρέθηκε να παρουσιάζει αποκλειστικά συμπεριφορές εξωτερίκευσης. Από τις συνεντεύξεις μάλιστα των γονέων αναφέρθηκε ότι αυτές οι συμπεριφορές αφορούν περισσότερο το στενό οικογενειακό περιβάλλον, παρά την ευρύτερη κοινωνική συναναστροφή.

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη το 1997, από τους Dummit et al., σε δείγμα 50 παιδιών με επΑ, αναφέρθηκε ότι ολόκληρο το δείγμα των παιδιών πληρούσε τα κριτήρια κατά DSM-IV για κοινωνική φοβία ή διαταραχές αποφυγής. Από το δείγμα αυτό, τα 24 παιδιά (48%) είχαν επιπλέον διαγνώσεις άγχους :

- 13 παιδιά (26%) διέτρεχαν διαταραχή άγχους αποχωρισμού,
- 7 παιδιά (14%) ήταν διαγνωσμένα με αγχώδη διαταραχή,
- 17 παιδιά (34%) είχαν απλή φοβία,
- 1 παιδί είχε ήπια ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή τριχοτιλλομανίας (έντονη ενασχόληση του ατόμου με τις τρίχες του σώματος του, τις οποίες είτε μασά, είτε τραβά εμμονικά),
- 2 παιδιά εμφάνισαν νυχτερινή ενούρηση,
- 1 παιδί είχε διαγνωστεί με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και,
- 1 παιδί παρουσίασε εναντιωματική-προκλητική διαταραχή (με προγενέστερο άγχος αποχωρισμού), η οποία, κατά τους ερευνητές, αποδόθηκε στην ανάγκη αποφυγής καταστάσεων που προκαλούν άγχος.

Οι τιμές που προέκυψαν από τα: SASC (Social Anxiety Scale for Children,), DISC (Diagnostic Interview for Children), (που αποτελεί τροποποιημένη έκδοση του DICA), CBCL και YSR έδειξαν μέσο όρο 36,5 σε συνολικό δείγμα 44 παιδιών αναφορικά με το γενικευμένο άγχος και τις συμπεριφορές κοινωνικής αποφυγής. Αναφέρεται πως οι γονείς

από 41 παιδιά σημείωσαν, πως ο μέσος όρος εκδήλωσης της επΑς ήταν περίπου στην ηλικία των 3 ετών και 4 μηνών, ενώ η ηλικία εκδήλωσης της κοινωνικής φοβίας περίπου στα 3 έτη και 5 μήνες. Η μέση διάρκεια για την επΑ ήταν στα 5,3 έτη ενώ για την αποφευκτική διαταραχή ή κοινωνική φοβία ανήλθε στα 5,1 έτη. Οι γονείς 5 παιδιών ανέφεραν πως το παιδί τους, σε κανένα αναπτυξιακό στάδιο δεν ήταν ασυμπτωματικό ως προς την εκδήλωση αποφευκτικών συμπεριφορών και πάντα παρουσίαζε γενικότερες συμπεριφορές συστολής.

Οι Steinhausen & Juzi (1996), διερεύνησαν τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, την κλινική εικόνα και τους αιτιολογικούς παράγοντες βάσει κριτηρίων του ICD-10, από τη λήψη ιστορικού στην έρευνα που αναφέρθηκε και προηγουμένως. Τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποίησαν ήταν τυποποιημένα ερωτηματολόγια αξιολόγησης για την επΑ (SMQ, Bergman et al., 2001), στα οποία συμπεριλήφθηκαν και συναφή ζητήματα (π.χ., προνοσηρά προβλήματα ομιλίας και γλώσσας καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς) και το CBCL, (Achenbach, 1991). Από τις πληροφορίες των αποτελεσμάτων, οι Steinhausen και Juzi ανέφεραν ότι το 85% των παιδιών του δείγματος παρουσίασε έντονη συστολή, ενώ στο 66% παρατηρήθηκαν σημαντικά συμπτώματα άγχους (αποχωρισμού, υπερκινητικότητας, σωματικά συμπτώματα ενούρησης και εγκόπρισης καθώς και ήπιες διατροφικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου). Οι ίδιοι ανέφεραν ότι τα συμπτώματα εξωτερίκευσης διαταραχών συμπεριφοράς (π.χ. εναντιωματική προκλητική διαταραχή και επιθετικότητα) ήταν σπανιότερα αφού περιορίστηκαν περίπου στο 1/5 του συνολικού δείγματος.

Ένας αριθμός ελεγχόμενων μελετών, έχει επίσης επικεντρωθεί στις σχέσεις της επΑ με το άγχος καθώς και τον ρόλο της αντιθετικής συμπεριφοράς στη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι Cunningham et al. (2004), χρησιμοποιώντας ένα σύνολο από ερωτηματολόγια γονέων και δασκάλων, ανέφεραν ότι, σε ένα δείγμα από 52 παιδιά με επΑ (συνολικά ήταν 104, εκ των οποίων τα 52, που αποτέλεσαν την ομάδα σύγκρισης, ήταν τυπικά παιδιά), σημειώθηκαν υψηλότερες μονάδες για άγχος, εμμονές και σωματικά παράπονα σε σύγκριση με αυτές της ομάδας ελέγχου. Στα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι γονείς των παιδιών με επΑ, αναφέρθηκαν υψηλότερα ποσοστά ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών και σωματικών παραπόνων, συγκριτικά με τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια των γονιών της τυπικής ομάδας ελέγχου. Όμως, αναφορικά με τις συμπεριφορές εξωτερίκευσης, οι Cunningham et al., ανέφεραν πως, αν και σημειώθηκαν υψηλότερες στα παιδιά με επΑ, εν κατακλείδι, όπως αναφέρουν οι δάσκαλοι των παιδιών, τα παιδιά με επΑ εμφάνιζαν λιγότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και διαταραχής υπερκινητικότητας στο σχολικό περιβάλλον.

Συνολικά, τα αποτελέσματα από τις παραπάνω συγκριτικές μελέτες μεταξύ παιδιών με επΑ και ομάδων ελέγχου, προτείνουν ότι, τα παιδιά με επΑ παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών άγχους. Δεν εμφανίζουν όμως υψηλά ποσοστά διαταραχών συμπεριφοράς (επιθετικότητα, εναντιωματική διαταραχή, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας) είτε σε σχολικό περιβάλλον, είτε σε οικογενειακό. Όπως σημειώνεται από τους Cunningham et al. (2004), κάποια παιδιά με επΑ, ενδέχεται να παρουσιάσουν επιθετικές / εναντιωματικές συμπεριφορές ή παρορμητικότητα, αλλά, όπως αναφέρουν και οι συνεντεύξεις από τους γονείς, οι συμπεριφορές αυτές εκδηλώνονται περισσότερο στο σπίτι και σε εξωτερικά κοινωνικά πλαίσια τείνουν να αναστέλλονται.

3.1.3. Η κοινωνική φοβία στην επιλεκτική αλαλία.

Διαγνωστικά, όπως αναφέρθηκε και στο 1^ο κεφάλαιο, η επΑ μοιράζεται αρκετά αλληλεπικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά με την κοινωνική φοβία. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται ο έντονος φόβος, που χαρακτηρίζει τις κοινωνικές καταστάσεις, και οι συμπεριφορές συστολής, που συνοδεύονται από έντονη αμηχανία και συμπεριφορές αποφυγής. Οι συμπεριφορές αυτές, που στο οικογενειακό περιβάλλον είναι περιορισμένες, στόχο έχουν τη μείωση του άγχους (APA, 1994). Η ομοιότητα μεταξύ αυτών των ταξινομητικά διακριτών διαταραχών, έχει τονιστεί από αρκετούς συγγραφείς (Black & Uhde, 1992; Anstendig, 1999). Ειδικότερα, οι Black & Uhde (1992), υποστήριξαν πως η επΑ θα πρέπει να εκλαμβάνεται περισσότερο ως υπότυπος της κοινωνικής φοβίας που εμφανίζουν τα παιδιά, παρά ως μία ξεχωριστή διαταραχή. Το πόρισμα αυτό το στήριξαν και στην κατηγοριοποίηση της επιλεκτικής αλαλίας (313.23) όπως διαμορφώθηκε στο ICD-9 ως υποκατηγορία της ευαισθησίας, της διαταραχής κοινωνικής απόσυρσης και συστολής.

Η υποστήριξη αυτής της θέσης συσχέτισης της επΑς με την κοινωνική φοβία, βασίζεται σε τρεις συγκλίνουσες γραμμές αποδεικτικών στοιχείων. Η πρώτη αφορά στα υψηλά ποσοστά της συστολής, της κοινωνικής αποφυγής και της κοινωνικής φοβίας που παρατηρείται στα παιδιά με επΑ. Συγκεκριμένα, οι Black & Uhde (1995), σε έρευνα που διεξήγαγαν, ανέφεραν ότι το 97% δείγματος 30 παιδιών με επΑ είχε διαγνωστεί με κοινωνική φοβία ή αποφευκτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας ή και των δύο, ενώ το 30% έφερε τη διάγνωση της απλής φοβίας. Μένοντας στην ίδια έρευνα, προκύπτει και το δεύτερο στοιχείο. Ειδικότερα οι συγγραφείς προτείνουν πως, αν και τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με επΑ κατά την παιδική τους ηλικία, δεν την παρουσιάζουν πλέον σε κοινωνικές καταστάσεις ως ενήλικες, δεν παύουν να συνεχίζουν και κατά την ενηλικίωση, να προσπαθούν να διαχειριστούν συμπτώματα συστολής και κοινωνικού άγχους, τα οποία ακόμα εμφανίζουν για τις ίδιες περιστάσεις. Τέλος, στην έρευνα τους οι

Black & Uhde αναφέρουν ότι από το συνολικό δείγμα, το 70% των συγγενών πρώτου βαθμού των παιδιών με επΑ σημείωνε ιστορικό κοινωνικής φοβίας, ενώ το 30% ήταν σχετικό με ιστορικό επΑς, καταδεικνύοντας έτσι τη στενή σύνδεση της επΑς και της κοινωνικής φοβίας.

3.1.4. Συννοσηρότητα επιλεκτικής αλαλίας με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές.

Η επΑ έχει συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα παιδικών ψυχιατρικών και αναπτυξιακών διαταραχών. Αρκετοί ερευνητές έχουν αναφέρει πως τα παιδιά με επΑ παρουσιάζουν διαταραχές αποβολής (κυρίως αναφέρεται η ενούρηση, αλλά υπάρχουν και αναφορές εγκόπρισης), (Kolvin & Fundudis, 1981; Kristensen, 2000). Υπάρχουν ακόμη, αναφορές για κατάθλιψη, διαταραχές ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, διαταραχές ταυτότητας και διαταραχή συνδρόμου Asperger, (Jacobsen, 1995; Kopp & Gillberg, 1997; Kristensen, 2000).

Στο πλαίσιο της συσχέτισης της επΑς με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, οι Brix & Hove το 1998, πραγματοποίησαν μία πιλοτική έρευνα στα πλαίσια διερεύνησης των κλινικών χαρακτηριστικών της επΑς. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 37 παιδιά. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, οι ερευνητές διαπίστωσαν σημαντική συσχέτιση της επΑς με γλωσσικές αναπτυξιακές διαταραχές (το 50% του συνολικού δείγματος σημείωσε γλωσσική καθυστέρηση και δυσκολία, διαταραχές ροής και προβλήματα άρθρωσης), ενώ τρία από τα παιδιά (8,1 %) πληρούσαν κριτήρια κατά ICD-10 για την διαταραχή Asperger (Brix & Hove, 1998). Σε άλλη έρευνα που διεξήγαγε η Kristensen το 2000, βάσει των ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν από τους δασκάλους των παιδιών που συμμετείχαν (54 παιδιά συνολικά), αναφέρεται ότι το 25,4% των παιδιών πληρούσε τα κριτήρια για την διαταραχή Asperger. Ομοίως, οι Kopp & Gillberg το 1997, παρακολούθησαν παιδιά ηλικιών 7-15 ετών σε δύο διαφορετικά σχολεία της Σουηδίας. Από ένα σύνολο 50 παιδιών παρατήρησαν ότι το 7,4% των παιδιών με επΑ πληρούσε τα κριτήρια για διαταραχή Asperger. Αυτή η συσχέτιση έγινε λόγω των κοινών σημείων που μοιράζονται αυτές οι δύο διαταραχές (επΑ και σύνδρομο Asperger), μεταξύ των οποίων αναφέρονται η αναστολή των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, η συχνή μη λεκτική επικοινωνία και η ήπια υπερκινητικότητα που συχνά συνοδεύεται από σωματικά τικ (Kumpulainen, 2002; Krysanski, 2003; Cunningham et al., 2004). Για τις ενδείξεις αυτές, οι Kopp & Gillberg, αναφέρουν ότι η συσχέτιση αυτή θα πρέπει να μελετηθεί σε περαιτέρω πιλοτικές έρευνες, αναλογιζόμενοι ότι το ποσοστό της τάξης του 7,4 % είναι αρκετά υψηλό, όταν ο επιπολασμός του συνδρόμου Asperger αφορά το 0,3% του γενικού πληθυσμού.

Οι αναφορές για τις τελευταίες συννοσηρικές περιπτώσεις είναι ωστόσο, εξαιρετικά περιορισμένες, και όσες υπάρχουν, υπάρχουν σε περιβάλλοντα ψυχικής, σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης ή σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από κατώτερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα. Επομένως κατά τους περισσότερους ερευνητές δεν αποτελούν κανόνα κλινικής εικόνας της διαταραχής, αλλά ειδικές περιπτώσεις που περιλαμβάνουν την επΑ ως σύμπτωμα. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι συγγραφείς συσχετίζουν την επΑ με τις προαναφερθείσες αναπτυξιακές διαταραχές (καθυστερήσεις λόγου και ομιλίας) και διαταραχές άγχους και κοινωνικής φοβίας (Brown & Lloyd, 1975 Black & Uhde, 1992; Steinhausen & Juzi, 1996; Anstendig, 1999;).

3.1.5. Η διαφορική διάγνωση στην επΑ.

Όπως αναφέρθηκε και στο 2^ο κεφάλαιο, που επικεντρώθηκε στην διάγνωση και την αξιολόγηση της επΑς, είναι σημαντική η διεξοδική παρατήρηση επικοινωνιακών, γλωσσικών και ψυχολογικών παραμέτρων, για να οδηγηθεί ο κλινικός στη διάγνωση της διαταραχής. Επομένως, εκτός από τις συννοσηρικές διαταραχές οι ακόλουθες καταστάσεις αφορούν τη διαφορική διάγνωση :

- Νοητική υστέρηση,
- Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές,
- Διαταραχές διάθεσης,
- Προβλήματα ακοής,
- Διαταραχές λόγου που οφείλονται σε νευροαναπτυξιακούς παράγοντες (π.χ. αφασία, αγνωσία, υπερ/υποκινητική δυσαρθρία κ.λπ.) και,
- Παροδική συστολή στα πλαίσια της προσαρμογής (Dow, et al., 1995).

3.2. Το κοινωνικό και συμπεριφορικό προφίλ των παιδιών με επΑ.

Δεν είναι λίγοι οι ερευνητές που έχουν επικεντρωθεί στα πλαίσια εξέτασης της εκδήλωσης του συμπεριφορικού προφίλ των παιδιών με επΑ σε κοινωνικές καταστάσεις. Οι Black & Uhde, το 1995 εξέτασαν το ψυχοκοινωνικό προφίλ των παιδιών αυτών σε πιλοτική έρευνα δείγματος 30 παιδιών. Στα πλαίσια αυτής της έρευνας λήφθηκαν υπόψη τα κριτήρια κατά DSM-IV χορηγήθηκαν τα:

- PARIS (Parent as Respondent Informant Schedule), αναφορικά με τα ερωτηματολόγια συμπλήρωσης γονέων,
- DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children, μία τροποποιημένη έκδοση του DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-parent version), που

αναφέρθηκε στα εργαλεία αξιολόγησης του 2^{ου} κεφαλαίου, αναφορικά με τα εργαλεία αξιολόγησης των παιδιών, και

- TRF (Teacher Report Form), αναφορικά με τις συνεντεύξεις που υποβλήθηκαν οι επιβλέποντες εκπαιδευτικοί.

Αναφορικά με τις λίστες που συμπληρώθηκαν από τους γονείς, διαπιστώθηκε μία σημαντική απόκλιση της εκδήλωσης της διαταραχής μεταξύ κοινωνικών περιστάσεων και οικογενειακού περιβάλλοντος. Τα παιδιά με επΑ φάνηκαν να εκδηλώνουν σημαντικές διαφορές στους τύπους κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Συγκεκριμένα, η συναναστροφή με τα αδέρφια τους κρίθηκε “φυσιολογική”, εν αντιθέσει της συναναστροφής με τους συμμαθητές τους που κρίθηκε ως “μη φυσιολογική”. Όταν προστέθηκε ο παράγοντας “άλλος ενήλικας” σε έξω-οικογενειακό κοινωνικό πλαίσιο με τον παράγοντα “συνομήλικος-συμμαθητής” να παραμένει, ο βαθμός σοβαρότητας της αλαλίας έκλινε σε υψηλότερες τιμές για τον “άλλο ενήλικα”. Τέλος, η απροθυμία έκφρασης ομιλίας στη σύγκριση μεταξύ των “γνωστών μελών εκτός οικογένειας” και των “μελών της άμεσης οικογένειας”, φάνηκε να είναι μεγαλύτερη για την πρώτη κατηγορία.

Οι λίστες που συμπληρώθηκαν από τους καθηγητές δεν παρουσίασαν καμία σημαντική απόκλιση με αυτές που συμπλήρωσαν οι γονείς, όσον αφορά την εκδήλωση αλαλίας σε κοινωνικά πλαίσια (απροθυμία συμμετοχής στην διεξαγωγή του μαθήματος, συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες στο σχολείο). Σημειώθηκε επίσης απροθυμία των παιδιών να μιλήσουν στους επιβλέποντες καθηγητές τους ή σε άλλους καθηγητές.

Οι παρατηρήσεις των κλινικών κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δεν απέκλιναν από αυτές των γονέων και των εκπαιδευτικών. Και σε αυτή την περίπτωση, πολλά από τα συμμετέχοντα παιδιά αρνήθηκαν να μιλήσουν στους εξεταστές. Στην ερώτηση: «Σου είναι δύσκολο να μιλήσεις επειδή είσαι ντροπαλός ή επειδή νιώθεις νευρικότητα» που τέθηκε στους συμμετέχοντες, το 73% απάντησε «ναι» (είτε προφορικά είτε με καταφατικό νεύμα), το 3% απάντησε «όχι», ενώ το 23% δεν απάντησε καθόλου.

Συμπερασματικά, από την εξέταση των μέσων βαθμολογιών που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι γονείς και αυτών που συμπλήρωσαν οι εκπαιδευτικοί, η συμπεριφορά των παιδιών χαρακτηρίστηκε ως :

- Πεισματική,
- Απαιτητική και,
- Αρνητική ή εναντιωματική.

Ομοίως, οι Kolvin & Fundudis το 1981, σε διάρκεια πέντε ετών, παρακολούθησαν ένα δείγμα 24 παιδιών με επΑ. Οι ίδιοι μελέτησαν για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα τις

σχέσεις που ανέπτυξαν τα παιδιά αυτά τόσο με συνομηλίκους όσο και με ενήλικες. Αυτό το ενδιαφέρον προέκυψε από τον διχασμό απόψεων του, εάν η επΑ αφορά αυστηρά την σχέση με τους ενήλικες ή σχετίζεται και με τους συνομηλίκους. Από την προσεκτική αυτή παρατήρηση, οι ερευνητές ταξινόμησαν τις κοινωνικές σχέσεις των παιδιών αυτών σε τρεις ευρύτερες κατηγορίες :

- Στην 1^η κατηγορία κατέταξαν τα παιδιά των οποίων οι συμπεριφορές απόσυρσης και συστολής αφορούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τους ομότιμους τους παρά τους ενήλικες [παρατηρήθηκαν 8 παιδιά (το 33%), από το συνολικό δείγμα ,με αυτή τη συμπεριφορά].
- Στη 2^η κατηγορία συμπεριλήφθηκαν τα παιδιά των οποίων οι συμπεριφορές απόσυρσης αφορούσαν τόσο τους ενήλικες, όσο και τους συνομηλίκους [παρατηρήθηκαν 14 παιδιά (58%) , από το συνολικό δείγμα, με αυτή τη συμπεριφορά].
- Στην 3^η κατηγορία συμπεριλήφθηκαν τα παιδιά των οποίων οι συμπεριφορές απόσυρσης αφορούσαν περισσότερο τους ενήλικες. Αυτή η συμπεριφορά παρατηρήθηκε σε περιορισμένο δείγμα αφού εκδηλώθηκε μόνο από 2 παιδιά (8%). Εκτός της διερεύνησης της ιδιοσυγκρασίας συστολής, οι Kolvin & Fundudis, ανέφεραν και συμπεριφορικές παρατηρήσεις για το δείγμα τους. Σημειώθηκαν :

- Διαταραχές ελέγχου/ αποβολής (ενούρηση, εγκόπριση) σε 11 από τα 24 παιδιά (46%), με μερικές περιπτώσεις παιδιών να έχουν αυτή την συμπεριφορά σε αγχογόνες καταστάσεις κατά τη διάρκεια της μέρας (π.χ. σε προτροπή για κοινωνική συναναστροφή με ενήλικα εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος), ενώ ένα παιδί εμφάνισε και λιποθυμικές κρίσεις σε περιπτώσεις κοινωνικής έκθεσης.
- Διαταραχές υπερκινητικής συμπεριφοράς (ανησυχία και νευρικότητα που αφορούσε και το σχολικό πλαίσιο της τάξης εκτός του οικογενειακού) σε 7 (29%) από τα παιδιά.
- Σωματικά συμπτώματα με έντονα τικ και μορφασμούς σε πέντε περιπτώσεις παιδιών.

Γενικότερα υποστηρίζεται, πως στο συμπεριφορικό πλαίσιο, οι εναντιωματικές συμπεριφορές και οι περιπτώσεις παιδιών με επΑ που εμφανίζουν επιθετικότητα δεν αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα στη σύνθεση του τυπικού προφίλ παιδιών με επΑ. Οι Kolvin & Fundudis, (1981), η Kristensen, (2001), Elizur & Perednik (2003), και αρκετοί άλλοι συγγραφείς, αποδίδουν αυτές τις συμπεριφορές στην φύση της επΑΣ, που χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, λαμβάνοντας υπόψη και τις αναφορές που έχουν γίνει

για το συννοσηρικό της προφίλ. Οι αναφορές για έντονες συμπεριφορές εξωτερίκευσης (π.χ. υπό τη μορφή έντονης επιθετικότητας) είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Όπως ειπώθηκε και πρωτύτερα, η Kristensen, που διεξήγαγε έρευνα σε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα, δεν παρατήρησε υψηλές τιμές σε αυτές τις συμπεριφορές, με εξαίρεση τις αναφορές των γονέων, οι οποίοι ανέφεραν μέτρια προβλήματα εξωτερικευτικών συμπεριφορών για τα παιδιά τους. Μάλιστα, οι γονείς ήταν οι μόνοι που ανέφεραν στα ερωτηματολόγια τους, ότι το παιδί τους «φωνάζει πολύ» ή «ζηλεύει εύκολα». Σε αυτή την αναφορά από Kristensen (2001), οι Elizur & Perednik (2003), φαίνεται να ταυτίζουν τα ευρήματα των ερευνών τους σχετικά με τα μη αντιπροσωπευτικά στοιχεία επιθετικής διαταραχής στην επΑ. Κατά τους ίδιους (Elizur & Perednik, 2003), αναφέρεται, πως οι γονείς, που δεν αναγνωρίζουν, ότι το παιδί τους είναι «παγωμένο» από το άγχος, ενδέχεται να αντιδράσουν περισσότερο κρίνοντας το, παρά με ενσυναίσθηση της κατάστασης του. Σε αυτή την συμπεριφορά των γονέων αποδίδονται, κατά τους προαναφερθέντες ερευνητές, οι ανήσυχες συμπεριφορές εναντιωματικότητας και επιθετικότητας.

Κεφάλαιο 4^ο

Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην επΑ.

Η ιστορία της θεραπευτικής πορείας για την επιλεκτική αλαλία καλύπτεται από ένα ευρύ χρονικό φάσμα που κυμαίνεται από την ψυχαναλυτική σχολή της Ευρώπης κατά το 1800 μέχρι τις σύγχρονες συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Labbe & Williamson, 1984). Σε παλαιότερη γερμανική βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι τα παιδιά με επΑ απομακρύνονταν από τα οικογενειακά τους περιβάλλοντα και τοποθετούνταν σε ειδικά θεραπευτικά κέντρα (Lesser-Katz, 1986). Μάλιστα, σε νορβηγική μελέτη που διεξήγαγε ο Wergeland (1979), ανέφερε περιπτώσεις παιδιών που απομακρύνθηκαν από το σπίτι τους για περιόδους που κυμάνθηκαν από 8 μήνες έως 3 χρόνια. Ο ίδιος, διαπίστωσε πως, τα παιδιά που δεν απομακρύνθηκαν από το σπίτι τους, σημείωσαν καλύτερη αποκατάσταση αναφορικά με την ανάκτηση της λεκτικής επικοινωνίας, συγκριτικά με αυτά που υποβλήθηκαν σε θεραπείες εκτός οικείου περιβάλλοντος. Σχετικά όμως, με την ψυχοσυναισθηματική σύσταση και των δύο ομάδων δεν ανέφερε κάποια διαφοροποίηση, με τα επίπεδα άγχους να παραμένουν εξίσου όμοια.

Παρά το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη φαινομενολογία της επΑς, εκλείπουν οι σταθμισμένες θεραπευτικές εφαρμογές. Μέχρι σήμερα, δεν διατίθενται ελεγχόμενες παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής θεραπείας, ούτε υπάρχουν εμπειρικά υποστηριζόμενα πρωτόκολλα θεραπείας αναφορικά με την επΑ (Bergman, et al., 2002). Αυτές οι ανεπάρκειες στη σταθμισμένη μεθοδολογία της θεραπείας, καθιστούν δύσκολη την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εκάστοτε θεραπευτικής εφαρμογής (Cohan, et al., 2006). Λαμβάνοντας υπόψη την ετερογένεια των περιπτώσεων της επΑς, αυτό που λείπει από τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία είναι ευέλικτες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όμοιες με αυτές που προτείνονται για άλλες διαταραχές παιδικής ηλικίας που σχετίζονται με το άγχος (Kendall & Suvveg, 2006). Παρ' όλα αυτά, όπως προκύπτει από τις δημοσιεύσεις περιπτωσιολογικών μελετών που αναφέρουν επιτυχείς θεραπευτικές προσεγγίσεις της διαταραχής, η θεραπευτική παρέμβαση φαίνεται να χωρίζεται συνήθως σε 2 ευρύτερες κατηγορίες:

- Μη φαρμακευτική/ψυχοθεραπευτική και συμπεριφορική παρέμβαση και,
- Φαρμακευτική παρέμβαση.

Η μη φαρμακευτική παρέμβαση επικεντρώνεται στην εφαρμογή τεχνικών συμπεριφοράς που στόχο έχουν την αύξηση παραγωγής λόγου και στην βελτίωση της λειτουργικότητας της συμπεριφοράς. Στη μη παρέμβαση περιλαμβάνονται τέσσερις επιμέρους προσεγγίσεις:

- Η ψυχοδυναμική θεραπεία (Krysanski, 2003),
- Η συμπεριφορική θεραπεία και (Krysanski, 2003),
- Η θεραπεία οικογενειακών συστημάτων (Black, & Uhde, 1995),
- Η θεραπεία σε κοινωνικό πλαίσιο (Crundwell, 2006).

4.1.Η ψυχοδυναμική θεραπεία.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία σχετίζεται με την ψυχοδυναμική θεωρία (Freud, 1920), η οποία έχει αναφερθεί, από ορισμένους συγγραφείς, ως παράγοντας εκδήλωσης της επΑΣ. (Giddan, & Milling, 1999; Krysanski, 2003). Κατά την ψυχοδυναμική προσέγγιση υποστηρίζεται ότι, το μεγαλύτερο μέρος της συμπεριφοράς έχει ως αφετηρία εσωτερικές δυνάμεις, μνήμες και συγκρούσεις. Οι εσωτερικές αυτές δυνάμεις εκπορεύονται από την παιδική ηλικία του ατόμου και επηρεάζουν διαρκώς τη συμπεριφορά του, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Σχετίζονται άμεσα με το ασυνείδητο του νου, στο οποίο το άτομο δεν ασκεί έλεγχο. Στο 1^ο κεφάλαιο, διαφάνηκε η έντονη επίδραση των εξωτερικών παραγόντων στην σύνθεση της ψυχικής ιδιοσυγκρασίας του παιδιού, με ιδιαίτερη συσχέτιση του παράγοντα «οικογένεια». Στα πλαίσια της επιλεκτικής αλαλίας λοιπόν, υπάρχει η υπόθεση ότι το παιδί παρουσιάζει καθήλωση (είτε λεκτική είτε σωματική- με ιδιαίτερη προσκόλληση στο πρωκτικό στάδιο), λόγω του ότι ενδέχεται, να διατηρεί ένα οικογενειακό «μυστικό» ή να δηλώνει τον θυμό του προς τον γονέα λόγω των παιδαγωγικών μεθόδων που ακολουθεί, εκδηλώνοντας αλαλία. Με αυτή την υπόθεση, η αλαλία του παιδιού ελέγχεται από τις προαναφερθείσες εσωτερικές δυνάμεις που επιστρατεύονται, για την αντιμετώπιση του θυμού και του άγχους που αισθάνεται το παιδί (Giddan, & Milling, 1999).

Αναφορικά με τις μεθόδους ψυχοθεραπείας, η ψυχοδυναμική θεραπεία διεξάγεται με τη μορφή ατομικής παιγνιοθεραπείας (Krysanski, 2003). Η παιγνιοθεραπεία είναι μία μορφή αξιολόγησης, εντοπισμού και αντιμετώπισης ψυχολογικών δυσλειτουργιών μέσω του παιχνιδιού (Homeyer & Morrison, 2008). Χρησιμοποιώντας τη δυναμική του παιχνιδιού, οι ειδικά εκπαιδευμένοι παιγνιοθεραπευτές (η ομάδα τους συνίσταται από ψυχολόγους, ψυχιάτρους, λογοπαθολόγους, εργοθεραπευτές) έχουν στόχο, να βοηθήσουν το παιδί στη διαχείριση ψυχολογικών δυσκολιών, όπως αυτές του άγχους, της θλίψης, της ανώριμης συμπεριφοράς, της δυσκολίας προσαρμογής, των συναισθημάτων ματαίωσης κ.ά., ή και να «προλάβουν» την εκδήλωση τους όπου είναι δυνατόν. Η εφαρμογή αυτή, βασίζεται στη λογική πως, το παιχνίδι αποτελεί έναν φυσικό τρόπο επικοινωνίας του παιδιού. Αυτό που διαφοροποιεί την παιγνιοθεραπεία από το κοινό παιχνίδι, είναι το

περιβάλλον και ο ειδικός που το εφαρμόζει, ο οποίος έχει τη δυνατότητα να αναλύει τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του παιδιού βάσει συγκεκριμένων ψυχολογικών προτύπων (Homeyer, 2008). Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας απαιτεί ολοκληρωμένη και πολύπλευρη διερεύνηση του οικογενειακού και κλινικού-ψυχικού ιστορικού του παιδιού για την ερμηνεία της όποιας ενδοψυχικής σύγκρουσης, όπως εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της, οι κλινικοί δεν έχουν προς το παρόν μία ολοκληρωμένη εικόνα βάσει των αρκετά περιορισμένων περιπτωσιολογικών αναφορών (Krysanski, 2003), ενώ μερικοί άλλοι την χαρακτηρίζουν «χρονοβόρα» και «αναποτελεσματική» (Krohn, et al., 1992).

4.2. Η συμπεριφορική θεραπεία.

Στο 2^ο κεφάλαιο παρατέθηκαν κάποια τυπικά χαρακτηριστικά των παιδιών με επΑ σύμφωνα με τις αναφορές του Hayden (1980). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία συνδέει αυτές τις συμπεριφορές με συνιστώσες της συμπεριφορικής θεωρίας (Freeman, et al., 2004; Mulligan, & Christner, 2012). Η συμπεριφορική θεωρία υποστηρίζει ότι το άτομο επηρεάζεται από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα στα οποία εκτίθεται. Συνεπώς η αναπτυξιακή πορεία αντικατοπτρίζει ένα συγκεκριμένο σύνολο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, και η συμπεριφορά θεωρείται προϊόν της συνεχούς έκθεσης σε συγκεκριμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Carpintero, 2004). Ο Watson, ένας από τους σημαντικότερους συμπεριφοριστές ψυχολόγους, υποστήριξε πως «μελετώντας λεπτομερώς τα ερεθίσματα που συνθέτουν το εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου μπορούμε να κατανοήσουμε και να περιγράψουμε πλήρως τον τρόπο που ένα άτομο μαθαίνει να αντιδρά συναισθηματικά» (Watson & Rayner, 1920). Στα πλαίσια της συμπεριφορικής θεραπείας εντάσσεται η κλασική εξαρτημένη μάθηση, η οποία υποστηρίζει πως ένας οργανισμός μαθαίνει να αντιδρά με ένα συγκεκριμένο τρόπο σε ένα ουδέτερο ερέθισμα, το οποίο, υπό κανονικές συνθήκες, δεν προκαλεί αυτό το είδος αντίδρασης. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί εκτεθεί κατ' επανάληψη σε συνδυασμό δύο ερεθισμάτων, της παρουσίας ενός γονέα και της αυταρχικής του συμπεριφοράς υπό τη μορφή οποιασδήποτε απαίτησης (βλ. 2^ο κεφάλαιο, «τύποι επιλεκτικής αλαλίας»), τότε μπορεί να μάθει να αντιδρά μόνο στο οπτικό ερέθισμα (βλέπει τον γονέα) και να εκδηλώνει αλαλία, υπεργενικεύοντας τη συμπεριφορά και σε άλλους ενήλικες, χωρίς να χρειαστεί να του επιβάλει κάποιος το οτιδήποτε. Συνεπώς, με βάση αυτή τη θεωρία, η αποτυχία της ομιλίας ερμηνεύεται ως μία μαθημένη στρατηγική για τη χειραγώγηση του περιβάλλοντος ως αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων (Watson & Rayner, 1920). Οι συμπεριφορικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν βάσει αυτής της προσέγγισης

πως, η επΑ είναι προσαρμοστική αντίδραση και όχι παθολογική. Εν όψει νέων κοινωνικών καταστάσεων, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα αναλαμβάνει έναν αμυντικό ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς και της ικανότητας ομιλίας. Με το δεδομένο αυτό, ενισχύονται οι υποθέσεις, κατά τους περισσότερους ερευνητές, για τη στενή σχέση της επΑς περισσότερο με το άγχος παρά με συνειδητές χειριστικές συμπεριφορές, αφού μεταφράζεται ως μία ασυνείδητη, βασισμένη στη γλώσσα, συμπεριφορική αντίδραση με τη μορφή λεκτικής αναστολής (Anstendig, 1999).

Οι μέθοδοι της συμπεριφορικής θεραπείας αποτελούν μέχρι σήμερα τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο παρέμβασης για την αντιμετώπιση της επΑς (Perednik, 2011). Είναι επίσης γνωστό πως η επΑ εδράζεται στο άγχος, που εκδηλώνεται κυρίως εξαιτίας της έκθεσης σε κοινωνικές περιστάσεις. Επομένως, πρέπει από την εισαγωγή, να γίνει κατανοητό πως καμία εφαρμογή της θεραπείας δε θα είναι αποτελεσματική, εάν δεν υπάρχει μία αλληλοεξαρτώμενη και ενεργή συμμετοχή της οικογένειας και του σχολικού περιβάλλοντος για τη σωστή και αποτελεσματική περάτωση της θεραπείας. Είναι απαραίτητο πριν από τις θεραπευτικές συνεδρίες να δημιουργηθεί μία ανοιχτή και επικοινωνιακή σχέση αμοιβαιότητας μεταξύ κλινικού, οικογένειας και του εκάστοτε υπεύθυνου εκπαιδευτικού του παιδιού (Bergman, et al., 2013; Perednik, 2011). Η συμπεριφορική θεραπεία εφαρμόζει μία πολυμεθοδική προσέγγιση που είναι απαραίτητο, κατά την εφαρμογή της, να λαμβάνει υπόψη τα ερεθίσματα που προκαλούν τα συμπτώματα στο ευρύτερο περιβαλλοντικό πλαίσιο του παιδιού (Krysanski, 2003).

Σε αυτό το σημείο είναι καίρια, η αναφορά στο μοτίβο του συμπεριφορισμού που αφορά την ενίσχυση. Ο όρος «ενίσχυση» δεν συγχέεται με την ενθάρρυνση ή ανταμοιβή. Κατά τον Skinner η ενίσχυση ορίζεται ως εξής: όταν μία συμπεριφορά ακολουθείται από μία συνέπεια (ενν. : αποτέλεσμα) και έπειτα από αυτή, αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, σημαίνει πως η ίδια ενισχύθηκε, αφού επανεμφανίστηκε, και η συνέπεια λογίζεται ως ενισχυτής. Δηλαδή, αν μία συνέπεια ακολουθήσει μία συμπεριφορά, η οποία όμως δεν θα επανεκδηλωθεί μελλοντικά, τότε η συνέπεια της συμπεριφοράς δεν θεωρείται ενισχυτής. Ο Skinner διαχώρισε την ενίσχυση σε θετική και αρνητική (χωρίς να αποδίδεται κάποιο ηθικό βάρος σε κάποια από τις δύο με την έννοια του καλού ή του κακού). Η θετική ενίσχυση μεταφράζεται ως κάτι που προστίθεται ως συνέπεια μιας δράσης, ενώ η αρνητική ενίσχυση σαν κάτι που αφαιρείται (λόγω του μη υπαρκτού ή μη επαρκούς ενισχυτή). Κατά την θετική ενίσχυση, μία δράση επιφέρει ένα ερέθισμα (με επιθυμητή συνέπεια) και συνεπώς η δράση αυξάνεται (επαναλαμβάνεται). Κατά την αρνητική ενίσχυση, μία δράση τερματίζει ένα ερέθισμα (με μη επιθυμητή

συνέπεια) και συνεπώς η δράση αυξάνεται (επαναλαμβάνεται). Ένα παράδειγμα θετικής ενίσχυσης τίθεται ακολούθως: όταν κάποιος πεινάει (ερέθισμα), κάνει ένα αίτημα για φαγητό (συμπεριφορά- δράση). Το αίτημα αυτό επιφέρει το φαγητό που προτιμά (θετική ενίσχυση). Εφόσον αυτή η συμπεριφορά έδωσε σε αυτόν που τη διετέλεσε, αυτό που επιθυμούσε, η συνέπεια της συμπεριφοράς λογίζεται ως ενισχυτής, συνεπώς στο μέλλον, η δράση είναι πολύ πιθανό να επαναληφθεί. Ένα παράδειγμα αρνητικής ενίσχυσης είναι το άνοιγμα της ομπρέλας που τερματίζει τη βροχή. Αρχίζει να βρέχει (μη επιθυμητό ερέθισμα), ανοίγω την ομπρέλα (συμπεριφορά, δράση), θα παραμείνω στεγνός (συνέπεια). Με το άνοιγμα της ομπρέλας (δράση) απετράπη το ενδεχόμενο να βραχώ (μη επιθυμητό ερέθισμα). Σε περίπτωση που ξαναβρέξει στο μέλλον (μη επιθυμητό ερέθισμα), θα ξαναανοίξω την ομπρέλα, ειδάλλως θα βραχώ (αρνητική ενίσχυση) (Skinner, 1965; Donahoe & Palmer, 1994).

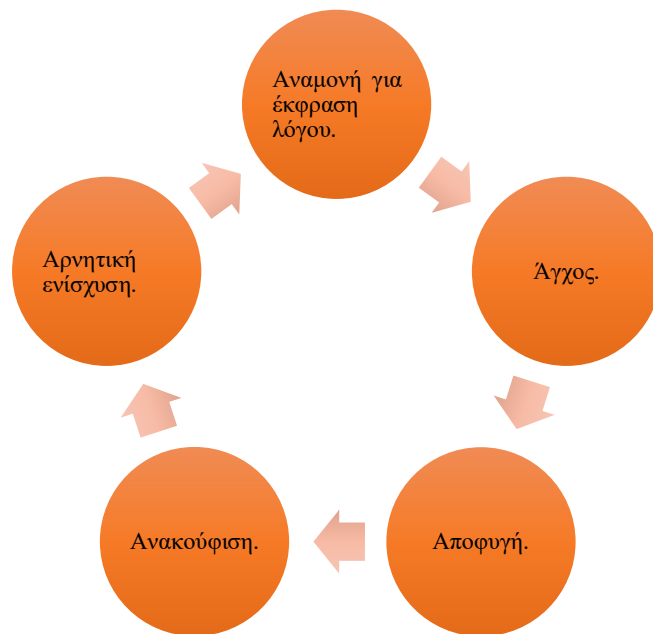
Η συμπεριφορική σύλληψη της επΑΣ και το θεραπευτικό μοντέλο που προκύπτει επικεντρώνονται στην προσδοκία έκφρασης ομιλίας σε συγκεκριμένες καταστάσεις, η οποία λογίζεται ως έναυσμα για την πρόκληση έντονου άγχους. Ο τρόπος απάντησης στο έντονο άγχος (ερέθισμα) είναι η αποφυγή της ομιλίας (δράση) που στη συνέχεια, εξυπηρετεί στη μείωση του άγχους (συνέπεια-ενίσχυση). Ως παράδειγμα, μπορεί να αναφερθεί η συμπεριφορά ενός παιδιού με επΑ στην τάξη, όταν κατά τη διάρκεια του μαθήματος, ο δάσκαλος του θέτει μία ερώτηση. Με αυτή την δράση του δασκάλου, το παιδί θα γίνει ανήσυχο. Το άγχος του θα αρχίσει να αυξάνεται κατά τη διάρκεια που το ίδιο θα προσπαθεί να απαντήσει, ενώ θα αναμένουν ο δάσκαλος και οι συμμαθητές του. Το άγχος του παιδιού με επΑ πιθανότατα θα το κάνει να αποφύγει να απαντήσει στην ερώτηση και η αποφυγή αυτή θα έχει ως συνέπεια/αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους. Η μείωση του άγχους αποδυναμώνει : (1) τη συμπεριφορά αποφυγής λεκτικής έκφρασης και κατά συνέπεια (2) το μοτίβο συμπτωμάτων της επΑΣ (Bergman, et al., 2013). Συνεπώς, η βάση της συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης βρίσκεται στην αντιμετώπιση των συμπεριφορών άγχους που απομακρύνουν το παιδί από την έκφραση λόγου. Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για τη μείωση του άγχους σχετικά με την ομιλία και την ενίσχυση της, περιλαμβάνουν :

- Τη διαχείριση έκτακτης ανάγκης (contingency management) (Giddan, et al., 1997),
- Τη διαμόρφωση (shaping) (Crundwell, 2006),
- Την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training/SST) (Cohan, et al., 2006),

- Την εξασθένιση του ερεθίσματος (stimulus fading) (Labbe & Williamson, 1984; Morris & Kratochwill, 1985; Beare, et al., 2008),
- Την συστηματική απευαισθητοποίηση (systematic desensitization) (Cohan, et al., 2006; Grover, et al., 2006),
- Την χαλάρωση (relaxation training) (Lang, et al., 2011; Kotrba, 2014).
- Την αυτομοντελοποίηση (self-modeling) (Cohan, 2006; Kotrba, 2014) και,
- Την μεταφορά ελέγχου (transfer of control) (Bergman, et al., 2013).

4.2.1. Η διαχείριση έκτακτης ανάγκης.

Οι τεχνικές διαχείρισης έκτακτης ανάγκης σχετίζονται με τις λειτουργίες μεθόδων συμπεριφορικής ρύθμισης και συγκεκριμένα, με αυτές της θετικής ενίσχυσης της συμπεριφοράς (Giddan, et al., 1997). Στο παράδειγμα με το παιδί στην τάξη που αναφέρθηκε νωρίτερα, η τεχνική αυτή προσεγγίζει τη συμπεριφορά του παιδιού ως εξής: εφόσον το ζητούμενο είναι η συμμετοχή και η απόκριση του παιδιού στον δάσκαλο, τότε ο ίδιος, σε αρχικό στάδιο προσέγγισης, θα πρέπει να θέσει ένα περισσότερο απλό ζητούμενο. Με τον τρόπο αυτό, το παιδί διευκολύνεται να αποκριθεί λεκτικά, ενώ ταυτόχρονα αποθαρρύνεται το μοτίβο αποφυγής απόκρισης. Δηλαδή, η επιτυχία αυτής της εφαρμογής βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ιδέα της έναρξης με μία εργασία (ερώτηση-αίτημα συμμετοχής), που είναι χαμηλού βαθμού δυσκολίας και μη απειλητική για να την ανεχθεί το παιδί. Όταν το παιδί ολοκληρώσει επιτυχώς αυτή την αρχικού σταδίου, εύκολη έκθεση αντί να την αποφύγει (δηλ. εκφράζοντας ομιλία), είναι σε θέση να βγει από τον κύκλο αρνητικής ενίσχυσης και να ενισχυθεί θετικά η επιθυμητή συμπεριφορά (δηλ. η ομιλία). Έπειτα από αυτό, ξεκινά μία διαδικασία σταδιακής αύξησης δυσκολίας στις καταστάσεις ομιλίας που εκτίθεται το παιδί με σκοπό, ο λόγος να παράγεται σε ολοένα και περισσότερα αιτήματα (Bergman, 2013).



Σχήμα 4.1. Ο συμπεριφορικός κύκλος της επιλεκτικής αλαλίας (Bergman, 2013)

Αναφορικά με τις τεχνικές διαχείρισης έκτακτης ανάγκης σε κλινικό πλαίσιο, ο Rojjes (1992) τις εφάρμοσε επιτυχώς στη θεραπεία δύο παιδιών (ένα κορίτσι και ένα αγόρι) με επΑ. Τα δύο παιδιά είχαν όμοια συμπεριφορικά, μη-λεκτικά μοτίβα. Σε αρχικό στάδιο συνεδριών ο κλινικός ανέμενε τις ελάχιστες αποκρίσεις (έστω και μονολεκτικές) και σε μεταγενέστερο στάδιο, ο ίδιος προσέθεσε τον παράγοντα του θετικού ενισχυτή συμπεριφοράς (που ήταν η δραστηριότητα στην οποία τα παιδιά επιθυμούσαν να εμπλακούν, π.χ. ζωγραφική). Όταν άρχισαν να αυξάνονται οι λεκτικές αποκρίσεις και των δύο παιδιών σε κλινικό περιβάλλον, συνέβη η μεταφορά της προσέγγισης και στο σχολικό περιβάλλον της τάξης. Και τα δύο παιδιά σημείωσαν επικοινωνιακή πρόοδο, η ένταση της φωνής στο κορίτσι ήταν αρχικά χαμηλή, έπειτα όμως αυξήθηκε. Η πρόοδος αναφέρθηκε στα εξής:

- Σχετικά με το επικοινωνιακό κομμάτι, τα παιδιά δεν δίσταζαν να επιδιώκουν τη βλεμματική επαφή ή να θέτουν ερωτήσεις κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Μάλιστα σχετικά με το κορίτσι αναφέρεται πως, δεν δίσταζε, έπειτα από ένα διάστημα επαρκούς αποκατάστασης, να θέτει ερωτήσεις και σε άγνωστους δασκάλους κατά τη διάρκεια του διαλείμματος
- Σχετικά με την έκφραση λεκτικής επικοινωνίας και τα δύο παιδιά απέκτησαν την ευχέρεια να εμπλέκονται σε καταπρόσωπο συζήτηση και αλληλεπίδραση με τους συμμαθητές τους και να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες.

4.2.2. Η διαμόρφωση.

Αυτή η προσέγγιση αναπτύσσει τα πρότυπα ομιλίας του παιδιού, τα οποία ανταμείβονται σε κάθε τους πρόοδο. Η ανταμοιβή μπορεί να έχει τη μορφή επαίνου και θετικών προτροπών από τους ενήλικες, ή επίσης μπορεί να είναι ένα μικρό βραβείο «κατάκτησης». Το πιθανότερο είναι, κατά τις πρώτες κλινικές συνεδρίες, το παιδί να μην εκφράζει διάθεση κοινωνικής επικοινωνίας. Η διάθεση αυτή θα αποκτηθεί εν καιρώ, καθώς ο θεραπευτής θα δημιουργήσει μία κατάσταση, η οποία θα εμπνέει ασφάλεια στο παιδί (θα παρατεθεί ένας τρόπος για την διασφάλιση κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ κλινικού και παιδιού στο τέλος αυτού του υποκεφαλαίου) (Krohn, Weckstein & Wright, 1992). Με τον τρόπο αυτό, θα υπάρξει μία πρόοδος, που θα ξεκινήσει με την μη λεκτική επικοινωνία, θα γίνει μετάβαση στην εξαγωγή σύντομων ήχων/συμφώνων, έπειτα θα αρχίσει η παραγωγή μεμονωμένων λέξεων, θα ακολουθήσει η συγκρότηση προτάσεων έως ότου κατακτηθεί το τελευταίο στάδιο που θα είναι η έκφραση αυθόρμητου λόγου (Perednik, 2011).

Η διαμόρφωση, πρόκειται για μία στρατηγική που σχετίζεται με την διαχείριση έκτακτης ανάγκης. Η συγκεκριμένη πρακτική χαρακτηρίζεται από την ευελιξία-προσαρμογή. Επί της ουσίας, αφορά σε μικρά βήματα διαδοχικής προσέγγισης, τα οποία στοχεύουν στην ενίσχυση των συμπεριφορών που πρέπει να επιτευχθούν. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών με επΑ που παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη ευαισθησία στη λεκτική επικοινωνία (π.χ. βλ. κεφ. 3.1). Αυτές οι περιπτώσεις επΑΣ ενδεχομένως να απαιτούν ακόμη μικρότερα βήματα που θα μειώσουν το άγχος για να επιτευχθεί ο απώτερος σκοπός, η λεκτική επικοινωνία με τον πομπό . μερικές τακτικές διαμόρφωσης που μπορεί να εφαρμόσει ο δάσκαλος στο περιβάλλον της τάξης είναι:

- Να παρακινήσει το παιδί με επΑ , να καθίσει στο ίδιο θρανίο με έναν συμμαθητή, με τον οποίο συναναστρέφεται και εκτός σχολείου στο περιβάλλον του σπιτιού,
- Να θέτει στο παιδί ερωτήσεις κλειστού τύπου που έχουν απόκριση μονολεκτικών απαντήσεων (ναι/όχι),
- Να επιλέξει να τοποθετήσει το παιδί σε μία θέση μακριά από το έδρανο του δασκάλου. Έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά με επΑ που κάθονται μακριά από την έδρα του δασκάλου, ενθαρρύνονται να επιδιώξουν λεκτική επικοινωνία με οικείους συμμαθητές).
- Να αυξήσει τις διαδραστικές δραστηριότητες (κυρίως χειροτεχνίες) στην τάξη με τους συμμαθητές σε ομαδικό επίπεδο. Σε τέτοιες δραστηριότητες επιδιώκεται έστω η μη λεκτική επικοινωνία (σε αρχικό στάδιο), που όμως εκφράζει την διάθεση για κοινωνική συναναστροφή και συμμετοχή στο κοινωνικό σύνολο (Crundwell, 2006).

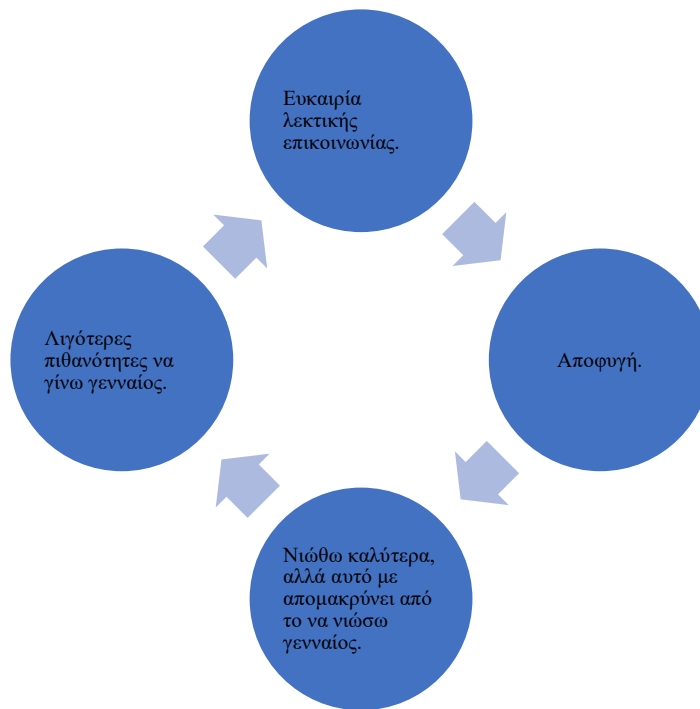
Στα πλαίσια δημιουργίας μιας σχέσης εμπιστοσύνης με το παιδί, ο κλινικός καλό θα ήταν, στις αναγνωριστικές συνεδρίες να επικοινωνήσει στο παιδί κάποια ζητήματα :

- Να εξηγήσει στο ίδιο κάποια θέματα σχετικά με το άγχος (να αναφερθεί στη φύση και τα συμπτώματα του, με προσιτό τρόπο αναλόγως της ηλικίας του παιδιού, καθώς και τον τρόπο που επηρεάζει τη διαταραχή του παιδιού), ενώ θα μπορούσε να αναφέρει πως και άλλα παιδιά, με τα οποία πραγματοποιεί συνεδρίες, έχουν όμοιες με εκείνο δυσκολίες (για να εισαχθεί το παιδί σε ένα πρώιμο στάδιο απενοχοποίησης της περίπτωσης του),
- Να γνωστοποιήσει στο παιδί την μέθοδο που θα ακολουθηθεί στο θεραπευτικό του πρόγραμμα και τους στόχους που για το ίδιο έχει θεσπίσει και,
- Να του υποδείξει μία κλίμακα βαθμολόγησης του άγχους του, την οποία και θα του ερμηνεύσει απλά, για να γίνει αντιληπτή η σοβαρότητα των συμπεριφορικών του δυσλειτουργιών και να αρχίσει μια ασυνείδητη διαδικασία προσπάθειας για συνεργασία και βελτίωση (Crundwell, 2006; Kotrba, 2014).

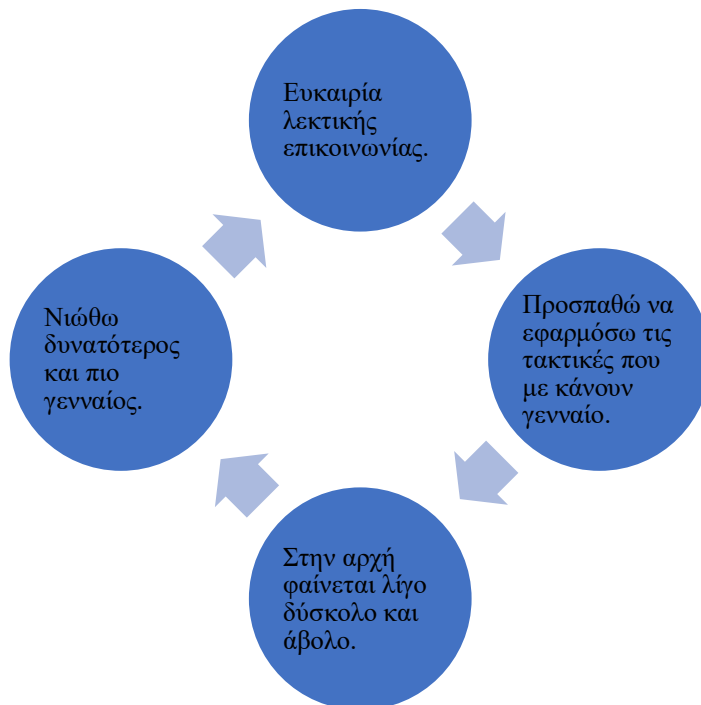
Κατά Kotrba, (2014) υπογραμμίζεται η σημαντικότητα που ασκεί στην παιδική ψυχοσύνθεση η επανειλημμένη αναφορά του σκοπού της συνεργασίας με το παιδί. Είναι σημαντικό, ο κλινικός να αναφέρει στο παιδί, πως κάθε φορά που αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία στην έκφραση του συναισθήματος και του λόγου, δεν ευθύνεται το ίδιο, αλλά επηρεάζεται από το άγχος που το διακατέχει εκείνη τη στιγμή. Ο κλινικός μπορεί να «παίξει» με τις λέξεις και τις εκφράσεις. Όσο πιο απλά θέσει τους στόχους, τόσο πιο εύκολα θα προσεγγίσει το παιδί. Από άποψη ηθικής δεοντολογίας η λέξη «πρόβλημα» δεν προτείνεται. Αντί αυτής, ενδείκνυται η λέξη «δυσκολία». Στα πλαίσια των νοητικών ‘’τρικ’’ , η εξήγηση του κλινικού σχετικά με τον λόγο των συνεδριών που παρακολουθεί το παιδί είναι : «για να αισθανθεί γενναίο και πιο δυνατό» και όχι για να ξεπεράσει κάποιο ‘’πρόβλημα’’. Χρησιμοποιώντας αυτούς τους όρους (γενναίος-δυνατός), το παιδί αποκτά εσωτερικά κίνητρα, ενώ ταυτόχρονα «χτίζει» την αυτοπεποίθηση που μέχρι πρότινος, δεν διέθετε. Δυνατός ενισχυτής κατά την συγγραφέα είναι και η χρήση οπτικής αναπαράστασης. Η οπτική αναπαράσταση (βασίζεται στη γνωστική θεωρία του Piaget που υποστηρίζει πως, η ανθρώπινη σκέψη είναι οργανωμένη σε σχήματα-νοητικές δομές που αντιπροσωπεύουν τις συμπεριφορές και τις δράσεις) αποτελεί ένα προσιτό μοντέλο νόησης για το παιδί, αφού παρέχει μία επεξηγηματική ισχύ για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης και συμβάλλει στην οπτικοποίηση της όποιας πληροφορίας (Piaget, 2013).

Ο κλινικός, για την επίτευξη του τελικού στόχου θέτει στο παιδί τις συμπεριφορές ενίσχυσης, χαρακτηρίζοντας τες ως «γενναίες πρακτικές». Η Kotrba (2014) σε αυτό το

πλαίσιο της οπτικής αναπαράστασης, προτείνει δύο κύκλους : αυτόν της αναπαράστασης της αποφυγής και τον “γενναίο” κύκλο :



Σχήμα 4.2. Κύκλος αποφυγής κατά Kotrba (2014).



Σχήμα 4.3. «Γενναίος» κύκλος κατά Kotrba (2014).

Κατά την διεξαγωγή της εφαρμογής των όποιων θεραπευτικών προσεγγίσεων, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί μία «γέφυρα» αλληλεπίδρασης μεταξύ παιδιού και κλινικού, μέσω της οποίας οι δύο τους θα μπορέσουν να επικοινωνούν τα συναισθήματά τους. Αφενός

, για να έχει αντίκρισμα η ενθάρρυνση του κλινικού προς το παιδί και αφετέρου, για να μπορεί το παιδί να νιώθει εμπιστοσύνη, ώστε να εκθέτει τους δισταγμούς ή προβληματισμούς για την όποια δραστηριότητα που καλείται να φέρει εις πέρας. Ένα παράδειγμα αλληλεπίδρασης κατά την κλινική συνεδρία θα μπορούσε να είναι το ακόλουθο:

-Κλινικός: πριν αρχίσουμε την άσκηση, θα ήθελα να μου πεις πόσο δύσκολη πιστεύεις ότι θα είναι (επιλέγεται μία πολύ απλή άσκηση βάσει των κλίσεων που διαθέτει το παιδί βάσει των πληροφοριών που έχει λάβει από τους γονείς ο κλινικός).

-Παιδί: μονολεκτική απάντηση (λεκτική: πολύ/λίγο ή μη λεκτική: νεύμα). Ολοκλήρωση της «γενναίας» άσκησης:

-Κλινικός: ήσουν υπέροχος/η! πες μου τώρα αν δυσκολεύτηκες στα αλήθεια να απαντήσεις στην ερώτηση! Ήταν ευκολότερο από όσο νόμιζες! Την επόμενη φορά που θα πιστέψεις ότι μία γενναία άσκηση θα σε δυσκολέψει, θα σου υπενθυμίσω την σημερινή εμπειρία. Είσαι πιο γενναίος/α από όσο νομίζεις!

Με αυτόν τον τρόπο, το παιδί σταδιακά εμπιστεύεται τον θεραπευτή του, γίνεται πιο συγκαταβατικό στις προσεγγίσεις που του υποδεικνύονται και δημιουργείται ένα εύφορο κλίμα συνεργασίας, που προετοιμάζει (σε ένα πρώιμο στάδιο) τις μετέπειτα εφαρμογές μεταφοράς των επιθυμητών συμπεριφορών και σε άλλα κοινωνικά πλαίσια. (Kotrba, 2014).

4.2.3. Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων (SST).

Πρόκειται για μία τεχνική που μπορεί να συνδυαστεί με τη μέθοδο της διαχείρισης έκτακτης ανάγκης (Cohan, et al., 2006). Οι υπάρχουσες έρευνες δεν καταδεικνύουν λειτουργικό έλλειμμα των παιδιών με επΑ στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Ωστόσο, δεδομένου πως τα παιδιά με επΑ εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής ευαισθητοποίησης, συνηθίζεται να παρουσιάζουν κοινωνική ανωριμότητα, να μην επιδεικνύουν κοινωνική ευαισθητοποίηση ή δεξιότητες κατάλληλες για την ηλικία τους (Bergman, Piacentini & McCracken, 2002). Η εκπαίδευση τους αναφορικά με τις κοινωνικές δεξιότητες ή και η ενίσχυση της κοινωνικής τους αλληλεπίδρασης μέσω παιχνιδιών-ρόλου φαίνονται λειτουργικές για δύο βασικούς λόγους που θα αναφερθούν ακολούθως (Crundwell, 2006; Kotrba, 2014).

Ο πρώτος λόγος αφορά στην δυνατότητα που δίνεται στα παιδιά να «σεναριογραφίσει» μια κοινωνική κατάσταση. Ένα σενάριο απαιτεί την ακολουθία κάποιων συμπεριφορών αναλόγως της κατάστασης στην οποία αναφέρεται. Οι περισσότεροι ενήλικες έχουν ένα κατάλληλο σενάριο ανά τις κοινωνικές περιστάσεις (Grover, et al., 2006)

Για παράδειγμα, η επίσκεψη σε ένα ιατρείο, πιθανότατα να περιλαμβάνει, σεναριο-γραφικά, ένα check-in για το ραντεβού, την αναμονή στην προτεινόμενη αίθουσα μέχρι να καλέσει ο γιατρός, έπειτα, την μεταφορά στην αίθουσα που θα γίνει η εξέταση και τέλος τη συζήτηση για τις παρατηρήσεις του γιατρού, όπως προέκυψαν από την εξέταση. Ακολουθεί το check-out της πληρωμής στη/στον γραμματέα και τέλος, η αποχώρηση. Χωρίς αυτή τη σεναριογραφία, σειριακή τοποθέτηση πιθανότατα να μας κατακλύζει η αβεβαιότητα. Αν πηγαίναμε στο ιατρείο, αλλά δεν γνωρίζαμε τι επρόκειτο να γίνει αναφορικά με το: πόσα χρήματα κοστίζει η επίσκεψη, πού και για πόσο θα έπρεπε να περιμένουμε στην αίθουσα αναμονής, τί εξέταση θα μας έκανε ο γιατρός, θα νιώθαμε μία ανασφάλεια. Σε καταστάσεις χωρίς σενάριο, τα περισσότερα άτομα νιώθουν κακώς προετοιμασμένα, ανήσυχα και εκδηλώνουν τάσεις διαφυγής. Η ύπαρξη σεναρίου δε συμβάλει μόνο στη μείωση του άγχους, αλλά και στη δημιουργία μιας νέας γλώσσας κοινωνικής και διαδραστικής ρουτίνας για τα παιδιά (Barnett, et al., 2007; Buron, 2007). Μερικά πιθανά σενάρια μπορεί να είναι : (1) πως να παραγγείλει κανείς σε ένα εστιατόριο, (2) πως να διακόψεις κάποιον σε μία συζήτηση, (3) πως να συστηθεί κάποιος, (4) πως να ζητήσουμε βοήθεια από κάποιον σε μία άβολη κοινωνική κατάσταση κ.λπ.

Ο δεύτερος λόγος της λειτουργικότητας της SST έγκειται στην πολυτέλεια του ασφαλούς περιβάλλοντος, στο οποίο διαδραματίζεται. Τα παιδιά με επΑ, μαθαίνουν να εξασκούν τις μορφές κοινωνικών αλληλεπιδράσεων είτε στο σπίτι, είτε στο κλινικό περιβάλλον σε αρχικό στάδιο. Οι ενήλικες συχνά σταματούν την διδαχή μιας νέας κοινωνικής δεξιότητας στα παιδιά τους, όταν αυτά φαίνονται να την κατέκτησαν και περιμένουν πως το παιδί θα την χρησιμοποιήσει με άνεση σε κάθε νέα κατάσταση , που θα χρειαστεί να την εφαρμόσει (Perednik, 2011). Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να αναφερθεί ο νόμος του Yerkes-Dodson σχετικά με την «υπερμάθηση». Η υπερμάθηση οδηγεί στην διευρυμένη κυριαρχία και στην αυτοματοποίηση της δεξιότητας που επιδιώκεται να κατακτηθεί. Ο νόμος αυτός προτείνει την υπερμάθηση ως μέσον για να αυξηθεί σημαντικά η χρήση μίας συμπεριφοράς ακόμη και σε καταστάσεις υψηλής διέγερσης (π.χ. καταστάσεις έντονου πανικού ή φόβου που δεν τις χαρακτηρίζει η νοητική νηφαλιότητα) (Multi-campus, Rohrer, Taylor et al, n.d; Brown, 1965). Δηλαδή, εάν ένα παιδί εξασκηθεί στη χρήση μίας κοινωνικής συμπεριφοράς, μέχρι να την κατακτήσει απόλυτα, και ακόμα περισσότερο, εξασκηθεί σε αυτή σε σημείο που τη βαρεθεί, η συμπεριφορά αυτοματοποιείται και κατακτά το υποσυνείδητο τους ακόμα και την ώρα που κοιμούνται. Η επιστράτευση αυτής της συμπεριφοράς είναι το ζητούμενο στα παιδιά με επΑ. Είναι η συμπεριφορά που πρέπει να εκδηλώσουν όταν θα παραγγείλουν σε ένα εστιατόριο, όταν ο υπάλληλος θα τα ρωτήσει

τί θα προτιμούσαν, όταν θα ρωτήσουν πόσο κοστίζει ή όταν θα τους τεθεί μία «ριψοκίνδυνη» ερώτηση από ένα ανοίκειο πρόσωπο. Η εν λόγω συμπεριφορά, με την εφαρμογή της υπερμάθηση, θα είναι τόσο κατακτημένη (σε βαθμό που θα έχει «ριζώσει» στο υποσυνείδητο τους) και παρά το αυξανόμενο άγχος, που ενδέχεται να τα κατακλύζει, θα έχουν «προγραμματιστεί» ώστε να ανταποκριθούν χωρίς να το σκεφτούν (Kotrba, 2014). Η συγκεκριμένη μέθοδος απαιτεί πολύ εξάσκηση και το παιχνίδι ρόλων θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας του παιδιού. Καλό θα ήταν να εφαρμόζεται με τους γονείς, τον κλινικό ή και με άλλα αρκετά φιλικά για το παιδί πρόσωπα, ενώ αρκετά αποτελεσματική είναι η εφαρμογή του μεταξύ του παιδιού με επΑ και ενός άλλου αρκετά οικείου συνομηλικού του παιδιού (αδερφός/φίλος). Ένας αξιόπιστος κανόνας προτείνει ότι όσο πιο αληθοφανές είναι το σενάριο, τόσο πιο αποτελεσματικό είναι το παιχνίδι ρόλων (Perednik, 2011).

Ένα ακόμη πεδίο, στο οποίο ευνοείται η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι οι κοινωνικές ιστορίες (Scattone, 2008). Η αποτελεσματικότητά τους οφείλεται στο γεγονός ότι προσφέρουν, είτε με οπτικό είτε με γραπτό τρόπο, μία ποικιλία για εφαρμογές κοινωνικής αλληλεπίδρασης, που το παιδί καλείται να κατακτήσει, με διασκεδαστικό τρόπο (βιβλίο, βίντεο, εφαρμογές στο κινητό). Ο στόχος των κοινωνικών ιστοριών είναι να παρέχουν ακριβή και κατανοητά βήματα σε μία κοινωνική κατάσταση, επιτρέποντας έτσι στο παιδί να δει τα πιθανά στάδια και τα αποτελέσματα μιας εμπειρίας πριν τη βιώσει το ίδιο.

☒ Προτάσεις ιστότοπων και εφαρμογών που παρέχουν κοινωνικές ιστορίες (Rapee, et al., 2006.; Perednik, 2011):

- Sandbox Learning (<http://www.sandbox-learning.com/>).
- Social Story Creator and Library (App by Touch Autism).

4.2.4. Η εξασθένηση του ερεθίσματος.

Η μέθοδος της εξασθένησης το ερεθίσματος πρόκειται για μία από τις αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις της συμπεριφορικής θεραπείας για την επΑ (Labbe & Williamson, 1984; Morris & Kratochwill, 1985; Beare, et al., 2008). Είναι μία παρέμβαση τριών σταδίων και στόχο έχει τη μείωση (εξασθένηση) του ελέγχου που ασκεί ένα ερέθισμα σε μία συγκεκριμένη συμπεριφορά. Το ερέθισμα αυτό, σταδιακά θα αντικατασταθεί με ένα άλλο, που θα ασκεί θετικό έλεγχο για την εκδήλωση της επιδιωκόμενης συμπεριφοράς (ομιλία, κοινωνικοποίηση). Προτείνεται από Cohan, et al. (2006), πως η προσέγγιση της διαμόρφωσης καλό θα ήταν να έχει προηγηθεί αυτής της μεθόδου, γιατί το παιδί, κατά την εφαρμογή της εξασθένησης ερεθίσματος, θα χρειαστεί να έχει κατακτήσει νωρίτερα

τρόπους ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης του, ώστε να την επιστρατεύσει προκειμένου να διαχειριστεί το άγχος που θα βιώσει σε κάθε ένα από τα βήματα της παρούσας μεθόδου.

Η ιδέα αυτής της προσέγγισης είναι η εξής: η ομιλία του παιδιού είναι σταθερή, αλλά το σκηνικό ή τα άτομα που το πλαισιώνουν μεταβάλλονται. Η αλλαγή πρέπει να είναι μία τη φορά ,είτε σε πρόσωπο ,είτε σε τόπο ,για να διασφαλιστεί η άνεση που πρέπει να νιώθει το παιδί με το τρέχον περιβάλλον και τους ανθρώπους που θα το πλαισιώνουν. Με τον τρόπο αυτό θα είναι αποτελεσματική η προσέγγιση (Lang, et al., 2011). Για το παιδί με επΑ, το ερέθισμα ,που θα ενισχύσει θετικά την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς , είναι συνήθως ο γονέας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, με το οποίο νιώθει οικειότητα και μπορεί να μιλήσει άνετα (ενδεχομένως να είναι και ο θεραπευτής, αφού η προσέγγιση εφαρμόζεται σε μεταγενέστερο στάδιο παρέμβασης, στο οποίο ενδέχεται ο ίδιος να έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη του παιδιού). Σε πρώτο στάδιο, η διαδικασία ξεκινά με το παιδί να τοποθετείται σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον (προτείνεται το σπίτι) με αυτό το ερέθισμα (Cohan, et al., 2006). Κατά το δεύτερο στάδιο, στη διάρκεια του οποίου το παιδί θα έχει αρχίσει να νιώθει άνετα και εκφράζει ομιλία με προθυμία, προστίθεται , σταδιακά, ένα άτομο με το οποίο δεν νιώθει ιδιαίτερα άνετα (π.χ. ο δάσκαλος στο σχολείο ή κάποιος γνωστός εκτός οικογενείας). ταυτόχρονα, το ερέθισμα που προκαλεί άνεση στο παιδί (π.χ. ο κλινικός ή ο γονέας), απομακρύνεται σταδιακά έως ότου χαθεί από το περιβάλλον του παιδιού. Σε τρίτο στάδιο, και ενώ παραμένει το όχι και τόσο οικείο ερέθισμα, εισάγεται στον χώρο και κάποιος συνομήλικος του παιδιού (προτείνεται φίλος ή συμμαθητής στην από τη ίδια τάξη). Όταν το παιδί φαίνεται να στέκεται με ευχέρεια στην επικοινωνία, το πλαίσιο μεταφέρεται σε εξωτερικό χώρο (κήπος ή παιδική χαρά) ,με τους ίδιους παρονομαστές που προϋπήρχαν στον κλειστό χώρο. Αφού διεξαχθούν πολλές επαναλήψεις από τις παραπάνω πρακτικές σε οικείο χώρο και το παιδί έχει σημειώσει ικανοποιητική πρόοδο στην επικοινωνιακή του προθυμία, οι ίδιες πρακτικές μεταφέρονται με τους ίδιους συμμετέχοντες σε άλλο κοινωνικό πλαίσιο (προτιμάται ο χώρος του σχολείου) και ακολουθείται η ίδια δομή (αρχικά στην τάξη με την ίδια σειρά χορήγησης ερεθισμάτων και έπειτα γενίκευση του πλαισίου στην αυλή του σχολείου) (Labbe & Williamson, 1984; Cohan, et al., 2006; Beare, et al., 2008).

Κατά την Kotrba (2014), η μέθοδος της εξασθένησης ερεθίσματος έχει «νατουραλιστικό» χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει πως η πρόθεση της διαδικασίας και η ίδια η διαδικασία δεν αναλύονται λεπτομερώς στο παιδί. Ο γονέας μπορεί να θέσει επιγραμματικά μία κατάσταση στην οποία θα εμπλακεί το παιδί. Για παράδειγμα, μπορεί να αναφέρει στο ίδιο πως θα παίξουν στον κλινικό χώρο του θεραπευτή και πως ενδέχεται, ο θεραπευτής να

εισέλθει για λίγο στο δωμάτιο, επειδή θα έχει λίγη δουλειά, την ώρα που το παιδί θα παίζει με τον γονέα. Εάν ο στόχος της εξασθένησης του ερεθίσματος είναι η μεταφορά της ομιλίας σε άλλο κοινωνικό περιβάλλον, τότε αυτός που συνεργάζεται για την επίτευξη επικοινωνίας (γονέας), καλό θα ήταν να διατηρήσει την αλληλεπίδραση με το παιδί, καθώς θα μεταβαίνουν αργά στο νέο περιβάλλον.

4.2.5.α) Η συστηματική απευαισθητοποίηση.

Η μέθοδος της συστηματικής απευαισθητοποίησης πρόκειται για άλλη μία αρκετά αποτελεσματική μέθοδο που συστήνεται για τα αρχικά στάδια της θεραπευτικής παρέμβασης (Cohan, et al., 2006; Grover et al., 2006), συνηθίζεται να συνδυάζεται με τις προσεγγίσεις εξασθένησης ερεθίσματος και της διαχείρισης έκτακτης ανάγκης (Cohan, et al., 2006). Σε αυτή την προσέγγιση κατασκευάζεται μία ιεραρχία ή μία φανταστική ή και πραγματική σκάλα (ώστε να μπορεί να οπτικοποιηθεί και το παιδί τα σκαλοπάτια-στόχους) μη λεκτικής και λεκτικής επικοινωνίας. Το παιδί εκτίθεται σταδιακά από το ένα σκαλοπάτι (ερέθισμα) στο άλλο και καθώς ανεβαίνει ψηλότερα στην ιεραρχία της κλίμακας που έχει συγκροτηθεί, το άγχος του σταδιακά μειώνεται, το ίδιο νιώθει περισσότερη άνεση, μέχρι που κατακτά το τελευταίο (πιο ψηλό) στάδιο-σκαλοπάτι, της πρόσωπο με πρόσωπο λεκτικής επικοινωνίας σε κάθε ερέθισμα. Σαν στοχοθεσία, τα στάδια απευαισθητοποίησης διαμορφώνονται ως εξής στα παραδείγματα που παρατίθενται ακολούθως:

- Σε πρώτο στάδιο, το πλαίσιο λεκτικής επικοινωνίας δεν είναι δυναμικό (δεν υπάρχει φυσικός συνομιλητής). Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να μιλήσει στο τηλέφωνο με κάποιο οικείο πρόσωπο.
- Σε δεύτερο στάδιο, οι γονείς ενδείκνυται να ηχογραφήσουν το παιδί κατά τη διάρκεια της ομιλίας του και το παιδί έπειτα, να ακούσει τον εαυτό του.
- Σε τρίτο στάδιο, προστίθεται το οπτικό ερέθισμα που μπορεί να είναι μία κινούμενη εικόνα με ήχο ή ένα άλμπουμ φωτογραφιών (κατά την έκθεση του οποίου οι γονείς μπορούν να ζητήσουν από το παιδί να εκφράζει μία σύντομη σκέψη-φράση που θα ηχογραφηθεί).
- Σε τέταρτο στάδιο, το παιδί θα μπορεί να απευθυνθεί στο δάσκαλο του σχολείου με ψίθυρο.
- Σε πέμπτο και τελικό στάδιο, το παιδί θα είναι σε θέση να μιλήσει με κανονικό τόνο και αμεσότητα στον δάσκαλο (Perednik, 2011).

Η μέθοδος αυτή, προτείνεται για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή της, να ακολουθεί τις προσεγγίσεις χαλάρωσης και των ασκήσεων έκθεσης στα πλαίσια της εξασθένησης ερεθίσματος (Bergman & Kingery, 2006; Cohan, et al., 2006).

☐ Ένα αποτελεσματικό, διαδραστικό λογισμικό που προτείνεται (Bergman, 2013) παρατίθεται ακολούθως:

- The Dr. Speech program: <https://dr-speech-basic.software.informer.com/4.4/> .

4.2.5.β) Η στάθμιση της ιεραρχικής κλίμακας απευαισθητοποίησης.
















Όπως αναφέρθηκε, στα αρχικά στάδια της θεραπείας για την επΑ, συγκροτείται μία κλίμακα ιεραρχίας αναφορικά με τη «σκάλα» στόχων ομιλίας. Η ομάδα θεραπείας (κλινικός, γονείς, άτομα που βρίσκονται κοντά στην οικογένεια και παιδί) κατασκευάζει μία λίστα καταστάσεων, στις οποίες το παιδί δυσκολεύεται να μιλήσει. Το ίδιο τα παιδί (με βοήθεια του κλινικού) και τα άτομα τα οποία είναι παρόντα σε αυτές τις καταστάσεις, τις βαθμολογούν με κριτήριο το «πόσο δύσκολη κρίνεται η ομιλία σε αυτές τις περιστάσεις». Τα αποτελέσματα αυτών των βαθμολογιών καθορίζουν τη σειροθέτηση για τις αναθέσεις ομιλίας, στις οποίες θα τεθεί το παιδί. Οι καταστάσεις αυτές καταχωρούνται στην κλίμακα με βαθμολογικό κριτήριο από την πιο εύκολη στην πιο δύσκολη. Σε περίπτωση που μία καταχωρημένη κατάσταση έκθεσης είναι τελικά πιο δύσκολη από ότι αναμενόταν και το παιδί αγχωθεί υπερβολικά (π.χ. αν κλάψει), επιχειρείται μία περισσότερο εξοικειωμένη στο ίδιο έκθεση ή αν δεν υπάρχει τέτοια δυνατότητα (σε περίπτωση που βρίσκεται στην χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ιεραρχίας) τροποποιείται η υπάρχουσα, ώστε να καταστεί όσο το δυνατόν ευκολότερη (αλλάζουν τα πρόσωπα ή το περιβάλλον ή η απαιτητικότητα της έκθεσης μειώνεται: π.χ. η συζήτηση κατευθύνεται με ερωτήσεις που έχουν μονολεκτικές αποκρίσεις). Αρχικά οι προσεγγίσεις έκθεσης γίνονται στο κλινικό πλαίσιο ή και στο σπίτι και έπειτα μετατίθενται στο χώρο του σχολείου, που τείνει να είναι το περισσότερο αγχογόνο πλαίσιο για το παιδί με επΑ (Cohan, et al., 2006; Kotrba 2014).

Η σύσταση αυτής της κλίμακας, είναι από τη μία πλευρά σημαντική για το παιδί, αλλά κυρίως παρέχει μία αναγνωριστική εικόνα στον κλινικό. Ο ίδιος είναι που καλείται να εντοπίσει το κατάλληλο σημείο της έκθεσης εκκίνησης και να το κρίνει σωστά (ειδικά στα πρώτα ιεραρχικά στάδια) ώστε οι πρώτες ασκήσεις έκθεσης του παιδιού να μην του ενισχύσουν συναισθήματα ματαιώσης σε περίπτωση που δεν τις φέρει σε πέρας (Cohan, et al., 2006; Kingery & Bergman, 2006). Καθώς το παιδί προχωρά στις ασκήσεις της κλίμακας, ενδέχεται κάποιες να καταστούν παρωχημένες. Σε αυτή την περίπτωση, ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα, μετά από συνεννόηση με τους γονείς, ή να επαναξιολογήσει τις καταστάσεις αντικαθιστώντας τις με νέες ή να συνεχίσει με την υπάρχουσα κλίμακα, όπως έχει συσταθεί, χωρίς όμως να δίνεται κάποιο βάρος για τις βαθμολογίες (δηλ. οι ασκήσεις να μην διεξάγονται με την ιεραρχική τους σειρά). Τέλος άλλος ένας παράγοντας που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από τον κλινικό για τη σύσταση της κλίμακας είναι, η περίπτωση που το παιδί

είναι ανακριβές στις αναφορές των αρχικών βαθμολογιών του σχετικά με το τί κρίνεται για το ίδιο ως εύκολο και τί ως δύσκολο (Kingery & Bergman, 2006).

Κατά Bergman (2013) προτείνεται σε αυτό το σημείο η χρήση ενός πίνακα, μέσω του οποίου το παιδί μπορεί να επικοινωνήσει με ευθύτητα και ακρίβεια τα συναισθήματα που νιώθει, όταν καλείται να μιλήσει σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις, βαθμολογώντας τα. Με τον τρόπο αυτό, ο κλινικός θα έχει μια αντικειμενικότερη εικόνα των δυσκολιών επικοινωνίας του παιδιού, καθώς και τη δυνατότητα μιας περισσότερο ακριβούς στοχοθεσίας, αναφορικά με την ιεραρχική κλίμακα δραστηριοτήτων που θα κατασκευάσει για το παιδί.

Πίνακας συναισθημάτων.

0			
1			
2			
3			
4			

Πίνακας 4.1. Πίνακας συναισθημάτων (feelings chart) κατά Bergman (2013).

❓ **Ερμηνεία στοιχείων πίνακα:**

- **Αριθμοί:** οι αριθμοί αυξάνονται αναλόγως του πόσο άβολα νιώθει το παιδί απέναντι σε μία δραστηριότητα/ ερέθισμα/ κατάσταση.
- **Θερμόμετρο:** όσο πιο πορτοκαλί είναι το θερμόμετρο, τόσο πιο δύσκολη είναι η κατάσταση που καλείται να συμμετέχει το παιδί.
- **Πρόσωπο:** τα πρόσωπα συνδυάζονται με τους αριθμούς και τα θερμόμετρα. Τα λιγότερο χαρούμενα πρόσωπα σημειώνονται όταν το παιδί αισθάνεται περισσότερο αγχωμένο ή φοβισμένο ενόψει της δραστηριότητας.

- Χέρια: απεικονίζουν τον βαθμό των συναισθημάτων αναστάτωσης που προκαλούνται σχετικά με μία κατάσταση. Όταν τα χέρια είναι προσεγγιστικά πολύ κοντά, δεν υπάρχει ανησυχία. Όσο περισσότερο απομακρύνονται, τόσο περισσότερα αρνητικά συναισθήματα διακατέχουν το παιδί.

4.2.6.α) Η χαλάρωση.

Οι τεχνικές χαλάρωσης αφορούν σε μία συμπεριφορική παρέμβαση, που στόχο έχει τη μείωση του άγχους μέσω τεχνικών χαλάρωσης του σώματος και του νου (Perednik, 2011). Η προσέγγιση αυτή, κατά τους ειδικούς, δεν προτείνεται στα αρχικά στάδια της παρέμβασης, καθώς περιλαμβάνει τεχνικές χαλάρωσης με βαθιά εισπνοή, οι οποίες ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος ενός παιδιού με επΑ, που εκτίθεται για πρώτη φορά απέναντι στον κλινικό. Συνήθως, όταν εφαρμόζεται αυτή η προσέγγιση σε αρχικά στάδια, προτείνεται η εκπαίδευση των γονέων, οι οποίοι κατευθύνονται από τον κλινικό για την διδασκαλία των τεχνικών στο παιδί, που λαμβάνει χώρα στο περιβάλλον του σπιτιού. Ειδάλλως, ο κλινικός μπορεί να τις εφαρμόσει στο θεραπευτικό πλαίσιο, έπειτα από την πρόοδο κάποιων συνεδριών με το παιδί, κατά τις οποίες θα έχει δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης (Bergman, 2013).

Οι τεχνικές μυϊκής και νοητικής χαλάρωσης είναι αρκετά σημαντικές, αν αναλογιστούμε τις αναφορές για το ψυχοσωματικό προφίλ των παιδιών με επΑ (άκαμπτη στάση σώματος λόγω του ψυχογενούς άγχους, εύκολη συναισθηματική διέγερση ενόψει κοινωνικής έκθεσης, δυσκολίες στην συναισθηματική σταθεροποίηση μετά από ένα αγχογόνο περιστατικό) (Cohan, et al. 2006). Οι τεχνικές μυϊκής χαλάρωσης μπορούν να συνδυαστούν με ασκήσεις ενσυνειδητότητας. Είναι σημαντικό, ο κλινικός να υποδείξει στο παιδί τρόπους να «μεταφράζει» τα συναισθήματα και τις σκέψεις που βιώνει, να τα επικοινωνεί στον θεραπευτή του και να έχει την επίγνωση της εκδήλωσης τους την όποια δεδομένη στιγμή. Επίσης, συμπληρωματικά με αυτές τις ασκήσεις λειτουργεί και η εφαρμογή της διαφραγματικής αναπνοής. Συνήθως, τα παιδιά με επΑ αντιμετωπίζουν έντονη ευαισθησία με τον έλεγχο των κινήσεων του σώματος τους. Χαρακτηρίζονται από έντονα συναισθήματα επιφυλακτικότητας και συστολής/ντροπής όταν πρόκειται να συμμετέχουν σε στρατηγικές χαλάρωσης μπροστά στον θεραπευτή τους (Cunningham, et al., 2004). Για το λόγο αυτό, η Kotrba (2014) υποστηρίζει πως ο ρόλος του θεραπευτή σε αυτή την προσέγγιση καλό θα ήταν, να είναι αυτός του παρατηρητή. Με μία προσεκτική ακρόαση των σκέψεων και προσεκτική παρατήρηση των συμπεριφορών του παιδιού, ο ίδιος μπορεί ενσυνείδητα να το κατευθύνει στις ασκήσεις του (διαφραγματική αναπνοή και ασκήσεις ευσυνειδησίας), χωρίς να χρειαστεί να το ακουμπήσει (π.χ. στο διάφραγμα για να

του εξηγήσει τον τρόπο που θα αναπνεύσει), και συνεπώς το άγχος του παιδιού θα είναι περιορισμένο.

Η προαναφερθείσα συγγραφέας προτείνει κάποια προγράμματα ενσυνειδητότητας τα οποία μπορούν να βοηθήσουν το παιδί στη διαχείριση του άγχους και των συναισθημάτων ματαίωσης που μπορεί να νιώσει σε διάφορες καταστάσεις. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν ηχητικά και οπτικά εφέ, ήρεμη μουσική (συνήθως κλασική) και έναν αφηγητή που καθοδηγεί το παιδί, να χαλαρώσει τον μυϊκό του τόνο και την ένταση που υπάρχει στο συνειδητό του νου. Επιπρόσθετα, ως ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτών των προγραμμάτων αναφέρεται, το ότι μπορούν να εφαρμοστούν ανά πάσα στιγμή, αφού διατίθενται σε ηλεκτρονική μορφή και μπορεί να γίνει αναπαραγωγή και από κινητή συσκευή.

☒ Προγράμματα ενσυνειδητότητας και μυϊκής χαλάρωσης:

- I Can Relax! (by Donna Pincus),
- Still Quiet Place: Mindfulness for Young Children (by Amy Salzman).

Οι Suveg, et al. το 2006, ανέλαβαν τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός 8χρονου κοριτσιού που είχε διαγνωστεί με επΑ, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και κοινωνική φοβία. Κατά τη διεξαγωγή της θεραπείας, εφάρμοσαν ασκήσεις χαλάρωσης. Μετά την εφαρμογή τους, έγινε ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων σε μία κλίμακα εννέα βημάτων, που αφορούσε την εξασθένηση ερεθίσματος, σε μία διαδικασία παραγωγής ομιλίας με άλλα άτομα (τηλεφωνική επικοινωνία, κατά πρόσωπο συζήτηση με μη οικείο ενήλικα κ.λπ.). στις ασκήσεις χαλάρωσης συμπεριλήφθηκαν γραπτές αναφορές του παιδιού σχετικά με κοινωνικές καταστάσεις που το έφεραν σε δύσκολη θέση κατά τη διάρκεια της κάθε μέρας. Έπειτα από την υποβολή αυτών των αναφορών και, αφού προσεγγίστηκαν ψυχοθεραπευτικά τα όποια ζητήματα, εφαρμόζονταν μυϊκή χαλάρωση εν αναμονή της έκθεσης σε ένα αγχογόνο ερέθισμα. Σε διάρκεια 20 θεραπευτικών συνεδριών, το παιδί κατάφερε να κατακτήσει τους υψηλότερους στόχους που είχαν τεθεί στην ιεραρχική κλίμακα.

Σε συνολικό επίπεδο, τα υπάρχοντα δεδομένα από τα αποτελέσματα αυτών των εφαρμογών (ασκήσεις συστηματικής απευαισθητοποίησης και χαλάρωσης) σε θεραπευτικές προσεγγίσεις, έχουν ενισχύσει την εγκυρότητα τους (Cohan, et al. 2006; Grover, et al., 2006; Schwartz, et al., 2006; Suveg, et al., 2006).

4.2.6.β) Το πρόγραμμα MindUP (by Hawn Foundation).

Οι Harpin, et al. (2016), εξέτασαν σε πιλοτική μελέτη, τις επιρροές που μπορεί να έχει ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας στα παιδιά (δεν είχαν διάγνωση επΑς, αλλά ορισμένα

έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές). Οι ίδιοι, χορήγησαν το πρόγραμμα «MindUP» σε παιδιά 4^{ης} δημοτικού για ένα διάστημα 10 εβδομάδων. Σαν καθοδήγηση από τους ερευνητές, δόθηκε η εφαρμογή του προγράμματος σε βάση καθημερινής ρουτίνας στα παιδιά (πρότειναν την 1^η αναπαραγωγή του προγράμματος στην ώρα του πρωινού και άλλη μία - τουλάχιστον- που θα λάμβανε χώρα σε κάποια σχολική ώρα). Έπειτα από την ολοκλήρωση του διαστήματος χορήγησης του προγράμματος, οι υπεύθυνοι καθηγητές των παιδιών διαπίστωσαν τις ακόλουθες αλλαγές:

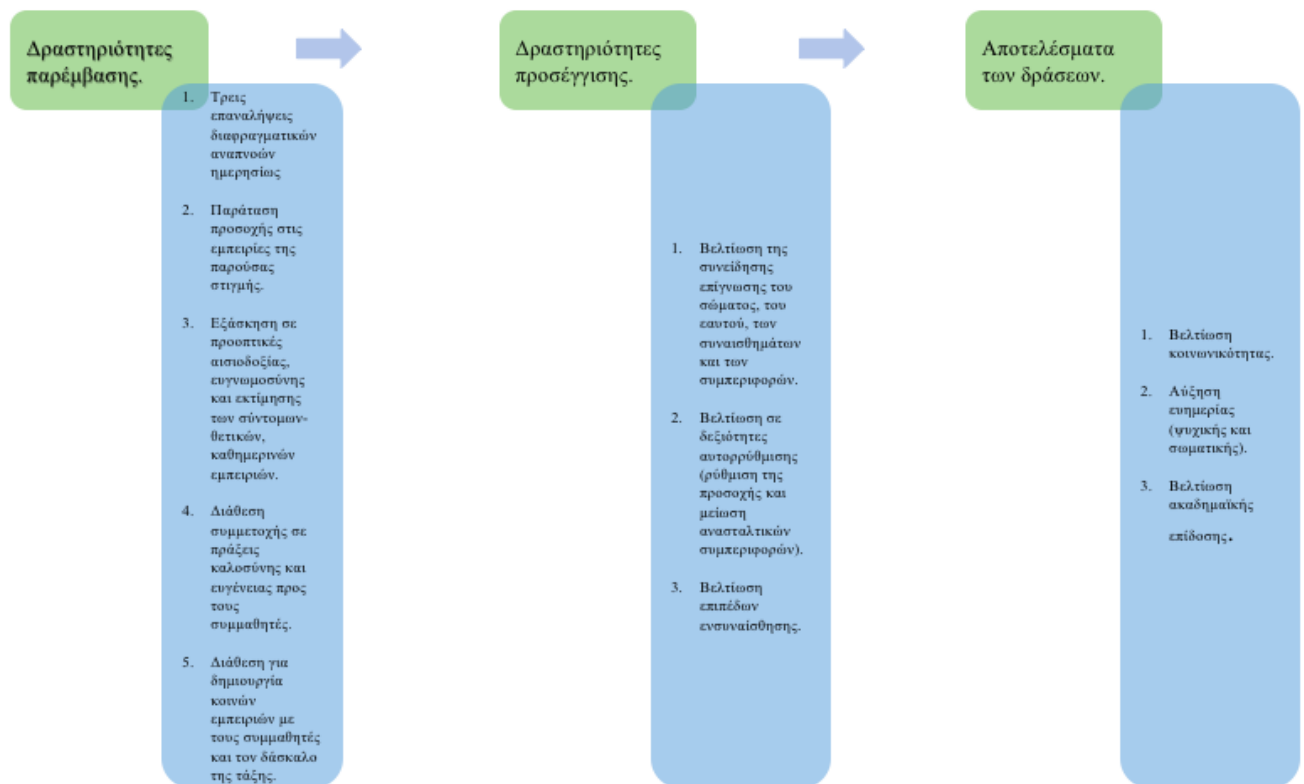
- Ποιοτικές αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών τους,
- Βελτίωση του συναισθηματικού ελέγχου και,
- Καλύτερη επίδοση σε ακαδημαϊκές υποχρεώσεις.

Να αναφερθεί, ότι κατά την έναρξη της έρευνας, οι καθηγητές υπέβαλαν αξιολογήσεις για τους μαθητές αναφορικά με τα πλαίσια : συμπεριφορά, άγχος, ακαδημαϊκή απόδοση. Οι παραπάνω παρατηρήσεις τους προέκυψαν από τις συγκριτικές αξιολογήσεις (μία πριν την έναρξη της έρευνας και μία έπειτα από τη λήξη της).

Το πρόγραμμα «MindUP» πρόκειται για θεραπευτικό μέσο ενίσχυσης της ενσυνειδητότητας και αποτελείται από δραστηριότητες που στοχεύουν στην ανάπτυξη:

- δεξιοτήτων αυτογνωσίας,
- αυτοδιαχείρισης (μείωση του άγχους και ευεξία),
- κοινωνικής ευαισθητοποίησης,
- δεξιοτήτων κοινωνικών σχέσεων,
- εκτελεστικών δεξιοτήτων,
- της προσοχής (ενίσχυσης της προσοχής).

Το αναφερόμενο πρόγραμμα, όπως και άλλα όμοια προγράμματα ενσυνειδησίας ,εφαρμόζει πρακτικές που ενισχύουν την δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου (που οργανώνει και ρυθμίζει την συμπεριφορά) (Maloney, et al., 2016). Ένα εύρος ερευνητών , έχει παρατηρήσει, ότι κατά την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων η ψυχολογία των ομάδων που απευθύνονται γίνεται περισσότερο θετική. Τα άτομα που συμμετέχουν στις έρευνες, με τη λήξη τους κατανοούν περισσότερο τον τρόπο με τον οποίο οι σκέψεις και τα συναισθήματα επηρεάζουν τις δράσεις τους (Emmonse & Mccullough, 2003; Lyubomirsky, & Layous, 2013; Layous & Lyubomirsky, 2014).



Σχήμα 4.4.. Αναφορές αποτελεσμάτων όπως παραδόθηκαν από τους δασκάλους των οποίων οι μαθητές έλαβαν μέρος σε πιλοτικές εφαρμογές του προγράμματος «MindUP» ((Maloney, et al., 2016).

Το πρόγραμμα «MindUP» αποτελείται από 15 μαθήματα, τα οποία δομούνται σε 4 ενότητες (Maloney, et al., 2016):

- 1^η ενότητα «Getting Focused» (συγκέντρωση): εισάγει τους μαθητές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου (προσωποποιεί τις λειτουργικές δομές του εγκεφάλου ώστε να είναι πιο κατανοητοί οι όροι προς τα παιδιά, π.χ. η αμυγδαλή του εγκεφάλου παρουσιάζεται ως ο «φύλακας» που προστατεύει από τις αρνητικές σκέψεις) και του νου με την έννοια της ενσυνειδητότητας (αντιλαμβάνομαι τί μου συμβαίνει εσωτερικά αυτή τη δεδομένη στιγμή). Παράλληλα, κατά την στιγμή που οι μαθητές έχουν ελέγξει και εστιάσει την προσοχή τους σε μία σκέψη ή και σε ένα εξωτερικό ερέθισμα (που πρέπει να παραμείνει σταθερό κέντρο προσοχής), εισάγεται και ένα ηχητικό (διακριτικό) σήμα, στο άκουσμα του οποίου θα πρέπει να εκτελέσουν διαφραγματική αναπνοή (η διαδικασία κρατά για 1-3 λεπτά). Αυτή η διαδικασία εστίασης της προσοχής, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους.
- 2^η ενότητα «Sharpening Your Senses» (ακονίζοντας τις αισθήσεις): σε αυτή την ενότητα οι μαθητές επικεντρώνονται σε μία από τις πέντε αισθήσεις τους κάθε φορά, για να ενισχυθεί η αίσθηση που χρησιμοποιείται σε κάθε δραστηριότητα πολυαισθητηριακού ερεθίσματος (τα ερεθίσματα είναι οπτικά, ηχητικά, οσφρητικά,

γευστικά και απτικά). Για παράδειγμα όταν οι μαθητές εξασκούνται στη συνειδητή γευστιγνωσία, εστιάζουν στην αίσθηση της γεύσης, ενώ παράλληλα εμπλέκονται και οι υπόλοιπες αισθήσεις. Κοιτάζουν με προσοχή το φαγητό, έπειτα αφιερώνουν χρόνο για να περιεργαστούν τη μυρωδιά του, στη συνέχεια αντιλαμβάνονται τον ήχο τη στιγμή του δαγκώματος και προβαίνουν σε μία αργή διαδικασία μάσησης για να αντιληφθούν λεπτομερώς τη γεύση της τροφής. Συνεχίζοντας την διαδικασία σε κάθε επόμενη μπουκιά, οι μαθητές αντιλαμβάνονται τη μοναδικότητα της γεύσης, κάθε φορά.

- 3^η ενότητα «It's All about Attitude» (τα πάντα είναι ζήτημα διάθεσης): στην παρούσα ενότητα καλλιεργείται η θετική νοοτροπία των παιδιών. Η νοοτροπία αυτή θα προετοιμάσει το μυαλό του κάθε μαθητή για την υιοθέτηση θετικής διάθεσης στη δημιουργία των κοινωνικών συναισθημάτων (διάθεση για κοινωνικοποίηση) και σχέσεων. Οι συμμετέχοντες εξασκούνται στην αισιόδοξη σκέψη και προοπτική, δίνοντας βαρύτητα σε πράγματα καθημερινής ρουτίνας. Για παράδειγμα μπορούν να απομονώσουν ένα θετικό ερέθισμα από τη μέρα τους (π.χ. σήμερα ήταν μία ηλιόλουστη μέρα-απομονώνουν το στοιχείο του ήλιου-) και να το εντάξουν σε μία χαρούμενη «ταινία»- σκηνή που θα δημιουργήσουν (π.χ. η ιστορία ενός μαθητή με χρήση αυτού του στοιχείου μπορεί να είναι: φαντάζομαι να βρίσκομαι σε καλοκαιρινές διακοπές, να είναι μία ηλιόλουστη μέρα δίπλα στη θάλασσα και να παίζω με τον/την καλύτερο/η μου φίλο/φίλη). Με αυτόν τον τρόπο, τα παιδιά μπορούν να αντιληφθούν, πώς μία χαρούμενη σκέψη/ανάμνηση είναι δυνατόν να τα διεγείρει θετικά τόσο σωματικά (χαμόγελο), όσο και ψυχικά (ενθουσιασμός, αλλαγή διάθεσης).
- 4^η ενότητα «Taking Action Mindfully» (αντίληψη δράσεων επίγνωσης): στην τελευταία ενότητα προσφέρεται στους μαθητές η ευκαιρία να συνειδητοποιήσουν τις δραστηριότητες ευγνωμοσύνης, καλής πρόθεσης και κοινωνικής δράσης αφού τις εκτελέσουν. Είναι το σημείο που οι παραπάνω ενέργειες εκτελούνται τυχαία, επειδή έχουν αυτοματοποιηθεί και έχουν γίνει πλέον μέρος της τυπικής τους συμπεριφοράς.

4.2.7. Η αυτομοντελοποίηση.

Η συγκεκριμένη μέθοδος περιλαμβάνει διαδραστικό υλικό βίντεο ή και ήχου (μαγνητοσκόπηση). Σε αυτό το υλικό, το παιδί καταγράφεται να μιλάει σε ένα οικείο περιβάλλον. Έπειτα, γίνεται αναπαραγωγή της ηχογράφησης ή του βίντεο σε ένα

περιβάλλον, στο οποίο το ίδιο δε συνηθίζει να μιλά (Cohan, et al. 2006). Με αυτόν τον τρόπο, το παιδί εκτίθεται στην ηχογράφηση του με στόχο να αυξήσει την εξοικείωση του με το ερέθισμα που του προξενεί άγχος (π.χ., το περιβάλλον της τάξης). Έπειτα από αυτή την έκθεση (μπορεί να γίνει επανειλημμένα) το ίδιο θα αρχίσει να αποκτά περισσότερη άνεση αναφορικά με το εν λόγω περιβάλλον.

Ο Rosekrans, το 1967 υποστήριξε την αποτελεσματικότητα της αυτο-μοντελοποίησης σε πλαίσια επαναπροσδιορισμού της συμπεριφοράς για τέσσερις βασικούς λόγους:

- Ο πρώτος λόγος αφορά στο πλαίσιο εφαρμογής της μεθόδου: πριν από την εφαρμογή σε κλινικό περιβάλλον, προηγείται η προσέγγιση της μεθόδου στο σπίτι. Επομένως, όντας μόνο οι γονείς παρόντες στη βιντεοσκόπηση του παιδιού, δίνεται περισσότερο αξιόπιστο και συμπεριφορικά ορθό αποτέλεσμα (το παιδί δεν νιώθει το άγχος της έκθεσης μπροστά σε τρίτους, άρα η συμπεριφορά του είναι η επιθυμητή).
- Ο δεύτερος λόγος προκύπτει κατά συνέπεια του πρώτου, αφού σχετίζεται με την αξιοπιστία της εφαρμογής. Συνεπώς, η αντικειμενική συμπεριφορική προσέγγιση της κατάστασης όπως διεκπεραιώνεται από το παιδί, θα δώσει μετέπειτα στον κλινικό την αξιοπιστία της ορθής παρατήρησης και κατά συνέπεια θα σταθμίσει ένα ακριβές θεραπευτικό πρόγραμμα για το παιδί.
- Ο τρίτος λόγος σχετίζεται με την καλή σχέση που έχουν, σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με την τηλεόραση. Συνεπώς, το γεγονός ότι θα δουν τον εαυτό τους ,να προβάλλεται στην τηλεόραση, θα τους αρέσει και θα τους κεντρίσει το ενδιαφέρον (έτσι θα υπάρχει διεξοδική παρατήρηση της συμπεριφοράς -επιθυμητής ή μη- για μία μετέπειτα καλή κατανόηση των παρατηρήσεων του θεραπευτή).
- Ο τέταρτος λόγος βασίζεται στην εμπειρία του Rosekrans σχετικά με τις περιπτώσεις εφαρμογών βιντεοσκοπικής (κυρίως) αυτο-μοντελοποίησης. Ο ίδιος, μετά από πολλές παρατηρήσεις, υποστήριξε ότι «η ομοιότητα του μοντέλου ενισχύει το αποτέλεσμα της εφαρμογής της μοντελοποίησης». Με αυτή την αναφορά, ο ερευνητής θέλει να επισημάνει πως κανένα άλλο μοντέλο δε θα μπορούσε να είναι περισσότερο παρόμοιο με το παιδί, πέραν του ίδιου του παιδιού. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε και μετέπειτα από άλλους ερευνητές, που υπογράμμισαν την συμβολή της αυτομοντελοποίησης στην ενίσχυση της αυτοεικόνας και αντίληψης του παιδιού για την αυτοαποτελεσματικότητα (Meharg & Woltersdorf, 1990).

Οι Pigott & Gonzales, το 1987 προσέγγισαν την περίπτωση ενός αγοριού 9 ετών με επΑ, χρησιμοποιώντας βίντεο αυτο-μοντελοποίησης. Το αναφερόμενο παιδί, εξέφραζε

ομιλία στην τάξη μόνο στις περιπτώσεις που ήταν παρόντες η μητέρα ή ο αδερφός του. Ο τρόπος που εφάρμοσαν οι θεραπευτές αυτή την προσέγγιση ήταν ο εξής: ζητήθηκε από τη μητέρα, να βιντεοσκοπήσει το παιδί στην τάξη, κατά τη διάρκεια που ήταν παρόντες η ίδια και ο αδερφός του παιδιού. Έπειτα ακολούθησε επεξεργασία του βίντεο, με αφαίρεση της παρουσίας των δύο προαναφερθέντων προσώπων, για να γίνει μία πρώτη προσεγγιστική νοητική σύλληψη από το παιδί αναφορικά με το ότι έχει την ικανότητα να απαντά σε ερωτήσεις και με την απουσία αυτών των προσώπων (ενίσχυση του αισθήματος αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης). Ο μαθητής, για ένα διάστημα δύο εβδομάδων, παρακολουθούσε το σύντομο βίντεο πριν από το σχολείο ώστε να ενισχυθούν οι λεκτικές συμπεριφορές στην τάξη. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης ήταν η συνολική αύξηση των απαντήσεων και των ερωτήσεων που έθετε το παιδί στην τάξη.

Γενικά ,αρκετές έρευνες είναι αυτές που έχουν υποστηρίξει τις αποτελεσματικές εφαρμογές της μοντελοποίησης μέσω βίντεο για τα παιδιά με επΑ, διαπιστώνοντας την αρχική αύξηση και έπειτα την ελεύθερη ομιλία τους σε κοινωνικά περιβάλλοντα όπως της τάξης (Kehle, et al., 1990; Kehle, et al., 1998). Όσες περισσότερες εφαρμογές γίνονται μελλοντικά, τόσο περισσότερο θα ενισχυθεί η αξιοπιστία της εφαρμογής της (Cohan, et al. 2006).

4.2.8. Η μεταφορά ελέγχου.

Η μεταφορά ελέγχου αποτελεί το τελευταίο στάδιο της συμπεριφορικής προσέγγισης και απαιτεί τη συνεργασία όλων των συμμετεχόντων (θεραπευτή, οικογένειας και επιβλέποντος δασκάλου). Σε αρχικό στάδιο, ο κλινικός είναι αυτός που ηγείται της διεξαγωγής των θεραπευτικών σταδίων (με υποδείξεις για τις εφαρμογές των προσεγγίσεων προς τους γονείς για την εξάσκηση του παιδιού εκτός κλινικού πλαισίου). Έπειτα, καθώς οι θεραπευτικές συνεδρίες ολοκληρώνονται, ο έλεγχος των εφαρμογών μεταφέρεται σταδιακά στους γονείς και ο θεραπευτής έχει το ρόλο του επόπτη για τη σωστή διεξαγωγή των ασκήσεων. Παράλληλα, στις τελευταίες θεραπευτικές συνεδρίες , πραγματοποιείται ενημέρωση προς τον επιβλέποντα δάσκαλο του παιδιού, για την εφαρμογή των προσεγγίσεων στο σχολικό πλαίσιο (Bergman , 2013).

Συνοπτικά, τα θεραπευτικά στάδια διαμορφώνονται σε τέσσερις βασικούς άξονες:

1. θεραπεία στο σπίτι και έπειτα στο κλινικό πλαίσιο,

2. θεραπεία στο σχολείο, σε ειδική αίθουσα που μπορεί να παρέχεται στον θεραπευτή για τη διεξαγωγή των θεραπειών (στην αίθουσα είναι παρόντες αποκλειστικά το παιδί και ο θεραπευτής και σε αρχικό στάδιο είναι παρών και κάποιος κηδεμόνας του),
3. θεραπεία στο σχολείο, σε ειδική αίθουσα στην οποία προστίθενται προοδευτικά ένας οικείος συμμαθητής, έπειτα ένας δεύτερος συνομήλικος και τέλος αρκετοί συμμαθητές (χωρίς να ληφθεί υπόψη η σχέση οικειότητας), και
4. εφαρμογή των θεραπευτικών προσεγγίσεων εκτός του ειδικού χώρου (στην αυλή ή στο προαύλιο). Σε αυτό το σημείο προστίθενται εκ νέου κοινωνικά ερεθίσματα με την ίδια ιεραρχία του 3^{ου} σταδίου. Έπειτα, γίνεται μεταφορά στο κοινό πλαίσιο της τάξης παρουσία θεραπευτή, λοιπών συμμαθητών και δασκάλου, ο οποίος σταδιακά θα πλησιάζει το παιδί, ενώ ο θεραπευτής θα αποσύρεται. Η επιτυχία αυτού του σταδίου έγκειται στην ολοκληρωτική απομάκρυνση του θεραπευτή από την τάξη και στην δημιουργία μιας σχέσης οικειότητας μεταξύ παιδιού και δασκάλου (Perednik, 2011).

4.3. α) Η θεραπεία στο οικογενειακό πλαίσιο.

Η ένταξη της οικογένειας στο θεραπευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της επΑΣ είναι ιδιαίτερα σημαντική, λαμβάνοντας υπόψη το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει και στην ενίσχυση των συμπτωμάτων της διαταραχής (βλ. κεφ. 1^ο , παρ.: 1.4.4.) (Black & Uhde, 1995). Αν και η αποτελεσματικότητα του ρόλου της δεν αποδεικνύεται πάντα, η ιδανική συμβολή της σχετίζεται με τη συνεργασία και την κατανόηση των μελών της απέναντι στις προσεγγιστικές μεθόδους που θα υποδείξει ο κλινικός, ώστε να μειωθεί το άγχος και οι τάσεις αποφυγής που αντιμετωπίζει το παιδί που φέρει τη διαταραχή. (Kumpulainen, 2002).

Η συμπεριφορική θεραπευτική παρέμβαση της επιλεκτικής αλαλίας, προτείνεται να τοποθετείται στις πρώτες, αναγνωριστικές, συνεδρίες στο πλαίσιο του παιδιού (σπίτι) , καθώς αναφέρθηκε και παραπάνω πως, λόγω του αποφευκτικού προφίλ που χαρακτηρίζει το παιδί, απαιτείται ένα διάστημα έως ότου αποκτήσει μία ανοιχτή σχέση με τον θεραπευτή. Επίσης, με την εφαρμογή των προαναφερθέντων μεθόδων στο οικογενειακό πλαίσιο, κατά την διεκπεραίωση των οποίων θα είναι και οι γονείς παρόντες, θα παρέχεται η δυνατότητα να παρακολουθήσουν ιδίως όμμασι τον τρόπο διεξαγωγής τους. Όσο δυναμικές και αν είναι

οι παραπάνω μέθοδοι, δεν θα καταστούν αποτελεσματικές ,αν το παιδί δεν εκτίθεται καθημερινά και συχνά σε αυτές, δηλαδή αν δεν τις εξασκούν και οι γονείς εκτός από τον κλινικό (Perednik, 2011).

Κατά τους Dummit et al. (1997) υπογραμμίζεται ο σημαντικός ρόλος της συμβουλευτικής προς τους γονείς και άλλα στενά μέλη της οικογένειας. Ο κλινικός, σε αρχικό στάδιο οφείλει να εξηγήσει πώς το άγχος λειτουργεί ελεγκτικά και καθολικά στη συμπεριφορά του παιδιού. Συχνά οι γονείς, βλέποντας τις συμπεριφορικές δυσλειτουργίες του παιδιού τους, είτε οδηγούνται, άθελα τους, στην εκδήλωση μιας ανήσυχης συμπεριφοράς προς το ίδιο, που επιβαρύνει τα αγχογόνα ερεθίσματα του, είτε δημιουργούν ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον, ώστε το παιδί να μην εκτίθεται σε αυτά, με την εντύπωση πως έτσι θα περιορίσουν την ανησυχία του. Και στις δύο περιπτώσεις, η εξέλιξη είναι η ακριβώς αντίθετη: το παιδί, οδηγείται προοδευτικά σε μία κατάσταση υποσυνείδητης συναισθηματικής συστολής και κοινωνικής περιθωριοποίησης, δημιουργώντας ένα «εύφορο» έδαφος για την ανάπτυξη και ενίσχυση διάφορων αγχωδών διαταραχών. Η συμβουλευτική, προτείνει σε όλα τα μέλη της οικογένειας (γονείς, αδέρφια, στενούς συγγενείς) να αποδεχθούν την παρούσα συμπεριφορά του παιδιού, να ακολουθήσουν μία κοινή γραμμή, στην οποία θα εμπιστεύονται την ικανότητα του, να καταπολεμήσει τα ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος και να ενστερνιστούν την ιδέα, πως πρόκειται για μία παροδική κατάσταση που θα ξεπεραστεί. Σε αυτή την κοινή γραμμή, απευαισθητοποίησης του παιδιού, θα βαδίσει όλη η οικογένεια μεταφέροντας τις εφαρμογές των παραπάνω μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς προοδευτικά, από τη ζώνη ασφαλείας του παιδιού στα εξωτερικά κοινωνικά πλαίσια. (Freeman, et al., 2004; Lang, et al., 2011; Bergman, et al., 2013)

Εφόσον ο γονέας πλαισιώνει ,στις περισσότερες περιπτώσεις παιδιών με επΑ, ένα ασφαλές περιβάλλον μπορεί να εφαρμόσει αποτελεσματικά ένα σύνολο ασκήσεων ρύθμισης συμπεριφοράς όπως παρατέθηκαν προηγουμένως, αφού αποτελεί το πρόσωπο, του οποίου οι ενθαρρύνσεις δε θα φανούν «απειλητικές» για το παιδί:

- Εξωσχολικές δραστηριότητες,
- Παιχνίδι ρόλων,
- Αλληλεπίδραση με όλα τα μέλη της οικογένειας και προοδευτική προσθήκη μελών εκτός συγγενικού κύκλου,
- Ασκήσεις «γενναιότητας» σε δημόσιο χώρο. (Kotrba, 2014).

Όταν το παιδί νιώσει οικεία με την παρουσία του θεραπευτή στο σπίτι και γίνει περισσότερο λεκτικά επικοινωνιακό, το θεραπευτικό πλαίσιο μεταφέρεται στο σχολείο (Bergman, et al., 2013).

4.3.β) Η θεραπεία στο πλαίσιο του σχολείου.

Η συμβολή του δασκάλου, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή αυτού του κεφαλαίου, κρίνεται επίσης ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική έκβαση της θεραπείας (Crundwell, 2006). Ο ίδιος λοιπόν, μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του παιδιού ενισχύοντας το με τέσσερις βασικούς τρόπους:

- Ενθαρρύνοντας μία επικοινωνιακή σχέση ανάμεσα στον ίδιο και το παιδί, που σε αρχικό στάδιο θα είναι μη λεκτική και μετά την εξασφάλιση της εμπιστοσύνης, θα μεταβεί σε λεκτική. Για να γίνει αυτή η μετάβαση από το μη λεκτικό επίπεδο επικοινωνίας στο λεκτικό, θα έχει προηγηθεί συμβουλευτική του δασκάλου από τον θεραπευτή, ο οποίος θα ενημερώσει σχετικά με τις προαναφερθείσες συμπεριφορικές προσεγγίσεις, ώστε να γίνεται εφαρμογή και από τον εκπαιδευτικό.
- Βοηθώντας το να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του στην τάξη, χωρίς να το αποκλείει από δραστηριότητες εξαιτίας της επΑΣ και συνεπώς μειώνοντας τα επίπεδα άγχους του, αφού το ίδιο θα διαπιστώνει πως μπορεί να φέρει σε πέρας τις αναθέσεις που καλείται να φέρει σε πέρας..
- Επαινώντας το παιδί για την πρόοδο που έχει κάνει με τη βοήθεια των ασκήσεων που εκτελεί στο σπίτι και τονίζοντας, ότι σημειώνει και θετικές αλλαγές στο πλαίσιο της τάξης. Με αυτό τον τρόπο, ο εκπαιδευτικός αφενός ενισχύει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης του παιδιού και αφετέρου, δημιουργεί ένα κλίμα οικειότητας με το παιδί. Έτσι, αυξάνονται οι πιθανότητες, να γίνει ο δάσκαλος το θετικό ερέθισμα στο κοινωνικό πλαίσιο-σχολείο και επομένως, να γίνει ευκολότερη η μορφοποίηση της συμπεριφοράς.
- Υπενθυμίζοντας του την πρόθεση του ίδιου να το βοηθήσει σε οποιαδήποτε δυσκολία αντιμετωπίσει στο σχολικό πλαίσιο όπως καταστάσεις που του δημιουργούν άγχος, προβλήματα με άλλα παιδιά ή δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει σε ακαδημαϊκό πλαίσιο.
- Υποβοηθώντας το, χωρίς να υποπέσει στην αντίληψη του παιδιού (δηλ. χωρίς παρεμβατική/επιβλητική συμπεριφορά), να έρθει σε κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα παιδιά. Ο δάσκαλος μπορεί να πραγματοποιήσει διαδραστικές εργασίες στα πλαίσια του μαθήματος και να εντάξει το παιδί σε μία ομάδα με παιδιά ,που το ίδιο νιώθει οικεία (Crundwell, 2006; Perednik, 2011).

Ο δάσκαλος, εφαρμόζει τη μέθοδο της κλασικής εξαρτημένης μάθησης και με άλλον ένα τρόπο κατά Perednik (2011). Προκειμένου ο ίδιος, να αυξήσει τις πιθανότητες, να αποτελέσει οικείο πρόσωπο για το παιδί, θα μπορούσε να συνδυαστεί συνειρμικά, στο υποσυνείδητο του παιδιού, με ένα φύσει οικείο πρόσωπο, ενδείκνυται αυτό της μητέρας (χωρίς να αποκλείεται αυτό του πατέρα). Έτσι, ο εκπαιδευτικός και ο γονέας θα μπορούσαν να κάνουν μία φιλική συζήτηση, στην οποία ανεπαίσθητα μπορούν να γίνουν σύντομες αναφορές στο πρόσωπο του παιδιού, ενώ βρίσκονται κοντά του στο πλαίσιο του σχολείου. Με τον ίδιο τρόπο, ο δάσκαλος μπορεί να πραγματοποιεί συχνές επισκέψεις στο σπίτι του παιδιού, επίσης σε ένα φιλικό κλίμα, βγαίνοντας από τον αγχογόνο συνειρμικό συνδυασμό του με το σχολικό πλαίσιο, υποβοηθώντας την τάση του παιδιού, να τον μεταγράψει ως θετικό ερέθισμα που θα εμπνέει εμπιστοσύνη.

4.4. Η φαρμακοθεραπεία στην επΑ.

Η αντίληψη που επικρατεί ,σχετικά με την σύλληψη της επΑς ως παραλλαγής του κοινωνικού άγχους, έχει οδηγήσει την έρευνα για τη θεραπευτική παρέμβαση ,στην διερεύνηση της απόκρισης των παιδιών που φέρουν την διαταραχή , σε φάρμακα που έχουν αποτελεσματική εφαρμογή σε αγχώδεις διαταραχές (Marshall, et al.,1994).

Οι Carlson, et al., το 1994, διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της χρήσης φαρμάκων, συνεργαζόμενοι με ψυχιάτρους εφήβων και παιδιών. Συγκεκριμένα, στάλθηκαν ερωτηματολόγια έρευνας σε 962 επαγγελματίες ,εκ των οποίων συμπληρώθηκαν πλήρως μόνο τα 308 (32%), ενώ 411 (43%) επιστράφηκαν χωρίς να συμπληρωθούν. Αν και το συνολικό ποσοστό των παιδοψυχιάτρων που υποστήριξαν τη φαρμακοληψία ως θεραπευτική μέθοδο στα πλαίσια των αγχωδών διαταραχών ήταν σχετικά χαμηλό (14%), οι ερευνητές συγκρότησαν μία σχετική εικόνα ως προς την συχνότητα χορήγησης φαρμακοθεραπείας. Όπως έδειξαν οι αναφορές διαπιστώθηκε μία συχνότερη χορήγηση αντικαταθλιπτικών (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης/selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs), συγκριτικά με τη συχνότητα χορήγησης αγχολυτικών φαρμάκων, ενώ υπήρχαν και περιορισμένες αναφορές για χορήγηση ψυχοτρόπων.

Οι SSRIs, έχουν αναφερθεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, ως αποτελεσματική εφαρμογή για την αντιμετώπιση της επΑς και εφαρμόζονται σε φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής.

Οι Black & Uhde, το 1992, μελέτησαν τη δράση της φλουοξετίνης σε ένα κορίτσι 12 ετών με επΑ. Το αναφερόμενο κορίτσι, δεν είχε εκδηλώσει ποτέ λεκτική επικοινωνία στο σχολείο, ενώ μέχρι την ηλικία των 8 ετών δεν είχε εκδηλώσει ομιλία σε άλλο πλαίσιο εκτός

σπιτιού. Πριν από την παρούσα φαρμακευτική αγωγή είχε προηγηθεί ψυχοθεραπεία, συμπεριφορική θεραπεία και συμπληρωματική χορήγηση δεσιπραμίνης (ανήκει στα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα). Σε αρχικό στάδιο χορηγήθηκε φλουοξετίνη σε δοσολογία των 20mg κάθε επόμενη μέρα (μέρα παρά μέρα) για 7 μέρες. Έπειτα η χορήγηση που υποβλήθηκε ήταν καθημερινή, με την ίδια δοσολογία. Σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων από την έναρξη της φαρμακοληψίας, το κορίτσι άρχισε να εκφράζεται με λεκτική άνεση σε σχέση με συνομηλίκους και ενήλικες, στο σχολικό πλαίσιο. Έπειτα από 7 μήνες, οι διαθέσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης και λεκτικής επικοινωνίας κρίθηκαν φυσιολογικές (η χορήγηση φαρμάκου είχε τερματιστεί έπειτα από τον 1^ο μήνα).

Οι Black & Uhde, σε άλλη έρευνα το 1994, πραγματοποίησαν μελέτη δύο φάσεων, αναφορικά με τη δράση της φλουοξετίνης (ενδεικτικά τέτοια φάρμακα είναι τα Prozac ή και Ladose). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 16 άτομα με επΑ (ηλικιών 5-16 ετών). Όλα τα συμμετέχοντα παιδιά πληρούσαν τα κριτήρια κατά DSM-IV για επΑ, ενώ αρκετά από αυτά είχαν επιπρόσθετη διάγνωση αγχώδων διαταραχών, κοινωνικής φοβίας και διαταραχών αποφυγής. Στο δείγμα αυτό χορηγήθηκε, σε αρχικό στάδιο 2 εβδομάδων, φαρμακοθεραπεία με τη μέθοδο placebo (εικονικό φάρμακο χωρίς ενεργή δράση). Από τα 16 άτομα ανταποκρίθηκε, σχετικά, μόνο το ένα. Τα υπόλοιπα 15 άτομα επανα-κατατάχθηκαν σε «τυφλή» θεραπεία δεύτερου σταδίου για 12 εβδομάδες. Στους 6 από αυτούς, χορηγήθηκε φλουοξετίνη σε δόση 0,6 mg τη μέρα και οι υπόλοιποι 9 συνέχισαν τη θεραπεία με placebo. Με το πέρας της φαρμακευτικής αγωγής, σημειώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στην ομάδα που χορηγήθηκε φλουοξετίνη, συγκριτικά με αυτής που υποβλήθηκε στην άλλη αγωγή. Αναφορικά με τα αποτελέσματα, οι ερευνητές, οι καθηγητές των παιδιών, καθώς και οι γονείς τους, χαρακτήρισαν αποτελεσματική την εφαρμογή των SSRIs, σχετικά με τη μείωση του άγχους και την αύξηση της κοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά αυτής της ομάδας. Αντιθέτως, στην ομάδα που εφαρμόστηκε εικονική θεραπεία, οι τελικές αξιολογήσεις γονέων, εκπαιδευτικών και κλινικών, δεν διέφεραν από αυτές που είχαν υποβληθεί στην αρχή της θεραπείας.

Οι Wright, et al., το 1995, αναφέρουν επίσης μία αποτελεσματική εφαρμογή της φλουοξετίνης στην περίπτωση ενός κοριτσιού 4 ετών και 10 μηνών, που παρουσίαζε αλαλία σε όλες τις κοινωνικές περιστάσεις για 7 μήνες. Η αναφερόμενη περίπτωση προσεγγίστηκε πολυμεθοδικά. Η θεραπεία ακολούθησε τις συμπεριφορικές, ψυχοθεραπευτικές και φαρμακευτικές οδούς και διήρκεσε 24 εβδομάδες. Από την έναρξη της χορήγησης φλουοξετίνης και έπειτα, σε ένα διάστημα 5 ημερών, το κορίτσι άρχισε να σημειώνει βελτίωση στην λεκτική επικοινωνία, αναφορικά με τα σχετικά οικεία περιβάλλοντα (π.χ.

στο κλινικό πλαίσιο). Σε διάστημα 20 ημερών, οι λεκτικές συμπεριφορές γενικεύτηκαν σε όλα τα πλαίσια, ενώ υπήρχαν και συνοδές βελτιώσεις στη συμπεριφορά (μείωση του άγχους, χαλάρωση του σωματικού τόνου, περισσότερες επιδιώξεις για βλεμματική επαφή, περισσότερες επιδιώξεις συμμετοχής σε συλλογικό παιχνίδι).

Οι Dummit, et al το 1996, πραγματοποίησαν μία πιλοτική έρευνα που διήρκεσε 6 εβδομάδες, χορηγώντας φλουοξετίνη σε 21 παιδιά με επΑ και συνοδές αγχώδεις διαταραχές, ηλικιών 8-14 ετών. Η αγωγή χορηγήθηκε για 9 εβδομάδες. Από τα 21 παιδιά, τα 9, με τη λήξη της θεραπείας παρουσίασαν μειωμένα επίπεδα άγχους, ενώ αυξήθηκε η λεκτική έκφραση σε κοινωνικά πλαίσια, βάσει των παιδοψυχιατρικών αναφορών και των αναφορών που προέκυψαν από τους γονείς.

Οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (monoamine oxidase inhibitors, MAOIs) εφαρμόζονται, σε ελάχιστες αναφορές, σε θεραπευτική αγωγή δεύτερης γραμμής για την επΑ. Πρόκειται για τετράκυκλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όμως λόγω των αρκετών σωματικών και διατροφικών διαταραχών (αλλεργικές αντιδράσεις στην επαφή με ορισμένες τροφές) συστήνονται σε ελάχιστες των περιπτώσεων. Λόγω των συσχετίσεων της επΑς με την κοινωνική φοβία, υποστηρίζεται πως νευρολογικά, μπορεί να υπάρχει ντοπαμινεργική δυσλειτουργία (διαταραχές στις τιμές της έκκρισης του νευροδιαβιβαστή της ντοπαμίνης) στα πλαίσια της εκδήλωσης επΑς (Kumpulainen, 2002). Οι Golwyn & Weinstock, το 1990, πραγματοποίησαν πιλοτική θεραπεία σε ένα 7χρονο κορίτσι με επΑ και χαρακτηριστικά έντονης συστολής, χορηγώντας φαινελζίνη (πρόκειται για μη αναστρέψιμο μη εκλεκτικό αναστολέα μονοαμινοξειδάσης). Έπειτα από 6 εβδομάδες τακτικής (όχι καθημερινής) χορήγησης των 20mg, το παιδί ανταποκρίθηκε στη φαρμακευτική αγωγή σημειώνοντας βελτίωση των κοινωνικών εκθέσεων και έλεγχο των συναισθημάτων άγχους. Ομοίως, οι Golwyn & Sevlie, το 1999 εφάρμοσαν σε 4 παιδιά ηλικιών 5-7 ετών με επΑ, θεραπεία με χορήγηση φαινελζίνης. Οι ίδιοι προέβησαν σ αυτή την φαρμακευτική αγωγή με την ιδέα ότι, φάρμακα όπως η φαινελζίνη (που είχε θετική προοπτική για την θεραπεία της κοινωνικής φοβίας) ,θα επιδρούσαν θετικά στην κοινωνική συμπεριφορά, λόγω των ντοπαμινεργικών τους δράσεων. Η αγωγή κυμάνθηκε μεταξύ των 20-60 mg ημερησίως και η θεραπεία διήρκεσε 24-60 εβδομάδες. Τα συμπτώματα της επΑς στο διάστημα αυτό μειώθηκαν ικανοποιητικά, ενώ μετά τη διακοπή της αγωγής η θεραπεία συνεχίστηκε, σε συμπεριφορικό και ψυχαναλυτικό επίπεδο. Κατά την πάροδο των μηνών υπήρξε συμπεριφορική ισορροπία, ενώ η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής δεν προκάλεσε συμπεριφορική παλινδρόμηση.

Μέχρι τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, η φαρμακοθεραπεία, κυρίως με τη χορήγηση SSRIs (Kumpulainen, 2002), εικάζεται πως λειτουργεί αποτελεσματικά σε εφαρμογές περιπτώσεων επΑΣ (Dow, et al., 1995; Anstendig, 1999; Joseph, 1999). Ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη πως οι υπάρχουσες δημοσιευμένες έρευνες αφορούν αφενός σε περιπτωσιολογικές μελέτες και αφετέρου, σε περιορισμένο δείγμα που συμμετέχει σε αυτές. Το γεγονός αυτό, αποδίδεται κατά Riddle (2001) και τους συνεργάτες του, στον πληθυσμό που απευθύνονται οι αναφερόμενες έρευνες (απευθύνεται κυρίως σε παιδιά και εφήβους που συνήθως είναι ομάδες που αποκλείονται από κλινικές δοκιμές). Κατά κοινή ομολογία, οι ερευνητές φαίνεται να καταλήγουν στην πολυμεθοδική θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής (συμπεριφορική θεραπεία, ψυχοθεραπεία, προσέγγιση κοινωνικών πλαισίων και οικογένειας και φαρμακευτική αγωγή στις περισσότερες δυσοίωνες περιπτώσεις) (Dow, et al., 1995; Wright, et al., 1995; Rye & Ullman, 1999).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

Συμπερασματικά, όπως ήδη αναφέρθηκε προλογικά και ανά τα κεφάλαια που διαμορφώνουν την παρούσα πτυχιακή, επιβεβαιώνεται η πολυδιάστατη υπόσταση της επιλεκτικής αλαλίας. Οι παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί σε ένα εύρος. Παρόλα αυτά οι ερευνητές δεν παύουν να υπογραμμίζουν σε κάθε αναφορά τους τη σημασία για περαιτέρω διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων, ώστε οι ίδιοι να καταστούν συγκεκριμένοι και να δοθεί σαφής απάντηση (ή απαντήσεις) στην ερώτηση: Γιατί ένα παιδί, που κατά τα άλλα κρίνεται φυσιολογικό (τυπικός νοητικός δείκτης, απουσία προβλημάτων δομής στο φωνολογικό σύστημα), αναπτύσσει επιλεκτική αλαλία; Ταυτόχρονα, όσο σημαντική κρίνεται η εις βάθος αναζήτηση αιτών, εξίσου σημαντική κρίνεται και η σύσταση δομημένων και αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων, που υπάρχουν μεν και είναι αποτελεσματικοί στις περισσότερες περιπτώσεις, αλλά δε, δεν αφορούν όλο τον πληθυσμό των περιπτώσεων. Υπάρχουν παιδιά που θα μεταφέρουν την διαταραχή και στην ενήλικη ζωή τους. Τα παιδιά αυτά δε μένουν βουβά, προκλητικά, εναντιωματικά ή αποτραβηγμένα για να αποδείξουν κάτι συγκεκριμένο. Παρουσιάζουν αυτές τις συμπεριφορές λόγω της ενίσχυσης δυσπροσαρμοστικών δεξιοτήτων προκειμένου να καταπολεμήσουν τα συναισθήματα άγχους και φόβου, από τα οποία κυριεύονται. Δεν αξίζει σε αυτά τα παιδιά να μεγαλώσουν σιωπώντας στους φόβους τους. Έχουν σίγουρα να προσφέρουν πολλά ως ενήλικες και δικαιούνται να είναι χαρούμενα, κοινωνικά, με αίσθημα αυτοπεποίθησης, όπως συμβαίνει σε κάθε παιδί. Αυτά τα παιδιά χρειάζονται μία αποτελεσματική προσέγγιση με μακροπρόθεσμες εγγυήσεις για να κατακτήσουν μια καθολική λεκτική επικοινωνιακή

ικανότητα, που θα χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια χωρίς προϋποθέσεις πλαισίων και ερεθισμάτων.

« Η αναγνώριση αυτού που δεν είστε σας αποκαλύπτει αυθόρμητα ποιος είστε πραγματικά. Δεν είστε αυτό που “νομίζετε” πως είστε.»

Nisargadatta Maharaj.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Achenbach, T. M. (1991a). Manual for the child behavior checklist 4–18 and 1991 profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b). Manual for the teacher's report form and 1991 profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991c). Manual for the youth self-report and 1991 profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 21(8), 265-271.
- Altshuler, L. L., Cummings, J. L., & Mills, M. J. (1986). Mutism: review, differential diagnosis, and report of 22 cases. *The American journal of psychiatry*.
- Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 9-15.
- Anstendig, K. (1998). Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980–1996. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 381.
- Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434.
- Arter, J. A., & Salmon, J. R. (1987). *Assessing Higher Order Thinking Skills. A Consumer's Guide*.
- Asendorpf, J. B. (1993). Abnormal shyness in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(7), 1069-1083.
- Atoynatan, T. H. (1986). Elective mutism: Involvement of the mother in the treatment of the child. *Child psychiatry and human development*, 17(1), 15-27.
- Baldwin, S., & Cline, T. (1991). Helping children who are selectively mute. *Educational and Child Psychology*.
- Barnett, D., Bauer, A., Bell, S., Elliott, N., Haski, H., Barkley, E., ... & Mackiewicz, K. (2007). Preschool intervention scripts: Lessons from 20 years of research and practice. *The Journal of Speech and Language Pathology–Applied Behavior Analysis*, 2(2), 158.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., & Bergman, K. S. American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press. -(1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 3(1), 43-70.
- Beare, P., Torgerson, C., & Creviston, C. (2008). Increasing verbal behavior of a student who is selectively mute. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(4), 248-255.
- Bergman, R. L. (2013). *Treatment for children with selective mutism: An integrative behavioral approach*. Oxford University Press.

- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 680-689.
- Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 456-464.
- Bergman, R. L., Keller, M., Wood, J., Piacentini, J., & McCracken, J. (2001). Selective Mutism Questionnaire (SMQ): development and findings. Poster session presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Honolulu.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946.
- Bishop, D. V. (1998). Development of the Children's Communication Checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(6), 879-891.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Case study: elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1090-1094.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 1000-1006.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
- Bliss, E. L. (1986). Multiple personality, allied disorders, and hypnosis. Oxford University Press.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 168-189.
- Borror, J., Ransdell, S., Binaco, J., Feeser, A., & Moran, M. (2020). Self-regulation in low SES 4-year-old preschoolers predicts picture vocabulary and phonological awareness. *International Journal of Education and Social Science*, 7(3), 35-43.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory (collected papers)*. London: Tavistock, 134-155.
- Bracken, B. A. (1987). Limitations of preschool instruments and standards for minimal levels of technical adequacy. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 5(4), 313-326.
- Bradley, S., & Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 510-514.
- Briggs, D. C., & Wilson, M. (2003). An introduction to multidimensional measurement using Rasch models.
- Brix Andersson, C., & Hove Thomsen, P. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 231-238.
- Brown, J. B., & Lloyd, H. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of the Association of Workers for Maladjusted Children*, 3, 49-63.
- Brown, W. P. (1965). The Yerkes-Dodson law repealed. *Psychological reports*, 17(2), 663-666.
- Browne, E., Wilson, V., & Laybourne, P. C. (1963). Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2(4), 605-617.
- Buron, K. D. (2007). *A 5 is against the law! Social boundaries: Straight up! An honest guide for teens and young adults*. Aapc Publishing.
- Composano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *Professional Counselor*, 1(1), 46-56.
- Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C. (2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European child & adolescent psychiatry*, 27(6), 775-783
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St Pierre, J., & Boyle, M. H. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8), 1057-1067.
- Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., & Johnston, H. (1994). Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: A survey of child and adolescent psychiatrists. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4(4), 281-291.
- Carpintero, H. (2004). Watson's behaviorism: a comparison of the two editions (1925 and 1930). *History of Psychology*, 7(2), 183.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1472.
- Chomsky, N. (2014). *Aspects of the Theory of Syntax (Vol. 11)*. MIT press.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066-1075.

- Cleator, H., & Hand, L. (2001). Selective mutism: How a successful speech and language assessment really is possible. *International journal of language & communication disorders*, 36(S1), 126-131.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770-784.
- Cole, K. N., & Fewell, R. R. (1983). A quick language screening test for young children: The Token Test. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1(2), 149-153.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.
- Cook, V. J. (1985). Chomsky's universal grammar and second language learning. *Applied linguistics*, 6(1), 2-18.
- Crome, E., Grove, R., Baillie, A. J., Sunderland, M., Teesson, M., & Slade, T. (2015). DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 227-235.
- Crundwell, R. M. A. (2006). Identifying and teaching children with selective mutism. *Teaching Exceptional Children*, 38(3), 48-54.
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363-1372.
- Donahoe, J. W., & Palmer, D. C. (1994). *Learning and complex behavior*. Allyn & Bacon.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846.
- Dummit ES, 3rd, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:653–660.
- DUMMIT III, E. S., Klein, R. G., ASCHE, B., MARTIN, J., & TANCER, N. K. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 615-621.
- Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Am Psychiatric Assoc, 21.
- El Hassan, K., & Jammal, R. (2005). Validation and development of norms for the Test for Auditory Comprehension of Language-Revised (TACL-R) in Lebanon. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 12(2), 183-202.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459.
- ELSON, A., PEARSON, C., JONES, C. D., & SCHUMACHER, E. (1965). Follow-up study of childhood elective mutism. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 182-187.
- Emmonse, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192.
- Francis, S., Fine, J., & Tannock, R. (2001). Methylphenidate selectively improves story retelling in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(3), 217-228.
- Frankenburg, W. K., & Dodds, J. B. (1967). The Denver developmental screening test. *The Journal of pediatrics*.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, L. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, L. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. *Anxiety disorders in children and adolescents*, 280-301.
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. Boni and Liveright.
- Geschwind, D. H. (2008). Autism: many genes, common pathways? *Cell*, 135(3), 391-395.
- Giddan, J. J., & Milling, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(1), 19-36.
- Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L., & Becker, B. R. (1997). Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(2), 127-133.
- Gleason, J. B. (2005). *The development of language*, 6/e.
- Goll, K. (1979). Role structure and subculture in families of elective mutists. *Family process*.
- Golwyn, D. H., & Sevlie, C. P. (1999). Phenelzine treatment of selective mutism in four prepubertal children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9(2), 109-113.

- Golwyn, D. H., & Weinstock, R. C. (1990). Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. *The Journal of clinical psychiatry*
- Gonzaga, M. G., & Maravillas, M. A. (2014). Determination of the School Ability Profile of RMTU (Sta. Cruz) College Freshmen: A Cluster Analysis.
- Grover, R. L., Hughes, A. A., Bergman, R. L., & Kingery, J. N. (2006). Treatment modifications based on childhood anxiety diagnosis: Demonstrating the flexibility in manualized treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 275-286.
- Hamill, D. D., & Newcomer, P. L. Test Review: Test of Language Development-Intermediate 3 rd Edition (TOLD-I: 3).
- Harpin, S. B., Rossi, A., Kim, A. K., & Swanson, L. M. (2016). Behavioral impacts of a mindfulness pilot intervention for elementary school students. *Education*, 137(2), 149-156.
- Hartley, S. L., & Sikora, D. M. (2009). Which DSM-IV-TR criteria best differentiate high-functioning autism spectrum disorder from ADHD and anxiety disorders in older children? *Autism*, 13(5), 485-509.
- Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118-133.
- Herjanic, B., & Campbell, W. (1977). Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5(2), 127-134.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis.
- Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F., & Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3(1), 41-48.
- Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877–1981: A literary summary. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J., & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and anxiety*, 25(4), 357-367.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(1), 49-68.
- Homeyer, L. E., & Morrison, M. O. (2008). Play Therapy: Practice, Issues, and Trends. *American Journal of Play*, 1(2), 210-228.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4), 597-611.
- Jacobsen, T. (1995). Case study: Is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 863-866.
- Joseph, P. R. (1999). Selective mutism—The child who doesn't speak at school. *Pediatrics*, 104(2), 308-309.
- Kagan, J., Arcus, D., & Snidman, N. (1993). The idea of temperament: Where do we go from here?
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J., & Johnson, M. O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child development*, 1580-1589.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kaya, F., Stough, L. M., & Juntune, J. (2016). The effect of poverty on the verbal scores of gifted students. *Educational Studies*, 42(1), 85-97.
- Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S., & Bray, M. A. (1998). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology*, 36(3), 247-260.
- Kehle, T. J., Owen, S. V., & Cressy, E. T. (1990). The use of self-modeling as an intervention in school psychology: A case study of an elective mute. *School Psychology Review*, 19(1), 115-121.
- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive-behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 263-273.
- Kitson, D. L., Vance, B., & Blosser, J. (1985). Comparison of the Token Test of language development and the Wechsler Intelligence Scale for Children—Revised. *Perceptual and motor skills*, 61(2), 532-534.
- Klein, E. R., Armstrong, S. L., & Shipon-Blum, E. (2013). Assessing spoken language competence in children with selective mutism: Using parents as test presenters. *Communication Disorders Quarterly*, 34(3), 184-195.

- Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 219-232.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective Mutism: A Population-based Study: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (2), 257-262.
- Kotrba, A. (2014). *Selective mutism: An assessment and intervention guide for therapists, educators & parents*. PESI publishing & Media.
- Kristensen, H. (1997). Elective mutism—associated with developmental disorder/delay. Two case studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 6(4), 234-239.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256.
- Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(2), 135-142.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 648.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 347-353.
- Kriti, C. (2018). *Selective Mutism: Understanding and Management*. In *Handbook of Research on Psychosocial Perspectives of Human Communication Disorders* (pp. 363-380). IGI Global.
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M., & Wright, H. L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 711-718.
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS drugs*, 16(3), 175-180.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second- graders in elementary school. *European child & adolescent psychiatry*, 7(1), 24-29.
- Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., ... & Moilanen, I. (2008). Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(9), 1697-1709.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 83-94.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of clinical child psychology*, 22(1), 17-27.
- Labbe, E. E., & Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4(3), 273-292.
- Lang, R., Register, A., Mulloy, A., Rispoli, M., & Botout, A. (2011). Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings. *Journal of applied behavior analysis*, 44(3), 623-628.
- Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2014). Benefits, mechanisms, and new directions for teaching gratitude to children. *School Psychology Review*, 43(2), 153-159.
- Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2(4), 695-707.
- Lerea, L., & Ward, B. (1965). Speech avoidance among children with oral-communication defects. *The Journal of psychology*, 60(2), 265-270.
- Lesser-Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 458-469.
- Lewis, M., Sullivan, M. W., Stanger, C., & Weiss, M. (1989). Self-development and self-conscious emotions. *Child development*, 146-156.
- Lindamood, C. (1971). *Lindamood auditory conceptualization test manual*. Hingham, MA: Teaching Resources Corp.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current directions in psychological science*, 22(1), 57-62.
- Maloney, J. E., Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., & Whitehead, J. (2016). A mindfulness-based social and emotional learning curriculum for school-aged children: the MindUP program. In *Handbook of mindfulness in education* (pp. 313-334). Springer, New York, NY.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., & Swinson, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1106-1113.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 18(3), 153-161.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McINNES, A. L. I. S. O. N., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187-1195.

- Mandeville, R. C. (2021). Rejected, shamed, and blamed: Help and hope for adults in the family scapegoat role. Rebecca C. Mandeville.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Marshall RD, Schnier FR, Fallon BA, Feerick], Liebowitz MR (1994), Medication therapy for social phobia. *J Clin Psychiatry*55(suppl):33-37
- Masten, W. G., Stacks, J. R., Caldwell-Colbert, A. T., & Jackson, J. S. (1996). Behavioral treatment of a selective mute Mexican American boy. *Psychology in the Schools*, 33(1), 56-60.
- Mayer, M. (1967). *A boy, a dog, and a frog*. New York, Dial Press.
- McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. New Harbinger Publications.
- McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L., & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: an exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4).
- Meharg, S. S., & Woltersdorf, M. A. (1990). Therapeutic use of videotape self-modeling: A review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12(2), 85-99.
- Melfsen, S., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 111-117.
- Morris, R. J., & Kratochwill, T. R. (1985). Behavioral treatment of children's fears and phobias: A review. *School Psychology Review*, 14(1), 84-93.
- Mulligan, C. A., & Christner, R. W. (2012). Selective mutism: Cognitive-behavioral assessment and intervention.
- Multi-campus, P., Rohrer, D., Taylor, K., Pashler, H., Wixted, J. T., & Cepeda, N. J. The Effect of Overlearning on Long-Term Retention.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 151-169.
- Olivares, J., López, L. J. G., Hidalgo, M. D., La Greca, A. M., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 467-476.
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 81-91.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 44-58.
- Ollendick, T. H., & Vasey, M. W. (1999). Developmental theory and the practice of clinical child psychology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(4), 457-466.
- Péloquin, K., Lafontaine, M. F., & Brassard, A. (2011). A dyadic approach to the study of romantic attachment, dyadic empathy, and psychological partner aggression. *Journal of social and personal relationships*, 28(7), 915-942.
- Perednik, R. (2011). *The Selective Mutism Treatment Guide: Manuals for parents, teachers, and therapists: Still waters run deep*. Oakland.
- Piaget, J. (2013). *Play, dreams and imitation in childhood*. Routledge.
- Pigott, H. E., & Gonzales, F. P. (1987). Efficacy of videotape self-modeling in treating an electively mute child. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(2), 106-110.
- Piven, J., & Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 557-563.
- Porjes, M. D. (1992). Intervention with the selectively mute child. *Psychology in the Schools*, 29(4), 367-376.
- Powell, S., & Dalley, M. (1995). When to intervene in selective mutism: The multimodal treatment of a case of persistent selective mutism. *Psychology in the Schools*, 32(2), 114-123.
- Pratt, A. C., & Brady, S. (1988). Relation of phonological awareness to reading disability in children and adults. *Journal of Educational Psychology*, 80(3), 319.
- Radencich, M. C. (1986). Test Review: Hammill, DD, & Bryant, BR (1986). *Detroit Tests of Learning Aptitude-Primary-DTLA-P*. Austin, TX: Pro-Ed. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 4(4), 319-324.
- Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Schniering, C. A., Wuthrich, V., Abbott, M. A., Hudson, J. L., & Wignall, A. (2006). *Cool kids: child & adolescent anxiety program*. Centre for Emotional Health.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 59-66.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(6), 284-296.
- Rettew, D. C. (2000). Avoidant personality disorder generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard review of psychiatry*, 8(6), 283-297.

- Riddle, M. A., Kastelic, E. A., & Frosch, E. (2001). Pediatric psychopharmacology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 73-90.
- Roehr, B. (2013). American psychiatric association explains DSM-5. *Bmj*, 346.
- Rosekrans, M. A. (1967). Imitation in children as a function of perceived similarity to a social model and vicarious reinforcement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(3p1), 307.
- Rösler, M. (1981). Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder-Eine Untersuchung a 32 mutistischen Kindern.
- Rye, M. S., & Ullman, D. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(4), 313-323.
- Scattone, D. (2008). Enhancing the conversation skills of a boy with Asperger's disorder through Social Stories™ and video modeling. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(2), 395-400.
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008-1015.
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S., & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clinical pediatrics*, 45(1), 43-48.
- Silverman, W. K. (1996). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV.: parent interview schedule (Vol. 1)*. Oxford University Press.
- Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1996). *Transfer of control: A psychosocial intervention model for internalizing disorders in youth*.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior (No. 92904)*. Simon and Schuster.
- Smalley, S. L., McCracken, J., & Tanguay, P. (1995). Autism, affective disorders, and social phobia. *American Journal of Medical Genetics*, 60(1), 19-26.
- Sroufe, L. A. (1977). Wariness of strangers and the study of infant development. *Child Development*, 731-746.
- Standart, S., & Couteur, A. L. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.
- Standart, S., & Couteur, A. L. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.
- Stein, M. B., Yang, B. Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological psychiatry*, 69(9), 825-831.
- Steinhausen, H. C., & Adamek, R. (1997). The family history of children with elective mutism: a research report. *European child & adolescent psychiatry*, 6(2), 107-111.
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.
- Subak, M. E., West, M., & Carlin, M. (1982). Elective mutism: An expression of family psychopathology. *International Journal of Family Psychiatry*.
- Suveg, C., Comer, J. S., Furr, J. M., & Kendall, P. C. (2006). Adapting manualized CBT for a cognitively delayed child with multiple anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 5(6), 488-510.
- Swineford, L. B., Thurm, A., Baird, G., Wetherby, A. M., & Swedo, S. (2014). Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 6(1), 1-8.
- Tabors, P. (1997). *One child, two languages*. Baltimore: Brookes.
- Tancer, N. K., & Klein, R. G. (1991). Elective mutism: A review of the literature. Prepared for the DSM-IV Workgroup on Child and Adolescent disorders. *DSM-IV Sourcebook*.
- Tatem, D. W., & DelCampo, R. L. (1995). Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy*, 17(2), 177-194.
- Toppelberg, C. O., & Shapiro, T. (2000). Language disorders: A 10-year research update review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 143-152.
- Unspoken Words, A child's view of Selective Mutism: edited by Dr. Elisa Shipon-Blum.
- Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 31-37.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical psychology review*, 29(1), 57-67.
- Voeller, K. K. (1986). Right-hemisphere deficit syndrome in children. *The American journal of psychiatry*.
- Voeller, K. K., & Armus, J. (1986). A comparison of reading strategies in genetic dyslexics and children with right and left-brain deficits. *Annals of Dyslexia*, 36(1), 270-286.

- Waddell, C., Shepherd, C., Schwartz, C., & Barican, J. (2014). *Child and youth mental disorders: prevalence and evidence-based interventions*. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of experimental psychology*, 3(1), 1.
- Wechsler, D. (2012). *Wechsler preschool and primary scale of intelligence—fourth edition*. The Psychological Corporation San Antonio, TX.
- Weintraub, S., & Mesulam, M. M. (1983). Developmental learning disabilities of the right hemisphere: Emotional, interpersonal, and cognitive components. *Archives of neurology*, 40(8), 463-468.
- Weiss, L. A., & Arking, D. E. (2009). A genome-wide linkage and association scan reveals novel loci for autism. *Nature*, 461(7265), 802-808.
- Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59(2), 218-228.
- Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *The British Journal of Psychiatry*, 146(2), 198-203.
- Wright, H. H., Cuccaro, M. L., Leonhardt, T. V., Kendall, D. F., & Anderson, J. H. (1995). Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 857-862.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety? *Depression and anxiety*, 23(3), 117-123.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1069-1075.

