(1)

فعالية العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية.

ا.د. رحاب محمود صديق
أستاذ الصحة النفسية
عميد كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة الإسكندرية

د. إكرام عبد الحميد يونس
مدرس علم النفس
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة الإسكندرية

أ/ آلاء إبراهيم محمد أحمد
معلمة لغة عربية
ماجستير في التربية للطفولة المبكرة
قسم العلوم النفسية، كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة الإسكندرية

فعالية العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية

أ.د/ رحاب محمود صديق [1] د/إكرام عبدالحميد يونس [2]

أ/آلاء إبراهيم محمد أحمد [3]

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأسباب النفسية والاجتماعية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية والتي تؤدي إلى الصمت الاختياري,والتحقق من حجم تأثير العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية, تكونت عينة حساب الخصائص السيكومترية من (31) من اطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية وتتراوح أعمارهم من(4–6) سنوات الملتحقين بمدارس تابعة لإدارتي شرق ووسط التعليمية بمحافظة الإسكندرية,وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (9) أطفال من مجموعة من الأطفال المحرومين من الرعلية الوللدية المودعين-بدار على بن ابي طالب، دار رضوان بمحافظة الاسكندرية وتتراوح أعمارهم من (4–6) سنوات واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة والقياسات المتكررة (قبلي – بعدي – تتبعي).

تم إعداد الأدوات الآتية: مقياس مصور للصمت الاختياري، وبرنامج العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية، واشتمل البرنامج على:(50 جلسة) مقسمة على فنيات العلاج السلوكي: لعب الدور والنمذجة والتعزيز. وقد اسفرت نتائج عن فعالية

• بحث مستل من رسالة ماجستير، تمت مناقشتها (عام 2025م).

(1) أستاذ الصحة النفسية وعميد كلية التربية للطفولة المبكرة – جامعة الإسكندرية.

(3) معلمة لغة عربية، ماجستير في التربية للطفولة المبكرة، قسم العلوم النفسية، كلية التربية للطفولة المبكرة جامعة الإسكندرية.

▪ تم التوثيق بنظام APA الجمعية الأمريكية لعلم النفس الإصدار السابع.

العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية وباستخدام الأساليب الإحصائية، أسفرت نتائج للدراسة عن وجود فروق دللة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد الصمت الاختياري وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد الصمت الاختياري.

الكلمات المفتاحية:

العلاج السلوكي الجماعي، الصمت الاختياري، أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية.

The effectiveness of group behavioral therapy in reducing the severity of selective mutism among kindergarten children deprived of parental care

Abstract

The study aimed to identify the psychological and social factors among children without parental care that lead to selective mutism, and to examine the effect size of group behavioral therapy in reducing the severity of selective mutism among kindergarten children without parental care.The sample for assessing the psychometric properties consisted of (31) kindergarten children, aged between 4 and 6 years, enrolled in schools affiliated with the East and Central Educational Administrations in Alexandria Governorate.The main study sample consisted of(9) children without parental care, residing in Ali Ibn Abi Talib Orphanage and Al-Ridwan Orphanage in Alexandria Governorate, aged between 4 and 6 years. The study adopted the experimental method using a one-group design with repeated measures
(pre-test – post-test – follow-up). The researcher developed the following tools: A pictorial scale for selective mutism A group behavioral therapy program aimed at reducing the severity of selective mutism among kindergarten children without parental careThe program included

50 sessions, based on behavioral therapy techniques such as role-playing, modeling, and reinforcement. The results revealed the effectiveness of group behavioral therapy in reducing the severity of selective mutism among children without parental care. Using appropriate statistical methods, the findings indicated that there were statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group children's scores in the pre-test and post-test, and no statistically significant differences between the post-test and follow-up test, indicating the stability of the treatment effect over time.

Keywords:
Group Behavioral Therapy – Selective Mutism – Kindergarten Children Without Parental Care

مقدمة الدراسة:

يعد الأطفال في سن الروضة من أكثر الفئات العمرية حساسية، حيث يبدأ الطفل في استكشاف العالم من حوله، وتنمية مهاراته الاجتماعية والمعرفية من خلال التفاعل مع أقرانه، ويتشكل في هذه الفترة جزء كبير من شخصيته، حيث يتعلم الأساسيات الأولى للتواصل، والتعاون، والاعتماد على النفس.

ومرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل النمو فهي حجر الأساس لتطوير المهارات اللغوية والحركية وتكوين المفاهيم الأولية عن المجتمع والبيئة المحيطة به، وتعد الرعلية والاهتمام والأمان وتعزيز الثقة بالنفس التي يتلقلها للطفل في هذه للمرحلة من أسس للتربية السليمة.

والأسرة هي الركيزة الأساسية في رعاية الطفل وأحد العوامل الاجتماعية الأكثر تأثيراً في تكوين شخصيته، كما تلعب دوراً محورياً في تشكيل البنية النفسية والاجتماعية للطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة.

أحيانا يواجه الطفل عزلة اجتماعية نتيجة لفقدان الأمان الذي يستمده من والديه، في هذه الحالة، قد يلجأ الطفل إلى وسائل مختلفة للهروب من المواقف الاجتماعية التي تسبب له القلق أو عدم الراحة.

إن نشأة الطفل في ظل حرمانه من أسرته نتيجة لعدة عوامل، مثل الطلاق، الهجرة، أو وفاة أحد الوالدين أو كليهما، قد تؤدي إلى شعوره بالقلق وعدم الاستقرار، وتؤثر سلباً على علاقاته الاجتماعية وثقته بنفسه وبالآخرين. وهذا الحرمان قد يؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية والاجتماعية، من بينها اضطراب يُعرف بالتباكم أو "الصمت الاختياري".

لم يحظ "الصمت الاختياري" بالاهتمام الذي يستحقه حيث يتم الخلط بينه وبين الخجل؛ فالصمت الاختياري هو: حالة من الصمت تؤثر على الطفل في مواقف اجتماعية معينة بينما يتحدث بطلاقة في مواقف أخرى. ومعظم الأطفال المصابين به يظلون صامتين تماماً،

والبعض يهمس بالكلمات بينما يتحدثون بطلاقة في مواقف أخرى.

ويطلق عليه "الصـــمت الاختيـاري" لأنـه ليس نتيجـة عيـب خلقي أو عضـــوي، بل هو من الأســـاليب التي يتبعها الطفل عندما يشـــعر بالتوتر وعدم الأمان فيظل صامتًا رغم سلامة جهازه الكلامي.

وأشـــارت منظمة اليونيســـف (2022) إلى أن الصـــمت علامة من علامات التوتر والقلق لـدى الأطفـال للذين تتراوح أعمـارهم بين 4–6 ســـنوات، وهو اضـــطراب يُطلق عليه عدة أســـماء، منها: التباكم، الخرس الانتقائي، والصـــمت الاختياري.

ويعد العلاج الســـلوكي الجماعي من الأســـاليب الفعّالة في علاج الصـــمت الاختياري، حيث يُشـــكل أحد أنواع العلاج النفســـي الموجه لتعديل الســـلوك وتعليم الأطفال المهارات اللازمة للتفاعل بنجاح مع مواقف اجتماعية متنوعة، كما يســـهم في تعزيز التفاعل الاجتماعي والقبول وتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها.

كما يوفر العلاج السـلوكي الجماعي بيئة آمنة ومحفزة تتيح للمشـاركين التعبير عن مشـــاعرهم، مما يعزز الوعي الذاتي ويســـاعدهم في تطوير اســـتراتيجيات فعّالة للتعامل مع مشكلاتهم بشكل صحي.

وفي هذه الدراســة، تم تطبيق العلاج الســلوكي الجماعي من خلال برنامج يتضــمن أنشــطة تعتمد على عدة فنيات وهي لعب الدور والنمذجة والتعزيز، وهي وســيلة علاجية جماعية تســاهم في تعديل الســلوك والتغلب على مشــاعر الخوف والقلق.

أولا: مشكلة الدراسة:

إن العيش في بيئة مشـــبعة بالحب والحنان من قبل الأب والأم هو أحد احتياجات الطفل الأســاســية، كما أن فقدان أحد الوالدين أو كليهما يؤثر ســلباً على صــحة الطفل النفســية والاجتماعية. ويترك الحرمان من الرعاية الأســرية تجارب اجتماعية ونفسية مؤلمة في نفوس الأطفال ويقلل من تفاعلاتهم الاجتماعية (عنايات شلبي، 2019، ص 131).

الطفل المحروم أســريًا يفقد احترامه لذاته ويشــعر بأنه شــخص لا قيمة له نتيجة فقدان أقرب للناس إليه وتركه مع آخرين لا يعرفهم (بســـمة إســـماعيل، 2021، ص949).

وتعد الرعاية الخالية من الإهمال من احتياجات الطفل الهامة التي تساهم في بناء شخصيته الطبيعية، ففي ظل غياب هذه الرعاية، تضطرب الجوانب النفسية والاجتماعية للطفل.

وصفت أنسام بظاظو (2013، ص 47–48) أفكار طفل عن فقدان أحد الوالدين في الفئة العمرية (2–5) يتخيل الموت على أنه فراق أو نوم فهو غير قادر على معرفة مفهوم الموت، ولا يستطيع التمييز بين الموت والحياة. فالطفل يحتاج إلى رعاية أسرية طبيعية، وأي خلل يطرأ على هذه الأسرة يؤثر سلباً على الطفل، مما يجعله أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية.

من بين الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها الطفل هو "الصمت الاختياري"، أو ما يُعرف بالتباكم، وهو اضطراب نادر يظهر عند دخول الطفل المدرسة، وغالباً ما يرتبط بالخجل.

والعزلة وعدم القدرة على الكلام لا يرجع إلى نقص المعرفة أو عدم الإلمام باللغة الشفهية المطلوبة للمواقف الاجتماعية، كما هو مذكور في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (محمد شلبي، 2020، 287)

فالصمت الاختياري ناتج عن مشكلة نفسية وليس عناداً أو خجلًا من جانب الطفل، بل يظهر عند الطفل خوفا من التحدث، فيتجمد ويصبح غير قادر على الكلام، ويبذل كل ما في وسعه لتجنب الحاجة إلى التحدث (Wintgens, A., & Johnson, M., 2017, p 6).

ووجدت الدراسة أن الأطفال الأكثر صمتًا يعانون من اضطرابات أسرية، مثل الإهمال الأسري، أو العنف الأسري، أو التخلي التام عن الأطفال (عبد الفتاح غزال، 2011، ص11).

ومن علامات "الصمت الاختياري" أيضا عدم التحدث لفترة من الوقت، تصل إلى شهر واحد على الأقل، ولا يُدرج الشهر الأول من المدرسة ضمن ذلك لأن الكثير من الأطفال يشعرون بالخجل ولا يريدون التحدث حتى يشعروا بالارتياح. (Key, K.,2012,P1351)

غالباً ما تنتج هذه المشكلة عن انفصال الوالدين، ويرى الكثيرون أنها نمط سلوكي مكتسب يعززه تجنب القلق المرتبط بالتحدث (جمال الخطيب، 2021، ص 48).

وتتراوح نسبة انتشاره بين 0.71% و1.9% عند أطفال الروضة حول العالم، وتظهر أعلى نسبة في الفئة العمرية من 4 إلى 6 سنوات لأنها الفترة التي يظهر فيها الاضطراب بشكل واضح. (Powers C.M., 2017, P 24)

وهو اضطراب في التواصل يظل فيه الأطفال صامتين في مواقف اجتماعية معينة على الرغم من امتلاكهم مهارات لغوية كافية بشكل عام (Starke, A., 2018,P 45-60). نظراً لندرة الدراسات حول الطفل المحروم من الرعاية الوالدية واضطراب الصمت الاختياري، جاءت هذه الدراسة لمحاولة التخفيف من حدة

اضطراب الصمت الاختياري لدى عينة من أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية من خلال العلاج السلوكي الجماعي.

أشارت الدراسات إلى أهمية برامج العلاج السلوكي في تقليل القلق والتوتر، والخوف الاجتماعي، والتعامل مع المشكلات العاطفية مثل الخجل والشعور بالذنب التي قد تكون مرتبطة بالمواقف أو الأشخاص (عبد الله عسكر، 2005، 97). ويهدف العلاج السلوكي إلى تغيير السلوك المكتسب وقد ثبت ذلك في المواقف الاجتماعية وتحرير المشاعر المكبوتة (إجلال سري 2000، 119)

وتحددت مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

– ما فعالية العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية؟

ثانيا: أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على الأسباب النفسية والاجتماعية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية والتي تؤدي إلى الصمت الاختياري.
- التحقق من حجم تأثير العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية.

ثالثًا: أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في تناول ظاهرة "الصمت الاختياري" لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، حيث تعد هذه الفئة من الأطفال ذات أهمية كبيرة وقدر لهم أن يعيشوا ظروفًا خارجة عن إرادتهم، يواجهون الحياة وصعوباتها بمفردهم، حيث يُحرم الطفل فجأة من حياته الأسرية ويُودع في دور الرعاية التي تتولى رعايته بسبب فقدان من يعوله.

هؤلاء الأطفال بحاجة ماسة للرعاية والاهتمام؛ لأن انعدام الأمان والثقة بالنفس يجعلهم يبالغون في المواقف التي يواجهونها.

ومن المعروف أن الحرمان من الرعاية الوالدية يؤدي إلى مشاكل نفسية وسلوكية واجتماعية، من أبرزها الصمت الاختياري.

وقد وجدت الدراسات أن معدل انتشار الصمت الاختياري يزداد بين الأطفال ذكوراً وإناثا على حد سواء.

وتكمن أهمية الدراسة في إعداد الأدلة التشخيصية لاضطراب الصمت الاختياري بهدف التدخل العلاجي، حيث يمكن أن يؤثر تأخير العلاج سلبًا على صحة الأطفال النفسية.

كما يمكن الاستفادة من الدراسة الحالية باستخدام العلاج السلوكي الجماعي للتخفيف من حدة اضطراب الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية والتعبير عن المشاعر الداخلية وإطلاق العواطف المكبوتة من خلال المواقف الاجتماعية.

رابعًا: محددات الدراسة:

1- المنهج:

اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة والقياسات المتكررة

(قبلي – بعدي – تتبعي) في دراسة المتغيرات التالية (الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية – الصمت الاختياري – العلاج السلوكي الجماعي)

2- عينة الدراسة:

تكونت عينة حساب الخصائص السيكومترية من (31) من اطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية وتتراوح أعمارهم من (4-6) سنوات الملتحقين بمدارس تابعة لإدارتي شرق ووسط التعليمية بمحافظة الإسكندرية،وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (9) أطفال من مجموعة من الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية المودعين بدار على بن ابي طالب، ودار رضوان بمحافظة الاسكندرية وتتراوح أعمارهم من (4-6) سنوات.

3- الأدوات المستخدمة:

أ- مقياس الصمت الاختياري المصور (إعداد الباحثة).

ب- برنامج العلاج السلوكي الجماعي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية (إعداد الباحثة).

خامساً: مصطلحات الدراسة:

- **الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية Children Without Parental Care**
- عرفت منظمة اليونيسيف (2016) الأطفال المحرومين من رعاية الوالدين بأنهم: الأطفال الذين لا يعيشون مع والديهم لأي سبب وتحت أي ظروف، بما في ذلك الأطفال الذين يعيشون في رعاية سكنية مع أسر ممتدة أو حاضنة أو في دور الرعاية.

عرفته الباحثة إجرائيًا بأنه: الأطفال المحرومون من الرعاية الأسرية الأساسية بسبب الظروف التعليمية والاجتماعية أو الإهمال الأسري، والذين يعيشون في المؤسسات لتقديم الرعاية. والفئة المستهدفة في هذه الدراسة هم الأطفال المنفصلون عن والديهم ويعيشون في دور الرعاية، وتتراوح أعمارهم بين 4-6 سنوات.

- **اضطراب الصمت الاختياري Selective Mutism**

ذكرت Wintgens, A., & Johnson, M. (2017, p6) أن الصمت الاختياري هو مصطلح يُطلق على الأطفال الذين يتحدثون قليلا او لا يتحدثون

على الإطلاق فهم غير القادرين على التحدث بحرية في مواقف اجتماعية معينة، ويمكن وصف الأطفال الذين لا يتحدثون في مواقف معينة لأكثر من شهر بأنهم مصابون بالصمت الاختياري.

عرفته الباحثة إجرائيًا بأنه: اضطراب يمنع الطفل من الكلام في بعض المواقف الاجتماعية، بينما يتحدث بطلاقة في مواقف أخرى، رغم سلامة جهازه الكلامي والسمعي وفهمه للغة. ويُصنف الصمت الاختياري على أنه رهاب اجتماعي، وتستهدف الدراسة الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري والمحرومين من الرعاية الوالدية، المودعين في دور الرعاية وتتراوح أعمارهم بين 4-6 سنوات.

- **العلاج السلوكي الجماعي Group Behavioral Therapy**

عرف لويس مليكة (1990، ص165) العلاج السلوكي الجماعي بأنه: نوع من أنواع العلاج باستخدام الجماعات لتعديل السلوك، حيث يقل الاعتماد على المعالج في إطار يسمح بجمع البيانات لتقدير تأثيرها على أعضاء الجماعة.

عرفته الباحثة إجرائيًا بأنه: شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي، وله دور فعال في تغيير السلوك والقضاء على الخوف والقلق. ويتكون من مجموعة أنشطة جماعية تستند إلى فنيات تهتم بالجوانب السلوكية والانفعالية. واعتمد البرنامج على فنيات لعب الأدوار والنمذجة والتعزيز.

أدبيات الدراسة (الإطار النظري والدراسات السابقة):

❖ أولًا: الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية

أ- مفهوم الاطفال المحرومين من الرعاية الوالدية:

يعرف الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية بأنهم الأطفال الذين يُحرمون من الرعاية الأسرية المناسبة ويوضعون في دور رعاية لأسباب عدة، منها الحاجة المادية، حيث يعتقد بعض الآباء أن ذلك سيكون في مصلحة الطفل.(Schagen, M., 2021, p.12)

وأشارت سمها الغامدي (2011، ص266) إلى أن الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية هم مجموعة من الأطفال الذين حُرموا من الرعاية الوالدية

نتيجة الوفاة، أو الانفصال، أو السجن، أو لأي سبب يحول دون توفير الرعاية الأسرية.

كما أكد Vassiliadou, M., & O'Flahertry, M. (2019,p.12) أن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الرعلية الوللدية لأسباب عديدة، منها هجرة الوللدين أو منعهم من ممارسة مسؤولياتهم بسبب سوء المعاملة أو الإهمال، مما يؤدي إلى وضعهم في مؤسسات رعاية.

والمقصود بالأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية في هذه الدراسة:

مجموعة من الأطفال الذين فقدوا كلا الوالدين بسبب الانفصال أو العجز أو السفر أو سوء المعاملة، وتم إيداعهم في مؤسسات إيوائية دون وجود عائل بديل يتكفل بهم.

ب- فئات الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية:

1- كريمي النسب: وهم الذين وجدوا في الطريق لا يعرفون آبائهم ولا يعرفون لهم نسبهم ويعرفون أيضا بأنهم الأطفال الغير شرعيين الذين فقدوا أهليتهم عندما كانوا رضع وتم تسليمه إلى دور الرعاية. (زينب عبداللطيف, 1993, ص353)

2- الطفل اليتيم: وهو من تعرض للحرمان الأبوي ويزول عنه صفة اليتم ببلوغ الحلم. (عبدالله السدحان, 2003, ص9)

3- أطفال التصدع الأسري: حرمان الأطفال من رعاية آمنة ومستقرة والأسرة المتصدعة هي الأسرة التي تحرم من وجود الأب حرملنًا كليًا. (كريمان بدير,2017, ص38)

ج- خصائص الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية:

- يفتقرون إلي اشباع العديد من الحاجات النفسية والاجتماعية.
- يعانون من القلق الزائد و الخوف المستمر.
- تأخر في التحصيل الدراسي.
- انخفاض مفهوم الذات.
- العدوانية. (حنان عطية, 2015, ص23-24)

د- العوامل المرتبطة بالحرمان من الرعاية الوالدية

1- عمر الطفل: فالحرمان منذ الميلاد يؤثر سلبًا على تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أكثر من الحرمان في المراحل اللاحقة.

2- درجة الحرمان: لدرجة الحرمان تأثير على الطفل فيؤدي إلي القلق والرغبة في الانتقام وربما العجز في تكوين علاقات مع الآخرين (نبوية عبدالله, 2000, ص 58)

هـ- حاجات الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية

- الحاجة إلي الرعاية الوالدية.
- الحاجة إلي الحب والعطاء.
- الحاجة إلي التقدير الاجتماعي.
- الحاجة إلي الأمن.
- الحاجة إلي مكانة واحترام الذات. (أحمد عوض, 2015, ص140)

و- تأثير الإيداع في المؤسسات على الأطفال

يؤثر الإيداع سلبًا على السلوك الاجتماعي وتفاعله مع الآخرين وتكوين الارتباطات العاطفية وضعف الأداء المعرفي والعجز اللغوي، كما يتولد العديد من الاضطرابات النفسية مثل العدوانية أو الانسحاب الاجتماعي.) Alexander, C., 2016, p11)

وأضاف عبد الله السدحان (2011, ص75) عدم القدرة على اكتساب القيم والمفاهيم الاجتماعية والشعور بالحرمان وعدم الثقة بالنفس.

ز- المراحل التي يمر بها الطفل في المؤسسات الإيوائية

1- مرحلة المقاومة: وهي مرحلة يقاوم فيها الطفل إيداعه في المؤسسة لأنه يتخيل تخلي المجتمع والأهل ويشعر أنه منبوذ من المجتمع وهنا يصبح أكثر عرضة للاضطرابات النفسية.

2- مرحلة التقبل: وفيها يبدأ الطفل في الثقة فيمن حوله، وتبدو مظاهر الارتياح النفسي عليه، ويبدأ في تقبل وجوده بالمؤسسة. ولكن الطفل في هذه المرحلة يحتاج لتنمية مهاراته ليسترجع ثقته بنفسه.

3 – مرحلة الإقبال: عندما يكتشـــف الطفل أنه لا يزال يمتلك مهارات متعددة، وأن له قدرات وإمكانيات خاصة به. وفي هذه المرحلة يبدأ تكوين الشخصية.

4– مرحلة الانتماء: يولد لدى الطفل الشـــعور بالنجاح وإشـــباع حاجاته، وهنا تحل المؤسسة محل الأسرة.

5– مرحلة التخرج: هنا يقوم الأخصـــائي بتهيئة الطفل للخروج والتعلمل مع المجتمع والتعود على أسلوب الحياة خارج المؤسسة، وهي مرحلة بمثابة الفطام النفسي.

(لمياء بلبل, 2008, ص6)

❖ ثانيًا: الصمت الاختياري

أ– لمحة تاريخية عن الصمت الاختياري:

تم اكتشـاف هذا الاضـطراب لأول مرة في القرن التاسـع عشـر، وتحديداً عام 1877م، حين أطلق عليه الطبيب الألماني Adolf Kussmaul اسـم "الحبسـة الطوعية" مشـــيراً إلى امتناع الأطفال عن الكلام بشـــكل إرادي وليس نتيجة مشـكلة صـحية. وفي أوائل ثلاثينيات القرن العشـرين، وتحديداً عام 1934م، أعاد الطبيب السويسري Moritz Tramer تسمية الاضطراب بـــــ"الصمت الانتقائي" للتأكيد على الطبيعة الاختيارية للصـمت. وفي عام 2000م تم تعديل المصـطلح في الدليل التشـخيصـي والاحصـائي للاضـطرابات العقليةDSM ليصـبح "الصـمت الاختياري".(Wong, P,2010,p24) وفي عام 2013م صـنف "الصـمت الاختياري" ضـمن فئة اضـطرابات القلق، نظراً لأن الأطفال المصـابين به يظهرون تفاعلًا قلقًا في المواقف الاجتماعية. (APA, :DSM5 2013)

وتؤكـد هـذه التغيرات جميعهـا أن الامتنـاع عن التحـدث في بعض المواقف الاجتماعية هو سلوك متعمد، رغم قدرة الطفل على الكلام وفهم اللغة.

ب– معدلات انتشار الصمت الاختياري بين الأطفال:

لاحظ في العديد من الدراسـات أن معدل انتشـار الصـمت الاختياري بلغ 0.77 % في أطفال الروضـة، وذُكر أيضـا أن نسـبة الانتشـار قبل الروضـة 1.5 % باسـتخدام المعايير التشـخيصـية DSM–5. وقاموا بفحص عينات من الأطفال

تتراوح أعمارهم بين 4–6 سنوات فوجدوا نسبتها تتراوح بين 0.71 – 1.9 %، وذلك لأنه الوقت المناسب لظهور الاضطراب. ووجدوا أن نسبة الانتشار بين الذكور والإناث 1: 2، ولكن جاءت النسب متساوية بين الذكور والإناث في دراسة (Shott,E.F.,&Warren,M. E,2011)، ويدعمها (DSM5: APA,2013).

ج– مفهوم الصمت الاختياري:

– هو اضطراب يتمثل في الرفض الكلمل للكلام خارج البيت أو غير بيئة مألوفة له

(عبد الله عسكر,2005, 97)، وهي حالة من حالات الاضطراب العاطفي والانفعالي وتشخص على أنها رفض كلمل للكلام خارج دار الرعلية أو مع الغرباء حيث يكون صمتهم باختيارهم وليس نتيجة عيب حلقي أو عضوي (Cohan,2006,p1089).

– ويعرف "الصمت الاختياري" بحسب الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية أنه اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة ويتسم بالفشل المستمر في التحدث (DSM-5: APA ,2013 ,p189) في مواقف اجتماعية يتوقع أن يكون الطفل قادراً على التحدث فيها (سعيد عبد الحميد, 2015، 314).

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة ترى الباحثة أن الصمت الاختياري اضطراب يصيب الأطفال بحالة نفسية تمنعهم عن التحدث في المواقف الاجتماعية، حتى إذا لم يكن هناك أي مشكلة تمنعهم من ذلك. ويتسبب شعورهم المرضي بالخوف، والتوتر وعدم الارتياح نتيجة تعرضهم لبعض الضغوط النفسية ورفضهم للاشتراك في المواقف المختلفة. وقامت الباحثة بإعداد مقياس "الصمت الاختياري" لدى أطفال الروضة كوسيلة للتشخيص.

د– درجات الصمت الاختياري: (Diliberto, R.,2014)

- مستوي منخفض ويتمثل في:
  - الهمس او التحدث بهدوء.
  - التحدث بشكل غير منتظم.
  - الخوف من التحدث مع البالغين.

- مستوي عالٍ ويتمثل في:
  - الصمت التام.
  - الخوف من الحديث عامة.
  - الخوف من الرفض.

هـ– أسباب حدوث اضطراب الصمت الاختياري:

تعددت أسباب الصمت الاختياري فقد أشارت دراسة عبد الفتاح غزال (1993، 900) أن الاضطراب الأسري يعد عاملًا من العوامل المسئولة عن حدوث الصمت الاختياري. وتختلف فترة الصمت كلما زادت حدة الاضطرابات الأسرية. وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة بين العامل الوراثي والصمت الاختياري فقد يكون أحد الوالدين أو كلاهما يعاني من القلق الاجتماعي والانطوائية ورهاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة (Dow etal.,1995, p839). ووجد أيضا علاقة بين الصمت الاختياري والصدمات التي يتعرض لها الطفل. (Black and uhde,1995, p850)

وقد أشارت نتائج دراسة (Omdal & Galloeay,2008) إلى معاناة أولياء الأمور من مشكلة الصمت في معايير اضطراب النطق عند أطفالهم، ويعاني حوالي 60% من الأمهات من بعض الأعراض النفسية، بينما فقط 9 % منهن خاليات من الأمراض النفسية. أما المشكلات المسببة (كإدمانِ الكحول والخجل والانسحاب) فهي مشكلاتٍ كانت من نصيب الآباء.

كما أثبتت نتائج دراسة (Muris, P., & Ollendick, T.,2015) أن نسبة الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري تصل إلى 97% في أسر وقع فيها الطلاق، إضافة إلى الإساءة في المعاملة والتعرض لأحداث مؤلمة كوفاة أحد الوالدين. وأن 33% تكون بسبب الاعتداء الجنسي أو الخضوع لتجارب مهددة للحياة. وأن 15% من الأطفال للذين يعانون من الصمت الاختياري تعرضوا للرفض من الأقران. و5 % تعرضوا للتنمر.

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسة السابقة لكونه السبب الرئيسي للصمت الاختياري في هذه الدراسة.

و- خصائص الأطفال ذوي الصمت الاختياري:

- خصائص انفعالية

هؤلاء الأطفال يتكلمون بحرية في بيئتهم المألوفة لهم، ولكنهم لا يتكلمون مع الغرباء سواء في المدرسة أو المجتمع المحيط. (Friman, P. C. etal.,1998,140)

- خصائص اللغوية

يصاحب الصمت الاختياري أعراض اضطراب الكلام مثل حدوث اضطرابات في ارتقاء عمليات النطق والفهم والتعبير اللغوي (عبد الرحمن سليمان ,40,2002)، كما يعاني
هؤلاء الأطفال من تدنٍ واضح في اللغة التعبيرية والتواصل مع الآخرين
ورفض الكلام في المدرسة بالرغم من التحدث مع المقربين منه.
(Manassis et al. ,2007 ,1190).

- خصائص نفسية:

يعاني الأطفال للذين يعانون من الصمت الاختياري بالعديد من الاضطرابات النفسية حيث يشعرون بتدنٍ في مفهوم الذات وعدم ثقتهم بأنفسهم، إضافة إلى إنهم يواجهون صعوبة في تطبيق الكثير من المهارات الاجتماعية مثل التحدث مع الآخرين. وكل هذه المشكلات تحد من قدراتهم على التواصل، وغالبًا يصاب هؤلاء بحالات اضطراب نفسي. (Mclnnes etal. ,2004,306)

- خصائص الأكاديمية:

على الرغم من ظهور الصمت الاختياري خلال فترة ما قبل المدرسة، إلا أنه يشخص فقط عندما يكون التحدث بالكلام واكتساب المهارات اللفظية أكثر أهمية، وعندما لوحظ عدم نطق الطفل لأي كلام وعدم اكتساب المهارات الاجتماعية بشكلٍ كافٍ، مما يؤدي إلى تدهور تحصيله للدراسي. (Steinhausen, H., etal,2006,752)

- **خصائص اجتماعية** (Carbone etal2010, 1057)

الصـفات الاجتماعية تتضـمن عزل الأطفال داخل البيئة الاجتماعية وإحراجهم من التواصـــل، مما يجعلهم يســـتخدمون الحركات غير اللفظية مثل إيماءات وإشارات للتواصل.

اتفقت نتائج العديد من الدراسات منها: (Vecchino,2005,27)، و(Pasta et al. ,2013 ,649-664)، و (Prino et al,2016,89-106)، ودراسة

(شـــيماءالهواري, 2022, ص2359) أن الأطفال ذوي الصـــمت الاختياري يتسمون بالخصائص الآتية:

- ضعف الكفاءة الاجتماعية.
- تدني في اللغة التعبيرية.
- الانسحاب الاجتماعي.
- انخفاض التحصـيل الأكاديمي عندما تصـبح المهارات اللفظية لها علاقة بالنجاح في الدراسة.
- استخدام الإيماءات بدلًا من الكلام اللفظي.
- الامتناع عن الحديث عن قصد في المواقف الاجتماعية.
- فقدان الثقة بالنفس.
- فشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- الميل إلى الانطواء والخجل والعزلة.
- عدم المبادرة في بدء بالحديث.
- الحســـاســـية المفرطة للمثيرات والمواقف بالإضـــافة إلي ذكائهم الفوق متوسط.
- تتفاوت الأعراض من طفل إلي آخر.

ز- النظريات المفسرة للصمت الاختياري:

- **نظرية معالجة المعلومات Information Processing Theory**

تعتمد نظرية معالجة المعلومات على افتراض أن لدى جميع البشر نظاماً فسيولوجياً

يعالج المعلومات ويساهم في التعلم الجديد، وذلك عندما يقوم المخ بدمج المعاني مع المواد التي تخزن في الذاكرة. وفي حال تأثر الشخص بحدث سلبي أو مؤثر، فإن هذا يؤدي إلى تغير في نظام المعالجة بسبب وجود مشاعر سلبية، وتخزين ذلك بطرق مختلفة في الذاكرة. كما يؤدي هذا التغير إلى ظهور اضطرابات عصبية ووظيفية، مثل اضطرابات ما بعد الصدمة أو أنواع اخري من اضطرابات القلق. (Shapiro, F, 2001, 934)

- **النظرية السلوكية Behavioral Theory**

تشرح النظرية السلوكية كيف يشكل الأفراد مفاهيم ذاتية للتأثير السلبي أو الإيجابي من خلال تعزيز السلوك المكتسب أو غير المرغوب فيه، كما تشرح النظرية الصمت الاختياري باعتباره سلوكًا معززاً بشكل سلبي، حيث يرى الطفل عواقب عدم تحدثه على أنها إيجابية،

ويواجه الطفل الامتياز والاهتمام بسبب سلوكه، أو لديه الخوف والقلق (Ponzurick,J, 2012, 31-37) أي تنظر النظرية إلى الصمت الاختياري على أنه تعلم للسلوك الذي يتطور في كثير من الأحيان ليصبح إما للهروب من القلق الاجتماعي أو كوسيلة لجذب لانتباه الآخرين. (Cohan et al.,2007,1087)

- **نظرية الضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic Sress Theory**

تعد نظرية اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة عاملًا مهمًا في ظهور الصمت الاختياري، وعلى الرغم من أن معظم الحالات التي أظهرت إساءة شديدة يحدث فيها صمت اختياري، فإن علامات المرض للأطفال تعبر عن نوبات تجنبية، وقلة الانخراط في الأنشطة الاجتماعية، والامتناع عن التحدث. وينتج هذا عن حادث صادم تعرّض له هؤلاء الأطفال، حيث يظهرون قدرة فائقة على كبح رغبات التكلم وإظهار ردود فظة للدفاع عن النفس والتي تكون من الأعراض الأساسية للصمت الاختياري. (Wong, P, 2010, 30)

- **نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory**

تفسر النظرية الصمت الاختياري على أنه غالباً ما يتعلق بحدث مثير أو صدمة تؤدي إلى جعل الطفل صامتًا، ومع ذلك فقد أوضحت بعض البحوث أن الصمت الاختياري ليس نتيجة للصدمات التي تعرض لها الأطفال. (Murris & Ollendick, 2015, 1-19).

بعد استعراض النظريات التي تفسر الصمت الاختياري نجد أن كل نظرية قد فسرت الصمت الاختياري تفسيراً مختلفاً، ففي نظرية معالجة المعلومات نجد أنه عندما يخضع الشخص لحادث سلبي يؤثر على نظام المعالجة فيظهر في صورة من صور اضطرابات القلق، بينما تنظر النظرية السلوكية إلى الصمت الاختياري على أنه تعلم سلوك – أي سلوك – مكتسب ليصبح في بعض الأحيان وسيلة للهرب من القلق الاجتماعي أو طريقة لجذب الانتباه. وأخيراً نظرية التحليل النفسي التي تركز على استكشاف الصراعات الداخلية والتركيز على الماضي، حيث يتعلق الصمت الاختياري بصدمة تعرض لها الطفل أدت إلى جعله صامتًا.

وبعد تحليل النظريات تبنت الباحثة نظرية العلاج السلوكي؛ لأنها تهتم بتعديل السلوك مباشرة من خلال استراتيجيات فعالة تركز على أن الصمت الاختياري ليس فقط اضطراب إنما هو أيضا سلوك متعلم يمكن تعديله تدريجيا وتحسين قدرة الطفل على التفاعل والتواصل.

ح- التدخلات العلاجية للصمت الاختياري

- **العلاج الدوائي**

يتم استخدام العلاج الدوائي للحد من أعراض الصمت الاختياري، ومع ذلك لا ينبغي الاعتماد على الأدوية فقط، بل لابد من التدخل النفسي معها، ومن الأدوية المثبت فعاليتها لعلاج أمراض القلق الفلوفوكساين والفلوكسين. (Manassis, Oerbeck, & Overgaard, 2016,573)

- **العلاج النفسي**

وهي أساليب علاجية تستند إلى نظرية التحليل النفسي وتعتمد على دراسة الحالة وفهم الأحداث الماضية بحياته وفهم الصراع بين الطفل والأسرة؛ لذا

اهتمت النظرية بالعلاج الأسري نظراً لأهمية التنشئة الأسرية في إكساب الطفل هذا الاضطراب. (غادة سويفي,202,2016)

- **العلاج السلوكي**

أثبتت دراسة Ale, Mann, Menzel, Storch, Adam, and Lewin (2013) فعالية العلاج السلوكي وأهمية استخدام فنيات خفض المثير وتشكيل المثير وسلب الحساسية المنهجية والتعزيز لتحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الصمت الاختياري.

وقد أثبت نتائج دراسة (Beidel,D &Brian,B.,2014) أن نسبة فعالية العلاج السلوكي للصمت الاختياري تصل إلى 70 %.

وأشارت دراسة (فريد الخطيب,2006) إلى أن العلاج السلوكي الجماعي يعد من الأساليب العلاجية الفعالة في علاج الصمت الاختياري ويجب أن يكون مدعما بالتعزيز والأنشطة الجماعية غير اللفظية.

❖ **ثالثًا: العلاج السلوكي الجماعي:**

أ- تعريف العلاج السلوكي الجماعي:

العلاج السلوكي هو أسلوب لعلاج المشكلات السلوكية والانفعالية استناداً إلى مبادئ نظرية التعلم أو الاشتراط (نشوان عبد الله نشوان، آيات جبريل نشوان ,229,2020)، ويهدف إلى تغييرات في سلوك الفرد. أما العلاج السلوكي الجماعي فهو محاولة لتعديل سلوك فردين أو أكثر يجتمعون بوصفهم جماعة في إطار يسمح بجمع البيانات (Hollander,M.&Kazaoka,1988,260)

ويهدف العلاج السلوكي الجماعي إلى تعديل السلوك الغير سوي وتعليم المسترشد وتخطيط مواقف يتم فيها تعلم ومحو مثير لتحقيق التغيير المنشود.

(ثائر أحمد غباري، خالد محمد أبو شعيرة ,101,2015). وهو مجموعة من المثيرات المتضمنة في أنشطة وخبرات تستخدم لعلاج مشكلات واضطرابات انفعالية معتمدة على استخدام أدوات وفنيات دقيقة.

(عديلة عبد الجليل,41,2018)

وترى الباحثة أن العلاج السلوكي الجماعي نهج مساعد لتعديل سلوك الأطفال في مجموعات صغيرة لتقليل قلقهم وتوترهم في التعبير عن مشاعرهم خاصة

أولئك للذين يواجهون مشـــكلات في التفاعلات الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل وذلك باستخدام فنيات محددة ودقيقة.

ب- مسلمات العلاج السلوكي الجماعي: (لويس مليكة، 1990, 153)

1- التحكم في التوقعات: وذلك مثل عرض ومناقشة نجاحات سابقة للإجراءات العلاجية المتخذة.

2- الإقناع والالتزام.

3- المعايير الجماعية: وذلك من خلال التدعيم الملائم المرتبط بالسلوك.

4- التعاقد: ويكون عادة شبه رسمي في صورة وثيقة مكتوبة تحدد السلوك المستهدف.

5- النمذجة: تتوفر للقائد فرص عديدة لنمذجة الســـلوك المناســـب كما تتوفر فرص لأعضاء الجماعة لكي يكونوا نماذج لغيرهم من الأعضاء.

6- لعب الدور: لا تكفي ملاحظة سلوك الأعضاء، بل يتعين أيضا أن تعطي لهم الفرصة لممارسة هذا السلوك ممارسة دقيقة.

7- التمارين المحددة: وهي تهدف إلى ممارسة السلوك المستهدف بواسطة الأعضاء.

8- الجماعات الثنائية: هي جماعات تتكون من فردين بهدف تبادل المســـاندة والتشجيع.

9- التدعيم من قبل الرفاق.

ج- النظريات المفسرة للعلاج السلوكي الجماعي

- نظرية التبادل الاجتماعي: (لويس مليكة,150,1990)

رواد هذه النظرية هما Thibault & Kelley، وتركز هذه النظرية على فكرة أن العلاقات الاجتماعية تبنى على مبدأ التبادل بين الأفراد حيث يسعى كل فرد لتحقيق توازن بين ما يقدمه وما يحصل عليه من فوائد، فهم يعظمون من نتائج التفاعل مع بعضـــهم البعض وفي نفس الوقت تحجيم العقوبات الناتجة عن التفاعل حيث تركز العلاقات الناجحة على المحافظة على الثواب الناتج، أما في العلاقات غير الناجحة فيتخلى الأفراد عن محاولة إقلمة علاقات مثيبة ذات معنى ويركز فيها الأفراد بتردد على إبقاء الجوانب المنفرة بعيداً. وتتمثل

الاستجابات المنفرة في (الانسحاب الانفعالي – السعي إلى علاقات بديلة – القهر – الانصياع لمطالب الآخرين بتذمر).

– **نظريات التعلم الرئيسية:** (عبد الستار وآخرون,1993,43–50)

1– **التعلم الشرطي:**

ترجع بدليات هذه النظرية إلي دراسات بافلوف للفعل المنعكس حيث أقام دراساته على الكلاب لدراسة الاستجابات الفسيولوجية، وقام نموذج بافلوف على تقديم مثير محايد (شرطي) مع مثير طبيعي (غير شرطي) وأدى إلى حدوث استجابة شرطية.

2– **التعلم الإجرائي:**

تتضمن عدداً من المبادئ الرئيسية التي ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل، ومن أهمها التعزيز الإيجابي، والسلبي، والعقاب والتشكيل.

3 – **التعلم الاجتماعي:**

نظرية التعلم الاجتماعي كما صاغها العالم الكندي Albert Bandura ترى أن زيادة القدرة على التعلم الاجتماعي تعتمد بعض الشروط العقلية كارتفاع درجة الذكاء وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته، وتتمثل عملية التعلم الاجتماعي في الملاحظة والتقليد مما ينتج عنه تعلم سلوكيات جديدة. وهناك عدة شروط لضمان نجاح عملية التعلم الاجتماعي منها إعطاء تعليمات لفظية اثناء الملاحظة.

4– **التعلم المعرفي:**

ترى هذه النظرية أنهم لا يتعلمون فقط من خلال التعلم الاجتماعي، بل أيضا من خلال التفكير في المواقف من خلال الإدراك والتفسير للصدمات والحوادث التي يمرون بها.

وتشير إلى أربعة أبعاد معرفية:

1– الكفاءة أو القصور المعرفي،فالشخص للذكي للذي لديه قدر جيد من المعلومات يتعلم بسرعة على عكس شخص محدود المعرفة.

2- مفهوم الذات، فالطفل الذي يأخذ عن نفسه مفهوماً أنه أقل كفاءة من غيره عادة ما سيبني جوانب من السلوك المرضي كالقلق والاكتئاب أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه على درجة عالية من الكفاءة.

3- القيم والاتجلهات التي تتبنلها عن المواقف أو الأشخاص للذين نتفاعل معهم.

4- التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر في هذا الموقف وشدتها.

بعد استعراض النظريات نجد أن نظرية التبادل الاجتماعي ونظريات التعلم من أهم الأطر النظرية التي تناولت العلاج السلوكي الجماعي حيث تناولت كل نظرية العلاج السلوكي الجماعي بشكل مختلف، فترى نظرية التبادل الاجتماعي أن العلاج السلوكي الجماعي وسيلة لدعم وتشجيع متبادل داخل مجموعة لتحفيز الأطفال على التفلعل والاندماج، ولكن رغبة في المكلفأة التي يحصل عليها نتيجة التفاعل وليس لاكتساب مهارات جديدة. بينما تقوم نظرية التعلم الرئيسية وخاصة نظرية التعلم الاجتماعي التي طورها ألبرت باندورا على الملاحظة والنمذجة حيث يكتسب سلوكا جديدا من خلال التقليد مدعما بالتعزيز، ولأن الصمت الاختياري سلوك مكتسب أيضا

وبعد تحليل النظريات تبنت الباحثة نظرية التعلم الاجتماعي لتصبح الأساس النظري الذي تعتمد عليه في البرنامج، ليصبح برنامج علاج سلوكي جماعي لخفض حدة الصمت الاختياري قائم على أسس ومبادئ نظريات التعلم.

د- فنيات وأساليب العلاج السلوكي

هي إجراءات تستخدم في إجراء تعديل، منها: أساليب تعمل على تعديل السلوك وتؤدي إلي زيادة حدوثه، ومنها أساليب تؤدي إلى تقليل حدوثه أو حذفه.

ولقد صنفت (رانية زروال,2020,57-70) فنيات العلاج السلوكي كما يلي:

- فنيات تعتمد على الاتجاهات السلوكية القائمة على الإشراط الكلاسيكي (الاسترخاء العضلي – التعاقد السلوكي – الغمر – التعزيز – العقاب).
- فنيات تستخدم لتنمية المهارات الاجتماعية (لعب للدور – النمذجة – التغذية الراجعة – التشكيل)

ولقد اعتمدت الباحثة على الفنيات التي تناسب الفئة العمرية لعينة الدراسة لخفض الصمت الاختياري والذي يعتبر من اضطرابات القلق. وتتمثل هذه الفنيات التي استخدمتها للباحثة في: فنية لعب للدور، وفنية النمذجة، وفنية التعزيز. وهذا لإثبات العديد من الدراسات فعاليتهم للتخفيف من حالات الخجل والقلق من التحدث أمام الآخرين وملائمتها للفئة العمرية.

ولقد أشارت دراسة (شاهندا الطنطاوي,2022) إلى فعالية العلاج السلوكي – وخاصة التدخلات متعددة الوسائط – والذي يتضمن التشكيل والنمذجة والتعزيز.

وهذا ما أكدته دراسة

(Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K. R., & Kristensen, H., 2019) حيث هدفت إلى إيضاح فعالية العلاج السلوكي متعدد الوسائط

فنية لعب الدور

هي محاكاة موقف يشبه الموقف التعليمي ويكون الموقف شبيها للواقع في الحياة اليومية بهدف تقييم سلوك الطفل، حيث يقوم الطفل بتقمص أحد الأدوار والتفاعل مع الآخرين في حدود للدور للذي تم تكليفه به (Clarke R.& Adam A.,2012). وهي أسلوب يعمل على إكساب الطفل مهارات الاتصال والقيادة وحل المشكلة. والهدف من هذه الفنية هو تحقيق العديد من الجوانب النمائية. (Bhattacharjee S,Chosh S.,2013,1)

- **أغراض استخدام استراتيجية لعب الدور:**

(Pourghaznein, T., Sabeghi, H., & Shariatinejad, K., 2015,3)

– إيجاد حلول للعلاقات بين الأفراد، وتحسين مهارات حل المشكلات الشخصية.

– تنمية شعور تعاطف الفرد مع الآخرين.

– تعلم لغة التفاعل الاجتماعي التي تساعد على التواصل مع الآخرين.

– تعلم ممارسة السلوكيات والمواقف الجديدة.

– مساعدة الطلاب على تعزيز فهم مشاعرهم الخاصة.

*وقد أكدت نتائج دراسة (2010) Oon على فعالية فنية لعب الدور في علاج الصمت الاختياري

- **فنية النمذجة**

بدأ ظهور هذه الاستراتيجية على يد العالم الكندي Albert Bandura، وتعني ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، ثم يطلب منهم أداء نفس النموذج.

(لويس مليكة,104,1990) وهي عملية تغيير سلوك الفرد نتيجة لملاحظة سلوك الآخرين، وهذه العملية أساسية في معظم مراحل التعلم الإنساني، وتسمي عملية التعلم بالملاحظة أو التعلم الاجتماعي. (كلير مسعود,60,2016–61). وباستخدام هذه الاستراتيجية يعالج الأخصائي الكثير من سلوكيات الطفل. (حمدي عبد العظيم, 2013، 45)

- **مجالات أسلوب النمذجة:** (علي الجبوري، 105,2015)

– مهارات الحياة اليومية.
– المهارات الاجتماعية مثل: مهارات تحمل المسئولية.
– المهارات اللغوية مثل: اللغة الاستقبالية – اللغة التعبيرية.
– المهارات الأكاديمية مثل: القراءة – الكتابة – الحساب.
– المشكلات النفسية مثل: الخجل – الخوف – القلق.

- **فنية التعزيز**

هي إحدى أساليب العلاج السلوكي يتم تقديمه في كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء السلوك المرغوب فيه، أي أنه سلوك مشروط بأداء الطفل.

(جابر عبد الحميد جابر وعلاء للدين كفافي,164,1990). وتعنى بتكرار حدوث السلوك في المستقبل وتقويته من خلال إضافة مثيرات إيجابية أو إزالة مثيرات منفرة.

(طه عبد العظيم,200,2008) وتستخدم في علاج حالات كثيرة منها: العدوان، والانطواء، وفقدان الصوت. (حمدي عبد العظيم,43,2013).

- **تصنيفات التعزيز**

قامت (هيام محمود ,13,2018) بتصنيف المعززات إلي:

– معززات غذائية: وتشمل ما يفضلونه من طعام وشراب.
– معززات مادية: وتشمل كل ما يحبه الطفل من ألعاب وأفلام.
– معززات رمزية: مثل إعطاء الطفل رموزا معينة مثل النقاط والنجوم.
– معززات نشـاطية: إعطاء الطفل مكافأة متمثلة في القيام بنشـاط محدد يحبه كالرسم والتلوين.
– معززات اجتماعية: هي مثيرات طبيعية تقدم بعد السلوك مباشرة مثل الثناء والمدح.

رابعا: تعقيب عام على الإطار النظري

– حرمان الطفل من أسـرته يجعله عرضـة للعديد من الاضـطرابات وانخفاض توافقه وتكيفه الاجتماعي، وهناك اتفاق عام حول تعريف الصـمت الاختياري حيث يوصـف بأنه اضـطراب يمنع الطفل من التحدث في مواقف اجتماعية معينة في حين لأنه يتحدث في بيئات مألوفة. ويحدث الاضـطراب عادة في مرحلة الطفولة المبكرة حيث ينتشـر بين الإناث أكثر من للذكور، ويجب أن تكون فترة الصمت شهراً على الأقل. وللصمت نوعان: معمم ومحدد.
– للصـمت الاختياري نظريات مفسـرة وهي: نظرية معالجة المعلومات التي تركز على الحوادث السـلبية المؤثرة على نظام المعالجة في المخ، ونظرية التحليل النفسـي المتعلقة بالأحداث الماضية في حياة الطفل، والنظرية السلوكية المتعلقة بتعلم السلوك.
– ومن أعراض الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري: القلق، والسلبية، والانسحاب. ويؤثر الاضطراب سلباً على التحصيل الأكاديمي.
– ضرورة التدخل المبكر في علاج اضطراب الصمت الاختياري
– اتفقت الدراسـة الحالية مع العديد من الدراسـات السـابقة من حيث المنهج التجريبي والفئة العمرية والتي تشـمل الأطفال في مرحلة الروضـة وتتراوح أعمارهم بين 4–6 سنوات، وأكدت الدراسات السابقة وجود علاقة واضحة بين الصـمت الاختياري ومشـكلات الطفل التي تعيقه عن مواصـلة حياته الطبيعية، وذلك نتيجة لتعرضـه لصـدمة نفسـية مؤلمة كالحرمان الأسـري ونقله من بيئته الطبيعية إلى بيئة أخرى غير مألوفة له (المؤسسة الإيوائية).

– اعتمدت للباحثة في دراســـتها على العلاج الســـلوكي لكونه مجموعة من الأســـاليب الفعالة القادرة على اكتســـاب ســـلوكيات جديدة تمحو بها الصـــمت الاختياري، وليستقبل الطفل سلوكا جديدا مكتسبا قائما على التفاعل والاندماج في بيئة جماعية.

– أكدت الدراسات على فعالية العلاج السلوكي في علاج اضطراب الصمت الاختياري

❖ خامساً: فروض الدراسة

– توجد فروق دالة إحصـــائيًا بين متوســـطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياســـين القبلي والبعدي لأبعاد الصـــمت الاختياري ومجموعها الكلي لصالح القياس البعدي

– لا توجد فروق دالة إحصـــائيًا بين متوســـطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياســـين البعدي والتتبعي لأبعاد الصـــمت الاختياري ومجموعها الكلي

❖ منهجية وإجراءات الدراسة

❖ أولا: منهج الدراسة

اعتمدت للباحثة على المنهج التجريبي بتصـــميم المجموعة الواحدة والقياســـات المتكررة (قبلي – بعدي – تتبعي) في دراسة المتغيرات التالية:

(الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية – الصمت الاختياري – العلاج السلوكي الجماعي)، وأوضح شكل (1) التصميم التجريبي للدراسة

ثانيا: عينة الدراسة:

1- عينة حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

تهدف العينة عينة حساب الخصائص السيكومترية إلى التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق- الثبات)، وتكونت عينة حساب الخصائص السيكومترية من (31) طفلا من أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية بمدارس تابعة لإدارتي شرق ووسط بمحافظة الاسكندرية.

2- العينة الأساسية:

تكونت العينة الأساسية للدراسة من (9) أطفال من أطفال الروضة المحرومين من الرعاية الوالدية بدار على ابن ابي طالب ودار رضوان محافظة الاسكندرية، وبمتوسط عمر زمني (5.58) وبانحراف معياري قدره (0.72).

ثالثا: أدوات الدراسة:

1- مقياس الصمت الاختياري المصور. (إعداد/ الباحثة)

2- البرنامج القائم على العلاج السلوكي الجماعي (إعداد/الباحثة)

❖ رابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تتوافق مع أهداف ومنهج وعينة الدراسة وهذه الأساليب هي:

- المتوسط، والانحراف المعياري.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ.
- معامل ارتباط بيرسون.
- معامل ثبات إعادة التطبيق.
- اختبار "ويلكوكسون" Wilcoxon
- حجم التأثير. (η2) Effect Size

❖ خامسا: إجراءات الدراسة

استخدمت الباحثة مجموعة من الإجراءات الدراسية المتكاملة وهي:

1- إجراء عرض وتفسير للإطار النظري للبحث حيث قسمت الباحثة متغيرات الدراسة إلى :

- **أولا** الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية
- **ثانياً:** الصمت الاختياري
- **ثالثاًالعلاج** السلوكي الجماعي

2- إعداد البرنامج للقائم على العلاج السلوكي الجماعي وعرضه على مجموعة من السادة الخبراء في التخصص.

3- بناء مقياس الصمت الاختياري وعرضه على مجموعة من السادة المحكمين.

4- اشتقاق عينة التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية بمدارس تابعة لإدارتي شرق ووسط بمحافظة الاسكندرية

5- التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق- الثبات).

6- اشتقاق العينة الأساسية:

- بدار على ابن ابي طالب لرعاية الأيتام بمنطقة سموحة – الإسكندرية
- ودار الرضوان لرعاية الأيتام بمنطقة الظاهرية – الإسكندرية

7- التطبيق القبلي لمقياس الصمت الاختياري على أطفال المجموعة التجريبية.

8- التطبيق الميداني لتجربة الدراسة.

9- تقديم البرنامج القائم على العلاج السلوكي الجماعي لأطفال المجموعة التجريبية.

10 - التطبيق البعدي لمقياس الصمت الاختياري على أطفال المجموعة التجريبية.

12- التطبيق التتبعي لمقياس الصمت الاختياري على أطفال المجموعة التجريبية.

13- التحليل الإحصائي للبيانات المستخلصة من التجربة الميدانية للبحث.

14- استخلاص النتائج وتفسيرها.

15- تقديم المقترحات والتوصيات في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة

❖ نتائج الدراسة

– نتائج الفرض الأول:

نص على أنه " **توجد فروق دالة إحصـــائيًا بين متوســـطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياســـين القبلي والبعدي لأبعاد الصـــمت الاختياري ومجموعها الكلي لصالح القياس البعدي**"

في الروضـة: تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" واكتشـاف فروق دالة إحصـائيًا لصـــالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) المحســوبة (–2.677)، وهي أعلى من قيمة (Z) عند مســتوى دلالة (0.01) البالغة (2.58). وهذا يشــير إلى أن هناك انخفاضـــًا ملحوظًا في درجات الصـــمت الاختياري بعد تطبيق البرنامج.

في دار الرعاية : كانت قيمة (Z) المحســوبة (–2.670)، وهو أيضـــا أعلى من المســـتوى الدال إحصـــائيًا (0.01). يعكس هذا الانخفاض في درجات الصمت الاختياري في دار الرعاية بعد تطبيق البرنامج.

المجموع الكلي: بلغت قيمـة (–2.670) (Z)، ممـا يؤكد وجود فروق دالـة إحصائيًا في المجموع الكلي لأبعاد الصمت الاختياري لصالح القياس البعدي.

2– نتائج الفرض الثاني:

نص على أنه "**لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياســين البعدي والتتبعي لأبعاد الصــمت الاختياري ومجموعها الكلي** ". في الروضـة: بلغت قيمة (Z) المحسوبة (1.438)، وهي أقل من قيمة (Z) الدالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق إحصـائية بين القياسين البعدي والتتبعي. هذا يعني أن مستوى الصـمت الاختياري لم يتغير بشكل ملحوظ بين هذين القياسين.

وفي دار الرعاية : كانت قيمة (Z) المحسوبة (1.590)، وهي أيضـًا أقل من قيمة (Z) عند مسـتوى دلالة (0.05)، مما يدل على اسـتقرار حالة الصـمت الاختياري في دار الرعاية بين القياسين البعدي والتتبعي.

المجموع الكلي: بلغت قيمة (1.693) (Z)، وهي قيمة غير دالة إحصـــائياً عند مســـتوى دلالة (0.05)، مما يشـــير إلى عدم وجود تغير ملحوظ في المجموع الكلي لأبعاد الصمت الاختياري بين القياسين البعدي والتتبعي

❖ توصيات الدراسة:

- توفير برامج دعم نفســـي موجه للأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، مع التركيز على العلاج السلوكي لمساعدتهم في التعامل مع الصمت الاختياري.
- تطوير استراتيجيات تعليمية تركز على تعزيز الثقة بالنفس وتحسين مهارات التواصـــل لدى الأطفال المحرومين من الرعلية الوللدية ذوي الصـــمت الاختياري.
- توفير تدريب متخصـــص للعاملين في دور الرعلية والمدارس حول كيفية التعلمل مع الأطفال للذين يعانون من الصـــمت الاختياري والحرمان من الرعاية الوالدية.
- تشـــجيع الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية والذين يعانون من الصـــمت الاختياري على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والرياضية لتعزيز مهارات التواصل والثقة بالنفس.
- توفير بيئة صـــفية تتســـم بالتقبل والدعم للأطفال الذين يعانون من الصـــمت الاختياري، مع التركيز على تشجيعهم للتفاعل تدريجياً دون ضغط.
- تدريب المعلمين على تقنيات تســـاعد على تحفيز المشـــاركة اللفظية والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.

❖ الدراسات و البحوث المقترحة

- فعالية العلاج بالفيديو والنمذجة السلوكية لخفض حدة الصمت الاختياري لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.
- فعالية برنامج ارشـادي أسـري للحد من المشـكلات الأسـرية التي يتعرض لها الأطفال ذوي الصمت الاختياري.
- فعالية البرامج العلاجية في تحســـين التواصـــل لدى الأطفال ذوي الصـــمت الاختياري.

- فعالية برنامج قائم على السـيكودراما لتنمية اللغة الشـفهية عند الأطفال ذوي الصمت الاختياري.
- فعالية العلاج السـلوكي الجماعي في تعزيز الثقةـبالنفسـلدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري.
- فعالية اللعب الدرامي في الحد من الاضـطرابات النفسـية التي يتعرض لها الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.
- تأثير الصـدمات للناتجة عن فقدان الرعاية الوالدية على الأطفال: دراسـة ميدانية.
- دراسة الآثار بعيدة المدي التي يتركها الحرمان الأسري على نفسية الطفل.

المراجع

أولاً: المراجع العربي:

جلال سري .(2000) .*علم النفس العلاجي* .عالم الكتب.

أنسام بظاظو .(2013) .*برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال* . المكتب الجامعي الحديث.

أحمد عوض .(2015) .*ثقافة الأم والسلامة النفسية للطفل* .وكالة الصحافة العربية.

بسمة إسماعيل .(2021) .الصمود النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من الأطفال ذوي الحرمان الوالدي .*مجلة شباب الباحثين*.

ثائر غباري، خالد أبو شعيرة .(2015) .*التكيف :مشكلات وحلول* .دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان.

جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي .(1990) .معجم *علم النفس والطب النفسي* . دار النهضة العربية، القاهرة.

جمال الخطيب .(2021) .*الاضطرابات الانفعالية والسلوكية* .دار الشروق والتوزيع.

حمدي عبد العظيم .(2013) .*برامج تعديل السلوك وطرق تصميمها* .دار أمجاد للنشر والتوزيع، القاهرة.

حنان عطية .(2015) البروفيل النفسي للأمهات البديلة .دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

رانية زروال .(2020) .فعالية بعض استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية مهارة توكيد الذات والشعور بالأمن النفسي لدى التلاميذ ضحايا التنمر المدرسي : دراسة تجريبية .رسالة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

سمها الغامدي .(2011) .الرعاية الإيوائية للأيتام ذوي الظروف الخاصة .المؤتمر السعودي لرعاية الأيتام، الرياض، السعودية.

سعيد عبد الحميد .(2015) .فعالية برنامج سلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية .مجلة التربية الخاصة، جامعة الطائف،.13

شيماء الهواري .(2022) .اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية .مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية.(9)16.

طه عبد العظيم .(2008) .استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة .دار الجامعة الجديدة.

عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل، رضوان إبراهيم .(1993) .العلاج السلوكي للطفل :أساليبه ونماذج من حالاته .عالم المعرفة للنشر والتوزيع، الكويت.

عبد الفتاح غزال .(1993) .دراسة كلينيكية للعلاقة بين الصمت الاختياري والاضطراب الأسري لدى بعض الأفراد العاديين والمعاقين ذهنياً .مجلة التربية،.(9)2

عبد الرحمن سليمان .(2002) .اضطراب الصمت الاختياري) التباكم (لدى الأطفال . الهيئة العامة للكتاب.

عبد الله عسكر .(2005) .الاضطرابات النفسية للأطفال .مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الله السدحان .(2011) .أطفال بلا أسر .مكتبة العبيكان، الرياض.

علي الجبوري .(2015) .تعديل السلوك .دار المنهجية للنشر والتوزيع، عمان.

عديلة عبد الجليل .(2018) .فاعلية برنامج علاجي سلوكي لخفض فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه :دراسة حالة على أطفال مركز الرحمن .رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الجزيرة، السودان.

عنايات شلبي .(2019) .استخدام تكنيك المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية :دراسة تجريبية .مجلة الخدمة الاجتماعية.

غادة سويفي .(2016) .فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة ذوي التباكم .دراسات عربية في التربية وعلم النفس.

فريد الخطيب .(2006) .الصمت الاختياري .مجلة رسالة المعلم، وزارة التربية والتعليم،.(3)44

لويس مليكة .(1990) *.العلاج السلوكي وتعديل السلوك* .دار القلم للنشر والتوزيع.

محمد شلبي .(2020) *.الدليل الكامل لتشخيص الاضطرابات النفسية للراشدين والأطفال* مستمد من .DSM–5 مكتبة الأنجلو المصرية.

نبوية عبد الله .(2002) *.مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأم* .رسالة ماجستير، معهد الطفولة، جامعة عين شمس.

نشوان عبد الله، آيات نشوان .(2020) *.المصطلحات والمفاهيم الرياضية الاجتماعية والنفسية* .دار الدجلة.

هيام محمود .(2018) *.فاعلية برنامج تدريبي سلوكي مقترح لتنمية الوعي بوضع الجسم والإحساس اللمسي لدى عينة من الأطفال التوحديين* .رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Ale, C. M., Mann, Menzel, J., Storch, E., Adam, B., & Lewin, A. B. (2013). Two cases of early childhood selective mutism. *Clinical Case Studies, 12(4).*

Alexander, C. (2016). Reaching and investing in children at the margins. *National Academies of Sciences.*

Beidel, D., & Bunnell, B. (2014). Assessment and treatment of social anxiety disorder and selective mutism in children and adolescents. *Direction in Psychiatry, 34(1).*

Bhattacharjee, S., & Ghosh, S. (2013). Usefulness of role-playing teaching in construction education: A systematic review. In *49th ASC Annual International Conference, San Luis Obispo, CA.*

Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(7).*

Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., & Boyle, M. H. (2010).

Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38(8).*

Clarke, R., & Adam, A. (2012). Digital storytelling in Australia: Academic perspectives and reflections. *Arts and Humanities in Higher Education, 11(1–2).*

Cohan, S., Chavira, D., & Stein, M. (2006). Psychosocial interventions for children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.*

Diliberto, R. (2014). Oppositional and anxiety behavior profiles in a clinical sample of youth with selective mutism (master's dissertation). *University of Nevada.*

Dow, S., Barbara, B., Sonies, C., Scheib, D., & Moss, S. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

Friman, P. C., Barrios, B. A., Dougher, M. J., & Tompson, C. L. (1998). The case of selective mutism: Are behavior analytic treatments enough? *Journal of Applied Behavior Analysis, 31(4).*

Hollander, M., & Kazaoka, T. (1988). Behavior therapy groups. *Plenum Press.*

Key, K. (2012). *Gale encyclopedia of mental health.* Gale.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(9).*

Manassis, K., Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2016). The use of medication in selective mutism: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25(6).*

McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L., & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: An exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology, 13(3).*

Muris, P., & Ollendick, T. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective music. *Family Psychology Review.*

Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K. R., & Kristensen, H. (2019). Selective mutism. In *IACAPAP textbooks of child and adolescent mental health.* International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Omdal, H., & Galloway, D. (2008). Could selective mutism be re-conceptualized as specific phobia of expressive speech? *An exploratory post-hoc study.*

Oon, A. (2010). Combining drama therapy and behavioral interventions in selective mutism treatment: A case study. *Journal of Behavioral Psychology.*

Pasta, T., Mendola, M., Longobardi, C., & Gastaldi, F. (2013). Attributional style of children with and without specific learning disabilities and selective mutism. *Journal of Research in Educational Psychology.*

Ponzurick, J. (2012). Selective mutism: A team approach to assessment and treatment in the school setting. *The Journal of School Nursing, 28(1).*

Pourghaznein, T., Sabeghi, H., & Shariatinejad, K. (2015). Effects of e-learning, lectures, and role playing on nursing students' knowledge acquisition, retention and satisfaction. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran.*

Powers, C. M. (2017). Qualitative multiple case study on evidenced-based treatment options for children with selective mutism (Doctoral dissertation). *North Central University.*

Prino, L. E., Pasta, T., Gastaldi, F., & Longobardi, C. (2016). The effect of autism spectrum disorders and hyperactivity and attention deficits on the student–teacher relationship. *Journal of Research in Educational Psychology.*

Schagen, M. (2021). *Children without a home.* Better Care Network Netherlands.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization reprocessing: Basic principles, protocols, procedures* (2nd ed.). *Guilford Press.*

Shott, E. F., & Warren, M. E. (2011). Selective mutism: Treating the silent child. *Zero to Three, 31(5).*

Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders.*

Steinhausen, H., Watcher, M., Laimbock, K., & Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and Psychiatry, 47(7).*

Vassiliadou, M., & O'Flahertry, M. (2019). *Children deprived of parental care.* FRA.

Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.*

Wintgens, A., & Johnson, M. (2017). *The selective mutism resource manual* (2nd ed.). *Routledge.*

Wong, P. (2010). *Selective mutism: A review of etiology*, comorbidities, and treatment