



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα

Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Επιστήμες της Αγωγής μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και

Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

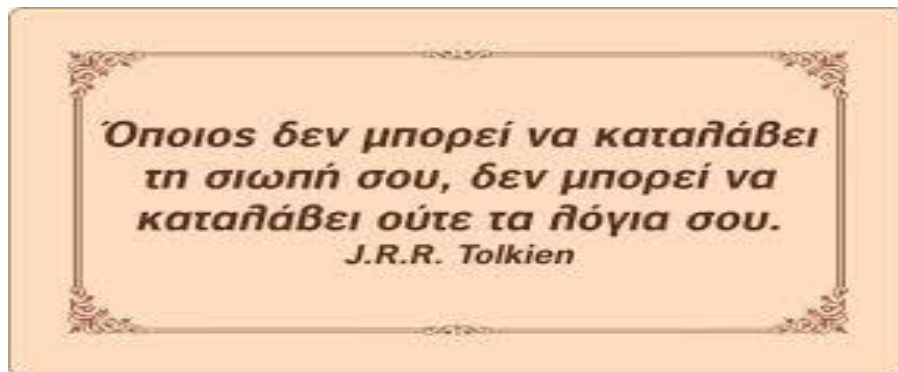
Η επιλεκτική αλαλία στην προσχολική ηλικία

Πρώιμη παρέμβαση

POST GRADUATE THESIS

Selective mutism in preschool age

Early intervention



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ(ΤΩΝ)/NAME OF STUDENTS

Ελένη Νικολαΐδου

Eleni Nikolaidou

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Βασιλική Μπέλεση

Vassiliki Belessi

ΑΙΓΑΛΕΩ/AIGALEO 2024



Faculty of Health and Caring Professions
Department of Biomedical Sciences
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program
Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches

POST GRADUATE THESIS

Selective mutism in preschool age

Early intervention

ELENI NIKOLAIDOU

A.M 21569

mscedt21569@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR

Vassiliki Belessi

SECOND SUPERVISOR

OYRANIA KOSTANTH

AIGALEO 2024

Επιτροπή εξέτασης

Ημερομηνία εξέτασης: 08/07/2024

Όνόματα εξεταστών

Υπογραφή

1^{ος} Εξεταστής Βασιλική Μπέλεση

2^{ος} Εξεταστής Ουρανία Κωνσταντή

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Νικολαΐδου Ελένη του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 21569 φοιτητής/τρια του Διιδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο/Η Δηλών/ούσα

Αφιερώσεις

Αφιερωμένο στη Μαριάνθη που με έμαθε να κατανοώ και να σέβομαι τη σιωπή... Ελπίζω να βρεις όλη τη μαγεία που κρύβεις μέσα σου!

Μαγεία είναι να πιστεύεις στον εαυτό σου. Αν μπορείς να το κάνεις αυτό, μπορείς να κάνεις τα πάντα.

Βόλφγκανγκ Γκαίτε

Περίληψη

Εισαγωγή: Η επιλεκτική αλαλία αποτελεί μία αγχώδη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται συχνότερα στην παιδική ηλικία, συνήθως μεταξύ 2-5 ετών. Το παιδί έχει την ικανότητα να μιλήσει και να επικοινωνήσει σε περιβάλλον που νιώθει ασφάλεια και με ανθρώπους που νιώθει οικεία. Ωστόσο, σε ορισμένες καταστάσεις, σε μεγάλες κοινωνικές ομάδες και με άτομα που δεν γνωρίζει, εμφανίζει φοβία ως προς την ομιλία. Η διαταραχή αυτή, επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού, εξαιτίας της συνεχούς απουσίας ομιλίας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα επικοινωνίας τόσο με συνομηλίκους του, όσο και με ενήλικες. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση είναι σημαντική, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θεραπεία για κάθε παιδί. Με τον τρόπο αυτό θα αναπτύξει κατάλληλες αντισταθμιστικές δεξιότητες και θα ξεπεράσει το άγχος του.

Σκοπός: Η πρόωμη ανίχνευση της επιλεκτικής αλαλίας και η σωστή αντιμετώπιση του παιδιού τόσο στο χώρο του σχολείου, όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον.

Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική έρευνα. Κάνοντας αναζήτηση σε ακαδημαϊκά περιοδικά, βιβλία και πρακτικά συνεδριάσεων έγινε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος. Με κριτική ανάλυση και αξιολόγηση των πηγών αναλύσαμε βασικές έννοιες και απόψεις.

Λέξεις κλειδιά: επιλεκτική αλαλία, διαταραχή, παιδική ηλικία, ομιλία, φοβία, κοινωνικές δεξιότητες, διάγνωση, θεραπεία, αντισταθμιστικές δεξιότητες, άγχος

Abstract

Introduction: Selective mutism is an anxiety disorder that occurs most often in childhood, usually between 2-5 years of age. The child has the ability to speak and communicate in an environment that feels safe and with people that feel familiar. However, in certain situations, in large social groups and with people he does not know, he shows a phobia about speaking. This disorder significantly affects the child's social skills, due to the constant absence of speech, resulting in communication problems both with peers and adults. Early diagnosis and intervention are important, in order to find the appropriate treatment for each child. In this way he will develop appropriate compensatory skills and overcome his anxiety.

Purpose: The early detection of selective muteness and the correct treatment of the child both in the school and in the family environment.

Method: The method used is the bibliographic research. A bibliographic review of the topic was performed by searching academic journals, books and conference proceedings. With critical analysis and evaluation of the sources we analyzed key concepts and opinions.

Περιεχόμενα

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας	iv
Αφιερώσεις	v
Περίληψη	vi
Abstract.....	vii
Πρόλογος	1
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	3
Κεφάλαιο 2. Ορισμός – Γενικά χαρακτηριστικά της επιλεκτικής αλαλίας	3
Κεφάλαιο 3. Συχνότητα - Επιπολασμός	6
Κεφάλαιο 4. Αιτιολογία	8
4.1 Οικογένεια – Γενετική	11
4.2 Νευροαναπτυξιακοί-Νευρολογικοί παράγοντες	12
4.3 Συμπεριφορική αναστολή	13
4.4 Αντιδραστικότητα	13
4.5 Ψυχολογικοί παράγοντες	14
4.6 Οικογενειακό σύστημα και περιβαλλοντικές επιρροές	14
4.7 Διγλωσσία και μετανάστευση	15
Κεφάλαιο 5. Γενικά χαρακτηριστικά παιδιών με επιλεκτική αλαλία	15
Κεφάλαιο 6. Διαφορά μεταξύ επιλεκτικής αλαλίας και αυτισμού	18
Κεφάλαιο 7. Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	19
7.1 Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία	22
7.2 Ψυχοδυναμική θεραπεία	23
7.3 Οικογενειακή θεραπεία	24
7.4 Φαρμακευτική αγωγή	25
7.5 Σχολική εμπλοκή	26
7.5.1 Sliding in	29
7.5.2 Άλλες τεχνικές.....	34
Κεφάλαιο 8. Εκπαιδευτική παρέμβαση	39
Κεφάλαιο 9. Συμπεράσματα.....	42
Βιβλιογραφία	44

Πρόλογος

Η επιλεκτική αλαλία (EA) είναι μια σπάνια και πολύπλοκη ψυχολογική διαταραχή, η οποία έχει αντίκτυπο στην ικανότητα ενός ατόμου να μιλάει σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, οδηγώντας συχνά σε παρερμηνεία ως ντροπαλότητα, εσωστρέφεια ή ανυπακοή (Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), 2013). Τα άτομα με EA μπορούν να μιλούν άπταιστα σε ορισμένα περιβάλλοντα, όπως στο σπίτι, αλλά αισθάνονται ότι δεν μπορούν να προφέρουν μια λέξη σε άλλα, όπως στο σχολείο ή μεταξύ άγνωστων ανθρώπων (Dow, Sonies, Scheib, Moss, & Leonard, 2020).

Ο επιπολασμός της EA εκτιμάται ότι κυμαίνεται περίπου από 0,03% έως 1% του πληθυσμού και αναφέρεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002). Δεν υπάρχει ακριβής εκτίμηση για τον αριθμό των ατόμων που πάσχουν από επιλεκτική αλαλία λόγω του ότι πολλά κρούσματα μπορεί να μην έχουν διαγνωστεί. Υπολογίζεται ότι ένα στα χίλια άτομα μπορεί να είναι επηρεασμένο, βάσει δημοσιευμένων στοιχείων. Παράλληλα, ένα πρόσφατο άρθρο στο *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* αναφέρει ότι περίπου το 0,71% του πληθυσμού μπορεί να αντιμετωπίζει αυτήν την πρόκληση. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες έρευνες που να καταγράφουν την προσέγγιση αυτής της κατάστασης στην Ελλάδα μεταξύ του γενικού πληθυσμού (Μπιρμπίλη, 2023). Αν και η ακριβής αιτιολογία αυτής της διαταραχής παραμένει άγνωστη, γενικά θεωρείται ότι έχει μια πολυπαραγοντική προέλευση που περιλαμβάνει γενετικούς, ιδιοσυγκρασιακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η άμεση ανίχνευση και παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία για τη θεραπεία της, καθώς η παρατεταμένη σιωπή μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, συναισθηματική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη (Klein, Armstrong, & Skira, 2013). Χωρίς έγκαιρη παρέμβαση, τα παιδιά με EA μπορεί να παρουσιάσουν μείωση της αυτοεκτίμησης, αυξημένο άγχος, κατάθλιψη και ακαδημαϊκή υποεπίδοση (Cohan, Price, & Stein, 2006). Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για την EA περιλαμβάνουν συχνά συνδυασμό τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς, όπως συστηματική απευαισθητοποίηση και σταδιακή έκθεση, καθώς και οικογενειακή και ατομική ψυχοθεραπεία.

Η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την ΕΑ είναι περιορισμένη, αλλά πολλά υποσχόμενη. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έχει δείξει θετικά αποτελέσματα, με βελτιώσεις στην ομιλία και την κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία (Manassis, et al., 2007). Επιπλέον, οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και οι βενζοδιαζεπίνες, έχουν αναφερθεί ότι είναι αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους, αν και χρειάζεται επιπλέον έρευνα για να διαπιστωθεί η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια αυτών των φαρμάκων σε παιδιά με ΕΑ (Kaakeh & Stumpf, 2008).

Η έγκαιρη ανίχνευση και η ολοκληρωμένη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων παρεμβάσεων συμπεριφοράς και φαρμακευτικής αγωγής, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και την κοινωνικο-συναισθηματική ευημερία των ατόμων αυτών (Nowakowski, et al., 2011).

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Η επιλεκτική αλαλία (EA) είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται στα παιδιά και κατατάσσεται ως μια υποκατηγορία των αγχωδών διαταραχών σύμφωνα με το DSM-V (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών). Το εγχειρίδιο αυτό είναι ένας οδηγός που τυποποιεί την ταξινόμηση και τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Αναπτύχθηκε και δημοσιεύθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση και είναι ευρέως αποδεκτός στον χώρο της ψυχιατρικής για κλινική διάγνωση και έρευνα. Ενώ λοιπόν το παιδί έχει την δυνατότητα να ομιλεί, διαλέγει να μην το κάνει σε συγκεκριμένες κοινωνικές περιστάσεις, όπως το σχολείο (American Psychiatric Association, 2013). Παιδιά που πάσχουν από EA εξελίσσουν πολλαπλές αδυναμίες στον κοινωνικό και γλωσσικό τομέα καθώς και στη σχολική προσαρμογή. Η ακριβής αιτιολογία της EA παραμένει πολυπαραγοντική και διαφοροποιημένη, εμπλέκοντας μια σειρά από βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες (Viana, Beidel, & Rabian, 2009). Μελέτες έχουν συσχετίσει την EA με υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους (Kearney C. A., 2010), ενώ άλλες σημειώνουν τη σημασία της γενετικής και της οικογενειακής ιστορίας αγχωτικών διαταραχών (Steinhausen & Juzi, 1996). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις παίζουν κριτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της EA, καθώς το σχολείο αποτελεί ένα από τα βασικά περιβάλλοντα όπου το παιδί καλείται να επικοινωνήσει (Cohan, et al., 2008). Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην εύρεση και καταγραφή των πιο πρόσφατων ευρημάτων από την μελέτη αυτής της διαταραχής και ειδικότερα στην αντιμετώπισή της κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας.

Κεφάλαιο 2. Ορισμός – Γενικά χαρακτηριστικά της επιλεκτικής αλαλίας

Η EA είναι μια ψυχολογική διαταραχή που την χαρακτηρίζει η απουσία του λόγου σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις. Έρευνες των τελευταίων δύο δεκαετιών έχουν επανειλημμένα δείξει μια συνεκτική και έντονη συσχέτιση ανάμεσα στην EA και στα επίπεδα άγχους, ιδίως με εκείνα που σχετίζονται με κοινωνική φοβία (Hua & Major, 2016). Τα παιδιά αυτά δεν χρησιμοποιούν την ομιλία, για παράδειγμα στο σχολείο, σε εξωσχολικές δραστηριότητες, ενώ μπορούν να το πράξουν. Επικοινωνούν λεκτικά και αλληλεπιδρούν αποκλειστικά με ανθρώπους που νιώθουν οικειότητα και ασφάλεια (π.χ

την οικογένεια, τη μητέρα) (Muris & Ollendick, 2021). Η διαδικασία επικοινωνίας των παιδιών που πάσχουν από ΕΑ επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό λόγω της έλλειψης ομιλίας. Μάλιστα, διακρίνεται πιο συχνά σε παιδιά δίγλωσσα, όπου συνοδεύεται και με άλλα γλωσσικά προβλήματα ή μαθησιακές δυσκολίες (Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), 2013). Συχνά εμφανίζουν δυσκολία στην επικοινωνία όταν βρίσκονται μόνοι τους με ενήλικες ή συνομήλικους. Υπάρχουν ορισμένες περιστάσεις, όπου τα παιδιά μπορούν να αλληλεπιδρούν με τους συμμαθητές τους, αλλά δεν μπορούν να επικοινωνήσουν λεκτικά (για παράδειγμα, μπορεί να συμμετέχουν σε παιχνίδια χωρίς να μιλούν). Παράλληλα, αρκετά παιδιά που πάσχουν από ΕΑ τείνουν να αποφεύγουν την οπτική επαφή, το χαμόγελο, δυσκολεύονται να εκφράσουν την συναισθηματική τους κατάσταση, κοκκινίζουν από ντροπή και εμφανίζουν νευρική συμπεριφορά (Kristensen & Torgersen, 2002).

Γενικά Χαρακτηριστικά:

Επιλεκτική χρήση της ομιλίας: Τα παιδιά με ΕΑ μπορούν και μιλούν κανονικά, όμως επιλέγουν να μην το κάνουν σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, όπως στο σχολείο ή μέσα σε μια ομάδα.

Κοινωνική άνιση επιδραστικότητα: Αν και τα παιδιά μπορούν να μιλούν ελεύθερα σε γνωστό περιβάλλον, όπως το σπίτι, μπορεί να μην μπορούν να μιλήσουν σε άλλες κοινωνικές καταστάσεις.

Άγχος και ανησυχία: Συχνά εμφανίζουν αύξηση των επιπέδων άγχους και ανησυχίας, ιδιαίτερα σε κοινωνικά περιβάλλοντα.

Προβλήματα συμμετοχής και μάθησης στο σχολείο: Η ΕΑ μπορεί να επηρεάσει την εκπαιδευτική επίδοση και την κοινωνική συμμετοχή του παιδιού στο σχολείο.

Καλή κατανόηση και χρήση της γλώσσας: Παρά την αποχή από την ομιλία, τα παιδιά με ΕΑ διαθέτουν συνήθως καλή κατανόηση και χρήση της γλώσσας σε άνετα και γνώριμα περιβάλλοντα (Hua & Major, 2016).

Ανασταλτική Ιδιοσυγκρασία: Παιδιά που επιδεικνύουν φειδωλή και δειλή συμπεριφορά, συνοδεύομενη από ανησυχία κατά τον χωρισμό.

Σημάδια Κοινωνικής Αγωνίας: Αισθάνονται σημαντικά αγχωμένα και δυσφορούν όταν βρίσκονται σε προσωπική επαφή με άτομα που δεν γνωρίζουν.

Φυσικά Σημάδια: Οι παρουσιάσεις της αλαλίας συμπεριλαμβάνουν ενδείξεις όπως κοιλιακός πόνος, ναυτία, εμετός, αρθραλγία, πονοκέφαλοι, στηθάγχη, δύσπνοια, διάρροια, ανησυχία και τρόμος.

Εκφραστική Συμπεριφορά: Πολλά παιδιά με ΕΑ δείχνουν μια ατάραχη, ψυχρή εκφραστικότητα, εμφανίζουν συσσωρευμένη ένταση και συχνά αποφεύγουν τις κοινωνικές ανταλλαγές ματιών σε στιγμές άγχους. Αυτό είναι πιο συχνό σε παιδιά μικρότερης ηλικίας, είτε προσχολικής είτε σχολικής. Ωστόσο, κάποια παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν ΕΑ χωρίς να εμφανίζουν αυτή την ψυχρή διάθεση, ειδικά αν έχουν προσαρμοστεί καλά στο σχολικό τους περιβάλλον. Υποθέεται ότι μια υπερβολική συμπαθητική αντίδραση μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή ένταση και σε παράλυση των φωνητικών χορδών.

Συναισθηματική Επίδραση: Σε μικρή ηλικία, το παιδί μπορεί να μη δείχνει εμφανή αναστάτωση για την αλαλία του, καθώς συνομήλικοι συνήθως το δέχονται και του δείχνουν κατανόηση. Με την πάροδο του χρόνου, τα παιδιά με αυξημένη ηλικία μπορεί να αναπτύξουν τις πιο δυσμενείς πτυχές του άγχους.

Αναπτυξιακά Ζητήματα: Ένα τμήμα των παιδιών αντιμετωπίζει αναπτυξιακές δυσκολίες, και ενίοτε μπορεί να έχουν παρουσία πολλαπλών διαταραχών, όπως γενικευμένες αναπτυξιακές διαταραχές, Αυτισμός και Σύνδρομο Asperger.

Αισθητηριακή Δυσλειτουργία και Δυσκολία στην Επεξεργασία Πληροφοριών: Πολλά παιδιά με ΕΑ δυσκολεύονται στην αισθητηριακή επεξεργασία, που συχνά τα οδηγεί να εσωστρεφούν και, σε τελική ανάλυση, να αναστέλλουν την ομιλία τους.

Κοινά Στοιχεία: Ορισμένα παιδιά εμφανίζουν περιορισμένη ποικιλία στην διατροφή τους, αντιμετωπίζουν προβλήματα με την ούρηση, έχουν υπερευαισθησία σε μαζώξεις και σε ερεθίσματα όπως φως, ήχοι, αφή και παρουσιάζουν δυσκολίες στο να ρυθμίσουν αυτόνομα τις αντιδράσεις τους (Μύθοι για την Επιλεκτική Αλαλία - Εκλεκτική Αλαλία, 2022).

'Εχω επιλεκτική αλαλία που σημαίνει

upbility

Εκδόσεις Επιστημονικού Υλικού

"Η σιωπή δεν κάνει λάθη"
George Bernard Shaw,



Είμαι έξυπνη, αντιλαμβάνομαι τα πάντα γύρω μου, αλλά δεν μιλάω καθόλου σε περιβάλλοντα που δεν νιώθω άνετα.
Ελένη 5 ετών

Πηγαίνω στη Β' Δημοτικού και η δασικάλα δεν έχει ακούσει ακόμα τη φωνή μου.
Όλγα 7 ετών

Νομίζω ότι οι γύρω μου συνεχώς με κρίνουν.
Γιάννης 8 ετών

Αισθάνομαι έντονο άγχος και ντροπή όταν πρέπει να μιλήσω...
Μαρία 6 ετών

Μιλάω, γελάω, παίζω, τραγουδάω...αρκεί να είμαι στο σπίτι μου!
Σπύρος 4 ετών

Υποφέρω από τη σιωπή μου αλλά είναι αδύνατον να μιλήσω.
Αλέκα 7 ετών

Δεν μπορώ να μιλήσω θα χάσω τα λόγια μου και θα γίνω ρεζίλι.
Νίκος 6 ετών

Όταν οι γονείς μου απομακρύνονται χάνω τη γη κάτω από τα πόδια μου.
Βασιλική 5 ετών

Τι θέλω από σένα

- Μη με πιέζεις να μιλήσω, με δυσκολεύεις περισσότερο...
- Μη με επιβραβεύεις κάθε φορά που τολμώ να πω κάτι
- Αγνόησε τη σιωπή μου
- Έλα να παίξουμε κάτι που δεν απαιτεί ομιλία
- Βοήθησε με να αγαπήσω τον εαυτό μου
- Μην με κρίνεις
- Υποστήριξε τον τρόπο που επικοινωνώ με τους άλλους
- Βοήθησέ με να κρατήσω επαφή με συνομηλίκους
- Στάσου δίπλα μου, όχι μπροστά, όχι πίσω μου

© copyright www.upbility.gr

Εικόνα 1: Επιλεκτική αλαλία Πηγή: (Μύθοι για την Επιλεκτική Αλαλία - Εκλεκτική Αλαλία, 2022)

Κεφάλαιο 3. Συχνότητα - Επιπολασμός

Η ΕΑ αναφέρεται επίσης ως μια διαταραχή της ομιλίας που παρουσιάζεται συχνά σε παιδιά ηλικίας από 2 έως 7ετών (Viana, Beidel, & Rabian, 2009). Σύμφωνα με τη Wong (2010), αυτή η διαταραχή δεν είναι συχνή και παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 0,47% έως 0,76% του συνολικού πληθυσμού. Η ακριβής συχνότητα εμφάνισης της ΕΑ μπορεί να είναι δύσκολο να καθοριστεί, καθώς οι εκτιμήσεις μεταβάλλονται ανάλογα με τους πληθυσμούς που μελετώνται και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται (Steinhausen & Juzi, 1996).

Σημειώνεται ότι πριν από λίγα χρόνια, οι ερευνητές Krysanski (2003) και οι Sharp και συνεργάτες του (2006) προέβησαν σε έρευνες που υποστήριζαν πως η εμφάνιση αυτής της διαταραχής κυμαίνεται από 0,03% έως 0,2%. Η μεγάλη διαφορά αυτή πιθανολογείται ότι οφείλεται στο έλλειμμα ομοιομορφίας, όσον αφορά τα κριτήρια διάγνωσης της επιλεκτικής αλαλίας, καθώς και στις αδυναμίες των τεστ αξιολόγησης (Viana, Beidel, & Rabian, 2009).

Σε σχέση με άλλες παιδικές διαταραχές, η ΕΑ παρουσιάζεται πιο συχνά σε κορίτσια, με μια συχνότητα περίπου 1.2-1.6 φορές περισσότερο από τα αγόρια (Steinhausen & Juzi, 1996). Ο Bernstein (1996) προτείνει ότι η εμφάνιση της ΕΑ σε μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια οφείλεται στην τάση τους να εμφανίζουν πιο εύκολα συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τα αγόρια.

Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη των Standart και Couteur (2003) που αναφέρει πως η αναλογία ανάμεσα σε κορίτσια και αγόρια θα παραμείνει ανοδική καθώς τα κορίτσια, έχουν περισσότερη πιθανότητα να εμφανίσουν αγχώδεις συμπεριφορές και κοινωνικό άγχος.

Η διαταραχή της ΕΑ συνήθως αρχίζει να εμφανίζεται νωρίτερα από την ηλικία των 5 ετών (Black & Uhde, 1995). Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι οι διαταραχές που σχετίζονται με τις κοινωνικές δεξιότητες δημιουργούν εμφανή συμπτώματα πριν ακόμη ξεκινήσουν τα παιδιά την πρώτη τάξη του δημοτικού σχολείου (Schwartz, Freedy, & Sheridan, 2006). Ωστόσο, σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των Standart και Couteur (2003), η πλειοψηφία των συμπτωμάτων γίνεται εμφανή μετά την πάροδο του πρώτου εξαμήνου ή το πρώτο έτος της σχολικής ζωής. Κατά την περίοδο αυτή, οι κοινωνικές προσδοκίες ανεβαίνουν, τα παιδιά που ενδέχεται να έχουν ΕΑ αντιμετωπίζουν αυξημένο στρες σε σύγκριση με τη νηπιακή τάξη. Όσον αφορά τη διάρκεια των συμπτωμάτων μετά την έναρξη της διαταραχής, σύμφωνα με τον Krysanski (2010), αυτά πιθανό να διαρκέσουν από μερικούς μήνες μέχρι και μερικά χρόνια και η πλειοψηφία των παιδιών με ΕΑ ξεπερνά τη διαταραχή αυθόρμητα και χωρίς γνωστούς ακόμη λόγους. Ωστόσο, σε ορισμένα περιστατικά μπορεί να παραμείνει και στην εφηβεία ή ακόμα και στην ενήλικη ζωή (Cohan, Chavira, & Stein, 2006).

Κεφάλαιο 4. Αιτιολογία

Η ΕΑ εμφανίζεται σπάνια και αυτό αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο υπάρχει έλλειψη ερευνών σχετικά με αυτήν τη διαταραχή. Η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καταστήσει σαφή τα αίτια που προκαλούν την εμφάνισή της. Ωστόσο, τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής στα παιδιά σχολικής ηλικίας κυμαίνονται από 0,7% έως 2%, επηρεάζοντας περίπου 1 στα 140 παιδιά σχολικής ηλικίας.

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν πως η ΕΑ μπορεί να οφείλεται στη σύνδεσή της με διαταραχές άγχους και υποστηρίζουν πως οι κληρονομικοί ή γενετικοί παράγοντες μπορεί να διαδραματίζουν ρόλο στην αιτιολογία της. Μάλιστα, σύμφωνα με σχετική έρευνα από τους Κονταξάκη και Κωνσταντακόπουλο (2015), γονείς που έχουν παιδιά που πάσχουν από ΕΑ αναφέρουν ότι τα παιδιά τους εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους από τη νηπιακή ηλικία (Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ΕΑ αποτελεί μια διαταραχή για την οποία δεν έχουν εξακριβωθεί ακόμη τα ακριβή αίτια. Ωστόσο, με βάση τις λίγες υπάρχουσες έρευνες, υπάρχουν ενδείξεις που υποδεικνύουν ότι πρόκειται για μια διαταραχή πολυπαραγοντική, που προκύπτει από μια συνδυασμένη επίδραση διάφορων παραγόντων.

Ειδικότερα, οι ερευνητές που μελετούν την ΕΑ επισημαίνουν ότι τα παιδιά που εκδηλώνουν αυτήν τη διαταραχή προέρχονται από οικογενειακό περιβάλλον, όπου υπάρχουν κάποιες γενετικές προδιαθέσεις από τους γονείς, παρόμοια με αυτό που συμβαίνει σε περιπτώσεις άλλων αγχώδων διαταραχών. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει εντοπιστεί κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο που να θεωρείται υπεύθυνο για την εμφάνισή της. Αντίθετα, οι γονείς των παιδιών που παρουσιάζουν εκλεκτική αλαλία έχουν ίσως οι ίδιοι στο παρελθόν αντιμετωπίσει διάφορες διαταραχές, όπως κατάθλιψη, γλωσσικές διαταραχές και άλλες παρόμοιες καταστάσεις (Ψάλτη, 2004).

Οι διαφορετικές απόψεις για την προέλευση της ΕΑ καταλήγουν πως αυτή η διαταραχή σχετίζεται με ποικίλους παράγοντες, περιλαμβάνοντας οικογενειακούς (Meyers, 1984), γενετικούς, περιβαλλοντικούς, νευρο-αναπτυξιακούς, συμπεριφορικούς και ψυχοδυναμικούς παράγοντες (Leonard & Torol, 1993). Μάλιστα, υπάρχουν προτάσεις πως και τραυματικές εμπειρίες μπορεί να αποτελούν μια πιθανή αιτία για τη διαταραχή, αν και ορισμένες μελέτες έχουν απορρίψει αυτήν την άποψη (Black & Uhde, 1995).

Επομένως, είναι πολύ σημαντική η συνεργασία ανάμεσα σε γονείς και δασκάλους για την αντιμετώπιση των εκπαιδευτικών δυσκολιών ενός παιδιού και κυρίως για να μειώσουν την πίεση στην ομιλία σε περιπτώσεις που το παιδί αισθάνεται άγχος σε κοινωνικές συνθήκες, διατηρώντας παράλληλα τις ευκαιρίες του να εκφράζεται. Ωστόσο, συχνά αγνοούμε τις προφανείς δυσκολίες του παιδιού και το πιέζουμε να μιλήσει. Η ΕΑ προκαλεί έντονο άγχος, αμηχανία και ντροπή στα οικογενειακά μέλη, γεγονός που επηρεάζει το παιδί που νιώθει αυξημένη πίεση, για παράδειγμα από συχνές ερωτήσεις για την πρόοδό του ή άλλες φοβισμένες εκφράσεις. Επιπλέον, υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι προσδοκίες επικοινωνίας είναι χαμηλές και δεν ενθαρρύνουν το παιδί να μιλήσει ή να επικοινωνήσει. Οι γονείς ή τα αδέρφια μιλάνε εκ μέρους του για να αποφύγουν την αμηχανία ή την απογοήτευση. Υπάρχουν λίγες ευκαιρίες για το παιδί να συμμετέχει σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις έξω από τον οικογενειακό κύκλο, και επιτρέπεται συχνά να αποφεύγει δραστηριότητες που το αγχώνουν αντί να τροποποιούνται αυτές οι δραστηριότητες ανάλογα με τις ανάγκες του. Επίσης, συνιστάται να μιλάτε ανοικτά με το παιδί για τον φόβο του να μιλήσει και να προσπαθήσετε να καταλάβετε τους λόγους που το κάνει να αισθάνεται άβολα. Η ενίσχυση της θετικής αυτοαντίληψης μπορεί να είναι καθοριστική, ώστε το παιδί να αποκτήσει περισσότερη εμπιστοσύνη στις δικές του δυνατότητες να επικοινωνήσει αποτελεσματικά.

Παράλληλα, οι γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να είναι μοντέλα ήρεμης και υπομονετικής επικοινωνίας. Είναι σημαντικό να μην τελειώνουν τις προτάσεις του παιδιού ή να μιλούν εκ μέρους του. Δίνοντας χρόνο και χώρο στο παιδί να εκφραστεί, ανεξάρτητα από το πόσο χρόνο χρειάζεται, βοηθά στην καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης και μειώνει την αίσθηση του άγχους.

Η δημιουργία μιας υποστηρικτικής και κατανοητικής κοινότητας γύρω από το παιδί είναι ζωτική. Η ενθάρρυνση των συνομηλίκων να είναι υπομονετικοί και κατανοητοί μπορεί να βοηθήσει το παιδί να νιώσει πιο άνετα και λιγότερο απομονωμένο. Επίσης, η συμμετοχή σε δραστηριότητες που προάγουν την αυτοέκφραση, όπως η θεατρική αγωγή, η μουσική ή οι ομάδες συζήτησης, μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμη.

Τέλος, είναι ουσιαστικό να υπάρχει συνεχής επικοινωνία και ανοιχτοί διάλογοι μεταξύ γονέων και δασκάλων για να υποστηριχθεί το παιδί όσο το δυνατόν καλύτερα. Η κατανόηση των συγκεκριμένων αναγκών και η συνεκτίμηση των προκλήσεων μπορεί να

οδηγήσει σε πιο εξατομικευμένες και αποτελεσματικές προσεγγίσεις στην εκπαίδευση και την κοινωνικοποίηση του παιδιού.

Είναι σημαντικό επίσης, οι επαγγελματίες όπως ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, και ειδικοί παιδαγωγοί να εμπλέκονται όταν απαιτείται, παρέχοντας ειδικευμένη βοήθεια και στρατηγικές που μπορεί να βοηθήσουν το παιδί να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Αυτοί οι επαγγελματίες μπορούν να προσφέρουν πολύτιμη καθοδήγηση και υποστήριξη, όχι μόνο στο παιδί αλλά και στους γονείς και δασκάλους για να διαχειρίζονται καλύτερα τις προκλήσεις.

Η ενθάρρυνση στην άσκηση υπομονής και η συνεχής αποδοχή είναι κρίσιμα στοιχεία για την ανάπτυξη ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για το παιδί. Η διασφάλιση ότι το παιδί αισθάνεται ακούγεται και κατανοείται είναι ουσιώδες για την αυτοεκτίμηση και τη συνολική του ανάπτυξη.

Αντιλαμβανόμενοι τη σημασία της καθημερινής ενθάρρυνσης και στήριξης, μπορούμε να βοηθήσουμε το παιδί να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις του με περισσότερη εμπιστοσύνη και θάρρος. Μέσω της συνεχούς υποστήριξης, το παιδί μπορεί να μάθει να αναπτύσσει τις δεξιότητες και τις στρατηγικές που χρειάζεται για να επικοινωνεί αποτελεσματικά και να εκφράζει τις σκέψεις του με άνεση και αυτοπεποίθηση.

Παράλληλα, είναι σημαντικό να ενθαρρύνουμε το παιδί να συμμετέχει σε δραστηριότητες ομαδικές και ατομικές που το ενδιαφέρουν, καθώς αυτό μπορεί να το βοηθήσει να αποκτήσει νέες δεξιότητες και να βελτιώσει την κοινωνική του αλληλεπίδραση. Είτε πρόκειται για αθλητικές δραστηριότητες, είτε για καλλιτεχνικές ή εκπαιδευτικές, η συμμετοχή σε ομάδες μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση της συνδεσιμότητας και της κοινότητας.

Η χρήση τεχνολογίας και διαδραστικών εργαλείων μπορεί να αποτελέσει μια θετική προσθήκη στην εκπαίδευση και την αυτοέκφραση του παιδιού. Εφαρμογές και προγράμματα που εστιάζουν στην ενίσχυση της ομιλίας και της γλώσσας μπορούν να προσφέρουν ασφαλή και διασκεδαστικά μέσα για να βελτιώσουν τις δεξιότητες αυτές.

Όλα αυτά μαζί, μπορούν να δημιουργήσουν ένα ισχυρό δίκτυο υποστήριξης γύρω από το παιδί, παρέχοντας τα εφόδια και την αυτοπεποίθηση που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της επικοινωνίας και να θεμελιώσει ένα θετικό και παραγωγικό μέλλον. Ο στόχος δεν είναι μόνο η βελτίωση της επικοινωνιακής ικανότητας,

αλλά και η καλλιέργεια μιας ισχυρής αυτοεκτίμησης και αυτοπίστης που θα επιτρέψει στο παιδί να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις με αισιοδοξία και αποφασιστικότητα.

Η ενδυνάμωση του παιδιού περνάει μέσα από την αναγνώριση των μοναδικών του ταλέντων και την ενθάρρυνση για την ανάπτυξη τους. Η εκπαίδευση που προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε παιδιού και η στήριξη στην εξερεύνηση νέων ενδιαφερόντων μπορεί να αποτελέσει καίριο μέσο για την αυτογνωσία και την προσωπική ανάπτυξη.

Συνοψίζοντας, η προσπάθεια για την υποστήριξη ενός παιδιού με δυσκολίες στην επικοινωνία απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που ενσωματώνει την εκπαίδευση, τη θεραπεία, την τεχνολογία, και την κοινωνική ένταξη. Με τη συνεχή αφοσίωση και την ενθάρρυνση από όλους τους εμπλεκόμενους, το παιδί μπορεί να αναπτύξει τις δεξιότητες που χρειάζεται για να ανθίσει και να πετύχει, ενισχύοντας ταυτόχρονα την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή του (Johnson & Wintgens, 2016).

Όλα αυτά τα θεωρητικά μοντέλα υπογραμμίζουν το γεγονός πως η ΕΑ συνδέεται άμεσα με κάποια αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να μελετήσουμε όλους αυτούς τους αιτιολογικούς παράγοντες προκειμένου να την κατανοήσουμε πλήρως και να σχηματίσουμε μια ολοκληρωμένη άποψη για αυτήν.

4.1 Οικογένεια – Γενετική

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα χαρακτηριστικά παιδιών με ΕΑ συνδέονται με τις συμπεριφορές του οικογενειακού κύκλου. Πρόσφατη έρευνα από τον Remschmidt και συνεργάτες του (2001) δείχνει ότι το 9% των πατέρων, το 18% των μητέρων και το 18% των αδερφών έχουν παρελθόν επιλεκτικής αλαλίας ή παρουσιάζουν στοιχεία σημαντικής κοινωνικής ανασφάλειας και αβεβαιότητας σε ποσοστό περίπου 50%. Επιπλέον, γονείς παιδιών με ΕΑ φαίνεται να έχουν υψηλά επίπεδα ντροπαλότητας και κοινωνικού άγχους και να απέχουν από δράσεις που πραγματοποιούνται εκτός της οικίας τους (Kristensen & Torgersen, A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder, 2002). Από την άλλη πλευρά, η οικογενειακή δυναμική και το στυλ ανατροφής μπορεί επίσης να παίζει ρόλο. Οικογένειες που διακρίνονται από υψηλά επίπεδα προστασίας ή περιορισμού και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη ή ενίσχυση της ΕΑ (Levy, McLean, Marini, & Treasure, 2007). Οικογενειακά μοτίβα συμπεριφοράς, όπως η υπερπροστατευτικότητα και η αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων, μπορεί επίσης να

συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε περιβάλλοντα όπου το άγχος και ο φόβος κοινωνικής απόρριψης είναι συχνά παρόντα, μπορεί να έχουν αυξημένη ευαισθητή στο να αναπτύξουν ανάλογες αντιδράσεις (Black & Uhde, 1995).

Επιπλέον, η συνύπαρξη της ΕΑ με άλλες διαταραχές του γλωσσικού φάσματος στην ίδια οικογένεια υποδεικνύει την πιθανότητα κοινών γενετικών παραγόντων (Kristensen, Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder, 2000). Έρευνες έχουν επικεντρωθεί στον γενετικό παράγοντα σχετιζόμενο με την ΕΑ. Ένα σημαντικό γονίδιο που έχει εντοπιστεί είναι η πρωτεΐνη CNTNAP-2, η οποία σχετίζεται με κοινωνικά προβλήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι γενετική μεταβολή σε αυτήν την πρωτεΐνη συνδέεται άμεσα με την ΕΑ, το κοινωνικό άγχος και τα αγχώδη χαρακτηριστικά (Stein, και συν., 2011).

4.2 Νευροαναπτυξιακοί-Νευρολογικοί παράγοντες

Νευροαναπτυξιακοί-νευρολογικοί παράγοντες αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα και την ανάπτυξή του. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν γενετικές, μεταβολικές, τοξικές ή λοιμώδεις αιτίες που έχουν επίδραση στη λειτουργία, τη δομή ή την οργάνωση του εγκεφάλου, και συνήθως διαγιγνώσκονται στην παιδική ηλικία (Association, 2013). Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν τον αυτισμό, την προσοχή διαταραχή υπερκινητικότητας (ADHD), τις μαθησιακές διαταραχές, τις διαταραχές του λόγου και της επικοινωνίας, καθώς και άλλες καταστάσεις που επηρεάζουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή εργασιακή λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τα γνωστά δεδομένα, στην παιδική ηλικία υπάρχουν νευροαναπτυξιακές διαταραχές που συνδέονται με δυσκολίες στην επικοινωνία (Viana, Beidel, & Rabian, 2009). Έχει αναφερθεί ότι οι γλωσσικές διαταραχές συνοδεύουν συχνά την ΕΑ και μελετητές όπως ο Steinhause (2006) έχουν ανιχνεύσει διαταραχές λόγου και ομιλίας σε ποσοστό 30.3% σε δείγμα παιδιών με ΕΑ. Οι κύριες διαταραχές παρατηρούνται κυρίως στο εκφραστικό πλαίσιο της γλώσσας και στην ευχέρεια του λόγου.

Άλλες μελέτες έχουν επίσης εντοπίσει διάφορες γλωσσικές διαταραχές που συνυπάρχουν με την ΕΑ. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΕΑ έχουν παρουσιάσει διαταραχές που αφορούν τη φωνολογία, την κατανόηση και απόδοση της γλώσσας, καθώς και συγκεκριμένες γλωσσικές παθήσεις. Παράλληλα, ορισμένες έρευνες έχουν βρει

συνδέσμους μεταξύ της ΕΑ και κινητικών δυσκολιών, φυσικών ανωμαλιών και καθυστερήσεων στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Kristensen & Torgersen, A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder, 2002).

4.3 Συμπεριφορική αναστολή

Ο όρος «συστολή» ή «αναστολή» συχνά αναφέρεται στο κοινωνικό άγχος και μετονομάζεται επίσης ως «συμπεριφορική αναστολή». Σύμφωνα με τον Kagan (1990), αυτό αναφέρεται ως η τάση ενός ατόμου να απομονώνεται από κοινωνικά πλαίσια, γονείς και δραστηριότητες που δεν είναι οικείες ή γνωστές σε αυτό και που βρίσκεται υπό έντονο άγχος. Συχνά, παιδιά που αντιμετωπίζουν άγνωστες και πρωτόγνωρες καταστάσεις αυξάνουν την ανάγκη να απομονωθούν, χρησιμοποιώντας αυτόν τον τρόπο για να εκφράσουν τη δυσφορία τους έναντι της κοινωνικής κατάστασης. Η επανάληψη αυτής της συμπεριφοράς οδηγεί στη δημιουργία μόνιμων χαρακτηριστικών σε συγκεκριμένες κοινωνικές περιστάσεις (Manassis K., 2009).

Η ΕΑ και η συμπεριφορική αναστολή μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η συμπεριφορική αναστολή εμφανίζεται σε διάφορα στάδια της ανάπτυξης των παιδιών, με τη διστακτικότητα για την επικοινωνία με άγνωστα άτομα να είναι ένας κύριος δείκτης στην προσχολική ηλικία. Επίσης, οι Hirshfeld-Becker και συνεργάτες (2008) έχουν επισημάνει πως η συστολή και η διστακτικότητα στην προσχολική ηλικία είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη διαταραχών άγχους, συμπεριλαμβανομένης της ΕΑ (Clauss & Blackford, 2012).

Οι περιγραφικές έρευνες (Kristensen & Torgersen, 2002), έχουν αναφέρει ότι η ντροπαλότητα, η οποία συσχετίζεται με τη συμπεριφορική αναστολή, παρουσιάζεται σε ποσοστό 68-85% σε παιδιά με ΕΑ. Τα περιορισμένα ευρήματα της βιβλιογραφίας καθιστούν αναγκαία την ανάγκη για μελλοντικές έρευνες που θα διερευνήσουν αν η ΕΑ έχει σχέση άμεσα ή αποκλειστικά από τη συμπεριφορική αναστολή.

4.4 Αντιδραστικότητα

Οι Thomas και Chess (1997) προτείνουν ότι ορισμένα παιδιά ενδέχεται να προκαλούν προκλήσεις στην ενήλικη εποπτεία και καθοδήγηση, και αυτό δεν συμβαίνει μόνο επειδή μπορεί να είναι ντροπαλά ή απρόθυμα, αλλά επίσης επειδή αντιστέκονται στο να

ακολουθήσουν τους κοινωνικούς κανόνες που επιτάσσονται από διάφορα κοινωνικά συμβάντα. Παρόμοια παρατήρηση έκανε και ο Ford (1998), τονίζοντας πως πολλά παιδιά με ΕΑ εκδηλώνουν αντιδραστικότητα, με αποτέλεσμα να σταματούν να ομιλούν εντελώς, πέρα από την αναστολή της ομιλίας λόγω άγχους.

Περαιτέρω έρευνες (Vecchio & Kearney, 2005) έχουν αποκαλύψει πως τα παιδιά με ΕΑ εκδηλώνουν συνεχώς δυσφορία, εκφράζουν γκρίνια, είναι ανυπάκουα στο σχολείο, δεν τρώνε, κλαίει όταν «δεν γίνεται το δικό τους» και άλλα παρόμοια συμπεριφορικά μοτίβα. Προστίθεται πως ο Cohan (2008) επισημαίνει ότι, παρόλο που η σχέση της αντιδραστικής συμπεριφοράς με τη νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση δεν έχει θεμελιωθεί σαν βασικό αίτιο, λόγω έλλειψης ερευνών, είναι σημαντικό να παραδεχθούμε ότι η αντιδραστικότητα των παιδιών με ΕΑ μπορεί να κυμαίνεται από μέτρια έως σοβαρή.

4.5 Ψυχολογικοί παράγοντες

Όπως αναφέρουν οι (Black & Uhde, 1995) η ΕΑ χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, κάτι που φαίνεται και στην κλινική αξιολόγηση με υψηλούς δείκτες άγχους και αποφυγή της επικοινωνίας σε κοινωνικά πλαίσια. Συγκεκριμένα, η Kristensen (2000) διαπίστωσε πως το 61,4% των παιδιών με ΕΑ παρουσίαζαν κοινωνική φοβία και το 31,5% άγχος αποχωρισμού. Παρόμοια ποσοστά καταγράφηκαν και σε μελέτες του Manassis (2003, 2007) με ποσοστό 50-61,4%. Επιπλέον, το 30% του δείγματος εμφάνιζε συμπτώματα απλής φοβίας, και το 17% άγχος αποχωρισμού. Επιπλέον, το 57% του πληθυσμού ήταν εξαιρετικά ντροπαλό. Με βάση αυτά τα ποσοστά, οι ερευνητές συμφωνούν ότι η ΕΑ εξηγείται καλύτερα ως αποτέλεσμα κοινωνικού άγχους και όχι ως μία ξεχωριστή διαταραχή. Η ίδια άποψη έχει υποστηριχθεί και από πρόσφατες μελέτες (Yeganeh, Beidel, & Turner, 2006), οι οποίες επίσης ανέδειξαν υψηλά ποσοστά κοινωνικής φοβίας και άγχους στο δείγμα με ΕΑ.

4.6 Οικογενειακό σύστημα και περιβαλλοντικές επιρροές

Οι οικογένειες των παιδιών με ΕΑ έχουν περιγραφεί με τρεις διακριτές χαρακτηριστικές πτυχές: απομόνωση, συγκρούσεις, υπερβολική συγκρότηση και υπερπροστασία προς τα παιδιά τους (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen, & Gutenbrunner, 2001). Σύμφωνα με έρευνες (Elizur & Perednik, Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study, 2003), το 47% των παιδιών με

ΕΑ ήταν παιδιά διαζευγμένων γονέων ή βρίσκονταν σε οικογένειες που διακρίνονται από ψυχική ανισορροπία με συχνές διαφωνίες και βία.

Οι Vecchio και Kearney (2005) παρατήρησαν ότι το οικογενειακό περιβάλλον των παιδιών αυτών είχε περιορισμένες κοινωνικές συναναστροφές και απέφευγαν δραστηριότητες που δεν ήταν γνώριμες. Οι περιγραφές αυτές των οικογενειών προέτρεψαν τους ερευνητές να συμφωνήσουν πως η ΕΑ είναι πιθανό να επηρεάζεται από την παρόμοια συμπεριφορά των γονέων.

Επιπλέον, συγκριτικές μελέτες έχουν ανακαλύψει ότι, εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά που αναπτύσσουν τα παιδιά με ΕΑ (όπως ντροπαλότητα, κοινωνικό άγχος και σιωπή), οι γονείς τους επίσης εμφανίζουν τα ακριβώς ίδια χαρακτηριστικά (Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2008).

4.7 Διγλωσσία και μετανάστευση

Παρόλο που η ΕΑ θεωρείται συχνά ως κριτήριο αποκλεισμού για άτομα που χρησιμοποιούν άλλη γλώσσα εκτός από τη μητρική τους, φαίνεται πως τα ποσοστά εμφάνισης της ΕΑ είναι πιο υψηλά σε οικογένειες που πρόσφατα μετανάστευσαν σε μια ξένη χώρα. Αυτό οφείλεται στο άγχος που μπορεί να προκαλέσει η προσπάθεια προσαρμογής σε μία νέα γλώσσα και ο φόβος της πιθανής κοροϊδίας από τους συνομηλίκους, τα οποία έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη της διαταραχής (Elizur & Perednik, 2003).

Κεφάλαιο 5. Γενικά χαρακτηριστικά παιδιών με επιλεκτική αλαλία

Κατά κύριο λόγο, τα παιδιά που παρουσιάζουν εκλεκτική αλαλία εκδηλώνουν κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία εξηγούνται από το άγχος. Μέσα από τις λίγες διαθέσιμες έρευνες, παρατηρούνται τα παρακάτω συχνά στοιχεία:

- Είναι παιδιά με έντονη συστολή, αυτοπεριορίζονται και επιδεικνύουν καχυποψία μπροστά σε άγνωστα άτομα και καταστάσεις.
- Παρουσιάζουν συμπτώματα κοινωνικού άγχους, φτάνοντας σε ποσοστό άνω του 90%. Είναι τελειομανείς, αποφεύγουν λάθη, νιώθουν αμήχανα να γνωρίσουν νέα άτομα και απεχθάνονται την κριτική ή προσοχή.
- Αν και επιθυμούν να έχουν φίλους και διαθέτουν τις κοινωνικές δεξιότητες, παρουσιάζουν έντονο άγχος να το πράξουν. Άλλα παιδιά δεν έχουν επαρκώς

αναπτύξει τις κοινωνικές δεξιότητες και χρειάζονται βοήθεια για να τις αναπτύξουν.

- Παρουσιάζουν κοινά σωματικά χαρακτηριστικά όπως αλαλία, εμετός, πόνος στις αρθρώσεις ή στο στήθος, φόβος, έντονο άγχος, διάρροια κ.ά.
- Εμφανίζονται ως παιδιά με παγωμένο βλέμμα, δυσνόητη γλώσσα του σώματος, αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή όταν αισθάνονται άγχος και είναι ανέκφραστα (Γκοτζαμάνης, 2015).
- Ορισμένα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν και καθυστέρηση στις αναπτυξιακές τους δεξιότητες, όπως στην κίνηση και την κοινωνική ανάπτυξη και επικοινωνία, ενώ άλλα μπορεί να διαγνωστούν και με κάποια συνοδό αναπτυξιακή διαταραχή που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού (Lang, και συν., 2016).
- Πολλά παιδιά που εμφανίζουν εκλεκτική αλαλία, παρουσιάζουν επίσης δυσλειτουργία στην αισθητηριακή ολοκλήρωση, καθυστερήσεις και δυσκολίες στην επεξεργασία πληροφοριών.
- Προβληματική κοινωνική συμπεριφορά. Συχνά χαρακτηρίζονται ως πεισματάρικα, κακοδιάθετα, με αλλαγές στη διάθεσή τους, αρνητική διάθεση, είναι χειριστικά και εμφανίζουν έντονα την ανάγκη διατήρησης του ελέγχου εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Δεν θέλουν να αλλάζουν τη ρουτίνα τους και αντιδρούν με κλάματα (Cunningham, Mcholm, Boyle, & Patel, 2004).
- Το άγχος που βιώνουν συνοδεύεται από διάφορες φοβίες, διαταραχή γενικευμένου άγχους, άγχος για τον αποχωρισμό, διαταραχή πανικού κ.ά.
- Εκτός από την λεκτική «ακαμψία», οι δυσκολίες στην επικοινωνία εκδηλώνονται και στην έκφραση σωματικά, όπως δυσκολία στις εκφράσεις προσώπου ή χειρονομίες. Ωστόσο, σε ένα περιβάλλον όπου αισθάνονται ασφάλεια και άνεση, μπορεί να εκφραστούν προφορικά χωρίς πρόβλημα.
- Τα παιδιά με εκλεκτική αλαλία χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην κοινωνική τους εμπλοκή. Δεν είναι εξοικειωμένα και δεν γνωρίζουν τον κατάλληλο τρόπο να εμπλακούν κοινωνικά, για το λόγο αυτό όταν έρχονται αντιμέτωπα με κάποιο άγνωστο πρόσωπο επιλέγουν να αποφύγουν την επικοινωνία, αποχωρούν και αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή (Π. & Τάσιος, 2012).

Ο φαύλος κύκλος της ΕΑ



Εικόνα 2: Ο κύκλος της επιλεκτικής αλαλίας. Πηγή: (Ελληνικός Σύλλογος Επιλεκτικής Αλαλίας, 2022).

Κεφάλαιο 6. Διαφορά μεταξύ επιλεκτικής αλαλίας και αυτισμού

Τα κοινά στοιχεία ανάμεσα στην ΕΑ και τον αυτισμό είναι εμφανή (όπως φαίνεται στον πίνακα παρακάτω), με την διαφορά ότι τα παιδιά με ΕΑ δείχνουν τα συμπτώματα αυτά μόνο όταν βρίσκονται σε αγχωτικές καταστάσεις, ενώ τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν συνεχή δυσκολία ανεξάρτητα από το περιβάλλον ή το πλαίσιο. Μάλιστα, μερικά παιδιά μπορεί να έχουν και τις δύο διαταραχές, με την παρουσία των δυσκολιών του αυτισμού να συνυπάρχει με μια ανισορροπία στην επικοινωνία σύμφωνα με το πλαίσιο ή τα άτομα που εμπλέκονται. Μια καλά τεκμηριωμένη αξιολόγηση των συμπτωμάτων είναι απαραίτητη για μια ακριβή διάγνωση, οδηγώντας στη σωστή θεραπευτική παρέμβαση που θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις μοναδικές ανάγκες του καθενός (Κωνσταντινοπούλου, 2023).

Σύμφωνα και με τους Peter Muris και Thomas H. Ollendick η ΕΑ μπορεί να υπερβαίνει την απλή αγχώδη διαταραχή και να έχει κοινά σημεία με τον αυτισμό. Ενώ παραδείγματα δείχνουν ότι το άγχος, ιδιαίτερα στο κοινωνικό πλαίσιο, είναι κεντρικό στην ΕΑ, παρατηρούμε ότι μερικές φορές εμφανίζονται και χαρακτηριστικά του αυτισμού. Αυτή η θεωρία βασίζεται στην παρατήρηση ότι η ΕΑ και η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού συνυπάρχουν σε μερικούς ασθενείς και μοιράζονται παρόμοιες δυσκολίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Μελετώντας πιο διεξοδικά τη σχέση μεταξύ ΕΑ και αυτισμού, προκύπτει ότι η ΕΑ ενδέχεται να αποτελεί κάτι περισσότερο από μια κλασική διαταραχή άγχους, ίσως ένα φαινόμενο με πιο περίπλοκες διαστάσεις. Αυτή η διαπίστωση έχει συνέπειες στην κλινική πρακτική, καθώς επηρεάζει την ταξινόμηση, την αξιολόγηση και τη θεραπεία των παιδιών με ΕΑ (Muris & Ollendick, *Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder*, 2021). Παρά ταύτα, η ΕΑ αποκλίνει σημαντικά από τον αυτισμό. Ενώ τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν γενικευμένα ελλείμματα στις κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες σε διάφορα περιβάλλοντα, τα άτομα με ΕΑ εμφανίζουν δυσκολίες στην ομιλία κυρίως σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή πλαίσια. Δεν υφίσταται γνωστή άμεση ή έμμεση συνάφεια μεταξύ της επιλεκτικής αλαλίας και του φάσματος του αυτισμού, αλλά είναι εφικτό ένα άτομο να εμφανίζει και τις δύο καταστάσεις. Ωστόσο, η ύπαρξη της μίας διαταραχής δεν

αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανιστεί και η άλλη (Μύθοι για την Επιλεκτική Αλαλία - Εκλεκτική Αλαλία, 2022).

Διαφορές ΕΑ - Αυτισμός

ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΑΛΑΛΙΑ	ΑΥΤΙΣΜΟΣ
Κοινωνικό άγχος ή/και άγχος αποχωρισμού	Έντονο άγχος σε συγκεκριμένες καταστάσεις
Δυσκολεύεται να διατηρήσει βλεμματική επαφή όταν νιώθει δυσκολεμένα	Δυσκολεύεται να διατηρήσει βλεμματική επαφή με άλλους
Πιθανόν να έχει καθυστέρηση στον λόγο	Καθυστέρηση στον λόγο ή την ομιλία
Κάποιες φορές παρουσιάζει αισθητηριακές ευαισθησίες	Παρουσιάζει αισθητηριακές ευαισθησίες

Κεφάλαιο 7. Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Όπως προαναφέρθηκε, η αιτιολογία ύπαρξης της επιλεκτικής αλαλίας δεν έχει ακόμα διασαφηνιστεί. Για το λόγο αυτό, υπάρχει αντιπαράθεση απόψεων μεταξύ των ερευνητών σχετικά με την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση. Το ερώτημα που προκύπτει είναι αν υπάρχει μια μοναδική μέθοδος θεραπείας, αν απαιτούνται πολλαπλές παρεμβάσεις, αν η θεραπεία διαφέρει από παιδί σε παιδί και αν οι ψυχοθεραπευτές είναι οι μόνοι ειδικοί για την αντιμετώπιση της διαταραχής, με τον ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού να προκαλεί επίσης αναστάτωση (Camrosano, 2011).

Οι προσεγγίσεις που διεξάγονται για τη θεραπεία της ΕΑ εμφανίζουν πολλά διαφορετικά σημεία και υιοθετούν διαφορετικές στρατηγικές. Όμως, όλες θέτουν ως στόχο να ελαττώσουν το άγχος του παιδιού, να δημιουργήσουν υγιείς μηχανισμούς διαχείρισης του κοινωνικού φόβου και να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή του (Shiron-Blum, 2007).

Πριν λάβουμε την επίσημη διάγνωση, είναι δυνατόν να αρχίσουμε τη μείωση του άγχους του παιδιού. Είναι κρίσιμο να εκπαιδεύσουμε το άμεσο περιβάλλον του, δηλαδή την οικογένεια και τους δασκάλους του. Χωρίς την κατανόηση ότι η συμπεριφορά του παιδιού δεν οφείλεται σε επιθετικότητα ή επιθυμία για έλεγχο, αλλά σε έντονο φόβο, τα μέτρα που θα λάβουμε δεν θα είναι αποτελεσματικά.

Στη συνέχεια, στοχεύουμε στην απομάκρυνση των παραγόντων που εμποδίζουν το παιδί και στη δημιουργία ευκαιριών για συμμετοχή σε κοινωνικές καταστάσεις όπου απαιτείται ομιλία, χωρίς πίεση. Είναι σημαντικό να συζητήσετε με το παιδί για την δυσκολία του, αναλόγως με την ηλικία του, και να εργαστείτε για να βοηθήσετε στην

ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησής του. Για τα μικρότερα παιδιά, αυτές οι ενέργειες μπορούν να τα βοηθήσουν να αρχίσουν να μιλούν σε συνθήκες που προηγουμένως ήταν δύσκολο.

Αφού συζητήσουμε με το παιδί, μπορούμε να ξεκινήσουμε παρεμβάσεις στα μέρη όπου το παιδί δεν μιλάει, κυρίως στο σχολείο. Εισάγουμε τεχνικές όπως το sliding in, που στοχεύουν στην ελεύθερη ομιλία του παιδιού. Ο συντονιστής, ο οποίος μπορεί να είναι ο γονέας ή να οριστεί από αυτόν, παίζει κρίσιμο ρόλο για την ενθάρρυνση και την υποστήριξη του παιδιού. Με τεχνική όπως το «sliding in», ξεκινάμε με ένα περιβάλλον όπου το παιδί αισθάνεται άνετα και σταδιακά προσθέτουμε περισσότερα άτομα ή αλλάζουμε το περιβάλλον για να προσαρμοστεί σε πιο προκλητικές καταστάσεις.

Επιπλέον, μπορούμε να εφαρμόσουμε τεχνικές συμπεριφορικής θεραπείας για να βοηθήσουμε το παιδί να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί τους φόβους του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τεχνικές όπως η εκπαίδευση βαθιάς αναπνοής, η χαλάρωση των μυών, και η σταδιακή έκθεση στις καταστάσεις που φοβίζονται το παιδί.

Παράλληλα, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη. Αυτή η μορφή θεραπείας βοηθά το παιδί να αναγνωρίσει και να αμφισβητήσει τις αρνητικές σκέψεις που μπορεί να έχει σχετικά με την ικανότητά του να μιλήσει σε κοινωνικές καταστάσεις. Μαθαίνοντας να αντικαθιστούν αυτές τις σκέψεις με πιο θετικές και ρεαλιστικές, το παιδί μπορεί να αισθάνεται λιγότερο άγχος και να αυξήσει την πιθανότητα να μιλήσει.

Δεν πρέπει να αγνοούμε τη σημασία της υποστήριξης από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς σε αυτή τη διαδικασία. Οι ενήλικες στη ζωή του παιδιού πρέπει να είναι ενημερωμένοι, υποστηρικτικοί και ευέλικτοι, να παρέχουν μια θετική και κατανοητική στάση που ενθαρρύνει το παιδί να πάρει μικρά βήματα προόδου. Η ενσυναίσθηση και η υπομονή είναι κλειδιά για να βοηθήσουν το παιδί να νιώσει ασφαλές και να εμπιστευτεί τη διαδικασία.

Επίσης, σημαντικό είναι να ενθαρρύνουμε το παιδί να συμμετέχει σε δραστηριότητες που απολαμβάνει και στις οποίες αισθάνεται άνετα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τέχνες, αθλήματα, χόμπι ή άλλες δραστηριότητες που ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και μπορούν να παρέχουν ευκαιρίες για απαλλαγή από το άγχος. Μέσω αυτών των δραστηριοτήτων, το παιδί δε μόνο αναπτύσσει κοινωνικές δεξιότητες, αλλά

επίσης μαθαίνει να εκφράζεται και να συνδέεται με άλλους με έναν τρόπο που του είναι άνετος.

Σε περιπτώσεις όπου το παιδί παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς στην ομιλία δεν πρέπει να εξαιρείται η χρήση μεθόδων υποστήριξης της επικοινωνίας, όπως τα επικοινωνιακά βοηθήματα ή η τεχνολογία. Αυτά τα εργαλεία μπορούν να ενδυναμώσουν το παιδί να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του με τρόπο που του επιτρέπεται να νιώθει ασφαλές και αποδεκτό.

Τέλος, η συνεργασία με επαγγελματίες, όπως ομιλοθεραπευτές, ψυχολόγους και σύμβουλοι, που έχουν εμπειρία στην εργασία με παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ομιλία, είναι κρίσιμη. Αυτοί οι ειδικοί μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη και καθοδήγηση, τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένεια, για τον καλύτερο τρόπο προσέγγισης των προκλήσεων.

Παράλληλα, η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση των γονέων και των εκπαιδευτικών αναφορικά με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες αυτών των παιδιών είναι ουσιαστική. Οι συνεδρίες ενημέρωσης και εργαστήρια μπορούν να βοηθήσουν στο να δημιουργηθεί ένα πιο κατανοητικό και υποστηρικτικό περιβάλλον για το παιδί στο σχολείο και στο σπίτι.

Το πιο σημαντικό είναι να διασφαλιστεί ότι το παιδί δεν αισθάνεται μόνο του σ' αυτή τη διαδικασία. Η αίσθηση της κοινότητας και της οικογενειακής συνοχής μπορεί να είναι εξίσου θεραπευτική με τις πιο επίσημες μεθόδους θεραπείας. Η συνεχής αγάπη, ενθάρρυνση και κατανόηση μπορούν να δώσουν στο παιδί τη δύναμη να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και να αναπτύξει ενεργά τις ομιλητικές του δεξιότητες (Johnson & Wintgens, 2016).


Μεταξύ των ερευνών που πραγματοποιούνται για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, η γνωσιακο-συμπεριφοριστική προσέγγιση (Lang, και συν., 2016) (Carobianco & Cerniglia, 2018) κατατάσσεται στην κορυφή της ιεραρχίας. Κύριος στόχος αυτού του μοντέλου είναι να επιτύχει «επικοινωνία με το παιδί» μέσω της μείωσης του υψηλού επιπέδου άγχους. Ωστόσο, συχνά η γνωσιακο-συμπεριφοριστική θεραπεία ενσωματώνει στοιχεία από την ψυχοδυναμική παρέμβαση, την οικογενειακή συμβουλευτική, την εκπαιδευτική παρέμβαση και τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής (Smith, Sluckin, & Gross, 2014).

Παρακάτω αναφέρονται όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της επιλεκτικής αλαλίας.


Υψηλό vs Χαμηλό Προφίλ ΕΑ

Υψηλό προφίλ: <ul style="list-style-type: none">▪Εύκολα αναγνωρίσιμο▪Σταθερή αδυναμία να μιλήσει σε συγκεκριμένα άτομα υπό συγκεκριμένες συνθήκες	Χαμηλό προφίλ: <ul style="list-style-type: none">▪Μιλάει λίγο και χαμηλόφωνα▪Συνήθως όχι αυθόρμητα▪Ο φόβος της αποδοκιμασίας υπερτερεί το φόβου για την ομιλία (γι'αυτό μιλάει τελικά)
---	---

Και οι 2 κατηγορίες χρήζουν εξίσου σημαντικής βοήθειας προκειμένου να ξεπεραστεί το άγχος της ομιλίας



Johnson and Wintgens (2016)



Εικόνα 3: Υψηλό – Χαμηλό προφίλ Πηγή: (Ελληνικός Σύλλογος Επιλεκτικής Αλαλίας, 2022).

7.1 Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

Μετά από πολλές προτάσεις για θεραπείες και παρεμβάσεις για την ΕΑ, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) φαίνεται να ξεχωρίζει, καθώς φαίνεται ότι είναι η πιο αποτελεσματική (Walkup, et al., 2008). Έρευνες δείχνουν ότι οι πληθυσμοί με ΕΑ χρειάζονται την ΓΣΘ περισσότερο από άλλους πληθυσμούς με αγχώδεις διαταραχές.

Η ΓΣΘ είναι μία θεραπεία που έχει ως στόχο την τροποποίηση της σκέψης και των μοτίβων συμπεριφοράς των ατόμων (Cohan, Price, & Stein, 2006). Μερικές από τις μεθόδους που εφαρμόζονται στην ΓΣΘ για τη θεραπεία της επιλεκτικής αλαλίας περιλαμβάνουν τον έλεγχο του πιθανού προβλήματος μέσω της μεθοδικής ενίσχυσης της ομιλίας, καθώς και την ομαλή προοδευτική εκμάθηση κατάλληλων συμπεριφορών μέσω της εκπαίδευσης

του παιδιού για αύξηση της ομιλίας σε κοινωνικές συνθήκες, όπου ο θεραπευτής βοηθά το παιδί να μιλήσει σταδιακά και στη συνέχεια αποχωρεί από τα κοινωνικά πλαίσια για να επιτρέψει στο παιδί να γίνει ανεξάρτητο με σκοπό να μάθει να διαχειρίζεται δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις και να αποκτήσει κοινωνικές δεξιότητες (Bergman, Gonzalez, Piacentini, & Keller, 2013).

Μελέτες που περιλαμβάνουν χρήση υποστηρικτικού περιβάλλοντος, συμμετοχή των γονέων και των εκπαιδευτικών, καθώς και επιβράβευση της συμπεριφοράς των παιδιών, έχουν αναδείξει την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ (Oerbeck, Stein, & Wentzel-Larsen, 2014).

Γενικά, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία φαίνεται να αποτελεί μία αποτελεσματική και υποστηρικτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της επιλεκτικής αλαλίας. Μελέτες συνεχίζουν να διεξάγονται για να συγκεντρωθούν περισσότερα δεδομένα και να επιβεβαιωθούν οι θετικές επιπτώσεις αυτής της προσέγγισης.

7.2 Ψυχοδυναμική θεραπεία

Η θεραπεία αυτή εστιάζει στην αναγνώριση και επίλυση των ενδοψυχικών συγκρούσεων που δημιουργούνται στο παιδί με ΕΑ εξαιτίας του άγχους (Hung, Spencer, & Dronamraju, 2012). Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην έρευνα επιστημόνων όπως ο Kratochwill (1981), που θεωρεί πως η αιτία της επιλεκτικής αλαλίας συνδέεται με τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Camposano, 2011).

Στη διαδικασία της ψυχοδυναμικής θεραπείας, συχνά χρησιμοποιούνται παιχνιδοθεραπεία και τέχνη, προκειμένου να γίνει πιο εύκολη η πρόσβαση του παιδιού στην ομιλία και να εξωτερικευτεί η συναισθηματική του κατάσταση (Stone & Kratochwill, 2002). Αυτές οι τεχνικές χρησιμοποιούνται και για να βοηθήσουν τον θεραπευτή να κατανοήσει πλήρως την πηγή της επιλεκτικής αλαλίας.

Παρόλο που η θεραπεία μέσω παιχνιδιών-ρόλων έχει αποτυπωθεί ως μη κατάλληλη από μερικούς μελετητές (Shiron-Blum, 2007), ορισμένοι ερευνητές (Amir, 2005, Terr, 2008) υποστηρίζουν πως υπάρχουν θετικά χαρακτηριστικά σε αυτήν την προσέγγιση. Για παράδειγμα, η μουσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει το παιδί να εκφράσει τα συναισθήματά του με μη λεκτικούς τρόπους και να μειώσει το άγχος του (Amir, 2005). Επίσης, η θεραπεία που πραγματοποιείται μέσω της τέχνης αυξάνει την αυτοεκτίμηση του παιδιού και δημιουργεί ένα ασφαλές και δημιουργικό περιβάλλον για να μπορέσει να μιλήσει (Terr, 2008).

Ορισμένες φορές, η ψυχοδυναμική θεραπεία συνδυάζεται και με οικογενειακή θεραπεία, καθώς επικεντρώνεται στη δυναμική ενός οικογενειακού συστήματος και τον τρόπο που το τελευταίο μπορεί να επηρεάσει τις συμπεριφορές του παιδιού που αντιμετωπίζει την ΕΑ (Oon, 2010).

7.3 Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί έναν ευρέως διαδεδομένο τρόπο παρέμβασης για την ΕΑ. Ειδικότερα, η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική στις περιπτώσεις όπου οι γονείς του παιδιού παρουσιάζουν συμπεριφορές που μοιάζουν με τα συμπτώματα της επιλεκτικής αλαλίας του παιδιού (Kumpulainen, 2002).

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν επιστημονικά και εμπειρικά δεδομένα που να αποδεικνύουν τις θετικές επιπτώσεις της οικογενειακής θεραπείας (Kumpulainen, 2002, Mendlowitz & Monga, 2007, Sharkey et al., 2007), η Wong (2010) υποστηρίζει ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού είναι ζωτικής σημασίας. Η κατανόηση και η συμπόνια της οικογένειάς του, συμβάλλουν στην ταχύτερη υπέρβαση του άγχους, του στρες και της φοβίας του παιδιού στην έκθεσή του σε κοινωνικά περιβάλλοντα (Wong, 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη την έγκυρη συσχέτιση της επιλεκτικής αλαλίας με τις τραυματικές εμπειρίες, πρέπει να αντιληφθούμε πόσο σημαντική και αναγκαία είναι η οικογενειακή θεραπεία (Camposano, 2011). Πολλοί ερευνητές (Viana, Beidel & Rabian, 2009) έχουν διαπιστώσει ότι η βωβότητα του παιδιού προκύπτει από μεγάλες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, των γονέων και του παιδιού ή μεταξύ των αδελφών, καθώς και εξαιτίας διαζυγίων ή θανάτου ενός οικείου προσώπου. Όλα τα παραπάνω υπογραμμίζουν την ευεργετική επίδραση που θα έχει η συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας σε ομαδικές συνεδρίες συμβουλευτικής θεραπείας.

Σύμφωνα με πληθώρα μελετητών (Shiron-Blum, 2007, Mendlowitz & Monga, 2007, McNicholas, 2008), υπάρχουν συνήθεις συμβουλές που δίνονται στους γονείς: α) να κατανοούν και να συμπονούν την επιλογή του παιδιού τους να μην μιλήσει β) να δέχονται ότι η διαταραχή είναι σημαντική και σοβαρή γ) να αποφεύγουν την πίεση για να μιλήσει γρήγορα το παιδί δ) να ενισχύουν τη μη λεκτική επικοινωνία ε) να ενισχύουν και να επαινούν θετικά το παιδί για κάθε προσπάθεια που κάνει στ) να συμμετέχουν σε

προγράμματα διαχείρισης άγχους και στρες τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τα παιδιά τους.

Η ενεργή συμμετοχή των γονέων είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική θεραπεία της ΕΑ σε μικρά παιδιά. Οι γονείς εμπλέκονται με συνέπεια σε συνεδρίες θεραπείας για την ανασκόπηση και τον προγραμματισμό εργασιών έκθεσης. Ο ρόλος τους κατά τη διάρκεια των συνεδριών μπορεί να αλλάξει με βάση τα συγκεκριμένα συμπτώματα του παιδιού και το στάδιο θεραπείας. Εκτός θεραπείας, οι γονείς σε μεγάλο βαθμό διαχειρίζονται και εφαρμόζουν δραστηριότητες έκθεσης, όπως η οργάνωση ημερομηνιών παιχνιδιού, ο συντονισμός με τους δασκάλους και η δημιουργία ευκαιριών για το παιδί να μιλήσει δημόσια, όπως η παραγγελία φαγητού σε εστιατόρια. Οι γονείς παρέχουν επίσης ουσιαστική ανατροφοδότηση για τη συμπεριφορά του παιδιού τους σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Αρχικά, εκπαιδεύονται σχετικά με την ΕΑ, τις στρατηγικές συμπεριφοράς και το συνολικό σχέδιο θεραπείας (Bergman R. L., *Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach (Programs That Work)*, 2013).

7.4 Φαρμακευτική αγωγή

Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της επιλεκτικής αλαλίας είναι πολύ κοινή, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν πολλά συμπτώματα κοινωνικού άγχους (Wong, 2010). Παρά ταύτα, ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ δεν έχει καθορίσει συγκεκριμένο φάρμακο που να χρησιμοποιείται μόνο για την ΕΑ (Hung, Spencer, & Dronamraju, 2012). Σύμφωνα με τους Carlson και συνεργάτες του (2008), η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων προηγείται της χρήσης αγχολυτικών και άλλων ψυχοφαρμάκων κατά τη διάρκεια της επιλεκτικής αλαλίας. Συνήθως, η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με ψυχοθεραπευτικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις και πρέπει να ακολουθείται σε όλη τη διάρκεια της διαταραχής (Kaakeh & Stumpf, 2008).

Μέχρι σήμερα, από τις πολλές έρευνες που έχουν διεξαχθεί για τη φαρμακολογία και την ΕΑ, τα αντικαταθλιπτικά SSRIs (επιλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) είναι τα πιο διαδεδομένα και γνωστά φάρμακα που χρησιμοποιούνται (Manassis K., 2009). Συγκεκριμένα, η σεροτονίνη και η φλουοξετίνη που περιέχονται σε αυτά τα φάρμακα είναι ευρέως μελετημένες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκύπτουν από τις αγχώδεις διαταραχές (Fedoroff, 2001. Jainer & Bates, 2004. Rogoll, Petzold, Strohle, 2018). Επίσης, τα ψυχοαναληπτικά φάρμακα που περιέχουν

σιταλοπράμη, εσιταλοπράμη και φενελζίνη, όπως τα MAOI (αντικαταθλιπτικά αναστολέων μονοαμινοξειδάσης), είναι γνωστά σε πληθυσμούς παιδιών με ΕΑ (Østergaard, 2018).

Παρόλα αυτά, τονίζεται ότι τα φάρμακα SSRIs και MAOI δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται χωρίς συστηματική παρακολούθηση ή σε πολύ μικρές ηλικίες (π.χ. 5-7 ετών), καθώς έχουν καταγραφεί περιπτώσεις αυξημένης αυτοκτονικότητας και σκέψεων αυτοκτονίας. Επομένως, κατά την έναρξη της θεραπείας με φάρμακα πρέπει να υπάρχει πλήρης ενημέρωση προς τους γονείς σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις και την σωστή δοσολογία (Sharkey & McNicholas, 2008). Επιπλέον, τα εμπειρικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής είναι περιορισμένα, και έτσι δεν μπορούμε να δώσουμε απόλυτη απάντηση σχετικά με την αναγκαιότητά της (Camposano, 2011). Απαιτούνται μακροχρόνιες έρευνες και κλινικές μελέτες με μεγάλους πληθυσμούς παιδιών με ΕΑ που θα συνδυάζουν τη φαρμακευτική αγωγή με άλλες παρεμβάσεις, κυρίως με την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, σε διαφορετικά φύλα και ηλικίες (Vecchio & Kearney, 2007).

7.5 Σχολική εμπλοκή

Οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνουν τον εκπαιδευτικό του παιδιού τους και το υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου για την ΕΑ του παιδιού τους. Αυτή η ενημέρωση έχει ως στόχο να βοηθήσει τον εκπαιδευτικό και το προσωπικό να κατανοήσουν ότι το παιδί αντιμετωπίζει πραγματικές δυσκολίες στην προφορική έκφραση.

Συνεπώς, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να διατηρεί άμεση επικοινωνία και συνεργασία με τους γονείς του παιδιού. Η εξατομικευμένη προσέγγιση από τον εκπαιδευτικό πρέπει να εφαρμόζεται με τρόπο που να μην είναι απειλητικός, με σκοπό να ενθαρρύνει το παιδί να επικοινωνήσει λεκτικά και να αισθάνεται άνετα. Μέσα από αυτήν την διαδικασία, το παιδί θα μπορέσει σταδιακά να προοδεύσει στην επικοινωνία του και να βελτιώσει τις προφορικές του δεξιότητες.

Η συμμετοχή των δασκάλων είναι ζωτικής σημασίας για τη θεραπεία της ΕΑ, ειδικά επειδή τα σχολεία είναι εκεί όπου τα συμπτώματα εκδηλώνονται πιο συχνά. Οι θεραπευτές συχνά απαιτούν γνώσεις από τους δασκάλους για να κατανοήσουν τις συγκεκριμένες συμπεριφορές ομιλίας ενός παιδιού στην τάξη. Αυτές οι πληροφορίες είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία προσαρμοσμένων εργασιών ομιλίας για το παιδί. Οι

δάσκαλοι αναμένεται να διευκολύνουν τις δραστηριότητες σύντομης ομιλίας που γενικά διαρκούν 10–20 λεπτά κάθε εβδομάδα. Αυτές οι εργασίες περιγράφονται σε φόρμες εργασιών ή σημειωματάρια, τα οποία οργανώνονται κατά τη διάρκεια των συνεδριών θεραπείας και παρέχονται από τους γονείς. Οι δάσκαλοι μπορεί να χρειαστεί να προτρέψουν το παιδί να εκτελέσει απλές, προκαθορισμένες εργασίες. Αρχικά, οι θεραπευτές θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τον δάσκαλο μέσω τουλάχιστον ενός εισαγωγικού τηλεφώνημα για να θέσουν τα θεμέλια για τη συνεργασία (Bergman R. L., Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach (Programs That Work), 2013).

Σύμφωνα με τους M. Johnson και A. Wintgens μία αποτελεσματική θεραπεία για την ΕΑ, είναι η θεραπεία των «μικρών βημάτων», η οποία είναι μια εξέλιξη της συμπεριφορικής θεραπείας, θεωρείται η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για παιδιά με ΕΑ. Αυτή η μέθοδος επικεντρώνεται στη σταδιακή αντιμετώπιση του φόβου του λόγου σε περιβάλλοντα όπου ο λόγος είναι απαραίτητος, όπως το σχολείο ή άλλα κοινωνικά περιβάλλοντα. Είναι απαραίτητη η πρόωρη και συνεχής παρέμβαση, με τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών και μεθοδολογιών (Cuncic, 2022). Η τεχνική «sliding in» περιλαμβάνει και τυπικές και άτυπες μεθόδους. Σε αυτό το πλαίσιο, το παιδί συνομιλεί με ένα άτομο το οποίο εμπιστεύεται (συχνά έναν γονέα) και ένας τρίτος συμμετέχει στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση (Creating Communication Confidence Sliding in | selective-mutism-wa, 2014).

Η μέθοδος «Από την ομαδικότητα στην ατομικότητα» προτρέπει το παιδί να συμμετέχει σε λεκτικές δραστηριότητες αρχικά σε μεγάλες ομάδες (όπως η ανάγνωση ενός ποιήματος από όλη την τάξη) και στη συνέχεια μειώνει σταδιακά τον αριθμό των συμμετεχόντων, μέχρι το παιδί να είναι ικανό να επικοινωνεί ελεύθερα.

Η τεχνική «τριγώνου» βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ τριών ατόμων, π.χ. γονέα, παιδιού με ΕΑ, και ενός φίλου ή δασκάλου του παιδιού.

Η «Μέθοδος των 5 Δευτερολέπτων» στοχεύει στην προαγωγή της απάντησης του παιδιού με μια παρατεταμένη παύση μετά από κάθε ερώτηση, με την ερώτηση να επαναδιατυπώνεται αν απαιτείται (McHolm, Ph.D. Angela, Ph.D. Charles E. Cunningham, & Melanie K. Vanier, 2005).

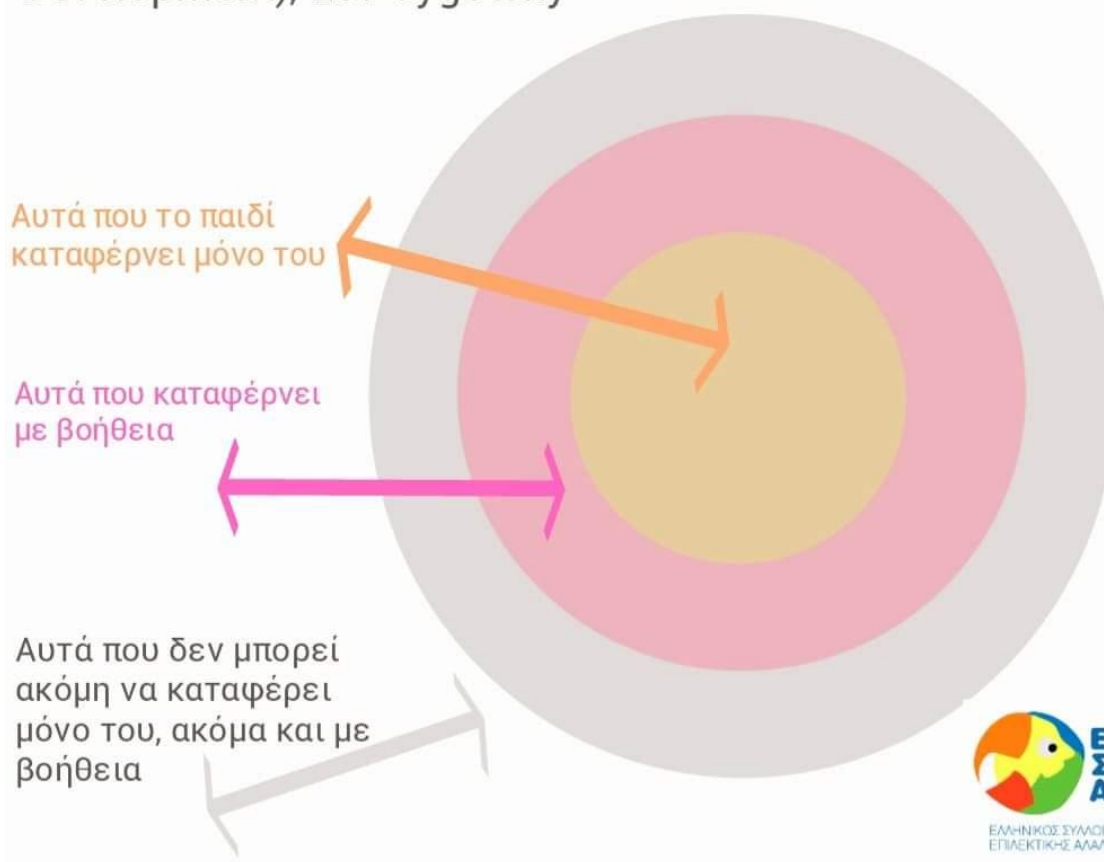
Τέλος, η «Μέθοδος Shaping» ενθαρρύνει το παιδί να επικοινωνεί με κινήσεις, ήχους ή λέξεις, με στόχο τη σταδιακή προσαρμογή προς τη λεκτική επικοινωνία (Johnson & Wintgens, 2016).

Ο Ρώσος ψυχολόγος Lev Vygotsky (1896-1934) εισήγαγε μια κεντρική έννοια στη θεωρία της μάθησης, την Ζώνη Επικείμενης Ανάπτυξης (ZEA). Η ZEA αναφέρεται στην απόσταση μεταξύ του πραγματικού επιπέδου ανάπτυξης του ατόμου, όπως καθορίζεται από αυτόνομη επίλυση προβλημάτων, και του επιπέδου δυνατής ανάπτυξης, όπως καθορίζεται μέσα από την επίλυση προβλημάτων με την οδηγία ενός ενήλικα ή σε συνεργασία με πιο ικανούς συνομηλίκους (Vygotsky, 1978). Η ZEA είναι ένα δυναμικό πεδίο στο οποίο η πιο αποτελεσματική μάθηση συμβαίνει επειδή οι δραστηριότητες που βρίσκονται εντός αυτής της ζώνης είναι συγχρόνως προκλητικές και προσιτές για τον μαθητή, διευκολύνοντας έτσι την ανάπτυξη και την εσωτερικοποίηση νέων δεξιοτήτων (John-Steiner & Mahn, 1996). Vygotsky υποστήριζε ότι η μάθηση είναι κοινωνικής φύσης και ότι τα παιδιά αναπτύσσονται πνευματικά μέσω της αλληλεπίδρασης με πιο ικανούς άλλους.

Κατανοώντας τη Ζώνη Επικείμενης Ανάπτυξης (ZEA) του Vygotsky, αναγνωρίζουμε τρεις διακριτές σφαίρες δραστηριότητας για ένα παιδί με ΕΑ. Πρώτον, υπάρχουν τα κατορθώματα που το παιδί επιτυγχάνει ανεξάρτητα, όπως είναι η επικοινωνία με έναν στενό φίλο εκτός σχολείου (αυτό αντιπροσωπεύεται από τον πορτοκαλί κύκλο). Δεύτερον, υπάρχουν δραστηριότητες που το παιδί μπορεί να εκτελέσει με την υποστήριξη ενός άλλου, όπως η επικοινωνία με τη δασκάλα με την ασφαλή παρουσία της μητέρας του (εκφρασμένο με τον ροζ κύκλο). Τρίτον, υπάρχουν προκλήσεις που το παιδί δεν μπορεί ακόμη να αντιμετωπίσει, ούτε καν με βοήθεια, όπως το να ζητήσει μόνο του παγωτό από έναν σερβιτόρο (συμβολίζεται με τον γκρι κύκλο).

Είναι κρίσιμο να κατανοούμε σε ποια σφαίρα εντάσσεται η δραστηριότητα που επιχειρεί το παιδί, ώστε να παρέχουμε κατάλληλη υποστήριξη όταν χρειάζεται και να αποφύγουμε την υπερβολική βοήθεια που μπορεί να ενισχύσει αρνητικά συναισθήματα όπως η αίσθηση αδυναμίας ή φόβος. Εξίσου ουσιώδες είναι να αναγνωρίζουμε πότε είναι σωστό να αποσύρουμε την υποστήριξη, ώστε να ενθαρρύνουμε την αυτονομία και την ανεξάρτητη μάθηση του παιδιού (Κωνσταντινοπούλου, 2023).

Ζώνη Επικείμενης Ανάπτυξης (Zone of Proximal Development), Lev Vygotsky



Εικόνα 4: Ζώνη Επικείμενης Ανάπτυξης Πηγή: (Ελληνικός Σύλλογος Επιλεκτικής Αλαλίας, 2022)

7.5.1 Sliding in

Το σχολείο αποτελεί ένα περιβάλλον με έντονο άγχος για τα παιδιά, ιδιαίτερα για εκείνα που πάσχουν από ΕΑ. Για να υποστηριχθούν αυτά τα παιδιά, η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η μέθοδος *sliding in* της Maggie Johnson, η οποία εφαρμόζεται στο εξωτερικό από το 1997. Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει τη διάσπαση των δραστηριοτήτων ομιλίας σε μικρά, διαχειρίσιμα βήματα, ξεκινώντας από ένα βήμα που το παιδί αισθάνεται άνετα να κάνει. Το *sliding in* είναι μια δομημένη διαδικασία που περιλαμβάνει μικρά βήματα (σε συμφωνία με το παιδί) μέσω μιας σειράς δραστηριοτήτων ομιλίας. Συνήθως, το παιδί μιλάει με κάποιον με τον οποίο νιώθει άνετα (συνήθως γονέας) σε ένα άνετο περιβάλλον και στη συνέχεια εισάγεται σταδιακά ένα νέο στοιχείο, όπως ένα νέο πρόσωπο (π.χ. δάσκαλος, συμμαθητής) ή μέρος (π.χ. προαύλιο, τάξη). Η διάρκεια της μεθόδου είναι 10-15 λεπτά κάθε φορά, τρεις έως πέντε φορές την εβδομάδα, ή μιάμιση έως δύο ώρες για μία φορά. Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου είναι το παιδί να μιλά και

να νιώθει άνετα με τον ενήλικα. Αν αυτό δεν ισχύει, η μέθοδος δεν μπορεί να εφαρμοστεί και τα παιδιά παραμένουν σιωπηλά στο σχολικό περιβάλλον για χρόνια.

Η Maggie Johnson δημιούργησε τον όρο «Sliding-in» για να περιγράψει την τεχνική του «Fade in». Ο όρος «sliding-in» εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1997, στην αναθεώρηση μιας άτυπης δημοσίευσης «Breaking Down the Barriers» που γράφτηκε από την ίδια και τον ψυχολόγο Anthony Glassberg. Η επόμενη επίσημη αναφορά ήταν στο «The Selective Mutism Resource Manual» (πρώτη έκδοση) που συντάχθηκε από κοινού με την Alison Wintgens και δημοσιεύτηκε το 2001. Στη σύντομη έκδοση «Supporting your child with Selective Mutism» από τους Junhua Reitman et al, η τεχνική sliding-in αναφέρεται ως «Maggie Johnson, 1997» (Κωνσταντινοπούλου, 2023).

Παρακάτω παρουσιάζονται δραστηριότητες που ενθαρρύνουν την ομιλία σε διαφορετικά επίπεδα. Η μεταβλητή δραστηριότητα είναι σημαντική καθώς είναι αυτό που θα αποσπάσει την προσοχή του παιδιού σας από τα ανήσυχα συναισθήματά του. Η επιλογή της δραστηριότητας επομένως είναι πολύ σημαντική καθώς δεν πρέπει να δημιουργεί δυσεπίλυτο άγχος στη διαδικασία. Για να αποφευχθεί αυτό, οι δραστηριότητες πρέπει να εκτελούνται μέσω συστηματικής έναρξης με χαμηλό φορτίο επικοινωνίας, έως μεσαίο φορτίο επικοινωνίας και στη συνέχεια έως δραστηριότητες υψηλού φορτίου επικοινωνίας. Εκτός από τις εκτιμήσεις για τον φόρτο επικοινωνίας, πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη η αναπτυξιακή ηλικία και τα ενδιαφέροντα του παιδιού. Επιλέξτε παιχνίδια που τους αρέσουν και στα οποία είναι ικανοί. Η προ-εξάσκηση παιχνιδιών στο σπίτι είναι ένας πολύ καλός τρόπος για να μάθετε εάν στο παιδί αρέσει ένα παιχνίδι και δεν είναι πολύ εύκολο ή πολύ δύσκολο για αυτό.

Old MacDonald Lotto-για παιδιά 2-6 ετών

Οι κάρτες της φάρμας απλώνονται, με την όψη προς τα κάτω, στο τραπέζι. Τα παιδιά πρέπει να συλλέξουν όλες τις αντίστοιχες κάρτες φάρμας και αγρότη που εμφανίζονται στους πίνακες λότο της φάρμας. Το παιχνίδι ξεκινάει αναποδογυρίζοντας μια αγροτική κάρτα. Εάν η εικόνα της κάρτας εμφανίζεται στον πίνακα φάρμας του παίκτη, τότε ο παίκτης κάνει το θόρυβο ή τη δράση του θέματος στην κάρτα φάρμας και στη συνέχεια τοποθετεί την κάρτα στο αντίστοιχο τετράγωνο στον πίνακα του. Μόλις συλλεχθούν όλα τα ζώα, τα παιδιά πρέπει να βρουν τον αντίστοιχο αγρότη τους. Ο νικητής είναι ο πρώτος που θα ολοκληρώσει τον πίνακα του λότο του.

Quack Quack- για παιδιά ηλικίας 3 έως 6 ετών

Κάθε κάρτα είναι τυπωμένη με ένα χρωματιστό σημείο στη μία πλευρά και μια απεικόνιση ζώων στην άλλη. Το αντικείμενο του παιχνιδιού είναι να μαζέψεις όσες περισσότερες κάρτες μπορείς μαντεύοντας σωστά το κρυμμένο ζώο. Οι κάρτες απλώνονται όλες με την όψη προς τα κάτω στο τραπέζι, με το χρωματιστό σημείο προς τα πάνω. Οι παίκτες το παίρνουν με τη σειρά τους για να πετάξουν το ζάρι και επιλέγουν μια κάρτα με ένα αντίστοιχο χρωματιστό σημείο. Πριν γυρίσουν την κάρτα για να δουν αν είναι σωστές, πρέπει να κάνουν τον θόρυβο του ζώου που πιστεύουν ότι είναι. Αν μαντέψουν σωστά το ζώο, μπορούν να κρατήσουν την κάρτα και να παίξουν ξανά.

Alpha Animals -για παιδιά ηλικίας 4 συν

Οι παίκτες προχωρούν γύρω από το ταμπλό, ονομάζοντας ζώα που αρχίζουν με ένα συγκεκριμένο γράμμα. Υπάρχουν πολλές εικόνες ζώων στον πίνακα που τα παιδιά μπορούν να ονομάσουν για να τα βοηθήσουν αν χρειαστεί. Υπάρχουν δύο διαφορετικά επίπεδα παιχνιδιού. Με το δυσκολότερο επίπεδο, τα ζώα πρέπει επίσης να ταιριάζουν σε μια συγκεκριμένη κατηγορία που καθορίζεται από τη ρίψη ενός ζαριού (Αέρας, Γη ή Νερό), για παράδειγμα ένα ζώο ξηράς που αρχίζει με «Α» ή κάτι που μπορεί να πετάξει αρχίζοντας με «C». Για επιπλέον διασκέδαση, οι παίκτες πρέπει να κάνουν εντυπώσεις ορισμένων ζώων σε όλο το παιχνίδι.

Snap – για παιδιά ηλικίας 3-8 ετών

Οι παίκτες λένε «Snap!» όταν εντοπίζουν ζευγάρια που ταιριάζουν, καθώς και με αυτήν την ανατροπή στο παραδοσιακό παιχνίδι, όταν οι παίκτες εντοπίζουν ένα ζευγάρι κροκόδειλους, πρέπει να κουμπώσουν τα χέρια τους.

Go Fish – για παιδιά ηλικίας 4 ετών και άνω

Στους παίκτες μοιράζονται πολλά φύλλα και στη συνέχεια ένας παίκτης ξεκινά ζητώντας από έναν άλλο παίκτη ένα συγκεκριμένο φύλλο, ώστε να μπορούν να ταιριάξουν με ένα ζευγάρι θαλάσσιων πλασμάτων. Εάν το έχουν, πρέπει να το περάσουν και ο παίκτης μπορεί να συνεχίσει ζητώντας από έναν παίκτη διαφορετικό φύλλο. Εάν ο επιλεγμένος αντίπαλος δεν έχει το περιζήτητο παιχνίδι με χαρτιά του περνάει και αντ' αυτού ο παίκτης πρέπει να πει «Go Fish» και να πάρει ένα φύλλο από τη μέση. Τα μεγαλύτερα παιδιά θα μπορούσαν να παίξουν αυτό το παιχνίδι με μια τυπική τράπουλα που ταιριάζουν σε σετ των τεσσάρων αντί για ζευγάρια.

Happy Families – για παιδιά ηλικίας 4 ετών και άνω

Το αντικείμενο του παιχνιδιού είναι να συγκεντρώσει όσο το δυνατόν περισσότερες οικογένειες. Το παιχνίδι ξεκινά όταν ένας παίκτης ζητά από έναν άλλο ένα συγκεκριμένο φύλλο που χρειάζεται για να συμπληρώσει μια οικογένεια. Εάν ο άλλος παίκτης έχει το φύλλο πρέπει να το παραδώσει και στη συνέχεια να συνεχίσει τη σειρά του ζητώντας άλλο φύλλο. Ο παίκτης που θα συγκεντρώσει τα πιο ολοκληρωμένα οικογενειακά σετ είναι ο νικητής!

Pass the Bomb Junior – για παιδιά ηλικίας 5 ετών και άνω

Οι παίκτες ξεκινούν αναποδογυρίζοντας ένα από τα φύλλα που απεικονίζονται με μια γνώριμη σκηνή. Με τη σειρά τους για να κρατήσουν τη βόμβα, πρέπει να ονομάσουν κάτι που θα ταίριαζε στην εικόνα και να περάσουν τη βόμβα στον επόμενο παίκτη προτού πέσει στα χέρια τους (Johnson & Wintgens, 2016).

Κτίριο αρχικής άνεσης

Παίξτε με γνωστά παιχνίδια (π.χ. μπλοκ, κούκλες, αυτοκίνητα) σε ένα άνετο περιβάλλον. Αφήστε το παιδί να αισθάνεται άνετα με την παρουσία ενός έμπιστου ενήλικα χωρίς την πίεση να μιλήσει. Ξεκινήστε με το παιδί να παίζει μόνο του ενώ ο ενήλικας είναι κοντά. Βάλτε σταδιακά τον ενήλικα να συμμετέχει στο παιχνίδι χωρίς να περιμένει λεκτική επικοινωνία.

Μη λεκτική επικοινωνία

Χρησιμοποιήστε χειρονομίες, δείκτες ή σχέδια για να επικοινωνήσετε. Ενθαρρύνετε το παιδί να εκφράζεται χωρίς να μιλάει. Εισαγάγετε δραστηριότητες όπως ζωγραφική ή χρήση καρτών με εικόνες. Ενθαρρύνετε το παιδί να δείχνει ή να χρησιμοποιεί χειρονομίες για να δείξει τις επιλογές ή τις ανάγκες του.

Ψιθυρίζοντας σε έναν Έμπιστο Ενήλικα

Ψιθυριστά παιχνίδια ή δραστηριότητες. Βοηθήστε το παιδί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τη φωνή του με τρόπο χαμηλής πίεσης. Παίξτε ένα παιχνίδι όπου το παιδί ψιθυρίζει ένα μυστικό στον ενήλικα. Αυξήστε σταδιακά τη συχνότητα και το επίπεδο άνεσης του ψιθύρου.

Διαβάζοντας μαζί

Κοινή ανάγνωση ενός αγαπημένου βιβλίου. Δημιουργήστε ένα χαλαρό περιβάλλον όπου το παιδί νιώθει άνετα να μιλάει. Ο ενήλικας διαβάζει το βιβλίο δυνατά ενώ το παιδί

ακούει. Ενθαρρύνετε το παιδί να δείχνει φωτογραφίες ή να γυρίζει σελίδες. Ζητήστε σταδιακά από το παιδί να ονομάσει αντικείμενα ή χαρακτήρες του βιβλίου.

Διαδραστικό παιχνίδι με συνομηλίκους

Ομαδικό παιχνίδι με έναν ή δύο γνωστούς συνομηλίκους. Ενθαρρύνετε την κοινωνική αλληλεπίδραση σε ελεγχόμενο περιβάλλον. Ξεκινήστε με παράλληλο παιχνίδι όπου το παιδί παίζει δίπλα σε συνομηλίκους χωρίς άμεση αλληλεπίδραση. Εισαγάγετε συνεργατικές δραστηριότητες παιχνιδιού όπως η κατασκευή ενός πύργου μαζί ή το παιχνίδι ενός απλού παιχνιδιού. Ενθαρρύνετε σταδιακά τη λεκτική αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού.

Παιχνίδια ρόλου

Προσποιηθείτε τα σενάρια παιχνιδιού (π.χ. παίζοντας σπίτι, γιατρό ή κατάσταση). Ενθαρρύνετε τη λεκτική επικοινωνία μέσω του ευφάνταστου παιχνιδιού. Ξεκινήστε με τον ενήλικα να αναλαμβάνει έναν ρόλο και το παιδί να παρατηρεί. Συμμετέχετε σταδιακά το παιδί στο παιχνίδι ρόλων, ξεκινώντας από μη λεκτικούς ρόλους. Ενθαρρύνετε το παιδί να αναλάβει ρόλους ομιλίας καθώς γίνεται πιο άνετα.

Δομημένες Δραστηριότητες με Σαφείς Προσδοκίες

Απλές, δομημένες δραστηριότητες όπως παζλ, παιχνίδια που ταιριάζουν ή χειροτεχνίες. Δώστε ευκαιρίες στο παιδί να μιλήσει σε ένα προβλέψιμο και χαμηλής πίεσης περιβάλλον. Εξηγήστε τη δραστηριότητα καθαρά και δείξτε την πρώτα. Ενθαρρύνετε το παιδί να συμμετέχει, ξεκινώντας από τη μη λεκτική εμπλοκή. Ζητήστε σταδιακά από το παιδί να περιγράψει τις ενέργειες ή τις επιλογές του κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας.

Σταδιακή Εισαγωγή Νέων Ενηλίκων

Εισαγωγή νέων ενηλίκων (π.χ. δασκάλων, θεραπευτών) με ελεγχόμενο τρόπο. Βοηθήστε το παιδί να νιώσει άνετα όταν μιλάει με νέους ενήλικες. Ξεκινήστε με τον νέο ενήλικα να παρατηρεί την αλληλεπίδραση του παιδιού με έναν έμπιστο ενήλικα. Βάλτε σταδιακά τον νέο ενήλικα στις δραστηριότητες, ξεκινώντας από τη μη λεκτική συμμετοχή. Ενθαρρύνετε το παιδί να αλληλεπιδρά με τον νέο ενήλικα, ξεκινώντας με απλές εργασίες και αυξάνοντας σταδιακά τη λεκτική επικοινωνία.

Χρήση Τεχνολογίας

Διαδραστικές εφαρμογές ή βιντεοκλήσεις με οικεία άτομα. Δώστε στο παιδί ένα διαφορετικό μέσο για να εξασκηθεί στην ομιλία. Χρησιμοποιήστε εφαρμογές που ενθαρρύνουν λεκτικές απαντήσεις (π.χ. εκπαιδευτικά παιχνίδια). Ρυθμίστε βιντεοκλήσεις

με μέλη της οικογένειας ή φίλους όπου το παιδί νιώθει άνετα. Αυξήστε σταδιακά τη λεκτική συμμετοχή του παιδιού κατά τη διάρκεια αυτών των αλληλεπιδράσεων.

Θετική Ενίσχυση

Σύστημα επιβράβευσης για λεκτική επικοινωνία. Ενθαρρύνετε και ενισχύετε τις προφορικές συμπεριφορές. Ρυθμίστε ένα απλό σύστημα ανταμοιβής (π.χ. αυτοκόλλητα, μικρά παιχνίδια) για προσπάθειες λεκτικής επικοινωνίας.

7.5.2 Άλλες τεχνικές

Από την ομαδικότητα στην ατομικότητα

Η μέθοδος «Από την ομαδικότητα στην ατομικότητα» είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που έχει σχεδιαστεί για τη σταδιακή μετάβαση ενός παιδιού με ΕΑ από ένα άνετο ομαδικό περιβάλλον σε πιο εξατομικευμένες αλληλεπιδράσεις. Αρχικά, το παιδί τοποθετείται σε μια ομάδα όπου νιώθει ασφάλεια και ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε μη λεκτικές δραστηριότητες. Αυτό βοηθά στην οικοδόμηση της αυτοπεποίθησής τους και στη μείωση του άγχους στα κοινωνικά περιβάλλοντα. Με την πάροδο του χρόνου, ο θεραπευτής εισάγει δραστηριότητες που απαιτούν ελάχιστη λεκτική αλληλεπίδραση, όπως νεύμα ή κατάδειξη, εντός της ομάδας. Καθώς το παιδί γίνεται πιο άνετο, το μέγεθος της ομάδας μειώνεται σταδιακά και το παιδί ενθαρρύνεται να συμμετάσχει σε αλληλεπιδράσεις ένας προς έναν με τον θεραπευτή ή έναν έμπιστο συνομήλικο. Αυτή η μέθοδος βοηθά το παιδί να χτίσει σιγά σιγά τις δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας του σε ένα υποστηρικτικό και μη απειλητικό περιβάλλον.

Παράδειγμα:

Βήμα 1: Ξεκινήστε με το παιδί σε μια μικρή ομαδική δραστηριότητα που του αρέσει, όπως ένα μάθημα ζωγραφικής. Βεβαιωθείτε ότι το περιβάλλον είναι χαλαρό και η ομιλία ενθαρρύνεται αλλά δεν απαιτείται.

Βήμα 2: Αυξήστε σταδιακά τον ρόλο του παιδιού στην ομάδα, ίσως ζητώντας του να επιλέξει το επόμενο θέμα ζωγραφικής για την ομάδα.

Βήμα 3: Ενθαρρύνετε το παιδί να δείξει και να πει για τη ζωγραφιά του σε μια μικρότερη ομάδα ή σε έναν μόνο συνομήλικο.

Βήμα 4: Μετάβαση σε ατομικές συνεδρίες με έναν έμπιστο ενήλικα ή θεραπευτή, όπου το παιδί ενθαρρύνεται να περιγράψει λεπτομερώς τη ζωγραφιά του.

Η τεχνική του τριγώνου

Η Τεχνική Τριγώνου είναι μια δομημένη προσέγγιση που περιλαμβάνει τρεις βασικούς συμμετέχοντες: το παιδί με ΕΑ, ένα οικείο και έμπιστο άτομο (όπως ένας γονέας ή δάσκαλος) και τον θεραπευτή. Ο στόχος είναι να δημιουργηθεί μια τριγωνική δυναμική όπου το παιδί νιώθει υποστήριξη και λιγότερο άγχος για την ομιλία. Αρχικά, ο θεραπευτής επικοινωνεί με το άτομο που εμπιστεύεται ενώ το παιδί παρατηρεί. Σταδιακά, ο θεραπευτής αρχίζει να συμπεριλαμβάνει το παιδί στη συζήτηση κάνοντας απλές ερωτήσεις ναι/όχι ή ενθαρρύνοντας μη λεκτικές απαντήσεις. Με την πάροδο του χρόνου, ο θεραπευτής μετατοπίζει την εστίαση προς το παιδί, ενθαρρύνοντάς το να ανταποκριθεί προφορικά. Αυτή η τεχνική βοηθά στη μείωση του άγχους του παιδιού αξιοποιώντας την παρουσία ενός έμπιστο ατόμου, κάνοντας τη μετάβαση στη λεκτική επικοινωνία πιο ομαλή και λιγότερο εκφοβιστική.

Παράδειγμα:

Βήμα 1: Το παιδί ασχολείται με μια δραστηριότητα που απολαμβάνει με έναν οικείο συνομήλικο, όπως η κατασκευή ενός μοντέλου LEGO.

Βήμα 2: Εισάγετε ένα νέο άτομο στο περιβάλλον, αλλά βάλτε το στην αρχή απλώς να παρατηρεί ή να συμμετέχει ελάχιστα.

Βήμα 3: Το οικείο άτομο μπορεί να ξεκινήσει μια συζήτηση σχετικά με τη δραστηριότητα και να ενθαρρύνει σιγά-σιγά το παιδί να απαντήσει σε μια ερώτηση που του έκανε το νέο άτομο, με τη μεσολάβηση του οικείου προσώπου.

Βήμα 4: Σταδιακά, το νέο άτομο αναλαμβάνει πιο ενεργό ρόλο στην απευθείας συνομιλία με το παιδί καθώς γίνεται πιο άνετα.

Η μέθοδος των 5 δευτερολέπτων

Η μέθοδος 5 δευτερολέπτων είναι μια τεχνική συμπεριφοράς που στοχεύει στην ενθάρρυνση λεκτικών απαντήσεων από παιδιά με ΕΑ χρησιμοποιώντας μια σύντομη παύση για να δημιουργήσει μια ευκαιρία για ομιλία. Όταν κάνετε μια ερώτηση στο παιδί, ο θεραπευτής ή ο φροντιστής περιμένει για πέντε δευτερόλεπτα πριν το προτρέψει ή προχωρήσει. Αυτή η παύση δίνει στο παιδί χρόνο να επεξεργαστεί την ερώτηση και να συγκεντρώσει το θάρρος να απαντήσει προφορικά. Εάν το παιδί δεν ανταποκριθεί εντός των πέντε δευτερολέπτων, ο θεραπευτής μπορεί να δώσει μια ήπια προτροπή ή να επαναδιατυπώσει την ερώτηση. Η συνεπής χρήση αυτής της μεθόδου βοηθά το παιδί να καταλάβει ότι αναμένεται να ανταποκριθεί και ότι υπάρχει ένας ασφαλής χώρος για να το

κάνει. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η τεχνική μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους του παιδιού σχετικά με την ομιλία και στην αύξηση της λεκτικής συμμετοχής του.

Παράδειγμα:

Κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας, όταν τίθεται μια ερώτηση στο παιδί, ξεκινήστε μια λεπτή αντίστροφη μέτρηση από το πέντε.

Βήμα 1: Προτρέψτε το παιδί απαλά λέγοντας: «Πάρτε το χρόνο σας, αλλά ας προσπαθήσουμε να απαντήσουμε μέσα σε πέντε δευτερόλεπτα».

Βήμα 2: Διατηρήστε τις ερωτήσεις απλές και ξεκάθαρες αρχικά για να χτίσετε εμπιστοσύνη.

Βήμα 3: Σταδιακά κάντε περισσότερες ερωτήσεις ανοιχτού τύπου καθώς το παιδί αισθάνεται πιο άνετα με τη μορφή γρήγορης απάντησης.

Βήμα 4: Επαινέστε και ενθαρρύνετε το παιδί, ανεξάρτητα από την ακρίβεια της απάντησής του, εστιάζοντας στην προσπάθεια να μιλήσει εντός του χρονικού ορίου.

Η Μέθοδος Shaping

Η Μέθοδος Shaping ή Διαμόρφωσης περιλαμβάνει την ενίσχυση διαδοχικών προσεγγίσεων της επιθυμητής συμπεριφοράς, που σε αυτή την περίπτωση είναι η λεκτική επικοινωνία. Ο θεραπευτής ξεκινά με την ενίσχυση κάθε μορφής επικοινωνίας, όπως χειρονομίες ή μη λεκτικούς ήχους, και σταδιακά αυξάνει τις προσδοκίες για λεκτικές απαντήσεις. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί αρχικά να ανταμειφθεί για το νεύμα ή το έδειξε, μετά για ψιθύρους και τελικά για το ότι μιλάει με κανονική φωνή. Η θετική ενίσχυση, όπως ο έπαινος ή οι μικρές ανταμοιβές, χρησιμοποιείται για να ενθαρρύνει κάθε βήμα προς τη λεκτική επικοινωνία. Αυτή η μέθοδος βοηθά στην οικοδόμηση της αυτοπεποίθησης του παιδιού και στη μείωση του άγχους, αναλύοντας τη διαδικασία της ομιλίας σε διαχειρίσιμα βήματα, διευκολύνοντας το παιδί να επιτύχει και να αισθάνεται κίνητρο να συνεχίσει να προοδεύει.

Παράδειγμα:

Βήμα 1: Ξεκινήστε με μη λεκτική επικοινωνία, όπως νεύμα ή κατάδειξη, και δώστε θετική ενίσχυση.

Βήμα 2: Προχωρήστε στο να βγάζετε ήχους ή να ψιθυρίζετε, επιβραβεύοντας κάθε μικρό βήμα.

Βήμα 3: Ενθαρρύνετε το παιδί να χρησιμοποιεί μεμονωμένες λέξεις και μετά σύντομες φράσεις, παρέχοντας κάθε φορά θετική ανατροφοδότηση και ανταμοιβές.

Βήμα 4: Αυξήστε σταδιακά την πολυπλοκότητα και τη διάρκεια των προφορικών αλληλεπιδράσεων, διατηρώντας πάντα ένα υποστηρικτικό και ικανοποιητικό περιβάλλον.

Κατά τα αρχικά στάδια της θεραπείας για την ΕΑ, ο θεραπευτής διαχειρίζεται και κατευθύνει κυρίως τη θεραπεία, ιδιαίτερα τις εργασίες έκθεσης. Μια βασική πτυχή της στρατηγικής θεραπείας είναι η σταδιακή μετάθεση αυτής της ευθύνης από τον θεραπευτή στους γονείς, τους δασκάλους και, όταν είναι δυνατόν, στο ίδιο το παιδί. Αυτή η μετάβαση γίνεται ιδιαίτερα κρίσιμη καθώς η θεραπεία πλησιάζει στο τέλος της. Η αύξηση της συμμετοχής των γονέων και των δασκάλων στη διαδικασία θεραπείας τους βοηθά να γίνουν ικανοί στις αρχές και τις πρακτικές της θεραπείας, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να συνεχίσουν να υποστηρίζουν το παιδί. Γύρω στην 20η συνεδρία, αν και πολλά παιδιά παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση, μερικά μπορεί να διστάζουν ακόμα να μιλήσουν σε ορισμένα σενάρια και θα επωφεληθούν από συνεχείς ασκήσεις έκθεσης που καθοδηγούνται από γονείς και δασκάλους.

Προς τις τελικές συνεδρίες, θα πρέπει να υπάρξει μια αισθητή αλλαγή στους ρόλους. Οι γονείς θα πρέπει να αρχίσουν να παίρνουν πιο ενεργό ρόλο στη διαχείριση της θεραπείας του παιδιού υπό την επίβλεψη του θεραπευτή. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία και την προσαρμογή εργασιών ομιλίας, τον καθορισμό στόχων και τη διαχείριση ανταμοιβών. Ο ρόλος του θεραπευτή θα μετατοπιστεί στην παροχή ανατροφοδότησης και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των γονέων σε αυτούς τους τομείς. Η εμπειρία έχει δείξει ότι οι περισσότεροι γονείς είναι ικανοί και σταδιακά αναλαμβάνουν μεγαλύτερο ρόλο στη διευκόλυνση της θεραπείας του παιδιού τους.

Ομοίως, οι εκπαιδευτικοί θα έχουν επίσης περισσότερες ευθύνες καθώς συχνά έχουν κρίσιμες γνώσεις για αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην τάξη. Καθώς η θεραπεία προχωρά προς τις τελευταίες της συνεδρίες, οι δάσκαλοι, καθοδηγούμενοι από τον θεραπευτή, θα πρέπει να αρχίσουν να αναπτύσσουν και να εφαρμόζουν ανεξάρτητα σχολικές παρεμβάσεις. Αυτό επιτρέπει μια βιώσιμη προσέγγιση για τη διαχείριση της ΕΑ, με τους εκπαιδευτικούς να διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στη συνεχή υποστήριξη και θεραπεία στο σχολικό περιβάλλον (Carbone, Schmidt,, Cunningham, & McHolm, 2010).

Κάθε εβδομάδα, δίνονται στα παιδιά εξατομικευμένες εργασίες για το σπίτι για εξάσκηση ομιλίας, οι οποίες ευθυγραμμίζονται με τις συγκεκριμένες ανάγκες τους. Αυτές οι εργασίες προχωρούν με σταθερό ρυθμό, είτε ακολουθώντας μια προσχεδιασμένη ιεραρχία που περιλαμβάνει πληροφορίες από το παιδί, τους γονείς, τον θεραπευτή και

τον δάσκαλο, είτε προσαρμόζονται με βάση την απόδοση του παιδιού μετά την αρχική εργασία.

Οι εργασίες για το σπίτι, τόσο για σχολική όσο και για οικιακή χρήση, προετοιμάζονται από τον θεραπευτή και δίνονται στην οικογένεια κάθε εβδομάδα για να τις ολοκληρώσει και να επιστρέψει την επόμενη εβδομάδα. Οι εργασίες που σχετίζονται με το σχολείο τεκμηριώνονται σε ένα σημειωματάριο ή σε συγκεκριμένες φόρμες που μεταφέρουν οι γονείς μεταξύ σπιτιού και σχολείου. Όλες οι εργασίες επανεξετάζονται με το παιδί και την οικογένεια την επόμενη εβδομάδα και ο θεραπευτής διατηρεί αυτά τα αρχεία για τη διάρκεια της θεραπείας. Ωστόσο, αυτά τα υλικά παραδίδονται στην οικογένεια στο τέλος της θεραπείας για μελλοντική αναφορά σε περίπτωση επανεμφάνισης των συμπτωμάτων (Bergman R. L., Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach (Programs That Work), 2013).

Πότε η διευκόλυνση είναι πρόβλημα για ένα παιδί με ΕΑ:



Τι μπορούμε να πούμε :



Kotrba & Reed, 2023



Εικόνα 5: Τρόποι Επικοινωνίας Πηγή: (Ελληνικός Σύλλογος Επιλεκτικής Αλαλίας, 2022)

Κεφάλαιο 8. Εκπαιδευτική παρέμβαση

Όπως προαναφέρθηκε, η ΕΑ είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται στην πρώιμη σχολική ηλικία και επηρεάζει κυρίως τον σχολικό και οικογενειακό χώρο. Παρά τη σημασία του σχολείου και των εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής, υπάρχει έλλειψη πληροφοριών και μελετών, και οι περισσότερες βιβλιογραφικές πηγές δεν είναι πρόσφατες.

Τα παιδιά με ΕΑ επηρεάζουν σημαντικά την τάξη, τα συναισθήματα των συμμαθητών και των εκπαιδευτικών. Οι εκπαιδευτικοί είναι συχνά οι πρώτοι που παρατηρούν τη διαταραχή, αλλά συνήθως δεν έχουν την κατάλληλη ενημέρωση ή εκπαίδευση για να την αντιμετωπίσουν. Αυτό οδηγεί στην αύξηση του άγχους και της σιωπής του παιδιού (Davidson, 2012).

Οι εκπαιδευτικοί συχνά αντιδρούν όμοια με τους γονείς των παιδιών που διδάσκουν. Από τη μια πλευρά, ανησυχούν για τα όσα βιώνει το παιδί και από την άλλη οι ίδιοι βιώνουν αγχώδεις καταστάσεις, απογοητεύσεις, θυμό και γενική σύγχυση για το πώς να το βοηθήσουν (Davidson, 2012).

Καταρχάς, οι προσπάθειές τους να επικοινωνήσουν με το παιδί αποτυγχάνουν, και νιώθουν αδύναμοι να το αντιμετωπίσουν. Συχνά, υποθέτουν ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού οφείλεται στο ότι είναι κακομαθημένο και επιχειρεί να τραβήξει την προσοχή (Κουρκούτας & Γκίκα, 2010).

Στη συνέχεια, δοκιμάζουν ποικίλες τεχνικές προκειμένου να κάνουν το παιδί να αισθανθεί άνετα. Αυτό περιλαμβάνει προσέγγιση του παιδιού χωρίς να το πιέζουν να μιλήσει και είναι ικανοποιημένοι ακόμα και όταν δεν συμμετέχει λεκτικά στις δραστηριότητες της τάξης. Επιπλέον, αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αξιολόγησης του παιδιού (Ψάλτη, 2004).

Ωστόσο, όλες αυτές οι προσπάθειες διατηρούν και ενισχύουν τη διαταραχή. Γενικά, αντιμετωπίζουν μια σύνθετη κατάσταση, καθώς φέρουν την ευθύνη να εκπαιδεύσουν το παιδί, αλλά και να το βοηθήσουν να ενταχθεί στις δραστηριότητες της τάξης. Επιδιώκουν να μειώσουν τον φόβο και το άγχος του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα προωθούν την αλληλεπίδραση τόσο με αυτούς, όσο και με τους υπόλοιπους μαθητές της τάξης.

Είναι απαραίτητο ο εκπαιδευτικός να είναι σωστά καταρτισμένος για να αντιμετωπίζει την καθημερινή συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη και στο σχολικό περιβάλλον. Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για την αναγνώριση και την κατανόηση της ΕΑ είναι ένα κρίσιμο σημείο, καθώς αυτό θα τους επιτρέψει να παρέχουν την κατάλληλη υποστήριξη (American Speech-Language-Hearing Association, 2010). Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να δημιουργήσουν ένα θετικό και προσβάσιμο περιβάλλον, ώστε το παιδί να νιώθει ασφάλεια και να ενθαρρύνεται να συμμετάσχει στις δραστηριότητες

(Selective Mutism, 2010). Επιπλέον, μπορεί να υποστηρίξει το παιδί με ΕΑ χρησιμοποιώντας τεχνικές ψυχοθεραπείας, όπως η αποευσαιθητοποίηση και η θετική επιβράβευση. Είναι επίσης σημαντικό να ενημερώσει τους συμμαθητές και τους γονείς για τη διαταραχή και να υποστηρίξει το παιδί να εργάζεται μέσα στην ομάδα με αποδοχή και ασφάλεια.

Για την επιτυχία της εκπαίδευσης των παιδιών αυτών, ο εκπαιδευτικός πρέπει να συνεργαστεί με έναν ψυχολόγο και να προσαρμόσει τη μάθηση στις κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που ακολουθεί το παιδί. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να υποστηρίξει το παιδί να επικοινωνεί με μη λεκτικούς τρόπους, όπως με μαριονέτες ή φακούς, και να μην εστιάζει συνεχώς στην αδυναμία της αλαλίας (Mokaiti, Rekalidou, & Karousou, 2017).

Οι ειδικοί συνιστούν ότι οι εκπαιδευτικοί δεν πρέπει να ασκούν πίεση στο παιδί για να μιλήσει ή να του προσφέρουν ανταμοιβή όταν εκφράζεται λεκτικά. Επίσης, πρέπει να προστατεύουν το παιδί από την περιθωριοποίηση από τους υπόλοιπους συμμαθητές. Για τη διαχείριση της κατάστασης, απαιτείται η συνεργασία ενός ειδικού, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης (Ψάλτη, 2004).

Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν στρατηγικές λύσεις για τους εκπαιδευτικούς (Davidson, 2012). Παράδειγμα, η οργάνωση των παιδιών σε μικρές ομάδες μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους και στην αύξηση της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω της αλληλεπίδρασης με τους συμμαθητές. Επιπλέον, ο εκπαιδευτικός μπορεί να ενημερώσει την ομάδα σχετικά με την διαταραχή, προκειμένου να αποφευχθεί ο εκφοβισμός. Ταυτόχρονα, η παρουσία των γονέων στην τάξη μπορεί να είναι χρήσιμη, με την σταδιακή μείωση της παρουσίας τους, αντικαθιστώντας τη με ένα κινητό τηλέφωνο. Επιπλέον, για να ενθαρρυνθεί η μη λεκτική επικοινωνία, το παιδί μπορεί να χρησιμοποιεί κάρτες, μια μαριονέτα-κούκλα ή ένα φακό, προκειμένου να απαντάει σε

ερωτήσεις με «ναι» και «όχι» (Shipon-Blum, The ideal classroom setting for the selectively mute child., 2007). Επιπρόσθετα, η ενθάρρυνση της επικοινωνίας μέσω μη λεκτικών μέσων, όπως η χρήση εικόνων, χειρονομιών ή γραφής, μπορεί να αποτελέσει ένα θετικό βήμα προς την έκφραση (Manassis, Hood, & Swinson, School-based interventions for children with selective mutism., 2007). Στρατηγικές που υποστηρίζουν τη μετάβαση από μη-λεκτικές σε λεκτικές μορφές επικοινωνίας είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

Η αναγνώριση και επιβράβευση όλων των προσπαθειών του παιδιού, ακόμα και των μικρών βημάτων προόδου, είναι ένας άλλος κρίσιμος παράγοντας για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της θετικής αλληλεπίδρασης (Kearney & Silverman, 2010). Το να δίνεται στο παιδί το χρόνο και ο χώρος να εκφραστεί χωρίς πίεση, καθώς και να του παρέχονται θετικά μοντέλα από τους συνομηλίκους του, μπορεί να ενθαρρύνει τη λεκτική επικοινωνία.

Επιπλέον, μια πιθανή λύση είναι ο εκπαιδευτικός να επισκεφτεί στο σπίτι το παιδί, στις αρχές της σχολικής χρονιάς, χωρίς να το πιέσει να μιλήσει, αλλά για να δημιουργήσει μια οικεία σχέση και να μειώσει το άγχος του παιδιού. Με το ίδιο σκεπτικό, μπορούν να οργανώσουν επισκέψεις στον εκπαιδευτικό πριν το μάθημα, προκειμένου να βοηθήσουν το παιδί να νιώσει άνετα και να αναπτύξει επικοινωνία, χωρίς να τον πιέζουν να μιλήσει (Ψάλτη, 2004).

Τέλος, είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να δημιουργήσει ένα θετικό και ασφαλές περιβάλλον για το παιδί, να υποστηρίξει τις επιδόσεις του και να επικοινωνεί με το παιδί και τους γονείς συχνά για την πρόοδο του. Η εκπαίδευση των παιδιών με ΕΑ πρέπει να είναι συνολική και διαφοροποιημένη, με έμφαση στην ανάγκη και τις δυνατότητες κάθε παιδιού. Η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς περιλαμβάνει επίσης την συμμετοχή περισσότερων ατόμων, εκτός από τον εκπαιδευτικό.

Μετά από ενίσχυση των μη λεκτικών συμπεριφορών και την παρουσία του σε ομαδικές συναντήσεις, ο εκπαιδευτικός μαζί με το παιδί μπορούν να εκτεθούν σε καταστάσεις που απαιτούν περισσότερη ομιλία. Μία πρόταση είναι να οργανωθούν κοινωνικές περιστάσεις που προκαλούν άγχος στα παιδιά και να περιλαμβάνουν την παρουσία του εκπαιδευτικού, των γονιών και του ψυχολόγου (Ψάλτη, 2004). Στη συνέχεια, όταν το παιδί νιώθει άνετα, μπορεί να δημιουργηθεί μια κατάσταση όπου το παιδί συνομιλεί με τον εκπαιδευτικό και τους γονείς μέσα στην τάξη.

Η χρήση της γνωστικής αναδόμησης στην τάξη είναι επίσης μια προτεινόμενη προσέγγιση. Μέσω αυτής, τα παιδιά μαθαίνουν ότι οι σκέψεις που οδηγούν στις φοβίες και το άγχος αναστέλλουν την ομιλία. Η χρήση εικόνων μπορεί να βοηθήσει στην ανάλυση των φόβων που βιώνει το παιδί και να το εξοικειώσει με την ιδέα ότι μπορεί να μιλήσει (Cohan, et al., 2008).

Γενικά, η συνεργασία όλων είναι κρίσιμη για την επιτυχία της εξατομικευμένης παρέμβασης, χρησιμοποιώντας την Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία. Η καταγραφή των προσπαθειών του παιδιού να μιλήσει και η ανάλυση των συμπεριφορών του είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική πρόοδο της θεραπείας. Επίσης, η αποφυγή τιμωρίας και η ενίσχυση της εμπιστοσύνης του παιδιού στον εκπαιδευτικό είναι σημαντικές πτυχές που επιταχύνουν τη διαδικασία θεραπείας (Shiron-Blum, 2007). Η Krysanski (2003) υποστηρίζει ένθερμα ότι η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) είναι απαραίτητη να χρησιμοποιείται μέσα στο σχολικό περιβάλλον και αντιπροσωπεύει τη μοναδική προσέγγιση που προσφέρει τα καλύτερα και ταχύτερα αποτελέσματα. Όπως ήδη αναφέρθηκε, το εξατομικευμένο πρόγραμμα πρέπει να υλοποιείται με τη συνεργασία του σχολείου, των οικογενειών και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.. (Krysanski, 2003).

Κεφάλαιο 9. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η ΕΑ είναι μια πολύπλοκη και πολύπλευρη διαταραχή που παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις για τα επηρεαζόμενα άτομα, τις οικογένειες και τους εκπαιδευτικούς. Τα γενικά χαρακτηριστικά της ΕΑ περιλαμβάνουν μια έντονη δυσκολία να μιλήσει σε ορισμένες κοινωνικές καταστάσεις παρά την ικανότητα να μιλάει σε οικεία περιβάλλοντα. Αυτό συχνά οδηγεί σε σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή και συναισθηματική λειτουργία. Η κατανόηση των αιτιών και των παραγόντων που συμβάλλουν στην ΕΑ είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων.

Τα αίτια της πιστεύεται ότι είναι ένας συνδυασμός βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων. Βιολογικοί παράγοντες, όπως οι διαφορές στην εγκεφαλική δραστηριότητα και η γενετική προδιάθεση, μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΕΑ. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των τραυματικών γεγονότων, των ανασφαλών προσκολλήσεων και της υπερπροστατευτικής ανατροφής των

παιδιών, μπορούν επίσης να παίξουν ρόλο. Επιπλέον, ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικό άγχος και ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης, συνδέονται στενά με την ανάπτυξη της. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι κάθε μεμονωμένη περίπτωση ΕΑ μπορεί να επηρεαστεί από έναν μοναδικό συνδυασμό αυτών των παραγόντων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αξιολόγηση και τη θεραπεία.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις συνήθως περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό συμπεριφορικών, γνωστικών και οικογενειακών παρεμβάσεων. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως η συστηματική απευαισθητοποίηση και η θεραπεία έκθεσης, στοχεύουν στη σταδιακή αύξηση της άνεσης και της αυτοπεποίθησης του ατόμου στην ομιλία σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Οι γνωστικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των αρνητικών προτύπων σκέψης και στην προώθηση προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην οικογένεια είναι ζωτικής σημασίας για την εκπαίδευση και την υποστήριξη των γονέων στη διαχείριση της ΕΑ του παιδιού τους και στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο σπίτι.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση για παιδιά απαιτεί μια συνεργατική και εξατομικευμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει εκπαιδευτικούς, λογοθεραπευτές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η δημιουργία ενός υποστηρικτικού και χωρίς αποκλεισμούς περιβάλλοντος στην τάξη, η παροχή διευκολύνσεων για επικοινωνία και η προώθηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης αποτελούν βασικά συστατικά της εκπαιδευτικής παρέμβασης. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση και καθοδήγηση σχετικά με την κατανόηση και την αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών για να εξασφαλίσουν μια θετική και επιτυχημένη σχολική εμπειρία. Στο πλαίσιο των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε τις μοναδικές δυνάμεις και τις προκλήσεις κάθε ατόμου με ΕΑ. Η προσαρμογή των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών του ατόμου είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η προώθηση της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ γονέων, εκπαιδευτικών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη για την παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης των παιδιών.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να προωθήσουμε την κατανόησή μας για τις υποκείμενες αιτίες της ΕΑ και να βελτιώσουμε τις θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Διαχρονικές μελέτες και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές μπορούν να παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων και παρεμβάσεων. Συνεχίζοντας να επεκτείνουμε τις γνώσεις και την εξειδίκευσή μας σε αυτόν τον τομέα, μπορούμε να υποστηρίξουμε καλύτερα τα άτομα αυτά και να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής τους. Συνοπτικά, η ΕΑ είναι μια περίπλοκη και προκλητική διαταραχή που απαιτεί μια πολύπλευρη και εξατομικευμένη προσέγγιση στην αξιολόγηση, τη θεραπεία και την εκπαίδευση. Αντιμετωπίζοντας τις αιτίες, παρέχοντας αποτελεσματικές παρεμβάσεις και ενισχύοντας τη συνεργασία, μπορούμε να κάνουμε σημαντικά βήματα για την υποστήριξη των ατόμων αυτών και την προώθηση της ευημερίας και της επιτυχίας τους.

Βιβλιογραφία

- Amir, D. (2005, January). *Re-finding the Voice – Music Therapy with a Girl who has Selective Mutism*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/233128913_Re-finding_the_Voice_-_Music_Therapy_with_a_Girl_who_has_Selective_Mutism: https://www.researchgate.net/publication/233128913_Re-finding_the_Voice_-_Music_Therapy_with_a_Girl_who_has_Selective_Mutism
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. (2013). *Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23933108/>: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23933108/>
- 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*, pp. 41(8), 938-946.
- Black, B., & Uhde, T. (1995). Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
- Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *Professional Counselor*.
- Capobianco, M., & Cerniglia, L. (2018). Communicative, cognitive and emotional issues in selective mutism. *Interaction Studies*, pp. 445-458.

- Cathy, O. (2017). *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy*. Chicago: Crown Random House.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, pp. 51(10):1066-1075.
- 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*.
- Cohan, S. L., Chavira, D., & Stein, M. (2006). Practitioner Review: Psychosocial treatments for child and adolescent depression: An overview and general effectiveness meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Cohan, S. L., Price, J., & Stein, M. (2006). Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, pp. 341-355.
- Creating Communication Confidence Sliding in | selective-mutism-wa*. (2014). Retrieved from <https://www.selectivemutismwa.com/sliding-in>:
<https://www.selectivemutismwa.com/sliding-in>
- Cuncic, A. (2022, December 17). What Is Selective Mutism? *Verywell Mind*. (n.d.).
- Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M., & Patel, S. (2008). <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x>. Retrieved from Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x>
- Cunningham, C. E., Mcholm, A., Boyle, M., & 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.
- Davidson, M. (2012). *Selective mutism*. Retrieved from <https://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/36509/>:
<https://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/36509/>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). (2013). *American Psychiatric Association*.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (2020). Practical guidelines for managing selective mutism: A school-based intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. pp. 29(1), 83-102.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). *Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study*. Retrieved from

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14627880/>:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14627880/>

Guanglun, M. M., Yang, H., & Yan, W. (2017, October). Building resilience of students with disabilities in China: The role of inclusive education teachers. *Teacher and Teaching Education*, pp. 125-134.

Hua, A., & Major, N. (2016). *Selective mutism*. Retrieved from Current Opinion in Pediatrics: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26709680/>

Hung, S.-L., Spencer, M., & Dronamraju, R. (2012). *Selective mutism: Practice and intervention strategies for children*. Retrieved from APA PsycInfo: <https://psycnet.apa.org/record/2012-34347-004>

Johnson, M., & Wintgens, A. (2016). *The Selective Mutism Resource Manual*.

John-Steiner, V., & Mahn, H. (1996). Sociocultural approaches to learning and development: A Vygotskian framework. *Educational Psychologist*.

Kaakeh, Y., & Stumpf, J. (2008). Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors.

Kearney, C. A. (2010). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. Springer Science & Business Media.

Kearney, C. A., & Silverman, W. (2010). *Measuring the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale*.

Klein, E., Armstrong, S. L., & Skira, K. (2013). Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS). *Journal of Anxiety Disorders*, pp. 27(1), 72-81.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

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*.

Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*.

Kumpulainen, K. (2002). *Phenomenology and treatment of selective mutism*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11888338/>: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11888338/>

Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J., & Gothelf, D. (2016). *The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: A follow-up study*. European Journal of Pediatrics.

- Levy, Y., McLean, E., Marini, I., & Treasure, J. (2007). Anxiety disorders and eating disorders: a review of their relationship. *Journal of Psychology*.
- Manassis, K. (2009). Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2007). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, pp. 514-521.
- Manassis, K., Hood, J., & Swinson, R. (2007). *School-based interventions for children with selective mutism*.
- McHolm, Ph.D. Angela, Ph.D. Charles E. Cunningham, & Melanie K. Vanier. (2005). *Helping Your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*.
- Mokaiti, F., Rekalidou, G., & Karousou, A. (2017). *Selective Mutism in School. Relationships and Beliefs in Educational Context. A Case Study. Preschool and Primary Education*.
- Morrissey, J. (2018, August 2). *The New York Times*. Retrieved from How to Write a Good College Application Essay:
<https://www.nytimes.com/2018/08/02/education/learning/writing-college-application-essay.html?ref=collection%2Fsectioncollection%2Feducation&action=click&contentCollection=education®ion=rank&module=package&version=highlights&contentPlacement=2&pgtype=s>
- Muris, P., & Ollendick, T. (2021). *Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder*. Retrieved from
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462750/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462750/>
- Muris, P., & Ollendick, T. (2021). *Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children*. Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7896755/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7896755/>
- Nowakowski, M. E., Cunningham, C., McHolm, A., Evans, M., Edison, S., & St. Pierre, J. (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by selective mutism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, pp. 223-239.
- Oerbeck, B., Stein, M. B., & Wentzel-Larsen, T. (2014). *A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques*. Retrieved from
<https://psycnet.apa.org/record/2014-33854-003>
<https://psycnet.apa.org/record/2014-33854-003>

- Oon, P. P. (2010, March). *Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism*. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104509352892>:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104509352892>
- Østergaard, K. R. (2018, May). *Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29447060/>:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29447060/>
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 : 284–296.
- Schwartz, R., Freedy, A., & Sheridan, M. (2006). Selective Mutism: Are Primary Care Physicians Missing the Silence? *Clinical Pediatrics*, pp. 45(1), 43-48.
- Selective Mutism. (2010). *American Speech-Language-Hearing Association*.
- Sharkey, L., & McNicholas, F. (2008). 'More than 100 years of silence', elective mutism: a review of the literature. Retrieved from
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18357427/>:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18357427/>
- Shipon-Blum, E. (2007). *The ideal classroom setting for the selectively mute child*. Philadelphia, Penn.: Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center.
- Smith, B., Sluckin, A., & Gross, J. (2014). *Tackling selective mutism: A guide for professionals and parents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stein, M., Yang, B., Chavira, D., Hitchcock, C., Sung, S., 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*, pp. 69(9), 825-831.
- Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Stone, B. P., & Kratochwill, T. (2002). Treatment of Selective Mutism: A Best-Evidence Synthesis. *School Psychology Quarterly*, 168–190.
- Terr, L. (2008). *Magical moments of change: How psychotherapy turns kids around*. New York: NY: Norton.
- Vecchio, J. L., & Kearney, C. (2005, March). Selective Mutism in Children: Comparison to Youths With and Without Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* .
- Vecchio, J., & Kearney, C. (2007, February). *Assessment and Treatment of a Hispanic Youth With Selective Mutism*. Retrieved from

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650106290393>
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650106290393>

- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Walkup, J. T., Albano, A., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J., & Ginsburg, G. (2008, December). *Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety*. Retrieved from The new england journal of medicine: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0804633>
- Wong, P. (2010). *Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20436772/>: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20436772/>
- Yeganeh, R., Beidel, D., & Turner, S. (2006). SELECTIVE MUTISM: MORE THAN SOCIAL ANXIETY? *DEPRESSION AND ANXIETY*.
- Γκοτζαμάνης, Κ. (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Ελληνικός Σύλλογος Επιλεκτικής Αλαλίας . (2022). <https://www.esaal.info/about/>. Retrieved from <https://www.esaal.info/about/>.
- Κονταξάκης, Β., & Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2015). Από το DSM-I στο DSM-5. *Ψυχιατρική*.
- Κουρκούτας, Η., & Γκίκα, Κ. (2010). *Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις σε μια περίπτωση εκλεκτικής αλαλίας στο Δημοτικό Σχολείο: Μία ψυχοδυναμική συστημική προσέγγιση*. . Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου.
- Κωνσταντινοπούλου, Μ. (2023). <https://www.esaal.info/about/>. Retrieved from <https://www.esaal.info/about/>.
- Μπιρμπίλη, Μ. (2023). *Επιλεκτική αλαλία: ορισμός, συμπτώματα, αίτια, συχνότητα, τρόποι αντιμετώπισης*. Retrieved from <https://www.elniple.com>: <https://www.elniple.com/%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%BB%CE%B5%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CE%BB%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%B1-%CE%BF%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%85%CE%BC%CF%80%CF%84%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84/>
- Π., Κ., & Τάσιος, Θ. (2012). Εκλεκτική αλαλία ή επιλεκτική βοβώτητα 4 περιστατικά -4 αιτίες. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, pp. 145-149.
- Ψάλτη, Α. (2004). Παιδιά με εκλεκτική αλαλία: η «σιωπηλή» μειονότητα της σχολικής τάξης. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, pp. 37, 86-102.