

اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

إعداد

شيماء محمود محمد أحمد الهواري

د/ مروة صادق أحمد

د/ نوره محمد طه

أستاذ علم النفس التربوي المساعد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية

كلية التربية للطفولة المبكرة

جامعة الفيوم

جامعة الفيوم

د/ هبة أحمد العوضي

أستاذ طب الأطفال المساعد

كلية الطب - جامعة الفيوم

مستخلص البحث

هدف البحث الحالي إلى دراسة الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر - النوع - المستوى الاجتماعي - ترتيب الطفل في الأسرة)، تكونت العينة من (٦٠) طفلاً (٢٢) ذكور و(٣٨) إناث، تتراوح أعمارهم بين (٧-١٢) عاماً من محافظة الفيوم، طبقت عليهم الباحثة مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ل(Lindsey Bergman، SMQ، 2012) تعريب الباحثة. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية في اضطراب الصمت الانتقائي بين الذكور والإناث في اتجاه الإناث، بينما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في اضطراب الصمت الانتقائي تُعزى للعمر، والمستوى الاجتماعي، وترتيب الطفل في الأسرة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الصمت الانتقائي - المتغيرات الديموجرافية - الأطفال.

Selective mutism disorder in children in the light of some demographic variables

Summary

the research aimed to study the differences in selective mutism disorder depending on some demographic variables (age - gender - social level - order of the child in the family) . The sample consisted of (60) children , (22) males and (38) females , their ages rang from

(7-12) years old from Fayoum governorate . the researcher applied to them selective mutism scale which translated into Arabic by the researcher .and Results showed that: There are statistically significant differences in selective mutism disorder between males and females in favour of females, There aren't statistically significant differences in selective mutism disorder depending on (age, social level, the order of child in thier family) variable.

Keywords: Selective mutism disorder - demographic variables – children.

المقدمة:

على الرغم من تزايد الإصابة بالمشكلات النفسية فى المرحلة الابتدائية بشكل عام إلا أن الإصابة باضطراب القلق المتمثل في اضطراب الصمت الانتقائي لم يحظ بقدر كبير من الاهتمام بين الباحثين، وعادة ما يتم تشخيصه بشكل خاطئ بأنه خجل أو انطواء، فقد ظل هذا الاضطراب غامضاً نسبياً للعامة في مصر والعالم العربي حتى عام (٢٠١٦) عندما عُرض فيلم (كنغر حبنا) الذي يصف معاناة طفل يعانى من اضطراب الصمت الانتقائي (أحمد البدرى، ٢٠١٦)، فقد زاد وعي المشاهدين بعد عرضه، فقد كان كثيراً من أهالي هؤلاء الأطفال يتجهون إلى مراكز التخاطب بدلاً من الطبيب النفسي لمعالجة سبب هذا السلوك.

وقد ينتظر الوالدين أن يتغلب الطفل على هذا الاضطراب بدخوله المدرسة واحتكاكه بالأقران دون إدراك الآثار المترتبة على تجاهل العلاج وأن غياب العلاج المناسب يمكن أن يؤدي إلى مشاكل نفسية مدى الحياة (2007, Shipon-Blum, Chavira, Hitchcock, Cohan & Stein)، إن هذا الطفل قد لا يتفاعل مع الآخرين بالحديث للتواصل معهم، فقد يُعين هذا الطفل صديق أو فرد من العائلة للعمل كمترجم من أجل التواصل، كما أنه يتسم بالخوف والخجل والانسحاب والقلق ويتجمد واحمرار الوجه والجسم ورعشته عند توجيهه أى حديث لهم، بالإضافة لتجنب الحركة لعدم جذب انتباه من حوله (Kristensen & Ørbeck 2021)، وباستمرار وجود هذا الاضطراب لدى الطفل

دون علاج قد يؤثر عليه اجتماعياً وأكاديمياً ومهنياً (الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، ١٩٥، ٢٠١٣).

مر اضطراب الصمت الانتقائي بتطور تاريخي فقد عرف في القرن التاسع عشر، بالحالة النفسية التي تُعرف باسم " الحبسة الطوعية voluntary aphasia " على يد الطبيب الألماني (Kussmaul 1877)، وبعد ذلك صاغ رائد الطب النفسي للأطفال السويسري، (Moritz Tramer 1934) " الخرس الاختياري elective mutism " ، والتي توحي بهما أن الطفل المصاب بهذه الحالة يختار عمدًا عدم القيام بذلك التحدث في مواقف معينة أو مع أشخاص معينين (Hooper,Hynd & Mattison ,1992,410) ثم اقترح (Hesselman 1983) أن "الصمت الانتقائي slective mutism " أكثر وصفية فتم تغييره من (DSM-III-R 1987) إلى (DSM-IV 1994) الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية؛ (APA, 1994) ، وتم استبدال "اختيارية elective " بـ "انتقائية selective" ، وهي أكثر حيادية فيما يتعلق بدوافع الطفل ويضع التركيز على حقيقة أن قلة الكلام تحدث فقط في سياقات أو مواقف معينة، مما يعكس تحول في فهم الصمت الانتقائي من فعل إرادة إلى نقص في القدرة على الكلام في حالات محددة (Oerbeck, Manassis, Overgaard & Kristensen, 1877,2).

هذا هو ما اتفق مع أحدث إصدار من (DSM-5 ؛ APA ، 2015) حيث تم إدراج الصمت الانتقائي ضمن اضطرابات القلق، مما يشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة يشعرون بالقلق من التحدث بدلاً من عدم الرغبة في التحدث في مواقف محددة، ففي الماضي كان هذا المصطلح في التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية ICD-10 تحت اضطرابات الأداء الاجتماعي في بداية الطفولة و المراهقة (-ICD-10) ، أما الآن أصبح يصنف ضمن اضطرابات مرتبطة بالقلق أو الخوف "Anxiety or fear-related disorders" (World Health Organization, 2018, 42)

من خلال استقراء الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال، ووفقاً لأهمية المتغير وخطورته ونظراً لما يتسم به عالم اليوم من انفجار معرفي

هائل، ونظراً لندرة الدراسات العربية التي تقدم معلومات عن هذا الاضطراب في حدود علم الباحثة، فقد وجدت الباحثة أنه من الضروري القاء الضوء على المتغيرات الديموجرافية لطفل اضطراب الصمت الانتقائي والتي تؤثر في شدته، كما تساعد المجتمع على فهم سمات وخصائص هذا الطفل.

مشكلة البحث:

استشعرت الباحثة مشكلة البحث من خلال مقابلة بعض حالات اضطراب الصمت الانتقائي بالعيادة النفسية التي تعمل بها، ومن استقراء البحوث والدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الصمت الانتقائي، والتي اتضح من خلالها ندرة نسبة انتشاره، وقلة وعي الوالدين به بالرغم من أنه اضطراب خطير يؤثر على الفرد والمجتمع، حيث يجعل الطفل يفشل في التحدث في أماكن معينة ومع أشخاص معينين، وما يترتب عليه من إخفاقات في الحياة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية، فقد يشعر الطفل بالقلق والخوف من الحرج عندما يطلب منه الحديث علناً أمام زملائه، ويخشى أن يجهر بالكلام للإجابة عن سؤال معلمه خاصة إذا كان أحدهم قد سخر منه يوماً (صبحة بغورة، ٢٠١٥)، فالخوف من الاحراج الاجتماعي سمة قد ترتبط باضطراب الصمت الانتقائي للطفل (DSM5,2013)

كما أشارت هذه الدراسات لقلة الاهتمام بهذا الاضطراب واكتشافه وعلاجه وعدم إدراك الوالدين بأنه اضطراب نفسي وليس خجل بسيط وبعواقب إهماله المستقبلية، كما أتضح للباحثة من خلال الدراسات الأجنبية السابقة وجود عوامل مساعدة لظهور الاضطراب واستمراره وأيضاً لمستوى شدته، مما دفع الباحثة لإجراء هذا البحث في المجتمع المصري.

تساؤلات البحث: يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال التالي:

هل يختلف اضطراب الصمت الانتقائي وفقاً لاختلاف المتغيرات الديموجرافية (العمر - النوع - المستوى الاجتماعي - ترتيب الطفل في الأسرة)؟
ويتفرع عن هذا السؤال الاسئلة الفرعية التالية:

١- هل يختلف اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف العمر لدى عينة البحث؟

٢- هل يختلف اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف النوع لعينة البحث؟

- ٣- هل يختلف اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف المستوى الإجتماعي لعينة البحث؟
 ٤- هل يختلف اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف ترتيب الطفل في الاسرة لعينة البحث؟

أهداف البحث:

- ١- الكشف عن الاختلافات في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي التي يمكن أن تعزى إلى العمر.
 ٢- الكشف عن الاختلافات في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي التي يمكن أن تعزى إلى النوع.
 ٣- الكشف عن الاختلافات في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي التي يمكن أن تعزى إلى المستوى الاجتماعي.
 ٤- الكشف عن الاختلافات في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي التي يمكن أن تعزى إلى ترتيب الطفل في الأسرة.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في أنه يتناول اضطراب الصمت الانتقائي عند الأطفال وهو اضطراب بالرغم من خطورته وآثاره السلبية على الأطفال إلا أنه لم ينل الاهتمام الكافي. وفيما يلي توضيح لأهمية البحث من الناحية النظرية والتطبيقية.

- **الأهمية النظرية:** تكمن الأهمية النظرية للبحث فيما يلي:

- ١- يتناول البحث متغيراً مهماً وهو اضطراب الصمت الانتقائي عند الأطفال، وهناك حاجة ملحة لبحث هذا الاضطراب لما له من آثار سلبية على شخصية الطفل وعلى المجتمع.
 ٢- ندرة الدراسات العربية التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال، وهذا ما يميز البحث الحالي، وما يمكن أن تشكله نتائجه من إضافة للبحث العلمي.
 ٣- عينة البحث من الأطفال (الذكور والإناث) يضمن الاهتمام المبكر بالاضطراب مما يساهم في منع تفاقمه وتحاش آثاره السلبية، كما يساعد على توفير بيانات عن الاضطراب وفقاً للمتغيرات الديموجرافية.

- الأهمية التطبيقية: تتضح الأهمية التطبيقية للبحث فيما يلي:
- 1- قد تساعد نتائج البحث في القيام ببحوث تجريبية تسهم في خفض اضطراب الصمت الانتقائي.
 - 2- معرفة طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي والمتغيرات الديموجرافية (العمر - النوع - المستوى الاجتماعي - ترتيب الطفل في الأسرة) قد يسهم في التغلب على أعراض الاضطراب من خلال وضع برامج إرشادية مناسبة.
 - 3- يمد البحث المكتبة العربية بمقياس مهم لاضطراب الصمت الانتقائي مما يفتح المجال لمزيد من البحوث حول هذا الاضطراب.

مصطلحات البحث:

- 1- اضطراب الصمت الانتقائي **Selective Mutism**: يعرف التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية الصمت الانتقائي بأنه حالة انتقائية شديدة في الكلام، وتحكمها المشاعر، بحيث أن الطفل يُظهر جدارته اللغوية في بعض المواقف ولكن يعجز عن الكلام في مواقف أخرى (قابلة للتحديد)، والشكل النموذجي هو أن يتكلم الطفل في المنزل أو مع أصدقاء مقربين ولكنه يصمت في المدرسة أو مع الغرباء (منظمة الصحة العالمية ICD10,1992,292؛ Organization, Health؛ 2018,42 World).
- 2- المتغيرات الديموجرافية: المتغيرات الديموجرافية لهذا البحث: (العمر - النوع - المستوى الاجتماعي - ترتيب الطفل في الأسرة) للأطفال ذوي اضطراب الصمت الانتقائي.

الإطار النظري:

أ- اضطراب الصمت الانتقائي:

1- مفهوم اضطراب الصمت الانتقائي:

هو أحد الاضطرابات النفسية النادرة نسبياً المتعلقة بالقلق تبدأ عند مرحلة الروضة أو ما قبلها ولا تكتشف إلا عندما يلتحق الأطفال بالروضة أو المدرسة، فيظهر الطفل فشلاً في التحدث مع الأقران والمعلمين في بعض المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الأطفال

التحدث، وقد يلجأ الطفل للإشارات والإيماءات بدلاً من التحدث، بينما يتحدث بشكل طبيعي مع أسرته في المنزل (رفقة مكرم برسوم، ابتسام أحمد محمد، ٢٠٢١، ٣١٤).

ويعرفه جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٠، ١٠٩٨) بأنه اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة، يتميز بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية، بما فيها مواقف الدراسة، على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة.

كما أن الصمت الانتقائي قلق نتيجة خوف من التحدث، فيطور الطفل ذلك الخوف بطرق مختلفة، وعملية التكيف وحدها هي القدرة على ذلك، وهذا نتيجة خوف أو رهاب مكتسب تأسس على مستوى اللاوعي، هذا التكيف يؤدي إلى نظام حكم داخلي واعي بشكل متزايد يمكن الشخص الذي يعاني من الصمت الانتقائي من التعرف على مثير القلق والتنبؤ بالمواقف التي يمكنهم أو لا يمكنهم التحدث فيها (Johnson & Wintgens, 2012, 70).

وترى (Lindsey Bergman, 2012, 1) أن الصمت الانتقائي حالة سلوكية متدهورة يفشل فيها الطفل في الكلام في بعض المواقف الاجتماعية على الرغم من وجود قدرة التحدث الطبيعية في حالات أخرى، ويعتبر حالة ضعف ومشكلة صحية عقلية بسبب تأثيرها على الأداء الاجتماعي والعاطفي والأكاديمي للأطفال في مرحلة حرجة من تطورهم.

٢- مسببات اضطراب الصمت الانتقائي:

سبب الصمت الانتقائي غير محدد، وربما متعدد العوامل ويختلف بين الأشخاص، حيث أشار (Viana, Beidel & Cohan, Price, & Stein, 2006, 355; Rabian, 2013, DSM-5)، إلى أن الصمت الانتقائي ينشأ من مجموعة متنوعة من العوامل (وراثي، ومزاجي، وبيئي، ونمو عصبي).

وقسمه (Hayden, 1982, 118) إلى أربعة أنواع فرعية وهي تساعد على فهم المسببات المحتملة وهي:

أ- الصمت التكافلي Symbiotic mutism : ويمكن تفسير هذه الظاهرة بطبيعة العلاقة بين المريض والأم (المتورطة) حيث يستخدم الطفل التشبث والخجل للتلاعب والسيطرة على بيئته.

ب- الصمت السلبي العدوانى Passive-aggressive mutism : وهنا الطفل يكون رافض ومتحدي "رفض تحدي" وهو دليل على عدائه.

ج- الصمت التفاعلي Reactive mutism : وهو نتيجة حدث صادم، من المدرسة، الهجرة، والعلاج في المستشفى، والأمراض الشديدة أو الطويلة والنفسية المبكرة، أو التجارب الجسدية التي تشمل الاعتداء الجنسي.

د- صمت رهاب الكلام speech phobia : وهو الخوف من سماع صوت الشخص لنفسه.

٣- خصائص الطفل ذو اضطراب الصمت الانتقائي:

وتشمل الخوف من الإحراج الاجتماعى، والعزلة الاجتماعية والانسحاب، والتشبث، والسماط القهرية، السلبية، نوبات الغضب، أو السلوك المعارض، كما يتم دائما إعطاء الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي تشخيصا إضافيا لاضطرابات القلق والأكثر شيوعاً،

اضطراب القلق الاجتماعى(الرهاب الاجتماعى) (DSM-5, 2013,195)؛
2002,Wood, Piacentini, Bergman, McCracken & Barrios,2002;
(Sharp, Sherman & Gross,2007 ؛ Dummit et. al,1997,653

ومما سبق تستنتج الباحثة أهم خصائص الطفل ذو اضطراب الصمت الانتقائي كما يلي:

- خجول وحزين ومنسحب اجتماعياً.
- يعاني من القلق الاجتماعى والرهاب الاجتماعى (الخوف).
- يعاني من مشاكل النمو والتواصل.
- تظهر لديه الأعراض الجسدية للقلق والخوف كالتجمد اليقظ.
- قلق بشأن العواقب السلبية للكلام.
- يعاني من العزلة الاجتماعية، والسماط القهرية، والانفجارات الانفعالية.
- يظهر رفضه للذهاب للمدرسة.
- يظهر السلوك المعارض أو المتلاعب أو المتعمد.
- يلجأ إلى السلوك التعويضى.

- إعادة ترتيب الأدوار لكي تستوعب صمته من خلال الآخرين الذين يكملون المهام له، أو السماح بسلوكيات تعويضية مثل كالهمس والإيماءة.

- نوبات الغضب، والخوف من الإحراج الاجتماعي، والتشبث (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ٣٤؛ ؛ Poole, Cunningham, 195; Kearney, 2010, 11; DSM5, 2013, 195; McHolm&Schmidt, 2021, 1065; Schwenck et al, 2021, 1).

٤- أنواع اضطراب الصمت الانتقائي:

تتنوع مظاهر هذا الاضطراب عند الأطفال فمنهم من يتحدث في مواقف ولا يتحدث بأخرى، مثل طفل يتحدث في ملعب المدرسة ولا يتحدث في الفصل، أو طفل يتحدث مع أقرانه ولا يتحدث مع المعلم، كما يوجد نوع آخر من الأطفال يتوقف فجأة عن التحدث عندما ينضم إلى مجموعة اللعب مثلاً في بيئة جديدة فمن المحتمل أنه تعرض للنقد أو الأذى الجسدي أو خائف من شيء ما رآه أو سمعه، ومنهم من يخشى من سماع صوته وليس من ما قد يقوله، وصنف (fernald, 2017) الصمت الانتقائي إلى الصمت الانتقائي المعمم، ويشمل معظم الأشخاص والأماكن، والصمت الانتقائي المحدد، ويقتصر على أشخاص وأماكن محددة (Schwenck et al, 2021, 1).

كما صنف (Kotrba, 2014, 4; Johnson& Wintgens, 2012, 42) الصمت

الانتقائي لمستويات حسب الشدة وهي تختلف من طفل إلى آخر على النحو التالي:

١- الصمت الانتقائي المنخفض المستوى.

٢- الصمت الانتقائي "البحت" المرتفع المستوى.

٣- الصمت الانتقائي التقدمي (المستقل).

ب- اضطراب الصمت الانتقائي في ضوء المتغيرات الديموغرافية:

١- انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين الأعمار المختلفة:

أن اضطراب الصمت الانتقائي نادر نسبياً ويتراوح معدل انتشاره ما بين (٠,٣ - ١%) (DSM-5, 2013, 196؛ محمود حمودة، ١٩٩٨، ٢٨٧)، وعندما أجرى (Carlson , Kratochwill, & Johnston, 1994) مسحاً إلى (٩٦٢) طبيب نفسي

للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الصمت الانتقائي، قُدر انتشار الحالات إلى (١١,٠٪) أي أقل من (١٪)، مما يؤكد على ندرة هذا الاضطراب أو قلة المعرفة به. وفي نهج مماثل لهذا فقد اعتمدت دراسة أخرى على عينات المدرسة من خلال المعلمين وذلك بتحديد الأطفال الصامتين في فصولهم الدراسية، وقد يوفر مثل هذا الإجراء دقة أكثر لتقدير الصمت الانتقائي لأنه يأخذ في الاعتبار أيضًا حساب الأطفال الذين لا يسعى آباؤهم لطلب المساعدة والعلاج، وحصل على معدلات انتشار الصمت الانتقائي والتي تتراوح بين (١٨,٠ و ١,٩٠٪) (Wood, Piacentini, Bergman, 2002,938) ووجد (McCracken & Barrios, 2008) وجود (Sharkey & McNicholas, 2008) في دراسته لمسح ١٠٠ عام بأثر رجعي للصمت الانتقائي بمعدل انتشار بين (٣,٠٠، ١,٧) لكل ١٠٠٠ طفل، وهو أربع مرات أكثر انتشارًا بين المهاجرين مقابل السكان الأصليين، ومن خلال الدراسات فقد تبين ظهور اعراض اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في مرحلة دخول الطفل إلى البيئة المدرسية بين سن الثالثة والسادسة (Wong, 2010, 28) من عمره.

وأشار (DSM-5, 2013, 196؛ محمود حمودة، ١٩٩٨، ٢٨٦) بأنه مشكلة تحدث عادة في مرحلة الطفولة المبكرة قبل عمر (٥) سنوات، ولكن قد تصبح الأعراض أكثر وضوحًا عندما يدخل الطفل المدرسة لأول مرة، حيث تظهر زيادة في التفاعل ومهام الأداء مثل القراءة بصوت عال، ويظهر اضطراب الصمت الانتقائي عند الأطفال الصغار أكثر من المراهقين والبالغين، فقد تم بحث متابعة للأطفال المصابين بالصمت الانتقائي لفترة زمنية أطول ودل ذلك على أن الاضطراب له متوسط مدته (٨) سنوات، وبعد ذلك تظهر الأعراض الرئيسية (أي إجمالي غياب الكلام في مواقف محددة) (Remschmidt, et al, 2001, 284)

كما أشار (Sutton & Forrester, 2016) إلى أن اضطراب الصمت الانتقائي يصيب حوالي (١) من كل (١٥٠) طفلًا أصغر سنًا بداية من (٨,٣) سنوات، ويقل معدل الإصابة مع التقدم في العمر إلى حوالي (١) من كل (١٠٠٠) مراهق، ويقدر عند البالغين

بأكثر من (١) من كل (٢٤٠٠) شاب، وهذا يؤكد على وجوده في مرحلة الطفولة المبكرة بمعدل أعلى.

٢- انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين الذكور والإناث:

أكدت بعض الدراسات أن اضطراب الصمت الانتقائي أكثر انتشارًا إلى حد ما بين الفتيات منه بين الأولاد، بمتوسط قدره (١:٢) الذكور إلى الإناث (Dummit et. al, 1997, 653)، كما أيده (Capozzi et. al, 2017)؛ محمود حمودة، ١٩٩٨، ٢٨٧؛ Dow, Sonies, Scheib, Moss & Johnson & Wintgens, 2012, 31؛ Leonard, 1995)، فقد تبين (Steinhausen & Juzi, 1996, 609) أنه أكثر شيوعًا عند الفتيات بنسبة (١:٦)، كما وجد (Uhde, & Black, 1995, 853) أن الإصابة تكون أكثر بشكل ملحوظ عند الفتيات بنسبة (١:٩)، وأشار (Sharkey & McNicholas, 2008) بأنه أكثر شيوعًا عند الإناث من الذكور بنسبة تتراوح من (١:٢)، هذا على عكس ما ذكر في (DSM-5, 2013) فقد ذكر أنه لا يختلف باختلاف الجنس أو العرق.

٣- انتشار اضطراب الصمت الانتقائي من حيث المستوى الاجتماعي:

تشير الدراسات الحديثة أن الصمت الانتقائي قد يحدث عبر الثقافات، ويؤثر على الأطفال من جميع الطبقات الاجتماعية، ولكن اختلفت بعض الدراسات في هذا العامل، فمنهم من يرى أنه يكثر في الطبقة الدنيا بنسبة ٥٤% (Steinhausen & Juzi, 1996)، ومنهم من يرى أنه في الطبقة المتوسطة (فاطمة النجار، ٢٠١٥، ٤٥٧)، ومنهم عند مقارنته (Edison et. al, 2011, 277) بين مجموعتين بحثه، لإجمالي دخل الأسرة السنوي، وجد أن متوسط الدخل بالنسبة لمجموعة الأطفال العاديين أعلى من تلك الخاصة بمجموعات أطفال الصمت الانتقائي، أيضاً وجد (Schwenck et al, 2021) أن غالبية المشاركين على استبانته (٤٧,٣ %) أفادوا بأن دخل الأسرة الصافي الشهري بين (٣,٠٠٠، ٤,٩٩٩) يورو، وأشار ٣٨,٥% إلى أن دخلهم ما بين (١,٠٠٠ و ٢,٩٩٩) يورو، وهذا يبين أن الإصابة باضطراب الصمت الانتقائي تكثر في الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة والعليا.

وعن العوامل الاجتماعية الأخرى التي يرى أنها من عوامل ظهور هذا الاضطراب هي طلاق الوالدين وعنف الأب وبعده زوج الأم والعزلة الجغرافية، كالأطفال الذين يجدون أنفسهم في ثقافة مختلفة، في مواجهة لغة أجنبية (Sutton & Forrester, 2016)، فإن الأطفال الذين هاجرت أسرهم إلى دولة أخرى لديهم معدلات أعلى للإصابة بالصمت الانتقائي (Steinhausen & Juzi, 1996).

فقد وجد (Elizur & Perednik, 2003) أن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين المهاجرين (٢,٢٪) أي أكثر من أربعة أضعاف من معدل الأسر الأصلية (٠,٤٧٪)، وكانت بداية ظهور الأعراض المبكرة بشكل ملحوظ بين الأطفال الأصليين (٢,٧) سنة، مقابل الأطفال المهاجرين (٣,٩) سنة، وأشار إلى أن الأطفال المهاجرين المصابين بالصمت الانتقائي أعلى بكثير من الأطفال الأصليين الذين يعانون من الخلافات الزوجية بالأسرة، فقد لوحظ أن ضغوط الأسرة وعدم الاستقرار تعد أسباباً بيئية محتملة لاضطراب الصمت الانتقائي، فهؤلاء الأطفال لديهم المزيد من التغييرات في المدارس، مما يشير إلى حالة المعيشة غير المستقرة باعتبارها العامل البيئي في تطور سلوك الصمت.

٤- اضطراب الصمت الانتقائي وعلاقته بترتيب الطفل الميلادي:

بينت دراسات قليلة وجود اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال بترتيب محدد في الأسرة، فقد وجد (Steinhausen & Juzi, 1996) أن اضطراب الصمت الانتقائي يوجد في توزيع رتبة الأخ الأول بنسبة ٤٨٪ وفي الأخ الثاني أو اللاحق بنسبة ٤٥٪ وكان الطفل الوحيد بنسبة منخفضة ١٨٪، كما أوضح أن الطفل الأول من حيث ترتيبه في الأسرة هو الأكثر عرضة لهذا الاضطراب، لكن على العكس لم يرى (خالد بن سلطان النفيعي، ٢٠١٢) أن رتبة الطفل في الأسرة لها علاقة بوجود هذا الاضطراب.

الدراسات السابقة:

باستعراض البحوث والدراسات المتعلقة باضطراب الصمت الانتقائي يتضح أن هذا الاضطراب قد حظي باهتمام كثير من الباحثين الأجانب في تخصصات علمية مختلفة، إلا أنه لم يحظى باهتمام الباحثين العرب إلا في نطاق ضيق وذلك على النحو التالي:

- دراسة (Black&Uhde ,1995) بحث للخصائص النفسية لطفل اضطراب الصمت الانتقائي، وتكونت العينة من (٣٠)، وبواسطة مقاييس تقييم الآباء والمعلمين، وجد ارتفاع نسبة الإناث إلى الذكور (٩:١)، كما تبين أن الصمت نتج عن أسباب اجتماعية مثل الانفصال أو الطلاق أو تعرض الطفل لسوء المعاملة، أو الهجرة، أو الانتقال إلى منزل جديد.
- دراسة (Steinhausen& Juzi ,1996) تم تحليل مجموعة مكونة من ١٠٠ طفل مصاب باضطراب الصمت الانتقائي (٣٨ ذكر، ٦٢ أنثى)، واستندت الدراسة إلى قائمة سلوك الطفل الشاملة، وتبين أن الأعراض تبدأ في وقت مبكر بالنسبة للأولاد بعمر (٣,٥)، أما الفتيات بعمر (٤,٤) سنوات، كما وجد أنه أكثر شيوعاً عند الفتيات وكانت نسبة الذكور إلى الإناث (١:٦)، أما عن نسبة تواجده فكثر في الطبقة الاجتماعية الدنيا بنسبة (٥٤%)، وعثر عليه بنسبة كبيرة نسبياً عند الأطفال المهاجرين، أما عن تواجده بالنسبة لترتيب الطفل في الأسرة فكانت على النحو التالي (٤٨%) لرتبة الأخ الأول، و(٤٥%) للأخ الثاني أو اللاحق، و(١٨%) الطفل الوحيد.
- دراسة (Elizur & Perednik ,2003) فحص الخصائص الديموغرافية والشخصية ل (١٩) من أمهات أطفال الصمت الانتقائي، على مقياس تقييم لأنفسهم ولأزواجهم ولأطفالهم، ووجد أن متوسط عمر البدء ٣ سنوات و ٤ أشهر، وكانت البداية مبكرة بشكل ملحوظ بين الأطفال الأصليين (٢,٧) سنة، مقابل الأطفال المهاجرين (٣,٩) سنة، وتبين أن الانتشار بين المهاجرين (٢,٢%) أي أكثر من أربعة أضعاف من معدل الأسر الأصلية (٠,٤٧%)، وأشار إلى أن الأطفال المهاجرين المصابين بالصمت الانتقائي أعلى بكثير من الأطفال الأصليين الذين يعانون من الخلافات الزوجية بالأسرة، فقد لوحظ أن ضغوط الأسرة وعدم الاستقرار تعد عوامل بيئية محتملة لاضطراب الصمت الانتقائي، كالأطفال الذين لديهم المزيد من التغييرات في المدارس.
- دراسة (خالد بن سلطان النفيعي، ٢٠١٢) بحث السلوك التكيفي لـ (٢٥) من الأطفال ذوي الصمت الانتقائي بالصفوف الأولية و(٢٥) من أقرانهم العاديين بمكة المكرمة، بعمر (٦-٩) سنوات، على مقياس السلوك التكيفي وخصائص الطفل، ووجد أنه لا

توجد فروق لمستوى السلوك التكيفي لطفل الصمت الانتقائي تبعاً للعمر وتوجد فروق تبعاً لمستوى تعليم الأب والأم لصالح الأطفال الذين كان آباؤهم من حملة الشهادة الجامعية فأعلى، وتبين عدم وجود فروق تبعاً لعدد أفراد الأسرة، وترتيب الطفل بالأسرة. - دراسة (Schwenck et al,2021) لبحث للسمات الأساسية للمنبهات المسببة للقلق وشارك (٩١) من آباء أطفال الصمت الانتقائي عبر الإنترنت، وأجابوا على أسئلة مفتوحة حول الخصائص المحددة للشخص والأماكن والأنشطة التي تثير الفشل في التحدث لدى أطفالهم، وتراوح أعمارهم بين (٣- ١٧) عامًا، ووجد أن غالبية المشاركين ٤٧,٣ % أفادوا بأن دخل الأسرة الصافي الشهري بين ٣,٠٠٠ و ٤,٩٩٩ يورو ، وأشار ٣٨,٥% إلى أن دخلهم ما بين ١,٠٠٠ و ٢,٩٩٩ يورو، وهذا يبين أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة والعليا للعينة تكثر بها الإصابة باضطراب الصمت الانتقائي.

فروض البحث:

في ضوء الإطار النظري للدراسة الحالية والدراسات السابقة أمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

- ١- تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف العمر (صغير - كبير) اختلافًا دالاً إحصائياً.
- ٢- تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف النوع (ذكور - إناث) اختلافًا دالاً إحصائياً.
- ٣- تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف المستوى الاجتماعي (منخفض - مرتفع) اختلافًا دالاً إحصائياً.
- ٤- تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف ترتيب الطفل في الأسرة اختلافًا دالاً إحصائياً.

إجراءات البحث:

عينة البحث:

مجموعة البحث من الأطفال المتطوعين بالطريقة القصدية من ذوي اضطراب الصمت الانتقائي والذين تتراوح أعمارهم ما بين (٧-١٢) سنة من الجنسين من محافظة الفيوم، وعددهم (٦٠) طفل (٢٢) ذكر بنسبة ٣٦,٧٪، و(٣٨) أنثى بنسبة ٦٣,٣٪، بمتوسط عمري (٨,٧٢)، وانحراف معياري (١,٥٦٣).

وللتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي بطريقة المجموعات المتضادة استدعى هذا الاجراء عينة من الأطفال العاديين بعدد مماثل للعينة الأساسية (٦٠) منهم (٢٠) ذكر بنسبة ٣٣,٣٪، و(٤٠) أنثى بنسبة ٦٦,٧٪ عاديين، و تتراوح أعمارهم بين (٧-١٢) عام، بمتوسط عمري (١٠,٠٨)، وانحراف معياري (١,٣٥٧).

ب- أدوات الدراسة: مقياس تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي (SMQ) (Lindsey , 2012 Bergman) ترجمة وتعريب الباحثة.

١- العرض على المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس، بلغ عددهم (١٠) محكمين، تخصص الصحة النفسية وعلم النفس بكليات التربية والآداب - جامعة الفيوم، وجامعة عين شمس، وجامعة كفر الشيخ، وجامعة أسيوط، للحكم على صلاحية المفردات لقياس ما وضعت لقياسه، بما يناسب العينة بالبيئة المصرية، وقد تم الإبقاء على المفردات التي حازت نسبة اتفاق أكثر من (٨٠٪)، وكان عددهم (١٧) مفردة، وتم اشتقاق ثلاث مفردات من واحدة ليصبح المقياس (١٩) مفردة.

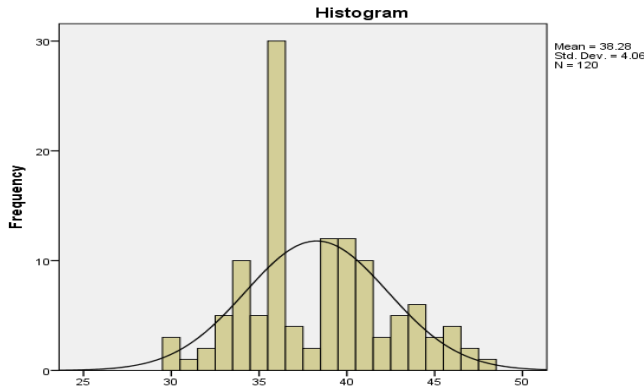
كما تم عرض المقياس على الأطباء المتخصصين في علاج المخ والأعصاب والأمراض النفسية بلغ عددهم (٧) محكمين، بالفيوم، والمنوفية، والاسكندرية، للحكم على صلاحية المفردات لقياس ما وضعت لقياسه، بما يناسب العينة بالبيئة المصرية، وأيضاً تم الاتفاق بنسبة (٨٠٪)، ولكنهم عدلوا صياغة بعض المفردات لتكون أكثر ملاءمة وأكثر إجرائية ملحق رقم (١).

٢- صدق وثبات المقياس:

صدق المجموعات المتضادة:

تم فحص الاعتدالية باستخدام اختبار التوزيع الطبيعي، ووجد أن قيم الالتواء والتفرطح لمتغير اضطراب الصمت الانتقائي على التوالي هما (٠,٣١٣) و(-٠,٤٨٧)؛ مما يشير إلى أن بياناته تتوزع اعتداليًا وهذا ما يؤكد الرسم البياني التالي:

شكل (١) التوزيع الاعتدالي لبيانات متغير اضطراب الصمت الانتقائي



درجات الصمت الانتقائي

- أشارت النتائج أن الأطفال العاديين البالغ عددهم ٦٠ بمتوسط ٠,٠٨ وانحراف معياري ١,٣٥٧ بنسبة ٣٣,٣ ذكور و٦٦,٧ إناث، بينما كان أطفال اضطراب الصمت الانتقائي البالغ عددهم ٦٠ بمتوسط ٨,٧٢ وانحراف معياري ١,٥٦٣ بنسبة ٣٦,٧ ذكور و٦٣,٣ إناث، وفيما يلي جدول (١) يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب الصمت الانتقائي والعاديين على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي .

جدول (١) دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب الصمت الانتقائي والعاديين على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ن (١٢٠)

المجموعات	العينة (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
عاديين	٦٠	٣٤,٨	١,٧٦٧	١٢,٦٩	٠,٠٠١			
صمت انتقائي	٦٠	٤١,٦	٢,٥٩٥	١٦,٧٣	٠,٠٠٥	١٠٤,٠٢	٤	

بما أن قيمة (ف) دالة حيث أن قيمة (ف) (١٢,٦٩٢) عند مستوى (٠,٠٠١) لذا اعتمدت الباحثة على Wallach لتعيين قيمة (ت) وهي مساوية (١٦,٧٣٦) وهي دالة عند مستوى (٠,٠٠٥)، اتضح أن متوسط درجات أطفال الصمت الانتقائي (٤١,٦٧) أعلى من الأطفال العاديين (٣٤,٨٨).

- ثبات معامل أوميغا Omega:

قُدِّر الثبات لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي على عينة قوامها (٦٠)، باستخدام معامل ثبات أوميغا الكلية التي تشمل على قيمة ثبات المقياس ككل المتضمنة فكان مساوياً (٠,٩٦٤) وهي تشير إلى نسبة عالية من الثبات.

جدول (٢) ثبات أوميغا لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي

المفردة	متوسطات المفردات	الانحرافات المعيارية	التشيعات المقدره	خطأ التباين
١	٣,٤٧٥	١,٠٨٤	٠,٩٧١	٠,٢٣٤
٢	٣,٤٤٢	١,١٤٣	١,٠٢٨	٠,٢٥١
٣	٣,٣٦٧	١,١٥٢	١,١٠٠	٠,١١٧
٤	٣,٥٠٠	٠,٩٧٩	٠,٨٩٧	٠,١٨٦

خطأ التباين	التشبعات المقدرة	الانحرافات المعيارية	متوسطات المفردات	المفردة
٠,٤٢٩	٠,٣٠٤	٠,٧٢٢	٣,٥٠٠	٥
٠,٣٧٧	٠,٧٥٧	٠,٩٧٤	٣,٢٥٨	٦
٠,٦١٢	٠,٣٦١	٠,٨٦٢	٣,٣٨٣	٧
٠,٥٩١	٠,٣٧٢-	٠,٨٥٤	١,٤٠٠	٨
٠,٠٥٣	٠,٧٨٤	٠,٨١٧	٢,٥٦٧	٩
٠,٠٦٥	٠,٧٥٣	٠,٧٩٥	٢,٥٨٣	١٠
٠,٣٤٧	٠,٤٦٠	٠,٦٧٧	٢,٧٥٠	١١
٠,٤٣٦	٠,٣١٧	٠,٧٣٣	٢,٨٦٧	١٢
٠,٥٠٤	٠,٣١٢	٠,٧٧٦	٢,٨٩٢	١٣
٠,٤٨١	٠,٣٧١	٠,٧٨٦	٢,٨٩٢	١٤
٠,١٣٥	٠,٨٨١	٠,٩٥٥	٢,٧٥٠	١٥
٠,١٦٨	٠,٩٢٤	١,٠١٠	٢,٧٦٧	١٦
٠,٢٩٥	٠,٧٤٩	٠,٩٢٥	٢,٨٦٧	١٧
٠,٣٦٤	٠,٨٣٨	١,٠٣٢	٢,٩٥٨	١٨
٠,٢٥٢	٠,٩٥٨	١,٠٨٢	٢,٨٥٠	١٩

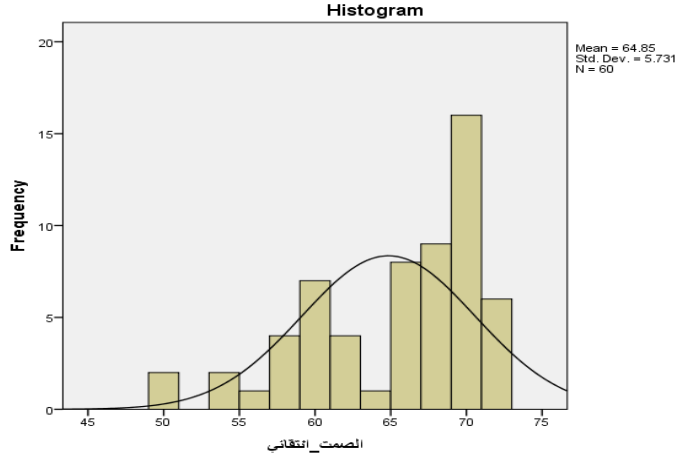
نتائج البحث:

تم معالجة البيانات إحصائياً، وفيما يلي عرض تفصيلي لمناقشة وتفسير النتائج التي تم التوصل إليها في البحث.

أ- نتائج الفرض الأول:

ونصه "تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف العمر اختلافاً دالاً إحصائياً"، ولتحديد الأسلوب الإحصائي المناسب للإجابة عن فرض البحث الأول فقد اختبرت الباحثة شرط الاعتدالية على النحو التالي:

فحص الاعتدالية باستخدام اختبار التوزيع الطبيعي، وُجد أن قيم التفرطح والالتواء لمتغير العمر (صغير و كبير) على التوالي هما $(-0,891)$ و $(-0,018)$ ؛ مما يشير إلى أن بياناته تتوزع اعتداليًا وهذا ما تؤكدُه الرسوم البيانية التالية:



التوزيع الاعتدالي لبيانات متغير الصمت الانتقائي

اختبار تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين، وُجد أن قيمة (ف) تساوي $(0,214)$ عند مستوى دلالة أكبر من $(0,05)$ مما يشير إلى تكافؤ مجموعتي الطفل الصغير والكبير في اضطراب الصمت الانتقائي. وعليه لجأت الباحثة إلى استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، ويوضحه جدول (٣) كما يلي:

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأطفال وفقاً لمتغير العمر على مقياس الصمت الانتقائي.

المجموعات	العينة (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
صغير	٤١	٦٤,٨٥	٥,٩٤٤	٠,٢١	٠,٦٤	٠,٠٠	٥٨	غ. د.
				٤	٦	٧		

					٥,٣٩٨	٦٤,٨٤	١٩	كبير
--	--	--	--	--	-------	-------	----	------

مناقشة نتائج الفرض وتفسيرها:

يظهر الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الاطفال في اضطراب الصمت الانتقائي وفقاً للعمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعينة الأطفال الأصغر (٦٤,٨٥)، وبانحراف معياري (٥,٩٤٤)، والمتوسط الحسابي لعينة الأطفال الأكبر سناً والذي بلغ (٦٤,٨٤) وبانحراف معياري (٥,٣٩٨)، كما أتضح أن قيمة (ف) تساوي (٠,٢١٤) عند مستوى دلالة أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين، وقيمة (ت) في حالة تكافؤ الاختلاف تساوي (٠,٠٠٧)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى متغير العمر.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة التي بحثت عمر ظهور اضطراب الصمت الانتقائي وشدة أعراضه باختلاف العمر مثل نتائج دراسة (Elizur & Perednik, 2003؛ Remschmidt, et al 2001,284) حيث أشارت إلى أن متوسط عمر الإصابة باضطراب الصمت الانتقائي يبدأ من من عمر (٣-٤) سنوات، وتبين دراسة (Steinhausen & Juzi, 1996) ظهور الأعراض عند الأولاد في عمر (٣.٥) وعند الفتيات في عمر (٤,٤) عام، كما أشار (DSM-5,2013,196)؛ محمود حمودة، ١٩٩٨، ٢٨٦) أن بدء ظهور الأعراض قبل عمر خمس سنوات، وتتضح أكثر في مرحلة دخول المدرسة، وقد أشارت نتائج دراسة (Wong,2010,28) إلى أن ظهور الاضطراب يكون ما بين (٣-٦) أعوام، ووجد أن شدة الأعراض واستمرارها واحدة بين مختلف الأعمار من حيث الانسحاب والتوتر والأعراض الفسيولوجية الجسمية المصاحبة، لكنها تختلف بحسب عوامل أخرى كسمات الشخصية، وغضب الطفل من الوالدين، أو الحماية الزائدة وتعزيز الوالدين لهذا السلوك بالابتسام أو الضحك أو التحدث نيابة عن الطفل، أو الظروف البيئية التي تعرض لها الطفل في عمر مبكر كالصدمات، أو كاستراتيجية للتلاعب بالبيئة المحيطة به، أو كآلية دفاع (rachele dilibrto,2014).

وهذا الاختلاف في النتائج يؤكد على أن العمر ليس من العوامل التي تؤثر في شدة الاضطراب، فقد أشار (Sutton & Forrester, 2016) إلى أن كل (١٥٠) طفل

من عمر (٣,٨) عام يصاب طفل واحد باضطراب الصمت الانتقائي ويقل المعدل بالتقدم في العمر، فيصاب مراهق واحد من كل (١٠٠٠) مراهق، وشاب واحد من (٢٤٠٠) للشباب البالغين، وهذا ما يؤكد أن معدل الإصابة العالية تكون في مرحلة الطفولة دون تحديد الأكبر سناً والأصغر سناً، فكلما زاد عمر الفرد قل احتمال الإصابة بهذا الاضطراب وهذا ليس مؤشراً لشدة الاضطراب وإنما يعبر عن ضعف قابلية الشخص للإصابة فكلما تقدم العمر نضج الشخص وزادت الخبرة الاجتماعية لديه وتعود على المجتمع المحيط به فيستطيع التواصل والتحدث مع الآخرين دون قلق (Schwenck, et al, 2021,1).

ب- نتائج الفرض الثاني:

ونصه "تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف النوع اختلافاً دالاً إحصائياً"، ولتحديد الأسلوب الإحصائي المناسب للإجابة عن فرض البحث الثاني فقد اختبرت الباحثة شرط الاعتدالية على النحو التالي:

فحص الاعتدالية باستخدام اختبار التوزيع الطبيعي، وُجد أن قيم التقلطح والالتواء لمتغير النوع (ذكر و أنثى) على التوالي هما (-٠,٨٩١) و (-٠,٠١٨)؛ مما يشير إلى أن بياناته تتوزع اعتدالياً.

اختبار تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين، وُجد أن قيمة (ف) تساوي (١١,٣٠٣) عند مستوى دلالة أكبر من (٠,٠٥) مما يشير إلى تكافؤ مجموعتي الذكور والإناث في اضطراب الصمت الانتقائي.

وعليه لجأت الباحثة إلى استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، ويوضحه جدول (٤) كما يلي:

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الصمت الانتقائي لدى أفراد عينة البحث

المجموعات	العينة (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	٢٢	٦٠,٨٦	٦,٢٩٧	١١,٣٠	٠,٠٠١			٠,٠٥ دالة
انثى	٣٨	٦٧,١٦	٣,٨٦٦			٤,٢٤	٧	

مناقشة نتائج الفرض وتفسيرها:

يظهر الجدول أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في اضطراب الصمت الانتقائي، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعينة الإناث على متغير النوع (٦٧,١٦)، وانحراف معياري (٣,٨٦٦)، وهو المتوسط الأكبر قيمة مقارنة بالمتوسط الحسابي لعينة الذكور والذي بلغ (٦٠,٨٦) وانحراف معياري (٦,٢٩٧)، كما أتضح أن قيمة (ف) تساوي (١١,٣٠٣) عند مستوى دلالة أقل من (٠,٠٥)؛ مما يشير إلى عدم تكافؤ المجموعتين، وقيمة (ت) في حالة عدم تكافؤ الاختلاف تساوي (٤,٢٤٨)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في اضطراب الصمت الانتقائي بين الذكور والإناث في اتجاه الإناث.

تتفق نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة التي بحثت متغير النوع في أطفال اضطراب الصمت الانتقائي مثل نتائج دراسة (Dummit et. al,1997,653) فقد وجد أن متوسط نسبة الذكور إلى الإناث (١ : ٢) ، كما اتفق معه (Capozzi et. al,2017) ؛ محمود حمودة، ١٩٩٨، ٢٨٧ ؛ Johnson & Wintgens,2012,31، (Dow, Sonies, Scheib, Moss& Leonard,1995،

وبنسبة (١ : ١,٦) لصالح الإناث (Steinhausen & Juzi, 1996, 609)، كما وجد (Black & Uhde, 1995, 853) أن إصابة الإناث أكثر بنسبة (١ : ١,٩)، وأشار (Sharkey & McNicholas, 2008) بأنه أكثر شيوعاً عند الإناث من الذكور بنسبة تتراوح من (١-١,٢).

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء العوامل البيولوجية والاجتماعية، فقد ذكر (Coleman, 1950) أن أي اضطراب نفسي لا يمكن فهمه إلا في ضوء كل ما هو بيولوجي اجتماعي، فكثيراً ما تتعامل الإناث في مجتمعنا بطريقة مختلفة عن الذكور فقد لايسمح للإناث أن تتحدث أمام الغريباء، ويرجع ذلك إلى اختلاف نظرة المجتمع للذكور مقارنة بالإناث حيث يتيح لهم الاختيار وحرية الحركة والتعبير عن آرائهم وميولهم والتواصل مع الآخرين بشكل أكبر، كما يمكن للإناث أن تكتسب هذه السلوكيات بالتمذجة عن طريق تقليد الأم الخجولة، فإن طبيعة الأنثى تختلف عن الذكر في مستوى سمة الخجل فقد تشعر الانثى بخجل عندما تتحدث في تجمعات وينظر لها الآخريين (سحر عبده عابدين، ٢٠١٧، ٣٢٧)، حينها يمكن أن يصبح الصمت سلوك ملازم لها.

ولكن اختلفت نتيجة البحث مع دراسة (Schwenck, et al, 2021, 1)؛ DSM-5، (2013, 195) والتي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث.

ج- نتائج الفرض الثالث:

ونصه "تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف المستوى الاجتماعي اختلافًا دالاً إحصائياً"، ولتحديد الأسلوب الإحصائي المناسب للإجابة عن فرض البحث الثالث فقد اختبرت الباحثة شرط الاعتدالية على النحو التالي:

فحص الاعتدالية باستخدام اختبار التوزيع الطبيعي، وُجد أن قيم التقلطح والالتواء لمتغير المستوى الاجتماعي (منخفض و مرتفع) على التوالي هما (-٠,٨٩١) و (-٠,٠١٨)؛ مما يشير إلى أن بياناته تتوزع اعتدالياً.

اختبار تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين، وُجد أن قيمة (ف) تساوي (٢,٩١٣) عند مستوى دلالة أكبر من (٠,٠٥) مما يشير إلى تكافؤ مجموعتي المستوى الاجتماعي المنخفض والمرتفع في اضطراب الصمت الانتقائي.

وعليه لجأت الباحثة إلى استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، ويوضحه جدول (٥) كما يلي:

جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات المستوى الاجتماعي المنخفض والمرتفع على مقياس الصمت الانتقائي لدى أفراد عينة البحث

المجموعات	العينة (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	٢١	٦٣,٢٩	٦,٧٧٦	٢,٩١	٠,٠٩	١,٥٧	٥٨	د. غ
مستوى مرتفع	٣٩	٦٥,٦٩	٤,٩٧٤	٣	٣	١		

مناقشة نتائج الفرض وتفسيرها:

يظهر الجدول رقم (٥) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المستوى الاجتماعي المنخفض والمرتفع في اضطراب الصمت الانتقائي، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعينة المستوى الاجتماعي المنخفض (٦٣,٢٩)، وبانحراف معياري (٦,٧٧٦)، والمتوسط الحسابي لعينة المستوى المرتفع والذي بلغ (٦٥,٦٩) وبانحراف معياري (٤,٩٧٤)، كما أتضح أن قيمة (ف) تساوي (٢,٩١٣) عند مستوى دلالة أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين، وقيمة (ت) في حالة عدم تكافؤ الاختلاف تساوي (١,٥٧١)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى متغير المستوى الاجتماعي.

كما تختلف نتيجة البحث مع ما توصلت إليه دراسة (فاطمة النجار، ٢٠١٥، ٤٥٧) فقد وجد اضطراب الصمت الانتقائي في الطبقة المتوسطة، كما أثبتت نتائج دراسة (Schwenck, et al, 2021) أن اضطراب الصمت الانتقائي يكثر في الحالات الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة والعليا، هذا الاختلاف ما يجعل المستوى الاجتماعي

ليس من أسباب شدة اضطراب الصمت الانتقائي، فقد وجد هذا الاضطراب في حالات مختلفة من المستويات الاجتماعية، فقد يرجع شدته لمسببات أخرى وراثية وبيئية ومزاجية ونمائية وعصبية، ومن المرجح أن تزداد شدته بالتعزيز من خلال الوالدين والأشخاص المحيطين بالطفل أما بالتدليل الزائد أو السيطرة والتسلط والضغط بطلب التحدث من الطفل مما يزيد من قلق وتوتر الطفل الصامت فيستمر في صمته (Cohan, Price, & Viana, Beidel& Rabian,2009,59؛ Stein,2006,355، DSM-5، 2013).

د-نتائج الفرض الرابع:

ونصه "تختلف شدة اضطراب الصمت الانتقائي باختلاف ترتيب الطفل في الأسرة اختلافاً دالاً إحصائياً"، وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي وكانت النتائج كالتالي:

جدول (٦)

دلالة فروق الصمت الانتقائي تبعاً لترتيب الطفل في الأسرة

المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	(ف)	الدلالة
الصمت الانتقائي	بين المجموعات	٢	٧,٦٣٢	٠,٢٢٦	غ . د
	داخل المجموعات	١٩٢٢,٣٨٦	٥٧		
	المجموع	١٩٣٧,٦٥٠	٥٩		

أسفرت نتائج التحليل الإحصائي للفرض الرابع عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في اضطراب الصمت الانتقائي وفقاً للترتيب الميلادي حيث قيمة (ف) تساوي (٠,٢٢٦) عند مستوى دلالة أكبر من (٠,٠٥).

مناقشة نتائج الفرض وتفسيرها:

تتفق نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (خالد بن سلطان النفيعي، ٢٠١٢) فقد وجد أن رتبة الطفل في الأسرة ليس لها علاقة بخطر إصابة اضطراب

الصمت الانتقائي، واختلفت النتائج مع نتائج دراسة (Steinhausen & Juzi, 1996) فقد وجد أن اضطراب الصمت الانتقائي يوجد في توزيع رتبة الأخ الأول بنسبة أكبر من الأخ الثاني أو اللاحق، وأنه الأكثر عرضة لهذا الاضطراب لما يحدث له من ضرر نفسي أثر اهتمام العائلة بالمولود الجديد وتزعزعه من عرشه، وتفسر الباحثة هذه النتيجة في إطار مجتمعاتنا العربية التي قد تختلف بها هذه المؤشرات، فإن الطفل الأول أو الأخ الأكبر قد يكون له من الميزات والصلاحيات الكثير، فنادراً ما نجد عائلة تهتم بالأخ اللاحق وتهتمش الطفل الأكبر، حيث يرون أنه أول من سعدوا بوجوده وكثيراً ما ينادون الأب والأم باسمه مثلاً (أبو أو أم زيد) مما يزيد من مكانته وثقته بنفسه، كما يوجد العكس في بعض الأسر فنجدهم يدللون الطفل الأصغر والأخير، فهم دائماً قلقين أن يتركوه يعتمد على نفسه في أمور حياته لقلّة خبرته، ويشعرون بأنهم سوف يتركونه بعمر صغير ويرحلون عنه لكبر سنهم، فتصبح الأسرة هي المسيطرة على كل أمور حياته كما أنهم يتحدثون بدلاً منه، ولذلك لانستطيع تحديد أي الترتيب في الأسرة هو الذي يكون أكثر عرضه لهذا الاضطراب ولكن من الممكن إرجاع شدة هذا الاضطراب إلى عوامل أخرى كسمات شخصية للطفل ذاته مثلاً.

التوصيات والبحوث المقترحة:

- نستخلص من البحث الحالي أن هناك صلة بين بعض المتغيرات الديموجرافية (العمر - النوع - المستوى الاجتماعي - ترتيب الطفل في الأسرة) واضطراب الصمت الانتقائي، لذلك هذا البحث يثير عدداً من التساؤلات التي تصلح أن تكون بحوثاً مثل:
- 1- تعافي الأطفال من اضطراب الصمت الانتقائي في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية.
 - 2- اضطراب الصمت الانتقائي في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (الأشخاص - الأماكن - الأنشطة - ثنائية اللغة - الأمراض العضوية).
 - 3- عمل ندوات توعوية لاكتشاف الطفل ذو اضطراب الصمت الانتقائي في المدارس والحضانات.
 - 4- إشراك الوالدين والمعلمين في البرامج الإرشادية والتدريبية المصممة لعلاج اضطراب الصمت الانتقائي عند الأطفال.

٥- عمل برامج علاجية لعلاج أطفال اضطراب الصمت الانتقائي قائمة على العلاج بالفن (Art Therapy) والعلاج بالحيوان (Animal-Assisted Therapy).

ملحق رقم (١) تعديل صياغة بعض المفردات بناء على آراء المحكمين

صياغة المفردة بعد التعديل	صياغة المفردة قبل التعديل
يتحدث بشكل عادي مع معظم الأقران في المدرسة.	في الوقت المناسب يتحدث طفلي مع معظم الأقران في المدرسة.
يتحدث مع أصدقاء معينين في المدرسة.	في الوقت المناسب يتحدث طفلي مع أقران مختارين (أصدقائه/ أصدقائها) في المدرسة.
يجيب على الأسئلة التي تطرح عليه من المعلم.	عندما يُطرح على طفلي سؤالاً من معلمه، يجيب.
يطرح على المعلم أسئلة.	عندما يكون مناسباً يسأل طفلي أسئلة لمعلمه في الصف.
يتحدث إلى معظم المدرسين أو الموظفين في مدرسته.	عندما يكون ذلك مناسباً يتحدث طفلي إلى معظم المدرسين أو الموظفين في مدرسته.
يتحدث في مجموعات أو أمام الصف.	عندما يكون ذلك مناسباً يتحدث طفلي في مجموعات أو أمام الصف.
يتكلم مع أفراد الأسرة الذين يعيشون في المنزل عند وجود أشخاص آخرين.	عندما يكون ذلك مناسباً يتحدث طفلي مع أفراد العائلة الذين يعيشون في المنزل عند وجود أشخاص آخرين.
يتكلم مع أفراد الأسرة في الأماكن غير المألوفة.	عندما يكون ذلك مناسباً يتحدث طفلي مع أفراد العائلة أثناء وجوده في أماكن غير مألوفة بالنسبة له.

صياغة المفردة بعد التعديل	صياغة المفردة قبل التعديل
يتحدث مع الأقارب.	عند الحاجة (عندما يكون ذلك مناسباً)، يتحدث طفلي مع أفراد العائلة الذين لا يعيشون معه / معها (على سبيل المثال الجدين، ابن العم)
يجري مكالمة تليفونية مع والديه وإخواته حينما يكون في حاجة لذلك.	عندما يكون ذلك مناسباً يتحدث طفلي على الهاتف مع والديه وإخواته.
يتكلم مع أصدقاء الوالدين والجيران المعروفين أو المقربين.	عندما يكون مناسباً يتكلم طفلي مع أصدقاء العائلة المعروفين جيداً له/ لها .
يتحدث مع الغرباء (جليسة الأطفال/خدمات توصيل الطلبات للمنازل/محصل الكهرباء والمياه والغاز).	طفلي يتحدث إلى جليسة أطفال واحدة على الأقل.
يتكلم مع الأطفال الغرباء.	عندما يكون مناسباً يتكلم طفلي مع أطفال آخرين لا يعرفهم.
يتحدث مع أصدقاء العائلة الذين لا يعرفهم.	عندما يكون ذلك مناسباً يتكلم طفلي مع أصدقاء العائلة الذين لا يعرفهم.
يتحدث مع الطبيب.	عندما يكون ذلك مناسباً يتحدث طفلي مع طبيبه/ أو طبيب أسنانه.
يطلب ما يريد من صاحب البقالة.	عند الحاجة، يتكلم طفلي مع صاحب البقالة أو المتجر (مخزن الكتب- النادل) (أو العاملين في محلات البقالة أو المتاجر أو النادل).
يطلب ما يريد من أمين المكتبة.	
يطلب ما يريد من العامل بالمطعم أو الكافيتريا.	
يتفاعل بالحديث عندما يتواجد في النادي أو في رحلة.	عندما يكون مناسباً يتحدث طفلي عندما يكون في النادي أو الفريق أو الأنشطة المنظمة خارج المدرسة.

المراجع

- أمثال هادي الحويلة. (٢٠١٠). القلق والاسترخاء العضلي المفاهيم والنظريات والعلاج. القاهرة. ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع .
- أحمد البديري(مخرج). (٢٠١٦). كنغر حينا [فيلم]. يوناييتد بروس ستوديو. جمهورية مصر العربية. <https://elcinema.com/work/2040518/>
- جابر عبدالحميد جابر وعلاء الدين كفاي. (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسى (الجزء الثالث). القاهرة : دار النهضة العربية.
- خالد بن سلطان النفيعي. (٢٠١٢). السلوك التكيفى للاطفال نوى الصمت الاختيارى. بالصفوف الاولى وقرانهم العاديين بمكة المكرمة. كلية التربية. {ماجستير}. جامعة أم القرى.السعودية.
- سحر عبده نور عابدين. (٢٠١٧). الخجل الاجتماعي وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.مجلة الجمعية التربوية للدراسات الاجتماعية. (٩٢). ٢٩٦ - ٣٢٧. كلية التربية. جامعة حلوان.
- <https://search.mandumah.com/Search/Results?lookfor>
- صبحة بغورة. (٢٠١٥). خوف الأطفال: الأسباب والعلاج. الأمن والحياة. ٣٥. (٤٠١). ٦٤-٦٧. الرياض. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- <https://search.mandumah.com/Record/739809/Details#tabnav>
- عبد الرحمن سيد سليمان. (٢٠٠١). اضطراب الصمت الاختيارى" التباكم" لدى الاطفال. مجلة كلية التربية. كلية التربية. جامعة عين شمس. ٢٥ (٣).
- فاطمة الزهراء محمد النجار. (٢٠١٥). فاعلية برنامج علاجي مقترح فى تخفيف حدة أعراض الصمت الاختيارى"دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية" . مجلة كلية التربية. جامعة الازهر. ٣٤ (١٦٢).
- <https://www.buhoth.com/database/17000-424.482-433>
- رفقة مكرم مجلي برسوم، ابتسام أحمد محمد أحمد. (٢٠٢١). فاعلية برنامج قائم على أنشطة اللعب فى خفض درجة اضطراب الصمت الانتقائى وتحسين مهارات

- اللغة الشفهية لدى عينة من رياض الأطفال. مجلة الطفولة والتربية. جامعة الإسكندرية.(٤٧). ٢٩٩ - ٣٧٤.
- منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٢). تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. (ترجمة وحدة الطب النفسي بإشراف د.أحمد عكاشه). القاهرة : كلية الطب. جامعة عين شمس.
- محمود عبدالرحمن حموده. (١٩٩٨). الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج. ط٢. القاهرة: المؤسسة الفنية للطباعة والنشر.
- Allen, B. P. (2000). *Personality theories: Development, growth, and diversity*. Adolescence, 35(138), 415.
<https://scholar.google.com/scholar>
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Bergman, R. L. (2012). *Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach*. Oxford University Press.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, 20(2), 92-97.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
- Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., & Sogos, C. (2017). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 775-783. doi:10.1007/s00787-017-1075-y

- Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., & Johnston, H. (1994). Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: A survey of child and adolescent psychiatrists. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4(4), 281-291.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1472.
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in Silence: Why a Developmental Psychopathology Perspective on Selective Mutism Is Needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355. doi:10.1097/00004703-200608000-00011
- Coleman, J. C. (1950). *Abnormal psychology and modern life*. Foresman, Scott. info:1VQDhANTrLEJ:scholar.google.com/
- Cummings, L. (2022). *A Review of Selective Mutism in Immigrant Children*. <https://scholarworks.uni.edu/rcapitol/2022/all/12>
- Diliberto, R. A. (2014). *oppositional and anxiety behavior profiles in a clinical sample of youth with selective mutism* (Unpublished master's thesis). Nevada, Las Vegas.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846.
- Dummit III, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653-660.
- Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., & Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 270-290.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A

- controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459.
- Fernald, J. R. (2017). *Psychometric properties of the selective mutism sensory processing questionnaire* (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University).
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In *A model for personality* (pp. 246-276). Springer, Berlin, Heidelberg.AA
- Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118-133.
- Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877–1981: A literary summary. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Hooper, S. R., Hynd, G. W., & Mattison, R. E. (Eds.). (1992). *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. <https://scholar.google.com/scholar>
- Johnson, M., & Wintgens, A. (2012). *Can I Tell You about Selective Mutism?: A Guide for Friends, Family and Professionals*. Jessica Kingsley Publishers.
- Kearney, C. A. (2010). *Helping children with selective mutism and their parents: A guide for school-based professionals*. Oxford University Press.
- Kotrba, A. (2014). *Selective mutism: An assessment and intervention guide for therapists, educators & parents*. PESI publishing & Media.
- Kristensen, H., & Ørbeck, B. (2021). Selektiv mutisme hos barn og unge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://scholar.google.com/scholar>
- Muris, P., Mayer, B., & Schubert, T. (2010). "You might belong in Gryffindor": Children's courage and its relationships to anxiety symptoms, Big Five personality traits, and sex roles. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 204-213.
- Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K. R., & Kristensen, H. (1877). Selective mutism. *Neurologist*, 1994.
- Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Schmidt, L. A. (2021). Distinguishing selective mutism and social anxiety in

- children: a multi-method study. *European child & adolescent psychiatry*, 30(7), 1059-1069.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(6), 284-296.
- Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., Pfeffermann, A., Laerum, S., & Stahl, J. (2021). Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *European child & adolescent psychiatry*, 1-11.
- Sharkey, L., & McNicholas, F. (2008). 'More than 100 years of silence', elective mutism. *European child & adolescent psychiatry*, 17(5), 255-263.
- Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of anxiety disorders*, 21(4), 568-579.
- Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 14*, 1163-1169. doi:10.2147/ndt.s154966
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.
- Sutton, C., & Forrester, C. (2016). *Selective mutism in our own words: Experiences in childhood and adulthood*. Jessica Kingsley Publishers.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical psychology review*, 29(1), 57-67.
- Wong, P. (2010). Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(3), 23. <https://scholar.google.com/scholar>
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview

Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(3), 335-342.
World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11), 11th Revision. *WHO: Geneva, Switzerland*.