

فعالية الجمع بين
العلاج الفردي والاسري
ومشاركة المعلمين في
خفض حدة الصمت الاختياري :
دراسة حالة

أ.د هدى أمين عبد العزيز أحمد □

أستاذ علم النفس المساعد

بمركز معوقات الطفولة – جامعة الأزهر

فعالية الجمع بين العلاج الفردي والاهمري ومشاركة المعلمين
في خفض حدة الصمت الاختياري : دراهمة حالة

Abstract:

Effectiveness of the combination of individual and family therapy and teacher participation in the reduction of Selective Mutism: case study

Dr. Hoda Amin Abdel -Aziz Ahmed

Assistant Professor of Psychology Center for Handicapped Children
Al-Azhar University

Selective Mutism is a childhood anxiety disorder in which a child fails to speak in certain situations (such as school), although speak in home, the lack of Speech may interfere with Social communication and educational achievement. The onset of selective Mutism is usually before age 5 years, but the disturbance may not come to clinical attention until entry into school, where there is an increase in social interaction and performance tasks.

Objective:

- (1) Present a case study outlining specific treatment interventions in a specific case used over the course of 9 month.
- (2) Demonstrate the efficacy of utilizing individual Therapy & family Therapy besides teachers participate in treating Selective Mutism.
- (3) Stimulate further research and development on the efficacy of combining individual therapy & family therapy in alleviating anxiety and stress in children with Selective Mutism.

Methods:

1. Selective Mutism Questionnaire, Bergman et al, (2008)
2. School Speech Questionnaire, Bergman et al, (2008)
3. Selective mutism: Stages of social communication comfort scale, Shipon-Blum

Case study of a 6-year-old girl with selective Mutism and concurrent anxiety symptoms, Treatment included sessions of individual Therapy and family therapy and teachers participate.

Results:

Data indicated increased functional speaking behavior post-treatment as rated by parents and teachers; also experienced significant reductions in social anxiety Clinical gains were maintained over 3 month follow-up.

Conclusion: There are new intervention that is efficacy in increasing functional speaking behaviors, and acceptable to parents and teachers.

المقدمة:

يعد الصمت الاختياري من اضطرابات الطفولة النادرة التي تتميز بالفشل المستمر في الحديث في مواقف اجتماعية معينة (على سبيل المثال المدرسة، المواقف الاجتماعية) على الرغم من الحديث بشكل طبيعي في مواقف أخرى على سبيل المثال المنزل

(American psychiatric Association (APA), 2015, p. 333)

وبداية الصمت الاختياري عادة ما تكون بين ثلاث وخمس سنوات حيث تكون بدايات دخول الطفل المدرسة ، ومع ذلك غالبا لا يحول الطفل للعلاج الا بين (٦ – ١١ سنة) عندما يدخل المرحلة الابتدائية ، والاكتشاف والتدخل المبكر يكون فعال في علاج الصمت الاختياري ويمنع ظهور المشكلات اللاحقة التي تظهر على المدى البعيد مثل المشكلات الاجتماعية ومشكلات التعلم.

(Hung, Spencer& Dronamraju, 2012, p.222)

وقد وضع الصمت الاختياري في الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الامريكية للطب النفسي ضمن اضطرابات القلق ، حيث ان القلق يعد العرض الاساسي لدى العديد من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، علاوة على ذلك فإن إعادة البحث في المسببات والعلاج تؤكد وجود القلق لدى من يعانون من الصمت الاختياري.

(Muris &Ollendick, 2015, p.151)

DSM-5 المعيار التشخيصي لاضطراب الصمت الاختياري في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية ملحق (١) ، وللتأكد من التشخيص أشار دليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الى انه لا بد ان يكون قد مر شهر على الأقل قبل الحصول على التشخيص، فكثير من الأطفال الصغار يشعرون بالقلق عندما يواجهون مواقف جديدة على سبيل المثال دخول المدرسة لأول مرة وبالتالي لا يتم التشخيص خلال الشهر الأول من دخول المدرسة ، كما حدد الدليل ان الفشل في الكلام يجب ان يعزى الى نقص في المعرفة أو عدم الراحة علاوة على ذلك لا يتم تفسير الاضطراب كأحد اضطرابات التواصل (على سبيل المثال اضطراب الطلاقة الذي يبدأ في مرحلة الطفولة) ولا يكون هذا الاضطراب مصاحب لاضطراب طيف التوحد والفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ، وأخيرا

ينبغي أن يؤثر هذا الاضطراب على الأداء اليومي والتفاعلات الاجتماعية وعلى أداء الطفل في المدرسة.

(DSM-5, APA, 2013 -Muris & ollendick, 2015, p. 151)

وتبعاً للجمعية الأمريكية لعلم النفس ينتشر الصمت الاختياري بنسبة أقل من ١% من السكان (Busse & Downey, 2011, p. 54)، وأشارت بعض الدراسات إلى أن الصمت الاختياري أكثر انتشاراً بين البنات عن البنين بنسبة (٢:١) ويحدث هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة وتصبح الأعراض أكثر وضوحاً عندما يدخل الأطفال المدرسة للمرة الأولى وتستمر المشكلة شهر على الأقل، وقد أثبتت الدراسات أن الأطفال الذين كانوا يعانون سابقاً من اضطراب الصمت الاختياري أظهروا في مرحلة البلوغ مشكلات في التواصل وأداء أقل في المدرسة أو العمل فضلاً عن وجود معدلات أعلى من غيرهم في الإصابة بالاضطرابات النفسية.

وفي الماضي كانت تعرف هذه الحالة النفسية بـ (الحبسة الاختيارية) Voluntary aphasia وفيما بعد بأسم (الصمت الانتقائي) وتشير هذه المسميات إلى أن الطفل يختار عمداً عدم الكلام في بعض المواقف أو مع أشخاص بعينهم، وفي مقدمة الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-TV, APA 1994 تم استبدال كلمة انتقائية بكلمة اختيارية، وهو ما جاء أيضاً في الطبعة الخامسة للدليل (DSM-5, APA, 2013) وهو بذلك أكثر حياداً عن دوافع الطفل، ويؤكد على أن عدم وجود حديث يكون فقط في سياقات أو مواقف معينة، ووضع الصمت الاختياري ضمن اضطرابات القلق يشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة يخشون من التحدث بدلاً من أنهم لا يريدون التحدث في مواقف معينة

(Muris & ollendick, 2015, p. 152)

ويتجنب هؤلاء الأطفال المواقف الاجتماعية التي تتضمن مبادأة الحديث مع الآخرين والإجابة على من بالباب أو التليفون أو الإجابة على أسئلة المدرسين، وبعض هؤلاء الأطفال يتجنبون أيضاً مواقف التقييم وخاصة تلك التي تتضمن بعض الأداء اللفظي وآخرين يظهرون سلوكيات القلق مثل التعلق بالوالدين، الإختباء والهروب والصراخ ونوبات الغضب عندما يطلب منهم الحديث بوجه عام، ويعاني بعضهم أيضاً من القلق الجسدي عند التعرض لمواقف كان يجب عليهم فيها أن يتحدثوا وتتضمن هذه الأعراض

التوتر العضلي ، والإهتزاز والدوران والارتعاش وسرعة التنفس ومسارة في ضربات القلب والدوار والشعور بالغثيان وغيرها من الأعراض المشابهة للقلق ولسوء الحظ فالعديد من هذه الأعراض من الصعب التقصي عنها فمعظم الأطفال لا يعبرون لفظيا عن مثل هذه الأعراض ولا عن الأفكار المتعلقة بالقلق وربما يرجع ذلك لصغر سنهم ورفضهم للحديث، ويعتقد بعض الأطفال ان هناك نتائج سلبية تحدث حال حديثهم فيخشون ان يتهجم الآخرون على كلامهم أو يتم تجاهل ما يقولون.

ومن الأعراض المصاحبة للصمت الإختياري القلق الاجتماعي والفوبيا ، الأعراض الجسمية للقلق، الخجل والحزن والانسحاب الاجتماعي ، المشكلات الارتقائية ومشكلات التواصل ، ردود الفعل المترتبة على الصدمة، والسلوك التعويضي مثل الهمس ، سلوك رفض المدرسة، وقد يصبح الصمت الإختياري اضطراب مزمن لبعض الأطفال يصاحبه مشكلات واضحة تتمثل في رفض الأقران ، وعدم إكمال المهام الأكاديمية اللفظية أو الإختبارات المعيارية المناسبة.

(Ale et al ,2013,p.278/ Kearney, 2010, p. 11)

وغالبا ما يحدث خلط بين اعراض الصمت الاختياري وبعض اضطرابات اللغة على سبيل المثال فترة الصمت التي تمر ببعض الأطفال عند تعلم لغة ثانية ، وغياب اللغة نتيجة الحبسة الكلامية أو الصمم أو غياب اللغة المصاحب في بعض الاحيان لاضطراب طيف التوحد ، والعرض الأساسي الفارق الذي يميز هذا الاضطراب عن الحالات المرتبطة هو ان الطفل المصاب بالصمت الاختياري عادة ما يتكلم بحرية في مواقف محددة ولكنه لا يتمكن من استخدام نفس مستوى وتناغم وجودة الحديث في مواقف أخرى بسبب القلق، والسمات التي تميز التوحد عن الصمت الاختياري هي الفجوة الواضحة بين سلوك الطفل وهو آمن أو في بيئة آمنة مثل المنزل وسلوكه في المواقف الاجتماعية مثل بيئة المدرسة، ومن أجل التشخيص الفارق وتقييم الاضطرابات الأخرى يستخدم التقييم النفسي التعليمي الكامل.

(Kotrba, 2015, p.27)

ويظهر الأطفال المصابين بالصمت الاختياري في كثير من الأحيان أعراض اضطرابات القلق الأخرى وخاصة اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder وقد وجد ذلك في حوالي ٩٠% من الحالات كما يشيع اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety

Disorder وخاصة لدى صغار الأطفال، ووجد ان أكثر من ١٠% من المصابين بالصمت الاختياري يعانون من اضطراب طيف التوحد.

(Oerbeck, Manassis, Overgaard & Kristensen, 2016, p.4)

وعادة ما تكون المدرسة هي أصعب مكان للأطفال المصابين بالصمت الاختياري حيث يتوقع المدرسين والأقران ان يتفاعل كل الأطفال ويشاركون في الأنشطة الفصلية ، وعندما لا يحقق الطفل المصاب بالصمت الاختياري هذا التوقع يكون مصدر للفت انتباههم وهو ما يزيد من قلق الطفل.

(Shipon-Blum, A Guide to helping our teachers understand)

- الأسباب المرضية: يرجع الصمت الاختياري الى مجموعة متنوعة من العوامل الوراثية والمزاجية والبيئية وعوامل خاصة بالنمو العصبي ، وقد أشارت نتائج أحد الدراسات الى أن آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري أظهروا مستويات أعلى من الخجل والقلق الاجتماعي وكانوا أكثر تفضيلاً للأنشطة الانفرادية بالمقارنة بالآباء والأمهات في المجموعة الضابطة ، وفي دراسة أخرى كشفت النتائج التي أجريت على آباء (٧٠) طفلاً من المصابين بالصمت الاختياري و(٦٢) من الآباء في المجموعة الضابطة عن انتشار الرهاب الاجتماعي و اضطراب الشخصية التجنبي، وهذه النتائج تشير الى مساهمة النواحي الوراثية في حدوث الصمت الاختياري ولكن بالطبع هناك حاجة لدراسات جينية عديدة.

(Muris & ollendick, 2015, p. 15)

ووجد كاربون وآخرون Carbone et al, 2010 في دراسة على عينة من (٢١) من الاطفال المصابين بالصمت الاختياري و(٦٥) من الأطفال المصابين بالقلق، وعينة ضابطة من الأطفال ان(٦٤%) من الأطفال المصابين بالصمت الاختياري تم تشخيصهم بواحد أو أكثر من اضطرابات القلق (الفوبيا ، الفوبيا الاجتماعية ، اضطراب قلق الانفصال.

(Carbone et al, 2010, p 1057)

واتفق معه ايضا ليفنديسين وآخرون حيث انطبق على ٥٩% من عينة المصابين بالصمت الاختياري المعيار التشخيصي لاضطراب القلق.

(Levin-Decanini et al, 2013, p.857)

والنظريات المبكرة لحدوث الصمت الاختياري جاءت في المقام الأول من خلفية المتغيرات النفسية وان هذه الحالة (تساعد على الحفاظ على توازن

الأسرة) أو لها صلة بالصدمات النفسية التي تحدث في مرحلة الطفولة مثل الإيذاء الجسدي والجنسي أو الأحداث الدرامية مثل وفاة شخص عزيز وعلى الرغم من وجود الصدمة خلف حدوث بعض حالات الصمت الاختياري الا انه يوجد أدلة محدودة على هذه النظرية في تفسير حدوث الاضطراب ، وغالبا ما تنظر نظرية الصدمة النفسية للصمت الاختياري على انه استجابة الطفل لصراع لم يحل مع الوالدين أو القائمين برعاية الطفل وبالمثل ترى نظريات النظم الاسرية الصمت الاختياري انه نتاج للصراع الناتج عن العلاقات الأسرية ، ويرى السلوكيين انه نتاج للتعزيز السلبي لاشكال من التعلم حيث يتعلم الطفل استخدام الصمت كوسيلة لتقليل أو التحكم في القلق كرد فعل لمثير بعينه، وغالبا ما يصاحب القلق الاجتماعي حالات الصمت الاختياري ،وقد أكد هذه العلاقة الغالبية العظمى من الدراسات على مدى ثلاثون عاما حيث وجد ان الغالبية العظمى من الأطفال الذين يشخصون بالصمت الاختياري ينطبق عليهم المعيار التشخيصي للقلق الاجتماعي،الا انه في الوقت الحاضر أصبحت هذه النظريات أقل قبولا حيث كشفت الدراسات المقارنة أنه بغض النظر عن ارتباط الصمت الاختياري باعراض مثل الخجل والقلق الاجتماعي وقلة الكلام ،فان آباء وأمهات الاطفال المصابين بالصمت لا يختلفون عن آباء وأمهات الأطفال العاديين من حيث الأمراض النفسية علاوة على ذلك فقد أثبتت الدراسات أن أساليب تربية الوالدين في أسر الأطفال المصابين بالصمت الاختياري لا تختلف عن التي لوحظت في أسر أطفال المجموعة الضابطة

(Muris & ollendick, 2015, p. 159)

والنظريات التي ناقشت تطور القلق عند الأطفال ترى ان العلاقات الأسرية للطفل ، ونمط التفاعل داخل المنزل قد يرتبط ببداية القلق عند الأطفال الأ ان هناك تداخل وصعوبة في تحديد الأسباب المؤدية لهذه الحالة ، ومع ذلك يمكننا ان نشير الى الأسباب التالية والتي على أساسها يصمم البرنامج العلاجي:

- ١ . عوامل مهيئة للاضطراب والتي في الغالب تكون جينية.
- ٢ . عوامل عاجلة موجودة في بيئة الطفل والتي قد تكون بمثابة محفز للاضطراب.
- ٣ . عوامل دائمة وهى التي تتعلق بالطريقة التي يتم بها التعامل مع المشكلة هنا والأ ن من قبل الوالدين وفي المدرسة

(Smith & Sluckin,2015,p. 25)

ولا يوجد سبب واحد حتى الآن للاصابة بالصمت الاختياري ، ولكن يفترض تفاعل العوامل الوراثية والمزاجية والعصبية والبيئية ، العوامل الوراثية: حيث وجد جين خاص يرتبط بكل من الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي العوامل المزاجية: حيث ان سمة المنع السلوكي Inhibition trait (الخوف وتجنب المواقف غير المألوفة) ترتبط بوجه عام باضطراب القلق .

العوامل الخاصة بالنمو العصبي:الأطفال المصابين بالصمت الاختياري لديهم معدلات مرتفعة من اضطرابات النمو العصبي مثل تأخر الكلام ، ومشكلات اللغة ، ومشكلات التأخر الحركي ، كما يوجد تداخل بسيط مع اضطرابات طيف التوحد ذو القدرة المنخفضة ، على الرغم من ان الغالبية العظمى من الأطفال نسبة ذكائهم ضمن المعدل الطبيعي ، العوامل البيئية:مثل تعلم أكثر من لغة في وقت واحد Bilingual children والتغيرات البيئية مثل بداية دخول المدرسة ، ومقابلة أشخاص جدد فقد يشكل ذلك عبء كبير على الأطفال المصابين بالصمت الاختياري.

(Oerbeck, Manassis, Overgaard & Kristensen, 2016, p.4)

وتشير نتائج دراسة قام (Bergman et al,2013) على عينة من (٢١) من الاطفال المصابين بالصمت الاختياري الى ان ٨٦% من الاطفال انطبق عليهم المعيار التشخيصي للفوبيا الاجتماعية.

(Bergman et al, 2013, p. 680)

وتشير العديد من الدراسات الى شيوع اضطرابات التواصل وتأخر النمو اللغوي بين الأطفال المصابين بالصمت الاختياري ، وقلة العلاقات المتبادلة في المدرسة حيث تقل كفاءتهم الاجتماعية عن أقرانهم ، ويكونوا أقل ثقة أثناء التفاعلات مع الأقران، ويجدون صعوبة أكثر في الاشتراك في مجموعات واقامة علاقات الصداقة ،وأشارت نتائج احد الدراسات الى ان ٤٠% من هؤلاء الأطفال لا يكونون مشاركين ايجابيين في مجموعات الأنشطة المدرسية داخل الفصل الدراسي وأثناء الرحلات ونسبة منهم يكونون مرفضون من زملائهم ومن المهم ان نضع في اعتبارنا ان العلاقة بين المشاكل المتعلقة بالمدرسة والصمت الاختياري من المرجح ان تكون علاقة ثنائية الاتجاه ، فالأطفال قد لا يتكلمون بسبب المشاكل الاكاديمية والاقران ومن المعقول ايضا ان مثل هذه المشاكل تنشأ نتيجة لعدم التحدث في المدرسة.

وهناك من ينظر الى عدم الكلام وسلوك التجنب على انه استراتيجية تنظيم الانفعال
An emotion regulation strategy

فهؤلاء الأطفال يلتزمون الصمت لتقليل الاحساس بالقلق وغيرها من المشاعر السلبية في المواقف الصعبة على سبيل المثال المدرسة، وتشير الأدلة المتاحة ان هناك عوامل مختلفة تشارك في حدوث الصمت الاختياري بما في ذلك النواحي الوراثية والبيئية والمزاجية والمتغيرات المتعلقة بالنمو العصبي والتجنب وعلى الرغم من ذلك فانه يجب التأكيد على ان الدعم لبعض من هذه العوامل المسببة تأتي من دراسات فردية وبالتالي تتطلب المزيد من الدراسات. وتؤكد العديد من الدراسات ان الصمت الاختياري لا يحدث نتيجة متغير واحد بل يحدث نتيجة لتفاعل العديد من العوامل المختلفة والكثير من هذه العوامل تعد من الاسباب المؤدية لحدوث القلق مما يعزز فكرة ارتباط الصمت الاختياري باضطراب القلق ، وتختلف العوامل المسببة للصمت الاختياري من طفل الى اخر

(Muris & ollendick, 2015, p.161)

- الأعراض المصاحبة للصمت الاختياري:

- القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية
- الاعراض الجسمية للقلق
- الخجل والحزن والانسحاب الاجتماعي
- المشكلات الارتقائية ومشكلات التواصل
- ردود الفعل الناتجة عن الصدمة
- السلوك التعويضي
- الرغبة في تقليل القلق الاجتماعي وتجنب اظهار عدم ارتقاء مهارات الكلام
- القيام بسلوكيات تعويضية مثل الهمس
- سلوك رفض المدرسة
- ظهور سمات قهرية
- السلبية
- نوبات الغضب والتحديق في الفضاء وقلة الاتصال البصري
- المظهر البارد ووجود صعوبة في المبادأة الشفهية
- غياب التعبيرات الوجهية ونقص الابتسام
- نقص لغة الجسد وقد يصاحبه صعوبة في الاستجابة غير اللفظية
- سلوك الوسواس القهري وخاصة في المنزل

- التبول النهاري اللارادي والقيء المعتمد والتردد في المشي

وقد يصبح الصمت الاختياري اضطراب مزمن لبعض الأطفال ويصاحبه مشكلات واضحة تتعلق برفض الأقران وعدم إكمال المهام الأكاديمية اللفظية أو الاختبارات المعيارية أو ظهور اللغة غير المناسبة.

(Kehle et al, 2012, p.93 /Kearney, 2010, p. 11)

التدخلات العلاجية Approaches to Intervention

يؤثر الصمت الاختياري على أداء الطفل الأكاديمي والاجتماعي بشكل خطير على الرغم من أن العرض الأساسي (غياب التحدث) يميل إلى الاختفاء مع مرور الوقت فانه من الواضح أن له عواقب وخيمة على الأطفال في المراحل العمرية اللاحقة لذلك فمن الضروري أن تكون هناك تدخلات فعالة لعلاج الأطفال المصابين بالصمت الاختياري والهدف الأساسي من العلاج هو مساعدة الأطفال على الكلام في المواقف التي لا يتكلمون فيها، وتقليل القلق، ومحو التعزيز السلبي لسلوكيات الصمت، وقد تطورت البرامج العلاجية المقدمة بالتوازي مع فهم الأسباب المرضية للاضطراب ومن هذه التدخلات:

التدخلات النفسية Psychodynamic Approaches

والغالبية العظمى من استراتيجيات العلاج بالتحليل النفسي التي تستخدم مع الأطفال المصابين بالصمت الاختياري تفترض أن مصدر الاضطراب هو الصراع النفسي الداخلي، ويكون هدف العلاج هو التعرف على هذا الصراع وحله ويستخدم هذا الاتجاه العلاج باللعب والذي عادة ما ينطوي على الاستخدام غير المنظم للالعاب والدمى لمساعدة الطفل على تحديد والتعبير عن مشاعره، ومع ذلك هناك بحوث تجريبية محدودة في هذا المجال، ومعظم الدراسات في هذا المجال كانت دراسات حالة.

(Hung, Spencer & Dronamraju, 2012, p.224 / Kehle et al, 2012, p.98)

وعلى غرار العلاج الفردي النفسي الدينامي هناك نموذج العلاج الأسري Family Therapy وقد تم استخدامه مع حالات خاصة من المصابين بالصمت الاختياري والتي ظهرت نتيجة الاختلال الوظيفي للأسرة بدلاً من الصراع الداخلي الفردي، حيث يكون سلوك الصمت من هذا المنظور يركز على تحديد وتعديل الصراعات التي تجعل الأعراض تستمر وإزالة الحاجة لسلوك الصمت.

(Kehle et al, 2012, p.98)

الا ان مثل هذه التدخلات العلاجية لم تلق الا دعما تجريبيا محدودا بسبب عدم القدرة على تعميمها ، وعدم معرفة مدى نجاحها على المدى البعيد ، الا ان الاسرة لا تزال عنصرا هاما وشريك في التدخلات العلاجية المختلفة.

(Davidson, 2012, p.20)

- التدخلات السلوكية Behavioral Interventions -

والتدخلات السلوكية فعالة مع حالات الصمت الاختياري فهي تستخدم بنجاح لخفض القلق، ومن الفنيات السلوكية المستخدمة:

الإطفاء Fading ويستخدم عندما يكون الطفل في حالة استرخاء ويتحدث مع شخص مألوف - عادة أحد الوالدين - ويدخل شخص آخر الغرفة ويبقى على مسافة من الطفل وبالتدرج يقترب من الطفل واعتمادا على رد فعل الطفل والذي يمكن ان يأخذ وقت أو يحدث بسرعة يصبح هذا الشخص مألوف للطفل ويكون هو المتحدث مع الطفل ويبعد الوالد.

التشكيل Shaping وهو مكافأة أى صوت يصدر من فم الطفل مثل نفخ الفقاعات أو تقليد أصوات الحيوانات وعادة ما يستخدم ذلك عندما يكون الطفل صامتا تماما تماما أمليين في ان ذلك سيؤدي بالتدرج الى الحديث.

(Smith & Sluckin, 2015, p.23)

فنقوم بتشجيع الطفل ببطء على التواصل اولا بشكل غير لفظي بنطق بعض الأصوات ثم الهمس واخيرا يتكلم كلمة أو جملة وقد استخدم مصطلح سلم النطق Vocalization Ladder لتمثيل عملية التشكيل ، فضلا عن استخدام فنيات اخرى مثل التعزيز الايجابي، والنمذجة الذاتية السمعية

(Hung, Spencer & Dronamraju, 2012, p.223)

والبرامج السلوكية التي تعتمد على المدرسة تقوم على خطوات صغيرة وتعرض الطفل بالتدرج للمواقف المسببة للقلق ، وتكون نقطة البداية عندما يتحدث أحد الوالدين بشكل حر مع الطفل في الفصل ويقوم المدرس بخفض دور الوالد تدريجيا عندما يكون الطفل جاهز للتعاون وهذا يتطلب تعاون كامل من الوالدين والمدرس، وقد يساعد وجود الحيوانات الأليفة في المنزل على تغلب الطفل على الصمت.

(Smith & Sluckin, 2015, p.24)

ومن الفنيات السلوكية ادارة الطوارئ ، Contingency Management ، فضلا عن تعلم الطفل الاسترخاء للتعامل مع الانفعالات السلبية والتدريب على المهارات الاجتماعية، و النمذجة. Modeling.

(Muris & ollendick, 2015, p.162)

نموذج التعزيز الذاتي Augmented Self- Modeling وهو أحد التدخلات العلاجية التي تستخدم لعلاج الأطفال وصغار البالغين المصابين بالصمت الاختياري، من خلال نمذجة الصوت حيث يتم تسجيل شريط سمعي للطفل في مواقف يتحدث فيها الطفل ثم نعيده امام الطفل ليستطيع الطفل سماع صوته، نمذجة الفيديو وهو عبارة عن تسجيل شريط فيديو للطفل وهو يتحدث في بيئته الطبيعية وإعادة تشغيله امام الطفل عدة مرات، وقد ثبت نجاح هذا العلاج في تقليل الاعراض المصاحبة للصمت الاختياري.

(Kehle et al, 2012, p.98)

وعرضت Kearney,2010 في كتابها مساعدة الأطفال المصابين بالصمت الإختياري وأسرهه مجموعة من الفنيات منها: علاج التعرض المتدرج Graduated Exposure Therapy وهو عملية يتعلم فيها الطفل ان يتعامل مع الخوف والقلق ،وتشير الى استخدام مجموعة من التقنيات التي تتطلب ان يقول الطفل كلمات بشكل تدريجي،وهذه الفنية تشكل دعامة أساسية في علاج الأطفال المصابين بالصمت الإختياري نتيجة القلق ، و عادة ما تعتمد هذه الفنية على تسلسل هرمي للمواقف تتراوح من الأقل الى الأكثر إثارة للقلق مثل المتاجر ومراكز التسوق ومتاجر الحيوانات الأليفة والحدائق العامة ، ويمكن ان تشمل المواقف المتعلقة بالمدرسة الفصول الدراسية والممرات والكافتيريا وقاعة الألعاب الرياضية والملاعب وفصول الموسيقى ، والحديث مع الأقران والمدرسين والإداريين وغيرهم ويمكن للتسلسل الهرمي ايضا ان يشمل الهمس بكلمة مسموعة بالكاد والكلام بكلمات قليلة الى التحدث بالخطاب الكامل والهدف من ذلك هو تطوير قدرة الطفل تدريجيا على التحدث وبصوت مسموع في جميع المواقف العامة وفي الوقت نفسه مساعدة الطفل على إدارة القلق الخاص به ، وغالبا ما تستخدم هذه الفنية بالإشتراك مع غيرها من الفنيات.

تدريبات الإسترخاء و تدريبات التنفس

Relaxation Training and Breathing retraining

فالمصابين بالصمت الإختياري يكون لديهم أعراض فسيولوجية للقلق مثل توتر العضلات وفرط التنفس أو ضيق في التنفس ولمساعدة الطفل على التعامل مع هذه الأعراض في مواقف التحدث يتم تدريب الطفل على استرخاء العضلات المتوترة والتنفس بشكل صحيح وتنظيم التنفس قبل التحدث مع الآخرين من خلال تعليم الطفل التنفس ببطء من خلال الأنف والزفير ببطء من خلال الفم ، وهذه التقنيات يمكن التدريب عليها مصحوبة بتعبير لفظي بسيط من الأطفال ، والهدف من هذه الفنية تدريب الطفل على إستبدال المشاعر الفسيولوجية المصاحبة للقلق بمزيد من الإسترخاء عندما يتواصل الطفل لفظيا مع الآخرين. (Kearney, 2010, p.17)

وقد تم الاعتراف بالتدخل السلوكي (العلاج السلوكي و العلاج المعرفي السلوكي) باعتباره التدخل الأكثر فعالية لعلاج الصمت الإختياري .

(Kehle,et al,2012,p.94)

- التدخلات الدوائية Medication :

ويتم استخدامها مع الأطفال المصابين بالصمت الإختياري مع مراعاة شدة ومدة الاضطراب والاستجابة للتدخلات النفسية الاجتماعية ، ومع ذلك لا ينبغي الاعتماد على الادوية بمفردها في علاج الصمت الإختياري بل يجب ان يقترن بالتدخل النفسي والاجتماعي وحاليا لا توجد ادوية معتمدة من قبل ادارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) لاستخدامها مع الأطفال المصابين بالصمت الإختياري، وتستخدم مضادات الاكتئاب Antidepressants في شكل مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية وهي المنصوص عليها في علاج الاشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق بما في ذلك الأطفال المصابين بالصمت الإختياري، عقار فلوكستين وقد تم تناوله في العديد من الدراسات وثبتت فعاليته في علاج الصمت الإختياري ، ومع ذلك في عام ٢٠٠٤م أصدرت ادارة الاغذية والدواء الأمريكية تحذرات على اساس التقارير التي تشير الى ان استخدام مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية قد تسبب التفكير الانتحاري لدى الأطفال والمراهقين مع الاكتئاب الشديد ، ولذلك فعند ادخال الادوية في علاج الصمت الإختياري عند الاطفال فمن الضروري المراقبة عن كثب لنوع الدواء المستخدم والجرعة وتنبيه الأباء الى الاثار الجانبية المحتملة وتعليمهم كيفية ادارة الأحداث السلبية .

وفي مراجعة لدراسة فاعلية استخدام العقاقير في علاج اضطراب الصمت الإختياري قام بها (Manassis, Oerbeck, & Overgaard, 2016)

خرجت بمحدودية فعالية مثل هذه العقاقير والحاجة الى دراسات لتحديد الجرعة المثلى وتوقيت اخذها بالنسبة للتدخلات النفسية والاجتماعية.

مشكلة الدراسة الحالية :

تطور البحث في السنوات الأخيرة نحو المزيد من الإهتمام بالنموذج الشخصي Personalized Model في علاج حالات الصمت الاختياري ، والإعتماد على البروفيلات الإكلينيكية مثل البروفيلات التي تتضمن مظاهر القلق والسلوكيات المضادة ، ومشكلات التواصل ، والعوامل الشرطية التي تؤدي الى استمرار الصمت الاختياري

(Skedgell, Fornander & Kearney, 2017, p.166)

و غالباً ما يستخدم المنهج متعدد الوسائط Multi modal Approach الذي يتضمن اشكالا من التدخلات النفسية والسلوكية جنباً الى جنب مع العلاج المهني والتربية الخاصة والمشاركة الأسرية والتدخل المدرسي والأدوية ، وقد أكدت الدراسات على أهمية مشاركة المعلمين والأباء في التدخلات العلاجية وخاصة مع الأطفال ذوي الاصابة البسيطة لأن هؤلاء الأطفال بحاجة الى استئناف سلوكياتهم الناطقة عبر مختلف البيئات.

(Monzo, Micotti & Rashid, 2015, p.22; Hung, Spencer & Dronamraju, 2012, p.224)

وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في بحث فعالية الجمع بين العلاج الفردي والعلاج الأسري ومشاركة المعلمين في علاج حالة طفلة تعاني من الصمت الاختياري وتحاول الدراسة الإجابة على التساؤل التالي:

هل ينجح الجمع بين العلاج الفردي والعلاج الأسري ومشاركة المعلمين في خفض حدة الصمت الاختياري لدى طفلة تعاني من الاضطراب ؟

أهمية الدراسة:

١ . تكمن أهمية هذه الدراسة في أهمية الجانب الذي يتصدى لدراسته إذ يحاول إلقاء مزيد من الضوء على حالة الصمت الاختياري وبحث مدى فعالية أحد المداخل العلاجية.

٢ . انه من أوائل البحوث المصرية - في حدود ما تم الإطلاع عليه - الذي يتناول حالة الصمت الاختياري من المنظور النفسي وهو مجال بكر يحتاج العديد من الدراسات والبحوث.

أهداف الدراسة :

١. الدراسة الإكلينيكية لحالة طفلة تعاني من الصمت الاختياري على مدى تسعة أشهر .
٢. اثبات فعالية استخدام العلاج متعدد المحاور (المتمركز على الطفل والاسرة والمدرسة) في علاج حالة الصمت الاختياري.
٣. تحفيز اجراء المزيد من البحوث لتطوير فعالية الجمع بين العلاج الفردي والعلاج الأسري في التخفيف من حدة القلق والتوتر عند الأطفال المصابين بالصمت الاختياري.
4. إمداد العاملين في مجال المدرسة – من مدرسين و اخصائيين نفسيين واجتماعيين – بالمعلومات اللازمة عن سمات الأطفال المصابين بالصمت الاختياري لإمكانية الكشف والتدخل المبكر لهذه الحالات.

الدراسات السابقة :

هناك عدد قليل من الدراسات العربية – في حدود ما تم الإطلاع عليه – مثل دراسة سعيد كمال عبد الحميد بعنوان: (فعالية برنامج سلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المحلة الابتدائية ، ٢٠١٥) ، وهناك العديد من الدراسات الاجنبية التي تناولت حالة الصمت الاختياري ، وركزت معظم الدراسات على دراسة فعالية استخدام أحد الأساليب العلاجية ومن هذه الدراسات :

– دراسة (Klein, Armstrong, , Skira & Gordon (2016)

والتي كانت بعنوان : علاج قلق التواصل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالصمت الاختياري وأسرههم : دراسة تجريبية وأختبرت الدراسة فعالية علاج قلق التواصل الاجتماعي الذي طورته Shipon-Blum,E. وهو علاج متعدد الوسائط لزيادة التواصل الاجتماعي لدى (٤٠) من الأطفال المصابين بالصمت الاختياري تتراوح أعمارهم بين (٥ – ١٢) سنة وأستمر العلاج (٩) أسابيع ، وأشارت النتائج الى تحسن الحديث بشكل دال لدى الأطفال على كل بنود أستبيان الصمت الاختياري (SMQ) ، وفي قياس شدة الصمت الاختياري أظهر الاطفال انخفاض في مستويات القلق والانسحاب كما ظهر من تقارير الوالدين على قائمة فحص سلوك الطفل .

– دراسة (Skedgell, Fornander & Kearney (2017) بعنوان:
فعالية العلاج الفردي والجماعي كعلاج للصمت الاختياري. وتعرض

الدراسة لحالة طفل يبلغ من العمر (٦) سنوات مصاب بالصمت الاختياري يشير البروفيل الاكلينيكي له الى وجود المشكلات السلوكية والقلق ، وتم استخدام العلاج الفردي واجراءات ادارة السلوك للتغلب على سلوك ادارة المدرسة ، واستخدم العلاج الجماعي مع الوالد والطفل و التدريب على المهارات الاجتماعية .

- دراسة **Cavarra, Brizio & Gava (2016)** العلاج بالتنويم المغناطيسي للصمت الاختياري: دراسة حالة فردية وتهدف هذه الدراسة التي تتناول طفلة تبلغ من العمر (٧) سنوات الى تقديم أداة أولية تشير الى فعالية التنويم المغناطيسي في علاج الصمت الاختياري ، تم علاج الطفلة من قبل متخصصة في العلاج الأسري في خمسة جلسات خلال ثلاثة أشهر ، وأشارت النتائج الى انه بعد ثلاثة أشهر تم علاج الأعراض وتحسنت الحالة المزاجية للطفلة والمهارات الاجتماعية والأداء المدرسي مما يشير الى ان العلاج بالتنويم المغناطيسي يؤدي الى تقليل الاضطراب وتحسن الحالة العامة للحالة خلال خمس جلسات وهي فترة وجيزة مقارنة بما في الأساليب العلاجية الأخرى. وتمثل هذه الدراسة الخطوة الأولى في وضع مبادئ تدخل قابلة للتكرار والبحث للوصول لنتائج موثوق بها.

- دراسة **Raatz, (2016)** بعنوان: وجهات نظر الاكلينيكين في التدخلات العلاجية الأكثر فعالية في العمل مع الأطفال المصابين بالصمت الاختياري. ويؤكد هذا البحث على دور المعلمين في علاج الاحتياجات الفريدة للأطفال المصابين بالصمت الاختياري من خلال استخدام التقنيات السلوكية والمعرفية السلوكية والنفسية وأنظمة الأسرة ، والتدخلات المتعددة الوسائط ، والعقاقير النفسية ، ويدعم البحث الحاجة الى التطوير المهني والنفسى لمعلمي الفصول الدراسية وأطباء الكلام والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في المدارس.

- دراسة **Martinez et al, 2015** بعنوان : دور المدرسين في تقييم الصمت الاختياري واضطرابات القلق. وركزت هذه الدراسة على الفروق بين اضطراب القلق والصمت الاختياري ، و دور المدرسين في تقييم الطفل المصاب بالصمت الاختياري ، حيث أكدت على ضرورة اشراك المدرسين في تقييم الطفل ، ودورهم في دعم الطفل داخل الفصل الدراسي.

- دراسة **Conn & Coyne 2014** بعنوان : الصمت الاختياري في الطفولة المبكرة ، وتناولت الدراسة دراسة حالة لطفل امريكي في مرحلة ما

قبل المدرسة ، وألقت الضوء على الصعوبات والعلاجات المتاحة ، كما أشارت الدراسة الى

ثلاث مراحل من التدخلات السلوكية لحالة الصمت الاختياري ، وأكدت على أهمية التشخيص والتدخل المبكر لتقليل احتمالية تطور الحالة في المستقبل لأضطراب القلق المتأخر .

- دراسة Ale et al , 2013 بعنوان: دراسة حالتين مصابتين بالصمت الاختياري في مرحلة الطفولة المبكرة . وأكدت هذه الدراسة على أهمية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري لبناء المهارات الاجتماعية، وضرورة وجود المدرسين في البرنامج العلاجي للطفل ، وناقشت الدراسة حالتين يعانين من الصمت الاختياري ، وأشارت الى أهمية تقديم العلاج الذي يتناسب مع الحاجات الفردية لكل أسرة ، ومساعدة الأطفال على إستعادة الارتقاء الاجتماعي الطبيعي.

- دراسة Oerbeck, Johansen, Lundahl & Kristensen, 2012 بعنوان: التدخل العلاجي القائم على البيت والحضانة للأطفال المصابين بالصمت الاختياري: دراسة تجريبية.

وكان الهدف من هذه الدراسة هو اختبار فعالية العلاج متعدد الوسائط ، وتكونت العينة من (٧) من الأطفال تتراوح أعمارهم من (٣ - ٥ سنوات) تم تشخيصهم بالصمت الاختياري، وبدأ العلاج في المنزل وأستمر داخل الحضانة لمدة ستة أشهر حيث تم تحديد الأهداف العلاجية بمستويات متدرجة من الحديث (من الحديث مع المعالج بمفرده في غرفة منفصلة مع وجود الوالد ، وحتى الحديث في الحضانة بدون وجود المعالج)، وتم قياس النتائج من خلال استبيان الحديث المدرسي (SSQ) وتحقق الهدف العلاجي بعد ستة شهور ، وتم استخدام مقياس الانطباع الاكلينيكي العام بعد عام لعمل متابعة ، وأشارت النتائج الى:حديث (٦) من الأطفال في كل المواقف داخل الحضانة بعد (١٤) أسبوع علاجي، وهو ما يشير الى فعالية العلاج متعدد الوسائط.

- دراسة Oon, 2010 بعنوان: الجمع بين العلاج بالدراما والتدخلات السلوكية في علاج الصمت الاختياري: دراسة حالة جمعت الدراسة بين العلاج بالدراما والتشكيل مع طفلة تبلغ من العمر (٥ سنوات) تعاني من الصمت الاختياري ووجدت الدراسة ان التشكيل عندما يتم تضمينه داخل سياق اللعب كمعزز أولي ساعد الطفلة على اصدار الأصوات وانتهى

بالحديث خلال فترة قصيرة من الزمن، وهذه الصوتيات Vocalization ساعدت الطفلة على اللعب الدرامي والذي يتطلب حديث تلقائي وتم استخدام ثلاث عناصر من اللعب الدرامي هم: مساحة اللعب the play space، ولعب الدور role- playing، والاسقاط الدرامي dramatic projection، وأشارت النتائج الى: تحسن الحديث التلقائي للطفلة وزيادة تقدير الذات الايجابي، وقد ساعد ذلك الطفلة على الحديث في المواقف الجديدة، وأكدت هذه الدراسة على الفوائد العلاجية للجمع بين المهارة السلوكية والعلاج بالدراما في حالة القلق المصاحب للصمت الاختياري.

- التعليق على الدراسات السابقة:

- معظم الدراسات قامت على منهج (دراسة الحالة) مما يشير الى الحاجة الى الدراسة الإكلينيكية العميقة للحالات التي تعاني من هذا الاضطراب، مع الأخذ في الاعتبار عدم إمكانية تعميم النتائج.
- التأكيد على فعالية الجمع بين أكثر من مدخل علاجي مثل الجمع بين العلاج بالدراما والتدخلات السلوكية، والعلاج الفردي والأسري.
- التدخل المبكر في علاج اضطراب الصمت الاختياري يؤدي لنتائج ايجابية وسريعة.
- التأكيد على فعالية العلاج السلوكي في علاج اضطراب الصمت الاختياري.
- قلة عدد الدراسات العربية التي تناولت اضطراب الصمت الاختياري من المنظور النفسي، ولا تزال هناك حاجة الى دراسات منهجية معاصرة تقوم على عينات كبيرة.

فروض الدراسة:

تدور الدراسة حول اثبات صحة الفرض التالي:

فعالية الجمع بين العلاج الفردي والأسري ومشاركة المعلمين في التخفيف من حالة الصمت الاختياري لدى طفلة تبلغ من العمر ست سنوات.

منهج الدراسة:

يقوم هذا البحث على المنهج الإكلينيكي (الدراسة العميقة للحالة الفردية)

بيانات عن الحالة والتاريخ التطوري :

الطفلة سلمى (اسم مستعار) تبلغ من العمر ٦ سنوات، في الصف الأول الابتدائي (نسبة الذكاء ٩٠) وهي الطفل الثاني لأثنين من الأخوة ، الأول ولد (١٤ سنة) ، والثاني ولد (٤ سنوات) ، الأم ربة منزل (٣٧ سنة) ، والأب (٤٨ سنة) نجار موبيليا ، المستوى التعليمي للوالدين متوسط (دبلوم تجارة ، دبلوم صنایع)

مرت مراحل التطور الارتقائي للطفلة بشكل طبيعي، وظهر الكلام في سن طبيعي وكانت الطفلة تتكلم بطلاقة في المنزل ، ولم تظهر لديها مرض من امراض الكلام واللغة أو مشكلات نفسية ، بعد بلوغها العام الرابع بدأت الأسرة تشعر بوجود مشكلات عند الطفلة حيث بدأت الأم تلاحظ اضطراب الطفلة عند الخروج من المنزل أو مقابلة اشخاص غرباء فتبدأ الطفلة في البكاء الهستيرى والقلق ، وتوقفت الطفلة عن الكلام بشكل تدريجي، وبدأت الطفلة لسبب غير مفهوم في التراجع عن التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين ، فاصبحت تتحدث فقط مع أفراد الأسرة داخل المنزل ، وشعر الوالدين بالاحباط لعدم قدرة الطفلة على الحديث مع الآخرين، وكانوا يأملون ان يكون ذهابها للحضانة حافز يساعدها على الحديث ولكن هذا لم يتحقق.

- الإحالة : تم تحويل الطفلة من الأخصائي النفسي المدرسي وتتلخص مشكلتها في المدرسة في عدم الحديث مع الزملاء أو الرد على المعلمة وعدم اتباع قواعد الصف أو المشاركة في الأنشطة المدرسية مما أدى الى انعزال الطفلة وانعكس على مستوى التحصيل الأكاديمي. وقام الأخصائي النفسي المدرسي بعمل اختبار ذكاء للطفلة وحصلت الطفلة على نسبة ذكاء (٩٠) وتم تحويل الطفلة للعيادة التخصصية لمركز معوقات الطفولة جامعة الأزهر لتشخيص حالة الطفلة وتقديم الخدمة العلاجية المناسبة .

- إجراءات الدراسة :

اولا: مرحلة تقييم الحالة

خلال الجلسات الأولى للتقييم كان يتم التعامل مع الوالدين مع عدم التركيز على الطفلة ، والحديث حول الطفلة وعدم توجيه أسئلة مباشرة لها في البداية ، مع مراعاة عدم توجيه أسئلة ذات نهايات مفتوحة للطفلة عند الحديث معها، والرد على ايماءات الطفلة كما لو كانت تتحدث.

ملاحظات خلال المقابلات الأولية مع الأم والطفلة:

- الطفلة متعلقة بالأُم ترفض مغادرة الأُم للعرفة وتركها.
- غياب التواصل اللفظي للطفلة مع اتصال بصري محدود.
- اشارت الأُم الى رفض الطفلة للحديث في اي مكان خارج المنزل وخاصة في المدرسة،بالاضافة الى المزاج السيئ للطفلة والبكاء احيانا بدون سبب، والخوف من الظلام.
- تم تقييم الطفلة من خلال :
 ١. المعيار التشخيصي لـ (الصمت الإختياري) في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية التي تصدره الجمعية الامريكية للطب النفسي (DSM-5,2013)،ملحق (١)
 ٢. استبيان الصمت الإختياري (يملء بواسطة الوالدين) ، تعريب الباحثة، ملحق(٢) Selective Mutism Questionnaire, Bergman et al, 2008
 ٣. استبيان الحديث المدرسي. (يملء بواسطة المدرسين) ، تعريب الباحثة، ملحق(٣)

School Speech Questionnaire, Bergman, et al 2008

- ٤. مقياس كمفورت لمراحل التواصل الاجتماعي لدى حالات الصمت الاختياري،تعريب الباحثة ملحق(٤)

Selective mutism: Stages of social communication comfort scale, Shipon-Blum,2006

- ٥. كما تم الاستعانة باستمارة ملاحظة سلوك الحديث لدى الطفلة / نسخة الوالدين ونسخة المعلمين لمتابعة تطور سلوك الحديث لدى الطفلة (اعداد الباحثة) ملحق (٥)، (٦)

وأشارت نتائج تقييم الطفلة الى :

- انطباق المعيار التشخيصي للصمت الاختياري في (DSM-5,2013) على الطفلة.

- نتائج تطبيق استبيان الصمت الاختياري (SMQ):

في مجال المدرسة: غاب حديث الطفلة مع أغلب زملاء في المدرسة ، بالإضافة الى عدم إجابة الطفلة على الأسئلة الموجهة اليها من قبل المدرسين ، وعدم قيام الطفلة بتوجيه أسئلة للمدرسين ، وغاب حديث الطفلة مع أغلب المدرسين والفريق المدرسي، وعدم حديث الطفلة أمام زملاء الفصل، وكان نادرا ما تتحدث الطفلة مع زميلة بعينها في المدرسة.

في مجال المنزل/ الأسرة: كانت الطفلة نادرا ما تتحدث مع أفراد الأسرة في وجود آخرين ، ونادرا ما تتحدث مع أفراد الأسرة الذين لا يعيشون معها (العم ، والخالات)، ونادرا ما تتحدث في التلفون مع الوالدين ، وغاب حديث الطفلة مع أصدقاء الأسرة والخادمة وحارس العقار السكني، و احيانا ما تتحدث مع افراد الأسرة في الأماكن غير المألوفة.

في مجال المواقف الاجتماعية: كان نادرا ما تتحدث الطفلة مع الأطفال الآخرين الذين تعرفهم جيدا ، واختفى حديث الطفلة مع أصدقاء الأسرة الذين لا تعرفهم أو مع الطبيب الخاص بها أو مع موظف البقالة أو نادل المطعم ، كما اختفى حديث الطفلة خلال الأنشطة التي تكون خارج المدرسة (في النادي).

وخلال مواقف التوتر والضغط: اشارت الأم الى تأثر الطفلة بمشكلة الصمت وعدم الحديث في المدرسة وعلى العلاقات الأسرية وفي المواقف الاجتماعية بدرجة شديدة، وتعارض عدم حديث الطفلة مع ممارسة أنشطة الحياة اليومية ، وازافت الأم ان الطفلة تنزعج من عدم كلامها بدرجة بسيطة في حين انها أكدت على تأثرها الشديد من عدم حديث ابنتها.

- نتائج تطبيق استبيان الحديث المدرسي (SSQ):

تم تطبيق الاستبيان من خلال اثنين من المدرسين بشكل فردي وأخذ ما تم الاتفاق عليه من الملاحظات وأشار تقييم سلوك الطفلة خلال الشهر الماضي الى : عدم حديث الطفلة مع الزملاء في المدرسة ، وعدم الاجابة على أي اسئلة موجهة لها، وعدم توجيه اسئلة للمدرسين، وعدم حديث الطفلة مع المدرسين أو الفريق المدرسي وامام زملاء الفصل ، وكان نادرا ما تتحدث الطفلة مع زميلة بعينها ، ونادرا ما تشارك بشكل غير لفظي داخل الفصل عن طريق الإشارة والايحاء وهو ما اتفق مع نتائج استبيان الصمت الاختياري.

وكان من الاسباب الظاهرة لإصابة الطفلة بالصمت الاختياري المشكلات الوالدية التي كانت تنسم بالعنف الشديد والعدوان المباشر على الأم أمام الطفلة ، بالإضافة الى تاريخ عائلي سابق خاص بالأم يرتبط بالقلق الاجتماعي.

- نتائج تطبيق مقياس كمفورت لمراحل التواصل الاجتماعي:

أشارت النتائج الى وجود الطفلة في المرحلة (١) التواصل غير اللفظي مستوى (أ) الاستجابة غير اللفظية حيث كانت الطفلة تستجيب من خلال الاشارة والايماء فقط.

وتمثلت المشكلة الحالية للطفلة في:

- عدم قدرة الطفلة على الكلام في المدرسة وعدم الاستجابة للتعليمات داخل الفصل أو المشاركة في الأنشطة المدرسية ، فضلا عن غياب العلاقات مع زملاء الفصل.

- احيانا ما كانت الطفلة تخاف البقاء بعيدا عن الأم، والبكاء احيانا بدون سبب، والانزعاج الشديد من الأصوات المرتفعة.

- نوم الطفلة في سرير الوالدين.

- برود في الانفعال وتجنب الاتصال البصري.

- الانسحاب وعدم الاهتمام بالمحيطين ، وعدم مبادأة التفاعل مع الآخرين ، وعدم وجود أصدقاء.

- التحرك ببطء والحاجة الى التشجيع المستمر لإكمال المهمة التي تقوم بها ، وسهولة تشتت الطفلة.

- الخوف من الظلام والنوم لساعات طويلة فضلا عن المزاج السيئ.

- الخطة العلاجية

وكانت تتم على ثلاث محاور:

١. العلاج الفردي للطفلة بواقع جلستين أسبوعيا لمدة ستة أشهر

٢. الإرشاد الأسري للوالدين لجلسة اسبوعيا

٣. مشاركة المعلمين(بعقد عدة مقابلات والمشاركة في مؤتمر الحالة - تطبيق استبيان الحديث المدرسي، بالإضافة الى استمارات الملاحظة لمتابعة

سلوك الحديث عند الطفلة) ثم متابعة الطفلة بعد ثلاثة أشهر من خلال إعادة تقييمها على المقاييس السابقة.

العلاج الفردي للطفلة: تم وضع برنامج تربيوي فردي للطفلة (Individual Educational Program (IEP) بهدف:

١. خفض مستوى القلق لدى الطفلة من خلال استخدام فنيات العلاج السلوكي (التعزيز الايجابي ، والإطفاء) وجلسات اللعب ، وقد تم الاستعانة بكتاب التلوين مانديلا لخفض التوتر وزيادة الاسترخاء

(Vrancken,S, Mandala coloring meditation Kit, 2010)

وكانت الطفلة تجد في هذه الانشطة تفريغ للقلق ومشاعر التوتر، ثم بدأت جلسات الرسم والتداعي الحر اثناء الرسم حيث طلب من الطفلة رسم بيت كبير وخلال ثلاث جلسات كانت الطفلة تقوم بتلوين واجهة البيت ورسم النوافذ وكانت الباحثة تسألها عن الأشخاص التي تود ان تدخلهم معها هذا البيت ، وبعد عرض صور فوتوغرافية فردية للطفلة وأفراد الأسرة الأب والأم والأخ الأكبر والأصغر كلا على حده أختارت الطفلة الأخ الاصغر والأم لتلصق صورهم داخل البيت ووضعت صورة الأب عند باب المنزل ، وبدأت الطفلة خلال هذه الجلسات وأثناء الانشغال بالرسم والتلوين في الاجابة على بعض الأسئلة بشكل تلقائي مثل مين اكثر واحد بتحبه؟ وأجابت الطفلة بصوت هامس انها تحب بابا لكنها تخاف منه ، وفي جلسات تالية قامت الطفلة بتسمية البيت وطلبت لصق صورة الأب داخل المنزل.

وتم تدريب الطفلة على تمارين الاسترخاء (التنفس العميق واسترخاء العضلات التدريجي)

٢. تدريب الطفلة من خلال مواقف الحياة اليومية الطبيعية وتشجيعها على ممارسة أنشطة الحياة اليومية وتعلم مهارات جديدة مثل (السباحة) لبناء الثقة بالنفس.

٣. زيادة فرص التفاعل الاجتماعي واللعب(وتم الاستعانة بعروسة Verbal Intermediary حتى يتم التواصل مع الطفلة من خلالها في الجلسات الأولى ، والكلام على لسان العروسة ، كما كانت تصاحب الطفلة وقت النوم ، وهو ما ساعد الطفلة على الهمس من قرب ، ثم الهمس من مسافات مختلفة ثم الكلام.

٤. استخدام نموذج التعزيز الذاتي من خلال نمذجة الصوت حيث تم تسجيل شريط سمعي للطفلة في مواقف تتحدث فيها أو تغني ثم إعادة تشغيله امام

الطفلة لتستطيع سماع صوتها، ونمذجة الفيديو حيث تم تسجيل شريط فيديو للطفلة وهي تتحدث في المنزل وتلعب ثم إعادة تشغيله امام الطفلة عدة مرات.

٥. زيادة فرص التواصل والمشاركة الاجتماعية في المواقف المختلفة.
٦. تدريب الطفلة على استراتيجيات المواجهة الفعالة للقلق (تحفيز المبادأة / الاسترخاء).

٧. عودة الطفلة للنوم في سريرها بعيدا عن الأم خلال شهر من بدء العلاج. بالاضافة الى استخدام العلاج باللعب ، والعلاج بالرسم والتداعي الحر وتم بناء أهداف سلوكية متدرجة مثل:

– ان تستطيع الطفلة الاستجابة بشكل صحيح في الفصل باستخدام الايماءات غير اللفظية في ٥/٤ مناسبات مختلفة.

– ان تستطيع الطفلة الحديث مع بعض الأقران في الفصل في اغلب الأحيان.
– ان تجيب الطفلة لفظيا بشكل صحيح على الأسئلة الموجهة اليها من المعلمين في بعض الأحيان.

– ان تتمكن الطفلة من الحديث امام مجموعة من زملاء الفصل باستخدام جمل قصيرة في اغلب الأحيان.

– ان تتمكن الطفلة من الحديث بشكل صحيح مع أفراد الأسرة في المنزل في وجود آخرين.

– ان تتمكن الطفلة من الحديث بشكل صحيح مع اشخاص غير مألوفين بالنسبة لها في اغلب الأحيان.

العلاج الأسري: من خلال مقابلة الوالدين اتضح وجود صراع بين الأب والأم يصل الى حد التعنيف وضرب الأم أمام الطفلة ، كما عبرت الأم عن مخاوفها السابقة نتيجة اعتداء الأب والأخ عليها بالضرب في الماضي وقلقها الزائد على الطفلة، كما أتضح عدم وجود علاقة بين الأب والطفلة وخوف الطفلة من الأكل واللعب أمام الأب ، فضلا عن تجنب الأخ الأكبر لأي تفاعل مع الطفلة ولذلك تم عمل عدة جلسات لإرشاد الوالدين بهدف:

– تخفيف حدة الاختلاف والصراع أمام الطفلة ، وتغيير أسلوب التعبير عن الغضب ووقف العنف داخل المنزل.

- تعزيز فرص التفاعل بين الأب والطفلة باحتضانه لها وتقبيلها والحديث إليها يوميا في الهاتف ومناداتها عند الرجوع الى المنزل.
- عدم دفع الطفلة للكلام بالقوة وعدم الحديث عن مشكلتها أمام الآخرين .
- إعطاء الوقت الكافي عند سؤال الطفلة حتى تجيب وقبول أى نوع من التواصل (بالأشارة ، بالإيماء ، بنعم/ لا ، بصوت هامس أو مسموع) ، مع استخدام الأسئلة التي يحتاج الاجابة عليها نعم / لا في البداية.
- الابتعاد عن المطالب اللفظية في المواقف الاجتماعية قدر الامكان حتى تتعلم الطفلة المشاركة في المواقف الاجتماعية بدون توتر وبمشاعر ايجابية بدلا من القلق.
- مساعدة الطفلة على التعبير عن المشاعر في اوقات الراحة مثل مجلة قبل النوم.
- تعزيز الملامسة الجسدية مع الطفلة.
- التمهيد للطفلة لأي حدث أو مناسبة أو زيارة قبل حدوثها وذلك لتقليل مستوى القلق لدى الطفلة.
- تشجيع الطفلة على القيام بمهارات الرعاية الذاتية بمفردها ، وتكليفها بمهام منزلية بسيطة وتعلم مهارات جديدة لتعزيز الثقة بالنفس ودعم مهارات الاستقلالية :
- التعزيز الفوري والمباشر لاي استجابة - ولو قربية - من الاستجابة المطلوبة.
- استخدام نظام الاقتصاد الرمزي مع الطفلة a Token economy System لتعزيز السلوكيات المناسبة ، من خلال تجميع استيكرات الوجوه المبتسمة ولصقها على لوح أبيض لتعزيز السلوكيات المرغوب فيها واستبدال هذه الوجوه بشراء اللعبة التي ترغبها الطفلة.
- تعزيز التفاعلات المتبادلة بين الطفلة واخواتها داخل الأسرة وزيادة فرص تبادل الحوار أثناء تناول الطعام ، وتشجيع التعبير عن النفس.
- تشجيع الاتصالات التليفونية بين الطفلة والأشخاص المألوفين والمقربين لها داخل الأسرة (نبدأ بالوالدين والأخوات ثم الاجداد وباقي أفراد العائلة ثم الاصدقاء المقربين للأسرة) تمهيدا لتدريب الطفلة على التواصل تليفونيا مع أشخاص غير مألوفين مثل الحديث مع بائع البقالة وطلب شراء بعض

المستلزمات عبر الهاتف، أو طلب وجبة جاهزة من المطعم تليفونيا لتجنب توتر الحديث الصريح مع الأشخاص الغرباء.

- تشجيع فرص تعامل الطفلة مع الطيور من خلال وجود عصفير وتكليف الطفلة بوضع الماء والأكل لهم مما زاد من تعاطف الطفلة

- استخدام الخيارات البصرية وإعطاء الطفلة الفرصة للاختيار مما يزيد من احساس الطفلة بالقدرة على التحكم وهو ما يساعد على خفض القلق.

- توفير ألبوم للصور يجمع الطفلة مع أفراد الأسرة في مناسبات مختلفة واختيار الصور التي تمثل احداث في حياة الطفلة والتي قد ترغب في الحديث عنها في جو مريح وتسجيل تعليق الطفلة على الصور اذا رغبت في ذلك.

- اللعب مع الطفلة في المنزل لعبة المدرسة للتدريب على الاستجابة في مواقف شبيهه بالمدرسة والفصل الدراسي.

- دور المعلمين :

كانت مشكلة الطفلة في المدرسة تتمثل في :

١. انسحاب الطفلة وعدم حديث داخل الفصل ، وعدم الإجابة على أسئلة المعلمة والاستجابة للتعليمات.

٢. عدم قدرة الطفلة على المشاركة في نشاط جماعي ، ورفض الوقوف في طاور الصباح.

٣. عدم قدرة الطفلة على توجيه أسئلة واضحة أو طلب المساعدة من المعلمة.

٤. عدم قدرة الطفلة على المشاركة في الامتحانات .

٥. عدم القدرة على الاستفادة من فرص التعلم الاجتماعي ، فضلا عن غياب العلاقات مع زملاء الفصل.

٦. عدم القدرة على الاشتراك في مساعدة الآخرين.

تم عقد (مؤتمر حالة) داخل المدرسة بمشاركة الأخصائي النفسي المدرسي، ومدرسي الفصل (تم اختيار اثنين من المعلمات الذين يقضون وقت طويل داخل الفصل معلمة العربي والحساب ومعلمة الانجليزي . تم عرض ومناقشة حالة الصمت الاختياري التي تعاني منه الطفلة وتم الاتفاق على العمل داخل المدرسة لاستكمال البرنامج العلاجي للطفلة وذلك من

خلال تقييم المعلمات للطفلة من خلال (استبيان الحديث المدرسي) ، و (استمارة ملاحظة سلوك الحديث / نسخة المعلمين ملحق (٦) ، وفي اجتماع لاحق تم مناقشة أهداف الخطة التربوية الفردية التي وضعت للطفلة والمهام المطلوب تنفيذها من المعلمات حيث تم تدريبهم على كيفية ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي للطفلة ، مع تنفيذ المهام التي تم الاتفاق عليها وهى :

- عدم اجبار الطفلة على الكلام دون رغبة منها.
- عدم الشكوى أمام الطفلة من أنها لا تتكلم، والرد على إيماوات الطفلة كما لو كانت تتكلم.

- تكليف الطفلة ببعض المهام غير اللفظية (مثل توزيع الكراسيات ، الذهاب لـحجرة المدرسين للمساعدة في حمل الكراسيات ، ارسالها لمعلمة في فصل آخر لإعطائها شئ ... وهكذا) بمعنى مهام لا تتطلب بالضرورة حديث والثناء على الطفلة والابتسام لها في حالة قيامها بالمطلوب واستخدام التعزيز اللفظي الفوري ولصق الوجوه المبتسمة في كراسة الطفلة.

- قبول اي استجابة من الطفلة حتى لو كانت غير لفظية إذا كانت الطفلة تستخدم الإشارة أو تعبيرات الوجه أو الإيماء بالرأس للتعبير عن (نعم / لا).

- تعزيز مشاركة الطفلة في أنشطة الفصل (التزيين ، تعليق اللوحات ، تلوين لأفته ... الخ) والحرص على ان تعمل الطفلة داخل مجموعة صغيرة من الأطفال لأن معظم هؤلاء الأطفال يقل شعورهم بالقلق عند ممارسة الأنشطة داخل مجموعات صغيرة، وتعميم ذلك في اماكن مختلفة (الملعب ، غرفة النشاط، المكتبة).

- تشجيع جلوس الطفلة بجوار من ترغب زميلات الفصل، والسماح للأم بالبقاء مع الطفلة بعض الوقت في الفصل قبل حضور باقي الأطفال في بداية اليوم الدراسي، والبقاء بعد خروج الأطفال وقضاء بعض الوقت مع الطفلة في البيئة المدرسية لتقليل احساس الطفلة بالقلق من مواجهة مجموعات كبيرة من الأطفال، وزيادة الشعور بالراحة.

- ملخص للاستراتيجيات المستخدمة :

- تكوين فريق عمل للتدخل يتضمن الوالدين ومعلمي المدرسة ومعرفة أعضاء الفريق باضطراب الصمت الاختياري وأعراضه والتوجهات العلاجية التي ستقدم للطفلة ، ووجود تعاون وتكامل بين اعضاء فريق العمل.

– الاعتماد على الوالدين في ملاحظة الطفلة في المنزل ، وتحديد المواقف والإماكن التي تتحدث أو لا تتحدث فيها الطفلة ، والتعرف من خلال الوالدين على نقاط القوة والضعف لدى الطفلة والأشياء المفضلة وغير المفضلة ووضع كل ذلك في الاعتبار عند تصميم الأنشطة المناسبة في خطة التدخل.

– إعطاء الطفلة الوقت الكافي حتى تألف الباحثة وتتفاعل معها، وعدم السماح للوالدين أو الآخرين بلوم الطفلة على عدم الحديث لأن ذلك يزيد من توتر الطفلة ويؤدي الى تدهور الحالة، وعدم دفع الطفلة بالقوة للحديث ولكن التشجيع التدريجي لأي محاولة للتواصل من جانب الطفلة كالإشارة ، والإيماء، والتعبيرات الوجهية أو الرسم أو الحديث الهامس.

– في الجلسات الأولى كانت هناك بعض الأنشطة لتعزيز سلوك الحديث عند الطفلة مثل استخدام الباحثة لدمية لتكلم الدمية الخاصة بالطفلة من خلالها لتقليل التوتر المصاحب للحديث المباشر ، والرسم الحر والذي كان يتم خلاله سؤال الطفلة اثناء استغراقها في الرسم والتداعي الحر حول الشخصيات التي ترسمها الطفلة ومحاولة التفريغ الانفعالي الخاص بالأب ، ومن خلال هذه الأنشطة حاولت الباحثة خفض مستويات التوتر عند الطفلة ورفع مستوى الاحساس بالراحة.

– معرفة المشكلات الاسرية التي قد تمنع الطفلة من الحديث ومحاولة خلق جو من الهدوء في المنزل لتعزيز اطمئنان الطفلة وخفض مستوى القلق.

– استخدام الفنيات السلوكية المناسبة وبشكل تدريجي مثل فنيات التشكيل لبناء سلوكيات التواصل من خلال خطوات صغيرة ، والتعزيز الايجابي والنمذجة الذاتية السمعية والعلاج بالتعريض المتدرج ، كما استخدمت الباحثة الكتاب المصور والألعاب لتشجيع الطفلة على الحديث التلقائي وقراءة الكلمات المكتوبة أمام الباحثة بصوت مسموع.

وقد مر البرنامج العلاجي بثلاث مراحل ويوضح الشكل (١) مراحل البرنامج العلاجي

شكل (١) مراحل البرنامج العلاجي

المرحلة الأولى: خفض مستويات القلق وبناء الثقة بالنفس وتهدف إلى:

- خفض القلق والتوتر والتدريب على الاسترخاء
- زيادة الثقة بالنفس (تعلم مهارات تكيفية / استقلالية
- قبول التواصل غير اللفظي
- تحسين العلاقات الأسرية مع الطفلة

المرحلة الثانية: الانتقال من المشاركة غير اللفظية للمشاركة اللفظية من خلال:

- زيادة فرص التفاعل في المواقف الاجتماعية المختلفة
- تعزيز التواصل اللفظي من خلال استخدام الفنيات السوكية، والعمل مع أكثر من شخص لتدريب الطفلة على الحديث مع الأشخاص غير المؤلفين

المرحلة الثالثة: توسيع دائرة التفاعل والعلاقات من خلال:

- المشاركة في الأنشطة المدرسية
- ممارسة الرياضة
- تشجيع الطفلة على مبادأة التفاعل والحديث
- الانتقال التدريجي من استخدام كلمة بصوت هامس إلى كلمة مسموعة ثم الحديث باستخدام جمل قصيرة

- نتائج التدخل العلاجي :

بعد انتهاء جلسات التدخل العلاجي تم إعادة تطبيق المقاييس السابقة وقد أشارت النتائج الي تحسن عام في حالة الطفلة مما يشير الي تحقق صحة الفرض حيث أشارت نتائج إعادة تطبيق أستبيان الصمت الاختياري الي:

في مجال المدرسة: ظهر حديث الطفلة مع بعض زملاء في المدرسة في بعض الأحيان ، بالإضافة الي إجابة الطفلة على الأسئلة الموجهة اليها من قبل المدرسين ، وقيام الطفلة بتوجيه أسئلة للمدرسين والحديث أمام زملاء الفصل في بعض الأحيان ، كما أصبح حديث الطفلة مع زملاء بعينهم في المدرسة بشكل دائم ، وأصبح نادرا ما توجه الطفلة أسئلة للمدرسين أو التحدث مع أغلب المعلمين والفريق المدرسي.

في مجال المنزل/ الأسرة: أصبحت الطفلة تتحدث مع أفراد الأسرة في وجود آخرين ، وتتحدث مع أفراد الأسرة الذين لا يعيشون معها (العم ، والخالات) ومع أصدقاء الأسرة ، والتحدث في التلفون مع الوالدين والأقارب في بعض الأحيان ، ودائما ما تتحدث مع افراد الأسرة في الأماكن غير المألوفة

في مجال المواقف الاجتماعية: أصبحت الطفلة تتحدث مع الأطفال الآخرين الذين تعرفهم جيدا ، ومع أصدقاء الأسرة الذين لا تعرفهم ومع الطبيب الخاص بها أو مع موظف البقالة أو نادل المطعم ، و خلال الأنشطة التي تكون خارج المدرسة (في النادي) في بعض الأحيان.

- نتائج تطبيق استبيان الحديث المدرسي(SSQ):

أصبحت الطفلة تتحدث مع الاقران في المدرسة ، وتجيب على الاسئلة الموجهة لها، وتوجه اسئلة للمدرسين وتتحدث مع المدرسين أو الفريق المدرسي في بعض الأحيان، واصبح دائما ما تتحدث الطفلة مع زميلات بعينها وتشارك بشكل غير لفظي داخل الفصل عن طريق الإشارة والايماء ، واصبح نادرا ما تتحدث الطفلة أمام جماعة من زملاء الفصل.

- نتائج تطبيق مقياس كمفورت لمراحل التواصل الاجتماعي:

أشارت النتائج الي انتقال الطفلة من المرحلة (١) التواصل غير اللفظي مستوى (أ) الاستجابة غير اللفظية حيث كانت الطفلة تستجيب من خلال الاشارة والايماء فقط الي المرحلة (٣) التواصل اللفظي مستوى (أ) الاستجابة بالحديث.

— كما اتفقت نتائج استمارة ملاحظة سلوك الحديث نسخة الوالدين ونسخة المعلمين مع هذه النتائج حيث ظهر بوضوح تطور الحديث لدى الطفلة.

— نتائج المتابعة:

أشارت تقارير المعلمين على مدى ثلاثة أشهر من المتابعة لسلوك الحديث والتواصل لدى الطفلة الى تحسن في حديث الطفلة مع زملاء الفصل والمشاركة في الأنشطة وهو ما اتفق مع ملاحظات الوالدين من تحسن حديث الطفلة في الأماكن العامة غير المألوفة ، ومع الأشخاص غير المألوفين ، وزيادة التواصل مع افراد الأسرة والتعاون مع الأم في القيام ببعض المهام المنزلية ، وزيادة تعبير الطفلة عن الانفعالات التي تشعر بها والمواقف التي تسبب لها الضيق ،فضلا عن مباداة الحديث مع الآخرين .

ومن الملاحظ ثبات معظم المكاسب التي حققتها الطفلة خلال مرحلة التدخل، حيث تقدم سلوك الحديث لدى الطفلة من الاشارة والايحاء الى الحديث المختصر بصوت هامس ثم الحديث بصوت مسموع ،وقد كان لمشاركة الأسرة والمعلمين دور هام في تعميم سلوك الكلام لدى الطفلة ، وقد تم توثيق التقدم الذي تحرزته الطفلة من خلال استمارة ملاحظة سلوك الحديث / نسخة الوالدين ونسخة المعلمين بالاضافة الى التقارير المرحلية كل شهر ،حيث كان يتم متابعة الطفلة في المنزل والمدرسة من خلال التقارير الالدية وتقارير المعلمين .

في المنزل : اصبحت استجابة الطفلة أفضل لاستقبال حديث الآخرين وفهم الأشياء المضحكة ، وبدأت في تهجي ونطق الكلمات المكتوبة في التليفزيون بصوت مسموع ، تحسن في استجابة الطفلة لحديث الأب والأكل واللعب امامه دون خوف ، وتحسن اهتمام الطفلة بمظهرها وزينتها، واصبح دائما ما تتحدث مع الوالدين والأقارب في الهاتف بعد ان كان احيانا.

في المدرسة : ظهر التحسن في الأداء الأكاديمي للطفلة حيث زادت دافعية الطفلة لإكمال المهام مثل اكمال كتابة ما على السبورة في الكراسة ،وتطور حديث الطفلة من الكلام الهامس بسرعة بطيئة الى الكلام المسموع من خلال جمل قصيرة وظهر تحسن ملحوظ في حديث الطفلة مع المدرسين والفريق المدرسي حيث أصبح في بعض الاحيان بعد ان كان نادرا ما يحدث ، كما اصبح دائما ما تشارك الطفلة بشكل غير لفظي داخل الفصل بعد ان كان في بعض الاحيان، كما ظهر في نتائج متابعة استبيان الحديث المدرسي تحسن قدرة الطفلة على الاجابة اللفظية داخل الفصل وان كانت مختصرة وباستخدام

جمل قصيرة ، واصبحت الطفلة قادرة على التحدث امام بعض زملاء الفصل في بعض الاحيان بعد ان كان نادرا ما يحدث ذلك ولكن ظل استخدام الطفلة للجمل الطويلة محدود.

وما زالت الطفلة في حاجة للتدريب على مبادأة الحديث مع الآخرين وهو ما يتوقف على احساس الطفلة بالأمان في المنزل وتشجيع فرص اشتراك الطفلة في الأنشطة والتفاعلات الاجتماعية ، وخلال فترة المتابعة أوصت الباحثة الأم باشتراك الطفلة في نشاط رياضي ومشاركة الوالدين والاخوة الطفلة في اللعب والخروج وهو ما كان له أثر كبير في تحسن قدرة الطفلة على الحديث التلقائي، وخفض مستويات التوتر والقلق وزيادة الثقة بالنفس.

- التوصيات:

- الاكتشاف والتدخل المبكر لحالات الصمت الاختياري فالتأخر في علاج مثل هذه الحالات يعرض الطفل لخطر عودة الاضطراب في مرحلة المراهقة.
- اتاحة الفرصة للعمل مع حالات الصمت الاختياري داخل الفصول الدراسية وخلال الأنشطة المدرسية.
- زيادة وعي العاملين بالمدارس بالتحديات التي تواجهها مثل هذه الحالات ومعرفة دورهم في اكتشاف الاضطراب ودعم خطة العلاج والمشاركة الفعالة في البرنامج العلاجي.
- ضرورة التنسيق بين الأباء والمعلمين ومقدمي الخدمات كالمعالجين والاختصاصيين النفسيين.

ملحق (١)

المعيار التشخيصي للصمت الاختياري في (DSM-5,2013)

١. الفشل المستمر في الحديث في مواقف اجتماعية محددة والتي يكون فيها توقع للحديث (على سبيل المثال في المدرسة) على الرغم من حديث الطفل في أماكن أخرى.
٢. يتداخل الاضطراب مع التحصيل الأكاديمي أو المهني أو مع التواصل الاجتماعي.
٣. مدة الاضطراب على الأقل شهر (على الا يكون هذا الشهر هو الشهر الأول للمدرسة).
٤. لا يرجع عدم الحديث الى نقص المعرفة.
٥. لا يكون الاضطراب جزء من اضطراب طيف التوحد والفصام أو اضطراب ذهاني آخر.

(American psychiatric Association (APA), 2015, p.333)

ملحق (٢)

استبيان الصمت الاختياري (يملء بواسطة الوالدين)

Selective Mutism Questionnaire, Bergman, 2008

التعليمات : من فضلك لاحظ سلوك الطفل في آخر أسبوعين وقم بتقدير الى أي مدى تنطبق هذه السلوكيات على الطفل

المجال	السلوك	درجة تكرار السلوك			
		دائما	أحيانا	نادرا	ابدا
في المدرسة	١. يتحدث طفلي مع أغلب الزملاء في المدرسة ٢. يتحدث طفلي مع زملاء بعينهم زميل / زميلة في المدرسة ٣. يجيب طفلي عندما يوجه اليه سؤال من مدرسه / مدرسته ٤. يوجه طفلي لمدرسه / مدرسته أسئلة ٥. يتحدث طفلي الى أغلب المدرسين أو الفريق المدرسي ٦. يتحدث طفلي أمام المجموعة أو في مواجهة زملاء الفصل				

				<p>٧. يتحدث طفلي مع أفراد الأسرة في المنزل في وجود آخرين</p> <p>٨. يتحدث طفلي مع أفراد الأسرة في الأماكن غير المألوفة</p> <p>٩. يتحدث طفلي مع أفراد الأسرة الذين لا يعيشون معه/معها</p> <p>(على سبيل المثال: الجد ، ابن العم)</p> <p>١٠. يتحدث طفلي في التلفون إلى والديه وأقاربه</p> <p>١١. يتحدث طفلي مع أصدقاء الأسرة الذين يعرفهم جيدا</p> <p>١٢. يتحدث طفلي على الأقل مع مربية واحدة (خادمة/حارس العقار)</p>	<p>في المنزل / الأسرة</p>
				<p>١٣. يتحدث طفلي مع الأطفال الآخرين الذين يعرفهم جيدا</p> <p>١٤. يتحدث طفلي مع أصدقاء الأسرة الذين لا يعرفهم</p> <p>١٥. يتحدث طفلي مع الطبيب الخاص به</p> <p>١٦. يتحدث طفلي مع موظف البقالة (السوبر ماركت) أو نادل المطعم</p> <p>١٧. يتحدث طفلي خلال الأنشطة التي تكون خارج المدرسة (في النوادي - الفرق الرياضية)</p>	<p>في المواقف الاجتماعية (خارج المدرسة)</p>
درجة التأثير				السلوك	المجال
لا تؤثر	بدرجة بسيطة	بدرجة متوسطة	بشدة		
				<p>١٨. إلى أي مدى يؤثر عدم الحديث على طفلك في المدرسة ؟</p> <p>١٩. إلى أي مدى يؤثر عدم حديث طفلك على العلاقات الأسرية ؟</p> <p>٢٠. إلى أي مدى يتعارض عدم حديث طفلك مع المواقف الاجتماعية ؟</p> <p>٢١. إلى أي مدى يتعارض عدم حديث طفلك مع حياته بوجه عام؟</p> <p>٢٢. بوجه عام إلى أي مدى يزعج طفلك عدم الحديث ؟</p> <p>٢٣. بوجه عام إلى أي مدى يزعجك عدم حديث طفلك؟</p>	<p>خلال مواقف التوتر والضغط</p>

❖ بنود هذا المجال لا تدخل ضمن حساب الدرجة الكلية ، وهي للأغراض الإكلينيكية فقط

اسم المدرس :

التعليمات : من فضلك قم بتقييم سلوك ونشاط الطالب / الطالبة :
..... خلال الشهر الماضي مع تقدير درجة حدوث السلوك

م	السلوك	درجة حدوث السلوك		
		دائما	احيانا	نادرا
	يتحدث الطالب / الطالبة مع الزملاء في المدرسة			
٢	يتحدث هذا الطالب / الطالبة مع زملاء بعينهم			
٣	عندما تسأل الطالب / الطالبة يجيب لفظيا			
٤	يوجه هذا الطالب أسئلة للمدرس			
٥	يتحدث هذا الطالب مع أغلب المدرسين أو الفريق المدرسي			
٦	يتحدث هذا الطالب أمام مجموعة من زملاء الفصل			
٧	يشارك هذا الطالب بشكل غير لفظي داخل الفصل عن طريق الإشارة ، الإيماءات ، كتابة التعليقات			

ملحق (٤)

مقياس كمفورت لمراحل التواصل الاجتماعي لدى حالات الصمت الاختياري

**Selective mutism: Stages of social communication
comfort scale.**

Shipon-Blum, E. (2006).

- غياب التواصل (اللفظي وغير اللفظي)

■ مرحلة صفر لا استجابة / لا مبادأة

حيث يبدو الطفل بلا حراك وتغيب لغة الجسم والتعبيرات الوجهية وتظهر نظرة العين الخالية من الانفعال ، ويبدو الطفل كما لو كان مجمدا لا يتكلم ، أو يبدو متجاهلا الآخرين عندما يتفاعل أو يتحدث معهم ، وحتى يحدث التواصل يجب ان توجد مشاركة اجتماعية.

- التواصل (اللفظي وغير اللفظي)

وحتى يتم الانتقال من مرحلة الى أخرى من مراحل التواصل المختلفة علينا زيادة الراحة الاجتماعية

■ مرحلة (١) التواصل غير اللفظي

(أ) الاستجابة من خلال الإشارة ، الإيماء، الكتابة، لغة الإشارة ، التعبيرات ، استخدام الأشياء (مثل الصفارات ، الأجراس والاجهزة غير الصوتية البديلة مثل: لوحات التواصل والبطاقات والرموز والصور)
(ب) المبادأة في لفت انتباه شخص ما عن طريق الإشارة، التعبيرات ، والكتابة، واستخدام "الأشياء" للفت الانتباه (على سبيل المثال الصفارات، الأجراس، والاجهزة غير الصوتية البديلة (مثل لوحات التواصل / بطاقات والرموز والصور)

■ مرحلة (٢) الانتقال الى التواصل اللفظي

(أ) الاستجابة بالاصوات (على سبيل المثال اصوات الحيوانات، أصوات الرسالة، الخ.)، الوسيطة اللفظية أو الهمس ، الجهاز البديل للصوت (مثل رسالة بسيطة، وجهاز رسالة صوتية متعددة، ومسجل شريط ، فيديو، الخ.)

(ب) المبادأة في لفت انتباه شخص ما عن طريق الاصوات (على سبيل المثال أصوات الحيوانات، أصوات الرسالة، الخ.)، الوسيطة اللفظية أو

الهمس ، الجهاز البديل للصوت (مثل رسالة بسيطة، وجهاز رسالة صوتية متعددة، ومسجل شريط ، فيديو، الخ).

▪ مرحلة (٣) التواصل اللفظي

(أ) الاستجابة من خلال الكلام التقريبي / الحديث المباشر (على سبيل المثال: اللغة المتغيرة أو المكتوبة، حديث الطفل، نص القراءة ، الهمس ، التحدث)

(ب) المبادأة في الكلام التقريبي / الحديث المباشر(على سبيل المثال، اللغة المتغيرة أو المكتوبة، حديث الطفل، نص القراءة ، الهمس ، التحدث)

ملحق (٥) استمارة ملاحظة سلوك الحديث لدى الطلبة/ نسخة الوالدين
إعداد الباحثة

م	السلوك	نعم	لا
١	تقول تحية الصباح مع عمل اتصال بصري		
٢	تدخل الحمام في الصباح وتقوم بتغيير ملابسها وتمشيط شعرها بمفردها		
٣	تقول بعض الكلمات للأم أو أحد أفراد الأسرة أثناء تناول وجبة الافطار		
٤	بعد العودة من المدرسة تسأل الام عن نوعية وجبة الغذاء		
٥	تلعب مع الأخ الأصغر		
٦	تستجيب لطلب الأم مشاركتها في الأعمال المنزلية		
٧	تسأل عن موعد عودة الأب / الأخ		
٨	تتحدث تليفونيا مع الأب / الجدة		
٩	تجيب على الهاتف وترد على شخص غير مألوف		
١٠	تطلب مشاركة الأم في بعض الاعمال المنزلية		
١١	تتصل تليفونيا لطلب وجبة غذائية جاهزة		
١٢	تتصل لطلب بعض الطلبات المنزلية من البقال (المحددة لها من قبل الأم)		
١٣	تسأل عن موعد عودة الأب		
١٤	تحتضن الأب عند عودته من العمل		
١٥	تتبادل حوار قصير مع الأب		
١٦	تلعب مع الأب		
١٧	تحكي عن أحداث حدثت في المدرسة		
١٨	تحكي عن احد المدرسين		
١٩	تتكلم عن زميلة أو أكثر من زملاء المدرسة		
٢٠	تتصل تليفونيا بأحد الزميلات		

ملحق (٦) استمارة ملاحظة سلوك الحديث لدى الطفلة/ نسخة المعلمين
إعداد الباحثة

م	السلوك	نعم	لا
١	تستمع وتتنظر للمعلم /المعلمة		
٢	تتبع تعليمات المعلم /المعلمة		
٣	تؤدي المهمة المطلوبة بعد أول طلب		
٤	تستجيب لطلب المعلم /المعلمة مثل قف		
٥	تجيب على الأسئلة بنعم / لا		
٦	تجيب باجابات كاملة تفصيلية عن الاسئلة		
٧	تسأل المعلم /المعلمة		
٨	تقرأ فقرة صغيرة بصوت مرتفع في الفصل		
٩	تشارك مع مجموعة صغيرة من الزملاء في نشاط ما		
١٠	تتبادل الدور في اللعب مع الزملاء		
١١	تشارك في أي نشاط		
١٢	تستمر في نشاط أو لعبة حتى تنتهي		
١٣	تتضحك وتشارك الآخرين عند حدوث شئ مضحك		
١٤	تذهب الى دورة المياه بمفردها في المدرسة بعد الاستئذان		
١٥	تقول الاسم كاملا عندما تسأل عن اسمها		
١٦	تدخل في أحاديث قصيرة مع الزملاء		
١٧	تساعد الأقران أو المدرسين عندما يطلب منها ذلك		
١٨	تشارك مجموعة من الزملاء المهام أو الأنشطة المدرسية		
١٩	تلعب وتتبادل الحديث مع الزملاء خلال وقت الراحة (الفسحة)		
٢٠	تقول (مع السلامة) للزملاء عند نهاية اليوم الدراسي		

References:

1. Ale,C.M. , Mann,A., Menzel,J., Storch, E., Adam B., Lewin, A.B.(2013). Two Cases of Early Childhood Selective Mutism: Variations and Treatment Complexities .*Clinical Case Studies*, 12 (4), 278-290.
2. Alyanak, B. et al (2013).Parental and Adjustment, Parenting attitudes and emotional and behavioral Problems in Children with Selective Mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 9-15.
3. *American Psychiatric Association*. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. Bergman,L., Gonzalez,A., Piacentini, J. , Keller, M. (2013). Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: Randomized controlled pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 51, 680-689.
5. Bergman, R. L. (2012). Treatment for children with selective mutism: An integrated approach. New York: Oxford University Press.
6. Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 456-464.
7. Busse, R. T., & Downey, J. (2011). Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53-63.
8. Carbone, D., et al. (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, 1057-1067.
9. Cavarra, M.,Brizio,A.& Gava,N.(2016).Ericksonian Hypnotherapy for Selective Mutism: A single Case Study. *Acta Bio Medica*, 87(3), 299-309.
10. Conn, B. M., Coyne, L. (2014). Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and Treatment of an African American Preschool Boy, *Clinical Case Studies*, 13 (6), 487-500.
11. Davidson, M. (2012). Selective mutism: exploring the knowledge and needs of teachers (Doctoral dissertation, Rutgers

University-Graduate School of Applied and Professional Psychology).

12. Edison, S. C., et al. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 270–290.

13. First, M. B. (2014). *DSM-5 handbook of differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

14. Gensthaler, A. et al. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *Europe Child Adolescents Psychiatry*, doi 10.1007/s00787-016-0835-4.

15. Hung,S.L., Spencer,M.S., Dronamraju,R.(2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children and Schools*, 34 (4): 222-230. doi: 10.1093/c s/cds006

16. Kearney, C.A (2010). *Helping children with selective mutism and their Parents, A Guide for School-Based Professionals*. Oxford University Press.

17. Keeton, C., Budinger, M. (2012). Social phobia and selective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 621–641.

18. Kehle, T. J., Bray, M. A., Byer-alcorage, G. F., Theodore, L. A. and Kovac, L. M. (2012). Augmented self-modeling as an intervention for selective mutism. *Psychology in the Schools*. 49, (1), 93–103. doi:10.1002/pits.21589

19. Klein, E.R., Armstrong, S.L., Skira, K., Gordon, J. (March 2, 2016). Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with Selective mutism: A pilot study. *Child Psychology and Psychiatry*, doi: 10.1177/1359104516633497.

20. Kotrba, A. (2015). *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators & Parents*. PESI publishing & Media.

21. Smith, B.R., Sluckin, A. (2015). *Tackling Selective Mutism: A Guide for Professionals and Parents*. London: Jessica Kingsley Publishers.

22. Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism: Defocused communication and behavioral techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 192–198.

23. Koplewicz, H. (2014). What Parents Should Know about Selective Mutism. *Child Mind Institute*, 1-13.
24. Lang, C. et al. (2015). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. doi 10.1007/s00431-015-2651-0
25. Levin-Decanini, T., Connolly, S. D., Simpson, D., Suarez, L., Jacob, S. (2013). Comparison of behavioral profiles for anxiety-related comorbidities including ADHD and selective mutism in children. *Depression and Anxiety*, 30, 857-864.
26. Manassis, K., Oerbeck, B., & Overgaard, K. R. (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 25(6), 571-578.
27. Martinez, Y.J., Tannock, R., Manassis, K., Garland, E.J., Clark, S., McInnes, A. (2015). The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(2), 83-101.
28. Monzo, M.P; Micotti, S., Rashid, S. (2015). The Mutism of the mind: child and family therapists at work with children and families suffering with selective mutism. *Journal of Child Psychotherapy*, 41 (1), 22- 40.
29. Mulligan, C.A. (2012). Selective mutism: Identification of subtypes and influence on treatment. Philadelphia College of Osteopathic Medicine Psychology Dissertations, Paper 210.
30. Muris, P., Ollendick, T.H. (2015). Children who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Child Family Psychology Reviews*, 18, 151-169 DOI 10.1007/s10567-015-0181-y
31. Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, KR., Kristensen, H. (2016). Selective mutism. In Rey JM (Ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
32. Oerbeck, B., Johansen, J., Lundahl, K., Kristensen, H. (2012). Selective mutism: a home- and kindergarten-based intervention for children 3-5 years: a pilot study. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 17(3), 370-383.
33. Ooi, Y. P., Raja, M., Sung, S. C., Fung, D. S., Koh, J. B. (2012). Applications of a web-based cognitive-behavioral therapy program

- me for the treatment of selective mutism in Singapore: A case series study. *Singapore Medical Journal*, 53, 446-450.
34. Oon, PP. (2010). Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioral interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 15(2), 215-30. Doi: 10.1177/1359104509352892
35. Raatz, M.A. (2016). Clinicians Perspective on Interventions Most Effective in Working with Selectively Mute Children. *Master of Social Work, Clinical Research Papers*. 659. http://sophia.stkate.edu/msw_papers/659
36. Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: An update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports*, 13, 25
37. Sharkey, L. et al. (2008). Group Therapy for Selective Mutism-Parents and children Treatment Group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 538-545.
38. Shipon-Blum, E. (2006). Selective mutism: Stages of social communication comfort scale. Jenkintown, PA: Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center.
39. Shipon-Blum, E. Understanding Selective Mutism. A Guide to helping our teachers understand. *Selective Mutism Group, Childhood Anxiety Network*.
40. Skedgell, K. K., Fornander, M., & Kearney, C. A. (2017). Personalized Individual and Group Therapy for Multifaceted Selective Mutism. *Clinical Case Studies*, 16 (2), 166 – 181.
41. Smith, B. , Sluckin, A. (2015). Tackling Selective Mutism, A guide for professionals and parents. London: Jessica Kingsley Publishers Bergman. Controlled, pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 51, 680–689.

فعالية الجمع بين العلاج الفردي والاهمري ومشاركة المعلمين
في خفض حدة الصمت الاختياري :دراسة حالة