القدرة التنبؤية لأنماط التعلق باضطراب الصمت الانتقائي لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية

Predictability of Attachment Patterns of Selective Mutism Disorder in a Sample of Primary School childrens

دكتور/ حسين أبو المجد سيد عويضه

مدرس علم النفس كلية الآداب جامعة جنوب الوادي

المستخلص

هدف البحث إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي، والبحث عن الفروق بين الجنسين في أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي، والكشف عن القدرة التنبؤية لأنماط التعلق باضطراب الصمت الانتقائي؛ تكونت عينة الدراسة من أولياء أمور (٤٨) طفلًا وطفلة؛ تم اختيار الأطفال من أربع مدارس للتعليم الابتدائي بمدينة قنا، ومن المرتفعين على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي (إعداد الباحث) والذي تم تطبيقه على أحد والديهم، كما طُبق عليهم أيضًا مقياس أنماط التعلق من إعداد (كوثر السحلوت، ٢٠١٦)، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين نمطي التعلق القلق والتجنبي واضطراب الصمت الانتقائي، ووجود علاقة سالبة دالة إحصائيًا بين نمط التعلق الآمن واضطراب الصمت الانتقائي، بينما لا توجد علاقة دالة إحصائيًا بين نمط التعلق المقاوم واضطراب الصمت الانتقائي، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا بين الجنسين في اضطراب الصمت الانتقائي (الدرجة الكلية) وبُعديه؛ التحدث في المنزل، والتحدث في المواقف الاجتماعية، وكانت في اتجاه الإناث، وفي بُعد التحدث في المدرسة لم توضح النتائج وجود فروق؛ أما فيما يتعلق بأنماط التعلق؛ فلا توجد فروق في أنماط التعلق (الآمن –التجنبي – المقاوم)، أما نمط التعلق القلق؛ فقد بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا بين الجنسين في اتجاه الإناث، وأخيرًا كشفت النتائج عن القدرة التنبؤية لأنماط التعلق (الآمن والقلق والتجنبي) باضطراب الصمت الانتقائي.

الكلمات المفتاحية: أنماط التعلق – اضطراب الصمت الانتقائي

Abstract

The present paper aims to explore the relationship between attachment patterns and selective mutism disorder. It identifies differences between males and females in attachment patterns and selective mutism disorder and highlights the predictability of attachment patterns of selective mutism disorder. The sample covered From parents (48) childrens selected from Four primary schools in Qena, with high scores on the developed selective mutism disorder scale (developed by researcer) and It was also applied to them the attachment patterns scale developed by (Kawthar Alsahlout, 2016), Scale were applied to parents of children. The results showed a statistically significant positive relationship between the avoidant attachment pattern and selective mutism disorder. Still, there was a statistically significant negative relationship between the secure attachment pattern and selective mutism disorder. In contrast, there was no statistically significant relationship between the resistant attachment pattern and selective mutism disorder. There were statistically significant differences between males and females in the total score of selective mutism disorder and its two domains (home speaking and social contexts speaking) in favor of the females. Still, the school speaking domain showed no differences. There were no differences in the (secure- avoidant- resistant) attachment patterns, but there were statistically significant differences between males and females in the disor-ganized attachment pattern in favor of the females. The results illustrated the predictability of attach-ment patterns (secure, disorganized, and avoidant) of selective mutism disorder.

Keywords: Attachment patterns– Selective mutism disorder

مقدمة

تعتبر الأسرة هي المصدر الرئيس المسؤول عن تنشئة الطفل ورعايته التي يشبع من خلالها حاجاته المادية والنفسية والاجتماعية والعاطفية؛ فيشعر بالأمن والمحبة والاطمئنان، ويصبح أكثر توافقاً مع نفسه والآخرين، وتعد عمليتا اكتساب اللغة والتواصل انعكاسًا لوسط أسري سليم، وجو مشبع بالحب والعطف والأمان، ولعل أهم ما يظهر على الأطفال في هذه المرحلة؛ تقربهم بأشخاص محددبين داخل الأسرة، وعُرف هذا الشكل من التقرب بمفهوم التعلق لدى الأطفال، ونظرًا لأهمية هذا المفهوم في تشكيل شخصية الطفل وارتباطه بأبعاد نفسية وعاطفية واحتماعية تؤثر على الأطفال في مختلف جوانب حياتهم ومراحلها؛ فقد أثار هذا المفهوم اهتمام علماء النفس الأوائل أمثال (فرويد Fruid، وبولبي Bowlby، وإينسورث Ainsworth، وهازن Hazen، وشيفر Shafer وغيرهم).

فيرى بولبي (Bowlby, 1988, 121–123) أن التعلق ينشأ منذ الطفولة ويأتي من حاجة الطفل للشعور بالأمان والرعاية، ورغبته في اكتشاف البيئة المحيطة به؛ ولكي يفعل ذلك فلابد أن يُكَوِّنَ علاقات ويعتمد على قواعد آمنة يرجع إليها عندما يحس أنه مهدد أو خائف أو في حاجة إلي الحماية؛ لذلك يتعلق الطفل بالشخص الذي يقوم بحمايته، ويمنحه الرعاية والعطف والاهتمام؛ فالأطفال الذين يطورون تعلقًا آمنًا خلال الطفولة؛ يمكنهم أن يقيموا علاقات صحية أكثر خلال سن البلوغ والرشد، وسيكون بمقدورهم مواجهة المشكلات في حياتهم بشكل أفضل، وعلى النقيض من ذلك؛ فإن الأفراد الذين يتطورون بتعلق غير آمن يعانون من المشكلات في علاقاتهم، وسوف يواجهون مشكلات في علاقاتهم خلال فترة البلوغ والرشد .

وتعتبر أنماط التعلق (Attachment styles) لدى الراشدين بشكل عام امتداداً لما كانت عليه في الطفولة؛ حيث يتعرض الطفل إلى أشكال مختلفة من التنشئة

الاجتماعية منها السوي، وغير السوي، والتي تؤثر في اتجاهاته نحو والديه ونفسه وأصدقائه؛ لأنها تعتبر الأساس الذي تُبنى عليه العلاقات الحميمية والاجتماعية بشكل عام فيما بعد (حنان المالكي، ٢٠١٠، ٢٠٤).

وتتكون أنماط التعلق في المراحل الأولى من حياة الطفل من خلال التفاعل بينه وبين الأم أو مسؤول الرعاية، والذي يُعد نقطة انطلاق مهمة في تطور التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الطفل الذي يعتمد علي لغة الجسد والتعابير الوجهية المتنوعة، والإصدارات الصوتية، والتبادل البصري والشمي (مدوري يمنه، ٢٠١٥، ٦٧)، ويذكر محمد حسن (٢٠١٥، ١٣٥) أن الأطفال لديهم استعداد فطري للتواصل مع الآخرين، وذلك من أجل إشباع حاجاتهم النفسية؛ حيث يولد الأطفال ولديهم حاجة للحب والأمن والانتماء، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أفراد يمدونهم بالمساندة والتقبل، بينما قد يتعرض الأطفال لأشكال مختلفة من التنشئة الاجتماعية السوية وغير السوية التي تؤثر في اتجاهه وعلاقته نحو والديه ونفسه والآخرين؛ لذا تعتبر أنماط التعلق هي الأساس الذي تُبنى عليه العلاقات الاجتماعية السليمة، والتواصل الحميم بين الأفراد.

فالحاجة إلي الانتماء وتكوين علاقات شخصية إيجابية مع الآخرين، والحفاظ عليها يعد من الحاجات الأساسية التي يسعي لها الفرد في حياته، إذ تتخذ الحاجة للانتماء والتواصل مع الآخرين أشكالًا عدة؛ منها العلاقات التفاعلية مع الأسرة والأقران، وتلك العلاقات تُنشئ ما يُسمي بأنماط التعلق، ونمط تعلق الطفل حاجة أساسية لا يمكن تجاهلها أو إهمالها؛ وإلا أُصيبت شخصيته بالخلل والاضطراب السلوكي والانفعالي الذي يحول بينه وبين قدرته على التواصل الجيد مع الآخرين، مما يعيق النمو النفسي السليم للطفل (ليلى كرم الدين، ٢٠٠١، ١١).

وأظهرت التقارير الطبية في العيادات النفسية أن الخجل والقلق والحساسية والخوف والتعّلق هي الصفات البارزة في الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي؛ ولكن في

المقابل ظهرت بعض التقارير التي تصفهم بالعدوانية والعند وعدم الطاعة والغضب والمعارضة والسيطرة ووجود شخصية سلبية (Mulligan, 2012). حيث ينتج اضطراب الصمت الانتقائى عن الصراعات في الأسرة، وتعرض الطفل لبعض الإساءات الجسدية في مقتبل عمره، أو أنه يرجع إلى سيطرة الوالدين وحمايتهم الزائدة وتشجيعهم للصمت كنوع من التربية، أو انفصاله عن أحدهم، أو أن يكون ناتجًا عن صعوبات في النطق والتأتأة، وهذا ما أيده أيضًا كيل وآخرون (Kehle et a., 2004, 167).

ويتسم الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي بالخجل المفرط، كما يلاحظ تعبير الوجه الفارغ، والافتقار إلى الابتسام، والتحديق في الفضاء، والمظهر المتجمد، ولغة الجسد القاسية غير المألوفة؛ فأطفال الصمت الانتقائي الذين لديهم خوف من الإحراج الاجتماعي؛ قد لا يشاركون في اتصال العين، أو إيماءة رأسه أو الابتسامة عند محاولة الإجابة على الأسئلة كجزء من هذا الاضطراب، وعليه قد يظهر الطفل عزلة وانسحابًا اجتماعيًا، أو يكون خجولًا لأشخاص جدد أو حالات جديدة (Barterian, 2015).

كما وصف بأن تكون لديه صعوبة في الاستجابة والبدء شفهياً، وصعوبة التواصل اللفظي، وعادةً ذكاؤه يكون من متوسط إلى فوق المتوسط، ويعاني من الإدراك السلبي، والحساسية المفرطة، والتجمد في حركات الجسم المحرجة عند القلق؛ مثل التصلب، والكتفين المتوترة، وتعبيرات الوجه المتوترة، وما إلى ذلك من سوء اتصال العين، أو بطئٍ في الرد دون انتقال طويل بين السؤال واستجابة الطفل له (Kotrba, 2015).

مشكلة الدراسة

تسهم أنماط التعلق في تطور الاضطرابات النفسية المختلفة؛ حيث دلت نتائج بعض الدراسات أن ذوي نمط التعلق غير الآمن يظهرون قدرًا أكبر من السلوكيات غير الاجتماعية والاضطرابات الانفعالية عن نظرائهم في العمر من ذوي نمط التعلق الآمن

(Rosenstein& horowitz, 1996, 244, 253). ويُضعف اضطراب التعلق التفاعلي بشكل كبير من قدرات الأطفال الصغار على التواصل شخصيًا مع البالغين أو مع الأقران (APA, 2013, 267).

لذا يُمكن أن تؤدي سلوكيات مقدم الرعاية إلى إعاقة عملية التعلق لدى الطفل وارتباطه بالآخرين، فالآباء الناقدون والرافضون والسلبيون ينجبون أطفالاً يتجنبون الألفة مع الآخرين؛ بل قد يعزلون أنفسهم عن الخبرات الاجتماعية، وينسحبون من كافة مواقف التفاعل الاجتماعي في مراحلهم العمرية التالية. (Sadock, Sadock & Ruiz, 2005, 28).

ويمكن أن يؤثر اضطراب الصمت الانتقائي سلبًا على أداء الحياة اليومية للأطفال والمراهقين (Schwartz, Freedy, Sheridan, 2006) ويتوافق مع مشكلات التواصل في مرحلة البلوغ، ويستمر في نسبة كبيرة من الأطفال لعدة سنوات (Muris, Ollendick 2015),وعادة ما يبدأ اضطراب الصمت الانتقائي من ٢ إلى ٥ سنوات (Compare, Zarbo, Brugnera, et al., 2017). على الرغم من أن الأعراض عادة ما تنخفض مع تقدم العمر؛ إلا أن العديد ممن أصيبوا بالاضطراب سابقًا؛ لا زالوا يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية، ويظل بعض الأفراد المصابين بـ اضطراب الصمت الانتقائي صامتين تمامًا في أوضاع غير مريحة؛ بينما يتكلم الآخرون بطريقة قاسية باستخدام صوت فريد، أو يهمس، أو يتحدث كشخص أصغر سنًا. بداية اضطراب الصمت الانتقائي يمكن أن تكون تدريجية؛ ولكنها تحدث عادة قبل سن الخامسة (Keeton& Budinger, 2012).

ولا يحظى اضطراب الصمت الانتقائي باهتمام إكلينيكي حتى سن دخول الطفل إلى المدرسة (Muris & Ollendick, 2015) ؛لأن الاضطراب غالبًا ما يتم تشخيصه بالخجل المفرط، أو لا يتم تحديده على الإطلاق، وبالتالي لا يمكن تجاهل دور المدرسة

في هذا الاضطراب، ويعد التشخيص المبكر والدقيق لاضطراب الصمت الانتقائي أمرًا بالغ الأهمية للتخطيط للعلاج، كما أنه يمكن أن تؤثر الاضطرابات المصاحبة له على مسار العلاج (Steenburg, Steenburg, Gillberg, Billstedt, 2018).

وعلى الرغم أن الدراسات ساعدت في توضيح ظاهرة الصمت الانتقائي؛ إلا أن القيود والفجوات في المعرفة لا تزال قائمة (Priscilla, 2007)؛ لذا من الضروري إجراء دراسات واسعة النطاق لاضطراب الصمت الانتقائي (Remschmidt et al., 2000; Camposano, 2011).

يشير بلوم أن نحو ٧٠ % من حالات الأطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يتعرضون لإساءة التشخيص من جانب القائمين على رعاية الطفل (Blum, 2004). وعلى الرغم من تزايد الاهتمام باضطراب الصمت الانتقائي؛ إلا أن البحث محدود نسبيًا مقارنة بالبحث عن الاضطرابات الأخرى ذات الانتشار أو الشدة المماثلة (Bergman, Gonzalez, Piacentini, Keller,2013; Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud, Kristensen, 2014)

وغالبًا ما يتم الخلط بين الخجل واضطراب الصمت الانتقائي، في حين أن اضطراب الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي لها تعريفات واقتراحات سريرية للعلاج، ولا يوجد للخجل؛ فالخجل ليس اضطرابًا إكلينيكيًا؛ بل يتميز بسمات شخصية تعوق قدرة الأطفال على التفاعل والتواصل مع الآخرين، قد يستمر الخجل في إثارة أعراض جسدية (مثل الارتعاش والتعرق والاحمرار) وأعراض معرفية (مثل الخوف من التقييم السلبي) وأعراض سلوكية (مثل تجنب المواقف الاجتماعية). ومع ذلك، يُنظر إلى الخجل على أنه الأكثر شيوعًا، والأقل إشكالية من اضطراب الصمت الانتقائي (Heiser; Turner; Beidel; Roberson 2009) ؛ فالاختلاف الأساسي بين طفل خجول، وطفل يعاني من اضطراب الصمت الانتقائي؛ هو أن الطفل

الخجول قادر على التحدث حتى في الحد الأدنى، في حين أن الطفل المصاب باضطراب الصمت الانتقائي غالبًا ما يكون غير قادر على القيام بذلك (Kearney, Vecchio, 2007).

والحصول على معدلات انتشار دقيقة لاضطراب الصمت الانتقائي أمر صعب للغاية (Priscilla, 2010)، فهناك تضارب في نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمعدلات انتشار اضطراب الصمت الانتقائي حيث تشير بعض التقديرات إلى أنه تراوحت معدلات انتشار اضطراب الصمت الانتقائي من ٠.٢ إلى ٢٪ من السكان (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Viana, Beidel & Rabian, 2009; Buzzella, May, Pincus, 2010; APA, 2013, 196; Connolly; Suarez; Sylvester, 2019). ويحدث الصمت الانتقائي عادة بين سن الثالثة والسادسة، ويتم تشخيصه بين سن الخامسة والثامنة، ويتم اكتشافه في الغالب بعد التحاق الطفل بالمدرسة. (Priscilla, 2010; Busse, 2011, 53; Vasilyeva, 2013; Lindsey, Piacentini & Mccracken, 2002)

ويعد اضطراب الصمت الانتقائي من أكثر الاضطرابات التى يعاني منها الأطفال في الوقت الراهن، والذي حال بينه وبين التعرف عليه عوامل كثيرة؛ أهمها الخلط بينه وبين الخجل، واضطرابات التواصل، وأيضًا عدم وجود دلائل تشخيصية محددة لهذا الاضطراب، مما جعل هذا الاضطراب لم يحظَ بالاهتمام المطلوب رغم انتشاره بكثرة، بالإضافة إلى رفض الطفل التحدث في المدرسة؛ مما يؤدي إلى ضعف أكاديمي، أو تعليمي وغالبًا ما يجد المعلمون صعوبة في تقييم مهارات مثل القراءة.

ومن هنا تأتي هذه الدراسة في محاولة للإجابة عن هذه التساؤلات:

١- هل توجد علاقة بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي؟
٢- هل توجد فروق بين الجنسين في أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي؟

٣- هل تسهم أنماط التعلق بالتنبؤ باضطراب الصمت الانتقائي؟

أهمية الدراسة:

يعد التعلق في مرحلة الطفولة من الظواهر شديدة الأهمية؛ لأنه يمثل بداية فعالة لحياة الطفل الاجتماعية وارتباطاته العاطفية مع الآخرين من مقدمي الرعاية الأولية (الوالدين)، وتعد الأم أو من ينوب عنها في سد احتياجات الطفل هي موضوع التعلق لدى الطفل، ذلك من خلال تكوين أنماطٍ من التعلق للطريقة التي يتفاعل فيها الطفل مع مقدم الرعاية؛ فللتعلق آثارٌ مهمة وبعيدة المدى فيما يتعلق بنمو الطفل مستقبلاً؛ فالطفل إذا لم ينجح في تكوين علاقات اجتماعية سوية مع أفراد أسرته؛ وخاصة الأم، ومع أفراد مجتمعه؛ فسوف يتعذر عليه تشكيل علاقات سليمة تسودها الثقة والأمان الضروريين لنموه السوي في المستقبل.

كما تكمن أهمية هذه الدراسة في التعرف على بعض العوامل التي ربما ترتبط بنشوء ظاهرة تمثل خطرًا على الأسرة والمجتمع وشريحة كبيرة من الأطفال، وهي ظاهرة الصمت الانتقائي، وما يزيد من تعقيد تلك الظاهرة هو تعقد تشخيصها؛ إذ يتم الخلط بين هذا الاضطراب، وبين مجموعة أخرى من الاضطرابات؛ مثل اضطرابات (الرهاب الاجتماعي – التواصل الاجتماعي – القلق) وبين مجموعة من المظاهر الأخرى مثل (الخجل والعزلة الاجتماعية)؛ حيث اكتسب الصمت الانتقائي اهتمامًا كبيرًا على الصعيدين المحلي والعالمي، لا سيما بسبب العديد من المقالات العلمية التي نشرت مؤخرًا حول هذا الاضطراب، ونتيجة لذلك يزداد الوعي حول هذا الاضطراب.

تتلخص أهمية الدراسة في النقاط التالية:

١- أهمية المرحلة العمرية التي تتبناها الدراسة وتأثير أنماط التعلق فيها.

٢- إلقاء الضوء على مشكلة حديثة نسبيًا، وهي الصمت الانتقائي؛ وخاصة أنه يتم التداخل بينها وبين مشكلات أخرى.

٣- محاولة إرساء نتائج نظرية وتطبيقية يمكن الاستفادة منها في وضع برامج علاجية لاضطراب الصمت الانتقائي.

٤- تسليط الضوء على أنماط التعلق المنبئة ببعض الاضطرابات النفسية عامة، وباضطراب الصمت الانتقائي على وجه الخصوص.

٥- يساعد البحث على لفت نظر المعلمين والمعلمات للاهتمام بفئة ذوي اضطراب الصمت الانتقائي، وملاحظة بعض المظاهر والسلوكيات التي يمكن أن يستفيد منها المعلم داخل الصف عند تعامله مع هؤلاء الأطفال.

٦- تسليط الضوء عند مقدمي الرعاية الأولية على أهمية العلاقة القائمة بينهم وبين أطفالهم في مرحلة الطفولة.

٧- إعداد مقياس للصمت الانتقائي لأطفال المرحلة الابتدائية.

أهداف الدراسة

تحاول الدراسة الراهنة تحقيق الأهداف التالية:

١- الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي.

٢- الكشف عن الفروق بين الجنسين في أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي

٣- الكشف عن إسهام أنماط التعلق في التنبؤ باضطراب الصمت الانتقائي.

مفاهيم الدراسة

أولا مفهوم أنماط التعلق

مفهوم التعلق

يعرف بولبي (Bowlby, 1978, 8) التعلق أنه "رابط وجداني يتمثل في العلاقة بين شخصين أو أكثر حيث يمتلك الإنسان نزعة موروثة لإقامة علاقات حميمة مع أشخاص معينين في محيطه الاجتماعي، وأن هذه النزعة تظل فاعلة مدى الحياة". وعرف كيني (Kenny, 1994, 399) التعلق بأنه رابطة انفعالية قوية تنمو بين فرد وآخر، وتعزز الاستقلال والأمن النفسي؛ مما يساعد علي النمو الاجتماعي والانفعالي السليم.

وعرفت مريم خلف (٢٠٠٥، ٢٦) التعلق بأنه روابط عاطفية يشكلها الفرد نحو فرد آخر قد يكون هذا الشخص صديقاً أو حبيباً، أو مع الأفراد بصفة عامة، وتتكون هذه الروابط في الطفولة، وتستمر أو يعوض عنها في الرشد، والتعلق مظهر من مظاهر السلوك الانفعالي والاجتماعي عند الفرد في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين؛ إذ يظهر في السنوات الأولى ويتطور ويستمر طيلة حياته (أنس محمد؛ رياض العاسمي، ٢٠١٦، ١٧٤).

ويعرف الباحث أنماط التعلق بأنها روابط عاطفية تنشأ بين الأطفال ومقدمي الرعاية الأولية، وتسهم بشكل كبير في تشكيل شخصية الطفل، وفي اكتساب المهارات الحياتية الأساسية، وتوظيفها في البيئة المحيطة .

أنماط التعلق Attachment Patterns

أ- النمط الآمن Secure attachment

يرى "نولر وفيني" (Noller& Feeny, 1994, 199-221) أن ذوي النمط الآمن هم أشخاص أكثر قدرة علي التحكم في مشاعرهم، وهم أشخاص أكثر انضباطًا وإقناعاً في علاقاتهم، ولديهم القدرة علي مواجهة الضغوط وتحملها، وأقل احتمالًا للوقوع في الخوف من إقامة علاقات مع الآخرين، بينما يرى ويست وكيللر (West

(Keller, 1994, 80 & أن النمط الآمن يُمكن أن ينشأ في ظل العلاقات التي يحظى فيها الفرد بالحب والود والرعاية التي يحتاج إليها؛ حيث يكون رمز التعلق قادرًا على توفير الرعاية والأمان له؛ فذو النمط الآمن لا يشعر بالتهديد لعلاقته التعلقية؛ حتى مع غياب رمز التعلق؛ إلا في الحالات المرتفعة من المشقة والضغوط؛ لذا تتميز العلاقات في التعلق الآمن بالطمأنينة والحب لدى الأفراد مما يزيد الثقة بالنفس لديهم، كما أنهم أكثر قدرة علي إنجاح العلاقات من خلال مبدأ الاعتمادية المتبادلة في تعزيز المودة بينهم وبين الآخرين (مباركي خديجة؛ بوفتاح محمد؛ باهي سلامي، ٢٠١٧، ٧).

نمط التعلق الآمن الوالدي؛ هو التصورات الفردية التي يحملها الفرد حول مستوى العلاقة الانفعالية بينه وبين الوالدين، ويشتمل على عدة أنواع؛ وهي نمط التعلق الآمن، ونمط التعلق القلق، ونمط التعلق التجنبي. (Zonash & Iqbal, 2017)

يعرف الباحث التعلق الآمن بأنه شعور الطفل بالأمن والطمأنينة تجاه الآخرين؛ خاصة مقدمي الرعاية الأولية، والإحساس بالاستقلال، والشعور المرتفع بالثقة ومواجهة الضغوط، ويكوِّن خلاله اتجاهًا إيجابيًا نحو ذاته ونحو الآخرين.

ويعرف النمط الآمن إجرائيًا بأنه المستوى الذي يحصل عليه الطفل في استجابته لبُعد النمط الآمن المستخدم في هذه الدراسة.

ب- النمط القلق Anxious attachment

الأطفال في هذا النمط عند عودة والديهم بعد فترة غياب أو انفصال أحدهما؛ يكون لديهم وقت طويل لكي يهدؤوا؛ حيث تتكون لديهم مشاعر غاضبة نتيجة سلوكهم المضطرب، ويفترض أنهم يريدون أن يكونوا في راحة واستقرار؛ ولكنهم يريدون معاقبة الوالدين على الغياب، وفي العموم تسهم الأم التي تغفل الانفعالات، وقليلة الحساسية

لإشارات الطفل في تنمية التعلق القلق، مما يعرضه للغموض وعدم الثقة في الكبار عامة، ويُظهر الخوف والهلع عند رؤيته شخصًا غريباً للمرة الأولى (fraley & spieker, 2003, 387-404) وفي هذا النمط يكون الطفل متعلقًا بأمه بشدة، ويبدي مقاومة للشخص أو الموقف الذي يريد أن ينتزعه من حضن أمه، وبذلك يفشل في استكشاف المحيط الذي يحيط به؛ بل ويبدي غضبًا وانفعالًا عند عودة الأم له كأنه يعاقبها على ما فعلته معه من تركها له، وهنا الأم لم تدعم الطفل نفسياً وستجعل انفصاله عنها صعب، وفيه يكون الطفل غير متأكد من أن الأم سوف تكون متواجدة ومتجاوبة ومتعاونة عند الاحتياج إليها، ويشير "بولبي" أن "الطفل يعتبر محروماً من الأمومة حتى لو كان يعيش مع أسرته إذا لم تكن لدى أمه القدرة على منحه رعاية الحب التي يحتاج إليها (مدوري يمينية، ٢٠١٥، ٧٣).

ويعرف الباحث النمط القلق بأنه شعور الطفل بالضعف، وأنه مرفوض من الآخرين، ويتصف الطفل فيه بالسلبية ويكوِّن خلاله الطفل اتجاهًا سلبيًا نحو ذاته ونحو الآخرين.

ويعرف النمط القلق إجرائيًا بأنه المستوى الذي يحصل عليه الطفل في استجابته لبُعد النمط القلق في المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

ت-النمط التجنبي Avoidant attachment

هو النمط التعلقي الذي لا يكون فيه لدى الطفل أية ثقة بأنه سوف يجد التجاوب والتعاون عند الاحتياج للرعاية؛ بل الرفض والصد، وذلك بسبب نظرته السلبية للآخرين، وعند درجة معينة يحاول الطفل أن يكتفي بنفسه عاطفيًا؛ فيشغل نفسه بأنشطته وألعابه متجاهلًا أية مبادرات قد تنشأ مع الوالدين، وهذا النمط، والذي يكون الاضطراب فيه خافيًا؛ ينشأ من الرفض والصد المستمر للأم عند احتياج الطفل إليها، والذي قد يؤدي عند الشدة إلى المرض أو الوفاة، وينشأ الطفل في عزلة عاطفية

ونفسية، أو يكون عدوانيًا مضادًا للمجتمع، ويسعى للحصول على الانتباه بطريقة مفرطة (ياسمين حداد، ٢٠٠١، ٤٦٣).

ويعرف هيثم ضياء الدين (٢٠٠٦، ١٧) النمط التجنبي بأنه نمط تعلقي يمتد من مرحلة الطفولة المبكرة من خلال الطفل ومقدمي الرعاية، وينعكس علي علاقات الشخص مع الآخرين في مرحلة الرشد، ويعاني الفرد في هذا النمط من صعوبة في الثقة بالآخرين والخوف من التقرب إليهم، ويعاني من الوحدة والعزلة نتيجة تاريخ علاقاته مع الآخرين غير المستقرة، فضلاً عن أن لديه صعوبة في تشكيل علاقات طبيعية، والتعلق التجنبي يعنى خوف الفرد من التعلق الوجدانى بالآخرين؛ حيث يحاول الفرد الحفاظ على المسافة في العلاقات الحميمة بينه وبين الطرف الآخر، كما أنه يعطى أولوية للاعتماد على الذات ويحرص على ترسيخ الحدود في العلاقات القريبة، وفى كثير من الأوقات يتم التعامل مع الخوف من الرفض باعتباره مكونًا أساسيًا للتعلق التجنبي، أو باعتباره الخلفية التي تقف وراءه، ولا يعنى التعلق التجنبي رفض التعلق بالآخرين؛ ولكن الإحساس بعدم الرغبة في القرب النفسي والحميمية والرغبة في تحقيق الاستقلال الذاتي(Anisworth, 1993, 22).

ويعرف الباحث النمط التجنبي بأنه شعور الطفل بالتوتر والخوف والفشل من التقرب للآخرين، وينفي احتياجه للحب والود والاستحقاق للتفاعل معهم.

ويعرف النمط التجنبي إجرائيًا بأنه المستوى الذي يحصل عليه الطفل في استجابته لبُعد النمط التجنبي في المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

ث-النمط غير المنظم (المقاوم) Disorganized attachment

ويتصف سلوك الأطفال في هذا النمط بالغموض فيما يتعلق بالإقدام أو الإحجام عن الأم أثناء تواجدها في الغرفة؛ حيث يكونون منزعجين عند ترك الأم الحجرة،

وعندما يعود الوالدان بعد فترة انفصال أو غياب أحدهما؛ تصدر عنهم أفعال مرتبكة، أو متشابهة مع سلوك التأرجح الإقدام الإحجام في النماذج الحيوانية، ويعرف نمط تعلقهم بالمفكك أو غير الموجه أو المشوش (Fraley & Spieker, 2003, 387) ويُعد أطفال هذا النمط أقل الأطفال شعوراً بالأمن وعدم الاستقرار؛ حيث يُظهر أطفال هذا النمط سلوكيات متناقضة وغير ثابتة (عادل فيصل ، ٢٠١٥، ٤).

وأطفال هذا النمط لديهم تعلق غير آمن مصحوب بسلوكيات لا تعبر بشكل واضح عن توجهات الطفل ونواياه؛ حيث إنها تظهر غير منظمة (مقاومة) في تسلسلها، متقطعة وغريبة مصحوبة بنمطيات وخالية من استراتيجية متناسقة للتعلق عند الالتقاء مع الوالدين؛ حيث تختلف استجابتهم هنا عن أحد استراتيجيات التعلق الآمن وغير الآمن، إذ يُظهر الطفل في هذا النمط سلوكيات غريبة، خائفة وغير موجهة لذلك سمي هذا النمط من التعلق بالنمط المقاوم، أو غير المنظم، أو غير الموجه (حورية مزيان، فتحية كركوش، ٢٠١٥، ٢٤٦- ٢٤٧).

ويعرف الباحث النمط المقاوم بأنه شعور الطفل بالغموض والتشويش تجاه علاقاته بالآخرين ويصدرون سلوكيات تتسم بالتأرجح بين التقرب والابتعاد من الآخرين.

ويعرف النمط المقاوم إجرائيًا بأنه المستوى الذي يحصل عليه الطفل في استجابته لبُعد النمط غير المنظم في المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

النظريات المفسرة للتعلق

النظرية البيولوجية

على الرغم من الإمكانات الوراثية للترابط والتعلق؛ إلا أن الأمر يتوقف على كمية، وطبيعة، وشدة تجارب الحياة المبكرة التي تعبر عن تلك الإمكانات الوراثية؛ فبدون رعاية

واهتمام واستجابة متبادلة بين الأم والطفل لا تنشأ رابطة التعلق؛ بالإضافة لذلك فأنظمة الدماغ المسؤولة عن العلاقات العاطفية السليمة لن تتطور بالطريقة المثلى دون المرور بأنواع التجارب الصحيحة في الأوقات المناسبة للحياة (Bruce, 2013, 3).

نظرية التحليل النفسي

يشير أوتوفينخيل (١٩٦٩، ٢١٨) إلى أن أنماط التعلق ترجع إلى علاقة الطفل بأمه في المرحلة الفمية فإذا نال الطفل الإشباع المناسب؛ تكون أنماط تعلق آمنة، وإن لم يلق الإشباع المناسب؛ يدخل في تعلق غير آمن، ويرى سوليفان أن الطفل يتعلق بأمه كمصدر مهم من مصادر الأمان، ثم يتطور ذلك في المراهقة والرشد ويصبح الشخص إما قادرًا على تكوين علاقات بين شخصية سوية أو غير سوية؛ حسب أنماط التعلق الموجودة لديه (مظهر العبيدي؛ عدنان الساعدي، ٢٠١٥، ٥٣٧).

نظرية التعلق لبولبي

يُعد بولبي (Bowlby) من أوائل الذين بحثوا في طبيعة التعلق، وهو يوضح أن التعلق يمثل التوازن بين رغبة الطفل في اللعب واكتشاف البيئة المحيطة، وفي نفس الوقت حاجته إلى الشعور بالأمان والاطمئنان، فهو لا يستطيع أن يفعل هذين الأمرين ما لم يتأكد من وجود قاعدة آمنة يرجع إليها حينما يشعر بأنه خائف أو مهدد أو محتاج إلى حماية؛ لهذا يتعلق الطفل بالشخص الذي يمنحه هذا الأمان، ويرى أن حاجة الطفل إلى التعلق مهمة وأساسية كحاجته للطعام، ويبدأ بتعلق الطفل بالشخص الذي يمنحه الرعاية والعطف والاهتمام، ويكون ذلك واضحاً من عمر ٧-٦ أشهر (Bowlby, 1988, 121).

ويرى بولبي أنه رغم بقاء النماذج العاملة الداخلية مفتوحة أمام الخبرات الجديدة عند تفاعل الطفل مع أشخاص جدد؛ إلا أنها؛ مع ذلك، تميل نحو الاستقرار والثبات؛

لأن الطفل سيختار شركاءه، ويشكل علاقاته الجديدة بطريقة تنسجم مع النموذج العامل الموجود لديه مسبقاً، كما يرى أن النماذج العاملة ستقاوم التغيير بمجرد تشكلها؛ لأنها تعمل خارج إدارك الطفل ووعيه، وبالتالي فإن المعلومات الجديدة سيتم تمثلها في النموذج الموجود سلفاً، فعندما يواجه الطفل خبرات ومواقف جديدة؛ سيُخضع الطفل هذه الخبرات والمواقف للنموذج العامل الموجود لديه، متجاهلاً بذلك الأدلة الواضحة التي تدحض هذا النموذج (Ainsworth& Bowlby, 1953, 331– 341) وتعتمد نظرية بولبي علي توضيح مراحل تطور العلاقة والارتباط والتي تم توضيحها لأول مرة في نظريته، وأخذت من الأبحاث الأخرى وهي: **المرحلة الأولى: مرحلة التمييز المحدود نحو الآخرين (من الميلاد وحتى الشهر الثاني)**؛ حيث تجذب الطفولة المسؤولين عن الطفل للاهتمام به ولكنه في هذه المرحلة لا يستطيع أن يفضل شخص عن آخر؛ ولكن تمييزه يكون مقصوراً على مستوى الإدارك السمعي والحسي الذي يقتصر على الأشياء الملموسة، وليس إداركًا على مستوى الأمور النفسية.

المرحلة الثانية: مرحلة التمييز مع قدرة محدودة على التفضيل (من الشهر الثانى حتى الشهر السابع): يبدأ الطفل في التمييز بين المحيطين به ويكون أكثر ارتياحاً في التعامل مع القائمين برعايته كالأم والأب، والبديل؛ بل ومستعدًا للتعامل مع باقي الأشخاص المحيطين به في الأسرة .

المرحلة الثالثة: مرحلة التفضيل تقع ما بين (٧–١٢) شهراً: تظهر بوضوح علامات التفضيل لشخص عن الآخر؛ فيبكي عندما يبتعد عن والدته ويحمله شخص غريب، ويكون قلقًا.

المرحلة الرابعة: مرحلة القاعدة الآمنة تقع ما بين (١٢ – ١٨) شهراً: وفيها يستخدم الطفل علاقاته القوية مع القائمين برعايته كقاعدة آمنة للتعامل مع الغرباء،

واستكشاف العالم الخارجي؛ فيعود إليهم إذا حس بالخطر، وكلما زاد قربه من عائلته؛ كلما زاد إحساسه بالأمان .

المرحلة الخامسة: مرحلة المشاركة في تنسيق الهدف (من ١٨ شهراً حتى نهاية الطفولة): وفي تلك المرحلة يتدارك الطفل أن عليه أن يقبل رفض المسؤولين بعض تصرفاته، ويتفهم غضبهم حرصاً منه على الحفاظ على علاقته القوية بهم، وهذه المراحل يمكن من خلالها معرفة أي خلل يحدث للطفل من خلال مقارنة سلوكه بهذه المراحل (Sadock, Sadock & Ruiz, 2005, 140).

نظرية التعلق لإينسورث

قدمت إينسورث (Ainsworth) نظرية بعنوان" تعلقات ما بعد الرضاعة"؛ تتناول فيها التعلق كسلوك يمتد عبر دورة الحياة، ويؤثر في أوجه النشاطات المختلفة فيما بعد؛ إذ تأتي هذه النظرية كامتداد طبيعي لتغيرات النمو المصاحب لتعلق الأطفال بالقائمَيْنِ علي رعايتهم، أو من يقوم مقامهما خلال سنوات ما بعد الرضاعة، وكذلك التعرف علي الروابط الوجدانية خلال حياة الفرد.

وتقوم هذه النظرية علي أنظمة سلوكية يتم من خلالها التفاعل والتعلق وهذه الأنظمة هي:

١- نظام الرعاية المقدمة عن طريق الوالدين بأبنائهم، ومقارنة هذه الروابط بمدى تعلق الأبناء بوالديهم

٢- الروابط الزواجية، وما يتبعها من تناسل يهيئ الفرصة لتعلق ناجح.

٣- أشكال الصداقات في كل من الطفولة والرشد، والأنظمة السلوكية التي تحكمها، وكذلك الظروف التي تحكمها (Ainsworth, 1993, 391-395). واعتمدت

هذه النظرية علي تصنيف أنماط التعلق في الطفولة إلى أربعة أنماط رئيسة؛ وهي التعلق الآمن – التعلق القلق– التعلق التجنبي– التعلق المقاوم.

وتوصلت إينسورث إلى بعض النتائج، ومنها:

- الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا آمنًا؛ تتاح لهم حرية الحركة، ويستكشفون عالمهم بثقة وثبات وشجاعة؛ أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا غير آمن؛ يكونون أكثر قلقًا؛ مما يشكل لديهم عائقًا نفسيًا يعوق اكتشافهم لعالمهم، ويزعزع ثقتهم بأنفسهم.
- الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا آمنًا؛ يميلون إلي أن يكونوا أكثر شعبية، وأكثر كفاءة اجتماعية، وأكثر إيجابية مع أقرانهم؛ أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا غير آمن؛ يكونون أكثر عدوانية، وأقل كفاءة اجتماعية، ولديهم مشكلات سلوكية أكثر من أقرانهم الآمنين.
- الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا آمنًا؛ يميلون إلي أن يكونوا أكثر استقرارًا عاطفيًا، وأكثر قدرة علي التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم؛ أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا غير آمن؛ يكونون أقل قدرة علي التعبير عن عواطفهم، وغير مستقرين عاطفيًا، ولديهم مشاعر سلبية تجاه الآخرين.
- الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا آمنًا؛ يكونون أكثر قدرة علي حل مشكلاتهم بثقة ؛ أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا غير آمن؛ يكونون غير مبالين بالآخرين (Water, Homiton & Weinfield 2000, 678).

النظرية السلوكية.

لقد اعتُبرت سلوكيات الطفل الاعتمادية علي الأم (كالبحث عن القرب منها والالتصاق بها، وملاحقتها بالبكاء عند غيابها) كدوافع متعلمة تُكتسب نتيجة لارتباط الأم المتكرر بإشباع حاجة الجوع لدي الطفل، ومع أن الطفل البشري يفضل الأم البيولوجية

التي ترعاه، أو من يحل محلها في الغالب؛ فإنه يلاحظ استعداده للتعلق بأفراد آخرين من الأسرة مثل الأب، والجد والجدة، والأخوة، الذين لا يشتركون مع الأم في برنامج الرعاية اليومي الذي يتلقاه الطفل، وتأخذ وجهة النظر السلوكية الأخرى المتمثلة بمنظور الإشراط الإجرائي برأي مماثل في تفسير تعلق الطفل بالأم؛ حيث يرى منظور الإشراط الإجرائي أن سلوك الرعاية الأمومي بما يتضمنه من إظهار للعاطفة، وما يوفره من دفء للطفل؛ يدعم اعتمادية الطفل علي الأم، وما يتضمنه ذلك من سلوكيات تهدف إلي المحافظة علي القرب منها، وبذلك فإن تعلق الطفل بالأم ينشأ ويقوى بناءً علي مبدأ التعزيز (هنادي عبد الوهاب، ٢٠٠٠، ٥).

من خلال عرض النظريات المفسرة؛ نجد أن بولبي يرى أن أنماط التعلق تتكون لدى الطفل بشكل فطري كحاجته للطعام؛ لذا تنمو إليه الحاجة إلى الشعور بالأمان والدعم والاستقلال والثقة، ويتم ذلك بوجود قاعدة آمنة يرجع إليها حينما يشعر بأنه خائف أو مهدد أو محتاج إلى حماية؛ لهذا يتعلق الطفل بالشخص الذي يمنحه هذا الأمان، بينما إينسورث أوضحت أن التعلق سلوك يتكون عبر مراحل الحياة، ويمتد التعلق من الرعاية الأولية التي يتلقاها من الوالدين وصولًا بالتعلق من خلال العلاقة الزوجية، منتهيًا بالتعلق الذي ينشأ من الصداقات؛ أما السلوكيون فيرون أن التعلق عبارة عن نوع من الخبرات المتعلمة التي يتم اكتسابها نتيجة لارتباط الأم المتكرر بإشباع حاجات الطفل أو من يحل محلها، إذ يبدي الطفل استعداده للتعلق بأفراد آخرين من الأسرة مثل الأب، والجد والجدة، والأخوة، ويتم تعزيز هذا التعلق بسلوكيات أخرى تدعم حاجات الطفل.

ثانيًا مفهوم الصمت الانتقائي Selective Mutism

يوجد تاريخ طويل لتغيير مفاهيم اضطراب الصمت الانتقائي؛ حيث ظهر مفهوم الصمت الانتقائي لأول مرة على يد الطبيب الألماني كاسمال (Kussmaul, 1822–1902) الذي اشتهر بعمله الرائد عام (١٨٧٧) حول اضطرابات الكلام وخصوصًا حالة

"غياب الكلام بدون اضطراب الكلام" وأطلق عليها مصطلح الحبسة الطوعية؛ أي "عدم القدرة الطوعية على الكلام"، واقترح الطبيب النفسي السويسري ترامر (Tramer, 1934) الرائد في مجال اضطرابات الكلام؛ اضطراب الصمت الانتقائي كمصطلح مناسب لنفس الحالة؛ حيث أشار إلى أن الأطفال الذين يعانون من هذا التشخيص ليسوا في حالة حبسة؛ ولكنهم اختاروا عمدًا الصمت (Driessen, Blom, Muris, Blashfield, Molendijk, 2019)

وعُرِفَ اضطراب الصمت الانتقائي سابقًا بالحبسة الاختيارية (Voluntary Aphasia) حيث تم وصف الأعراض المتعلقة باضطراب الصمت الانتقائي في وقت مبكر من أواخر القرن التاسع عشر، عندما تمت الإشارة إلى الاضطراب باسم "الحبسة الاختيارية" (Krysanski, 2003)، ثم عُرِفَ بعد ذلك باضطراب الصمت الاختياري أو الخرس الاختياري (Elective Mutism) كما جاء ذكره في الدليل التشخيصي والإحصائي حتى الإصدار الرابع منه (American Psychiatric Association, 1980)، وتم إجراء تغييرين رئيسين في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (American Psychiatric Association, 2000) حيث تم تغيير معيار التشخيص الرئيسي من "رفض التكلم" إلى "فشل التحدث" كما تغير المصطلح من الصمت الاختياري إلى الصمت الانتقائي (Selective Mutism). وبقي اضطراب الصمت الانتقائي مصنفًا تحت "اضطرابات أخرى في الطفولة والمراهقة" على مدى العقد الماضي؛ حتى أشار عدد من العلماء إلى جذور اضطراب الصمت الانتقائي في القلق، ثم أعاد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (APA, 2013, 195) تصنيف اضطراب الصمت الانتقائي كاضطراب مستقل في فئة اضطرابات القلق بدلًا عن فئة اضطرابات الطفولة.

يشير مصطلح "الصمت" إلى عدم وجود اتصال لفظي في غياب الضرر الذي يلحق بمركز الكلام؛ بينما تشير كلمة "انتقائي" في هذا الإعداد إلى أن عدم القدرة على

الكلام تحدث فقط في أماكن اجتماعية معينة (على سبيل المثال، في المدرسة) أو تجاه أشخاص معينين، بينما في أماكن أخرى (عادةً: في المنزل، تجاه أفراد الأسرة الأقرب) بالرغم من أن المريض لا يعاني من هذا العجز، ولا تظهر عليه أعراض الخرس (Bilikiewicz, 2007, 706).

فاضطراب الصمت الانتقائي؛ هو اضطراب نفسي نادر نسبيًا في مرحلة الطفولة يتميز بعدم القدرة على التحدث في مواقف اجتماعية محددة؛ على الرغم من القدرة على التحدث بشكل غير طبيعي في حالات أخرى. عادة ما ينطوي اضطراب الصمت الانتقائي على إعاقات شديدة في النشاط الاجتماعي والأكاديمي، وتشمل المضاعفات الشائعة الفشل المدرسي، والصعوبات الاجتماعية في مجموعة الأقران، والعلاقات داخل الأسرة المتفاقمة، ويوصف اضطراب الصمت الانتقائي بفشل الطفل في التحدث في ظروف اجتماعية معينة، بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى، وهذا ما اتفقت عليه المفاهيم والتعريفات التي تم الاطلاع عليها في كثير من الدراسات العربية والأجنبية، وكذلك في المراجع المختلفة؛ بحيث يتفاعل الطفل مع البيئات اليومية كالمدرسة والبيت؛ ولكنه في بعض الأحيان لا يكون تفاعله على مايرام فيها (Cunningham & Mcholm, 2008, Omdal & Galloway, 2008).

وهو اضطراب قلق يتميز بالفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية معينة دون غيرها؛ غالبًا ما يتم تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي في مرحلة الطفولة المبكرة عندما يُتوقع أن يبدأ الأطفال في الانخراط في تفاعلات اجتماعية نموذجية (Martinez, Tannock, Manassis, Garland, Clark, McInnes, 2015) وعادةً ما يكون الأطفال المصابون باضطراب الصمت الانتقائي مرتاحين في التحدث في بيئتهم المنزلية؛ ولكنهم يميلون إلى النضال عندما يواجهون مواقف اجتماعية جديدة؛ لا سيما البيئة المدرسية (APA, 2013, 196) يمكن أن تمثل الأعراض المتعلقة بمتلازمة اضطراب

الصمت الانتقائي صعوبات طويلة الأمد للأطفال في تطوير مهارات التواصل الاجتماعي في الأداء في المدرسة، والتعامل مع أقرانهم أو غيرهم (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002)

ويرى كل من بيرجمان وآخرون (Bergman, Keller, Piacentini & Bergman, 2008) أن الصمت الانتقائي "عبارة عن اضطراب في سلوك الطفل ينتج عن الفشل في الحديث في مواقف اجتماعية محددة". ويرى كانينغهام ومكهولم (Cunningham & Mcholm, 2008) بأن الصمت الانتقائي هو فشل الطفل على التحدث في ظروف اجتماعية معينة؛ بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى.

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الخامس اضطراب الصمت الانتقائي بأنه اضطراب عقلي يتميز بالفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية معينة (على سبيل المثال، في المدرسة)، في حين أن إنتاج الكلام في مواقف أخرى لا يتأثر (على سبيل المثال، في المنزل) (APA, 2013, 196).

كما أشار ستارك (Starke, 2018) إلى أنه " اضطراب يبدأ عادةً بين ٣ إلى ٤ سنوات، ويتميز بالفشل في الكلام في مواقف اجتماعية معينة أثناء التحدث مع الآخرين؛ حيث يتكلم أطفال الصمت الانتقائي في المنزل عادةً؛ ولكنهم يرفضون الكلام في المدرسة، أو في حضور الكبار، أو الغرباء، ويعرف فالابارلا وآخرون (Valaparla, Sahoo & Padhy, 2018) الصمت الانتقائي بأنه" اضطراب نفسي نادر في الطفولة يتميز بالفشل الشديد في التحدث في سياقات محددة مثل في المدرسة، أو مع زملاء اللعب، أو الغرباء حيث يتوقع الكلام عادة، على الرغم من السمع والتحدث في سياقات أخرى مع الآباء وأفراد الأسرة الآخرين".

فاضطراب الصمت الانتقائي: هو اضطراب قلق يؤثر على التواصل؛ فالأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي لديهم مخاوف للآباء والمعلمين؛ لأنهم لا

يتحدثون باستمرار في المواقف التي يوجد فيها توقع للتحدث؛ مثل في المدرسة، ولكنهم يتحدثون في أماكن أخرى عندما يشعرون براحة أكبر؛ مثل المنزل. Klein, Ruiz, (Morales, & Stanley, 2019)

ويعرف الباحث الصمت الانتقائي بأنه عزوف الطفل عن التحدث والكلام في مواقف اجتماعية معينة لا يشعر خلالها بالأمان؛ رغم توفر القدرة على الكلام والتواصل.

ويعرف الصمت الانتقائي إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس الصمت الانتقائي المعد في هذه الدراسة.

ومن التعريفات السابقة نجد أن هناك اتفاقًا عامًا من حيث أنه اضطراب، وأيضًا بداية ظهوره والتي تتمثل في مرحلة الطفولة المبكرة، وكذلك إحجامه عن الكلام يكون في مواقف اجتماعية معينة غير مألوفة لدى الطفل؛ مثل المدرسة دون غيرها من المواقف الاجتماعية المألوفة لديه مثل المنزل ومع أسرته، وهذا ما اتفقت عليه المفاهيم والتعريفات التي تم الاطلاع عليها في الدراسات العربية والأجنبية، وكذلك في المراجع المختلفة، بحيث يتفاعل الطفل مع البيئات اليومية كالمدرسة والبيت؛ ولكنه في بعض الأحيان لا يكون تفاعله على ما يرام فيها، ومن أهم أسباب اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال ما يلي:

- تعرض الطفل للإساءة الجسدية في السنوات الأولى من عمره.
- صعوبات النطق ، كالتأتاة وتأخر الكلام ومشكلات اللغة.
- الخبرات الطفولية الصادمة
- الفوبيا وقلق الانفصال لدى الطفل.
- الخلافات الأسرية.
- البيئة الجديدة.
- العامل الوراثي.

- الجنس الأنثوي.
- الآباء ذوو الميول تجاه سلوك التجنب.
- الحماية والسيطرة الأبوية المفرطة.
- صعوبات تعليمية وصعوبات في التواصل مع الأقران.
- التثبيط السلوكي (خاصة المعبر عنه بقوة).
- الخجل (Moldan , 2005, 294; Bergman et al, 2013: 680; Muris & ollendick, 2015, 15; Oerbeck, Manassis, Overgaard & Kristensen, 2016, 4; Rozenek, Orlof, Nowicka, Wilczyńska, Waszkiewicz, 2019)

معايير تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس:

أ) فشل ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم الكلام في مواقف أخرى.

ب) يتداخل الاضطراب مع الإنجازات التعليمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي.

ت) مدة الاضطراب هي شهر على الأقل (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة).

ث) لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معه،ا وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي.

ج) لا يُفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصلي (مثل اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي) ولا يحدث حصراً في سياق اضطراب طيف التوحد أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر (APA, 2013, 195).

النظريات المفسرة للصمت الانتقائي

يعد اضطراب الصمت الانتقائي اضطرابًا نادرًا في الطفولة، يتميز برفض الطفل الكلام في موقف أو أكثر في المواقف الاجتماعية، ولا توجد نظرية شاملة وموحدة حول مسببات وتقييم وعلاج اضطراب الصمت الانتقائي؛ بل اختلفت وجهات النظر حول تفسير الاضطراب، ونعرض لها فيما يأتي.

النظرية السلوكية Behavioral theory

ترى النظرية السلوكية أن الصمت الانتقائي سلوك ناتج عن سلسلة طويلة من أنماط التعزيزات السلبية المتعلمة، أو أنها استجابة متعلمة، والتي فيها يحمي الصمت الانتقائي الطفل من المتغيرات البيئية التي تكون خارج سيطرته(Pordes, 1992, 12)؛ حيث تشير النظرية السلوكية إلى أهمية ظروف البيئة المحيطة بالطفل كعامل أساسي في اكتساب اللغة دون النظر إلى قدراته الداخلية؛ فالكلام عند السلوكيين مثل أي نوع من أنواع السلوك يمكن برمجته وتعليمه للآخرين، فهم لا يفصلون المعنى المكتسب عند الحدث المصاحب لاكتساب اللفظ أو المدلول (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٧، ١١٣ – ١١٤).

كما يرى السلوكيون أن سلوك الطفل الممتنع عن الكلام بشكل اختياري يقوم على أنه سلوك تكيفي وليس وضعي، وينظر للسلوك على أنه متعلم من خلال المبادئ المستندة على الشروط الإجرائية والكلاسيكية والتعلم بالملاحظة (Anstending, 1998). فمن وجهة نظر المنظور السلوكي فإن اضطراب الصمت الانتقائي سلوك مكتسب تم تطويره كآلية للتعامل مع القلق؛ لذلك فإن الغرض من العلاج هو تقليل القلق وزيادة التواصل اللفظي في أماكن مثل المدرسة (Cohan, Chavira, & Stein, 2006) لذا ينظر السلوكيون بصورة عامة إلى الصمت الانتقائي على أنه نتاج سلسلة طويلة من أنماط ونماذج تعلم سلبية وخاطئة تم تعزيزها (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٥٥ – ٥٦).

وعلى الجانب الآخر؛ فالنظرية السلوكية تقدم تفسيرًا مختلفًا للصمت الانتقائي القائم على التعلم المعزز سلبيًا، ويُفسر الفشل في الكلام على أنه استراتيجية مكتسبة للتلاعب بالبيئة، وهو استجابة لمجموعة متنوعة من المحفزات الاجتماعية، ويجادل علماء النفس السلوكي بأن الصمت هو استجابة تكيفية للطفل وليست مرضية (Leonard, Dow, 1993).

نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis theory

تؤكد نظرية التحليل النفسي على مفهوم الصراع الذي لم يتم حله في سياق الصمت الانتقائي، فالافتراض هو أن الطفل لديه تثبيت شفهي أو شرجي وقد يحتفظ بسر عائلي، أو ينقل الغضب تجاه أحد الوالدين، أو يتراجع إلى مرحلة غير لفظية في نموه، ويُنظر إلى الصمت الانتقائي على أنه آلية للتعامل مع الغضب والقلق، ويمثل سلوكًا يهدف إلى معاقبة الوالدين، مع القليل من البيانات التجريبية لدعم هذا النموذج، يفقد هذا التفسير صلاحيته حاليًا (Giddan & Milling, 1999; Krysanski, 2003).

لذا ينتج اضطراب الصمت الانتقائي من الصراعات الداخلية التي لم يتم حلها، أو الأحداث المؤلمة خلال سنوات الطفولة المبكرة (Kratochwill, 1981) فالمنظرون في المدرسة التحليلية يصفون اضطراب الصمت الانتقائي كآلية دفاع يستخدمها الطفل بدلاً من التعبير عن مشاعره تجاه أحد الوالدين مباشرةً، الأكثر شيوعًا الأم (Cline & Baldwin, 1994). ويركز المنظرون التحليليون على فهم الأحداث الماضية التي ربما تكون قد أثرت على الطفل لكي يتوقف عن الكلام، وعادة ما يبحث عن صراع بين الطفل وأفراد الأسرة (Leonard & Dow, 1995, 235).

نظرية النظم الأسرية. Family systems theory

يعتمد هذا المنظور على ملاحظة أن العديد من الأطفال يعانون من علاقات "عصبية" مع آبائهم (في الغالب الأم). عادة يظهر الآباء حاجة مفرطة للسيطرة على أطفالهم جنبًا إلى جنب مع الاعتماد المتبادل والتناقض (Krysanski, 2003)، ونتيجة لذلك يطور الأطفال ارتباطات شديدة غير صحية تتميز بالاعتماد المتبادل الشديد والخوف وعدم الثقة اللاحقين من العالم الخارجي، والخوف من الغرباء، واللغة، والاندماج بصعوبة، وحجب الكلام (Melfsen, Walitza, Warnke, 2006)

أشار مايرز (Meyers ,1984) إلى خلل وظيفي داخل أسر الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي، وقد أشارت دراسات أخرى إلى معدلات أعلى من الصراع الزواجي والطلاق بين أسر الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي (Viana, Beidel, Rabian, 2009)، قد يكون من المفيد لجميع أفراد الأسرة المشاركة في تقديم المشورة من أجل حل المشكلات الأسرية الكامنة، التي قد تكون ساهمت في الصمت. بشكل عام الهدف من التدخل الأسري فيما يتعلق بالصمت الانتقائي؛ هو تحديد العلاقات الأسرية الخاطئة وأنماط الاتصال التي قد تكون ساهمت في تطور قلق الطفل (Cohan, Chavira, Stein, 2006).

وتؤدي سلوكيات الأبوة وطبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل دورًا في العديد من سلوكيات الطفولة القلق أو المثبطة بما في ذلك الصمت الانتقائي، يظهر أن تماسك الوالدين والطفل والاعتماد الزائد مرتبطان بتطور الصمت الانتقائي، تؤسس علاقة غير طبيعية بين الوالدين والطفل المفهوم الخاطئ بأن الطفل يحتاج إلى الوالد من أجل البقاء، ومن ثم فإن غياب الوالد في سياق خارج المنزل يؤدي إلى رهاب شديد يظهر على أنه صمت. (Manassis et al., 2003; Melfsen, Walitza, Warnke, 2006) على الرغم من هذه النتائج تتطلب هذه النظرية المزيد من البحث لتوضيح دور البيئة الأسرية في تشكيل الصمت الانتقائي (Yeganeh, Beidel, Turner, 2006).

حيث أرجعت نظرية التحليل النفسي جذور التعلق الى الحاجات البيولوجية عند كل من الصغير وأمه، وذلك وفقًا للفرض الفرويدي الذي أكد على حاجة الرضيع الفطرية إلى الرضاعة، ويصفون الأطفال من ذوي اضطراب الصمت الانتقائي بحيلة دفاعية يستخدمها الطفل للتعبير عن مشاعره تجاه أحد الوالدين؛ أما النظرية السلوكية فقد فسرت الصمت الانتقائي على أنه استراتيجية مكتسبة للتعامل مع البيئة، وللاستجابة مع مختلف المحفزات الاجتماعية، وهو استجابة تكيفية عند الطفل بدلًا من كونه حالة مرضية، فالصمت الانتقائي سلوك ناتج عن مجموعة تعزيزات سلبية متعلمة في الكلام مع الآخرين، بينما نظرية النظم الأسرية ترى اضطراب الصمت الانتقائي ينتج عن أن الآباء يحاولون السيطرة على أطفالهم بالاعتماد الشديد والخوف وعدم الثقة تجاه محيطهم الاجتماعي.

الدراسات السابقة:

هدفت دراسة حنان المالكي (٢٠١٠) إلي بحث علاقة أنماط تعلق الراشدين بفاعلية الذات والمهارات الاجتماعية من ضمنها (التعبير الاجتماعي– التعبير الانفعالي) وتكونت عينة الدراسة من ١٤٧ طالبة، واعتمدت الباحثة علي مقياس للتعلق وآخر للمهارات الاجتماعية من (إعداد الباحثة)، وأظهرت النتائج أن كُل من نمطي التعلق الآمن والقلق؛ قد ارتبطا بشكل دال بالمهارات الاجتماعية، ولم يتبين وجود علاقة دالة بين نمط التعلق القلق والمهارات الاجتماعية، وأظهر تحليل الانحدار أن نمط التعلق الآمن قد ساهم بشكل دال في التنبؤ بالمهارات الاجتماعية.

بينما سعت دراسة ابتسام أحمد (٢٠١١) إلى قياس التعلق الآمن بالأم لدى أطفال الروضة، وقياس الفروق في متغيرات الدراسة، بلغت عينة الدراسة ٣٠٠ طفل من أطفال الروضة، الذين اختيروا بصورة عشوائية بسيطة، ثم قامت الباحثة ببناء مقياس للتعلق

الآمن، وبناء مقياس للخوف الاجتماعي، أشارت النتائج إلى أن أطفال الروضة لديهم تعلق آمن بأمهاتهم، وأنه لا فرق بين الذكور والإناث في ذلك.

وأجرت فازاليفا (Vasilyeva, 2013) دراسة حالة لطفلة عمرها خمس سنوات تعانى من اضطراب التباكم الانتقائي؛ حيث أكدت الدراسة أن العامل الرئيس المسبب للتباكم الانتقائي يرجع إلى ما يسمى قلق الانفصال المرتبط بالأم، والذي يؤدى إلى ظهور العديد من العلامات المرضية السلوكية كالعدوان أو الانفعالية كالقلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية؛ مما يؤدى إلى إحجام الطفل عن الحديث.

بينما هدفت دراسة فيرسيمو وآخرين (Verissimo et al., 2014) إلى التعرف على العلاقة بين نمط التعلق الوالدي، والكفايات الاجتماعية لدى أطفال الروضة، اختيرت عينة عشوائية مكونة من (١٤٧) من أطفال الروضة، طبق عليهم مقياس مهمة إكمال قصة نمط التعلق الخاص بالأطفال (ASCT) وبطاقة ملاحظة الكفايات الاجتماعية، كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين نمط التعلق الوالدي والكفايات الاجتماعية لدى أطفال الروضة.

وفي دراسة مظهر العبيدي، وعدنان الساعدي (٢٠١٥) التي هدفت إلى فحص التعلق الآمن وعلاقته بالتفاعل الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية؛ اعتمد الباحثان في دراسة هذه العلاقة على مقياس التعلق الآمن الذي أعدته الباحثة ابتسام أحمد (٢٠١١) ومقياس التفاعل الاجتماعي الذي أعداه خصيصًا، تكونت عينه البحث من٤٠٠ تلميذ من تلاميذ المرحلة الابتدائية، اختيرت بالطريقة العشوائية البسيطة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تلاميذ المرحلة الابتدائية يتمتعون بتعلق آمن، ولا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغيري البحث: التعلق الآمن والتفاعل الاجتماعي، توجد علاقة ارتباطية موجبة بين التعلق الآمن والتفاعل الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدفت دراسة كوثر السحلوت (٢٠١٦) إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط تعلق الأطفال وكفاءتهم الاجتماعية مع الأقران؛ حيث تكونت عينة الدراسة من (٦٨) طفلًا من رياض الأطفال، وتم إعداد مقياس أنماط تعلق الأطفال من إعداد (الباحثة) ومقياس الكفاءة الاجتماعية من إعداد (أبو رشيد، ٢٠١٣) وكشفت نتائج الدراسة أن نمط التعلق السائد هو النمط التجنبي يليه النمط الآمن، ثم النمط المقاوم ثم النمط المضطرب، كما كشفت النتائج أن الأطفال ذوي نمط التعلق الآمن يتمتعون بمستوى عالٍ من الكفاءة الاجتماعية.

هدفت دراسة ندى الطوايعة، رافع الزغول (٢٠١٩) إلى التعرف على القدرة التنبؤية لأنماط التعلق الوالدي بالمهارات الاجتماعية لدى طلبة الصف العاشر في لواء سحاب، تكونت عينة الدراسة من (٨٢٦) طالباً وطالبة من طلبة الصف العاشر اختيروا عشوائياً، ولتحقيق هدف الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي؛ حيث تم استخدام مقياس أنماط التعلق الوالدي، ومقياس المهارات الاجتماعية، أشارت النتائج إلى أن أنماط التعلق الوالدي السائدة لدى طلبة الصف العاشر هي نمط التعلق الآمن، ثم نمط التعلق القلق ومن ثم نمط التعلق التجنبي، بينت نتائج الدراسة أن مستوى المهارات الاجتماعية لدى طلبة الصف العاشر كان متوسطًا، أشارت النتائج لوجود علاقة ارتباطية موجبة بين نمط التعلق الآمن والمهارات الاجتماعية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين نمط التعلق القلق والمهارات الاجتماعية، وعدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين نمط التعلق التجنبي، وبين المهارات الاجتماعية.

تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الباحث للدراسات السابقة؛ فإنه لم توجد دراسة واحدة عربية أو أجنبية –في حدود علم الباحث– كشفت عن العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي، فمعظم الدراسات تناولت العلاقة بين المهارات الاجتماعية وأنماط التعلق، كما

أن معظم الدراسات السابقة ركزت على أنماط تعلق الراشدين كامتداد لأنماط تعلق الأطفال، وجميع الدراسات أكدت على العلاقة الموجبة بين نمط التعلق الآمن والمهارات الاجتماعية، والعلاقة السلبية بين نمط التعلق غير الآمن (القلق– التجنبي– المقاوم) والمهارات الاجتماعية؛ لذا تعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات التي تكشف عن القدرة التنبؤية لأنماط التعلق باضطراب الصمت الانتقائي.

فروض الدراسة:

يمكن صياغة فروض الدراسة فيما يلي:

١– توجد علاقة دالة إحصائيًا بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي.
٢– توجد فروق بين الجنسين في أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي.
٣– تسهم أنماط التعلق في التنبؤ باضطراب الصمت الانتقائي.

منهج الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الارتباطي المقارن، والذي يمكِّنه من الكشف عن العلاقة الارتباطية بين أنماط التعلق، واضطراب الصمت الانتقائي.

عينة الدراسة:

يعد الصمت الانتقائي اضطرابًا نادرًا نسبيًا، ولم يتم تضمينه كفئة تشخيصية في الدراسات الوبائية لانتشار اضطرابات الطفولة، وانتشاره مرتبط باستخدام عينات مختلفة المدراس (APA, 2013, 196)؛ نظرًا لصعوبة تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي، وندرة توافر العينة بالعيادات والمستشفيات؛ فتمت مقابلة الأخصائيين النفسيين بأربع مدارس ابتدائية بمحافظة قنا، طُلب من الأخصائيين إحصائية بالأطفال الذين يبدون فشلًا في التحدث مع أقرانهم ومعلميهم، ويبدو عليهم أيضًا ضعف

التفاعل الاجتماعي والمشاركة الصفية، ويميلون إلى استخدام لغة الإشارة والإيماءات للتعبير عن احتياجاتهم، وتم تطبيق أدوات الدراسة على أحد والدي الأطفال، وتم اختيار (٢٧٢) طفلًا وطفلة، ثم قام الباحث باختيار الربيعي الأعلى من درجات مقياس الصمت الانتقائي بعد تطبيقه على أحد الوالدين، وبلغوا (٤٨) طفلًا وطفلة من المدارس الأربعة، تراوحت أعمار الأطفال ما بين ٦ إلى ١١ عامًا بمتوسط عمري (٨.٣) وانحراف معياري (١.٠٢). وتراوحت أعمار والديهم ما بين ٢٩ إلى ٤٨ عامًا بمتوسط عمري (٣٧.٦) وانحراف معياري (٢.٢٣). ويعرض الجدول (١) لوصف العينة.

جدول (١) يعرض وصف عينة الدراسة من الوالدين

المدرسة	الوالدين		الإجمالي
	ذكور	إناث	
مدرسة قنا الجديدة الابتدائية	٦	٧	١٣
مدرسة الشهيد مصطفى عباس الابتدائية	٨	٥	١٣
مدرسة سيدي عمر الابتدائية	٦	٤	١٠
مدرسة الدكتور إسماعيل معتوق الابتدائية	٧	٥	١٢
الإجمالي	٢٧	٢١	٤٨

أدوات الدراسة

بناءً على اطلاع الباحث علي العديد من الدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية، وكذلك الاطلاع على ما هو متاح من المقاييس المعدة سلفًا في إطار موضوع الدراسة؛ فقد تقرر ما يأتي:

١- استخدام مقياس أنماط التعلق من إعداد كوثر السحلوت (٢٠١٦).

٢- إعداد مقياس للصمت الانتقائي.

أولًا: مقياس أنماط التعلق

أعد المقياس كوثر السحلوت (٢٠١٦) ويطبق على الوالدين، ويكون المقياس من (٤٠) فقرة، تتم الإجابة عليها بنعم أو لا، والفقرات موزعة على أربعة أبعاد هي: نمط التعلق الآمن (١٠) فقرات، نمط التعلق التجنبي (١٠) فقرات، نمط التعلق التعلق (١٠) فقرات، نمط التعلق المضطرب (١٠) فقرات.

الخصائص السيكومترية لمقياس أنماط التعلق في الدراسة الأصلية:

تم التحقق من صدق وثبات المقياس على عينة مكونة من (٦٨) طفلًا من أطفال الروضة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٤ : ٦) سنوات، ووصل معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي ما بين (٠.٧٦ : ٠.٨٥)، وتم التحقق من صدق المقياس بطريقة صدق المحكمين، وصدق البناء، وصدق المحك مع مقياس التعلق (SAT) والذي بلغ (٠.٨٨)، وتم حساب الصدق وبطريقة الاتساق الداخلي التي وصلت قيمته ما بين (٠.٣٦ : ٠.٨٧).

الخصائص السيكومترية لمقياس أنماط التعلق في الدراسة الحالية:

اعتمد الباحث في للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس على العينة الأساسية التي تكونت من والدي (٤٨) طفلًا وطفلة والسالف وصفها.

أولاً: ثبات المقياس:

تم الاعتماد علي طريقتين للتحقق من ثبات المقياس وهي: الاتساق الداخلي وإعادة التطبيق.

١- طريقة الاتساق الداخلي

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس أنماط التعلق عن طريق حساب ارتباط درجة الفقرة بدرجة البعد الذي ينتمي إليه، كما يوضحها الجدول (٢) .

جدول (٢) يعرض لمعاملات ارتباط البنود بدرجة البعد الذي ينتمي إليه

الفقرة	رتباط الفقرة بالبعد الذي ينتمي إليه	الفقرة	رتباط الفقرة بالبعد الذي ينتمي إليه	الفقرة	رتباط الفقرة بالبعد الذي ينتمي إليه	الفقرة	رتباط الفقرة بالبعد الذي ينتمي إليه
١	*٠.٣٦٨	١١	**٠.٦٢٤	٢١	*٠.٣٣٦	٣١	**٠.٤٩٠
٢	**٠.٤٢٩	١٢	**٠.٦٥٦	٢٢	**٠.٥٢٥	٣٢	*٠.٣٢٤
٣	**٠.٥١٠	١٣	**٠.٥٤٩	٢٣	**٠.٤٧٩	٣٣	**٠.٥٥٠
٤	**٠.٤٢٢	١٤	**٠.٤٦٦	٢٤	٠.١٠٢	٣٤	*٠.٣٨٦
٥	*٠.٣٥٠	١٥	**٠.٤٢٩	٢٥	**٠.٤٩٥	٣٥	**٠.٥٥٠
٦	**٠.٤٩٠	١٦	٠.٢٦١	٢٦	**٠.٥٨٠	٣٦	*٠.٣٠٠
٧	*٠.٣٥٠	١٧	**٠.٤٨٤	٢٧	**٠.٤٥٠	٣٧	**٠.٤٩٠
٨	*٠.٣٩٩	١٨	**٠.٤٠٦	٢٨	**٠.٥٠٤	٣٨	**٠.٤٤٠
٩	**٠.٥٣٥	١٩	**٠.٥٩٧	٢٩	**٠.٥٣٧	٣٩	**٠.٤٤٨
١٠	**٠.٥٩٤	٢٠	*٠.٣٩٦	٣٠	*٠.٣٧٧	٤٠	٠.٢٥٥

*دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥ **دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتبين من الجدول السابق ارتفاع معاملات الارتباط بين درجة الفقرة ودرجة البعد التي تنتمي إليه، ما عدا العبارات (١٦، ٢٤، ٤٠) لم تكن مرتبطة بالبعد الذي تنتمي إليه؛ لذا قام الباحث بحذفها.

٢-طريقة إعادة التطبيق:

طُبق المقياس مرة أخرى على نفس العينة بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وتم حساب الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني ويعرض جدول (٣) لقيمة هذا الارتباط.

جدول (٣) يعرض لمعاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق

المتغيرات	إعادة التطبيق
النمط الآمن	٠.٨٢١
النمط القلق	٠.٨٠٤
النمط التجنبي	٠.٧٥٩
النمط المقاوم	٠.٧٨٤

من النتائج المعروضة في الجدول يتبين أن قيمة الارتباط بين التطبيق الأول والثاني مرتفعة؛ مما يعد مؤشرًا عاليًا لثبات مقياس أنماط التعلق.

ثانياً: صدق مقياس أنماط التعلق

تم الاعتماد علي صدق المقارنة الطرفية حيث تم حساب صدق المقارنة الطرفية من خلال حساب الفروق بين المرتفعين والمنخفضين على كل نمط من أنماط التعلق ويعرض الجدول (٤) لتلك الفروق.

جدول رقم (٤) يعرض لصدق المقارنة الطرفية لمقياس أنماط التعلق

نمط التعلق	رقم الفقرة	المرتفعون		المنخفضون		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
نمط التعلق الآمن منخفض = ١٦ مرتفع = ٢٢	.١	٠.٥٣	٠.٥١	١.٠٠	٠.٠٠	٣.٦٥٥	٠.٠٠١
	.٢	٠.٧١	٠.٤٧	١.٠٠	٠.٠٠	٢.٥٠٣	٠.٠١
	.٣	٠.٣٥	٠.٤٩	٠.٨٧	٠.٣٤	٣.٥١٦	٠.٠٠١
	.٤	٠.٨٨	٠.٣٣	١.٠٠	٠.٠٠	١.٤١٦	غير دال
	.٥	٠.٧٦	٠.٤٤	١.٠٠	٠.٠٠	٢.١٥١	٠.٠٥
	.٦	٠.٥٩	٠.٥١	١.٠٠	٠.٠٠	٣.٢٤٤	٠.٠١
	.٧	٠.٧٦	٠.٤٤	١.٠٠	٠.٠٠	٢.١٥١	٠.٠٥
	.٨	٠.٥٣	٠.٥١	١.٠٠	٠.٠٠	٣.٦٥٥	٠.٠٠١
	.٩	٠.١٢	٠.٣٣	٠.٦٩	٠.٤٧	٣.٩٩٤	٠.٠٠١

نمط التعلق	رقم الفقرة	المرتفعون		المنخفضون		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
	.١٠	٠.٣٥	٠.٤٩	١.٠٠	٠.٠٠	٥.٢٤٩	٠.٠٠١
نمط التعلق القلق منخفض= ١٦ مرتفع = ٢٢	.١١	٠.٥٦	٠.٥١	٠.٩٥	٠.٢١	٣.٢٣٧	٠.٠١
	.١٢	٠.٦٨	٠.٤٨	٠.٧٧	٠.٤٣	٠.٥٧٦	غير دال
	.١٣	٠.٣١	٠.٤٧	٠.٩٠	٠.٢٩	٤.٧٥٢	٠.٠٠١
	.١٤	٠.٣١	٠.٤٨	٠.٦٨	٠.٤٨	٢.٣٥٤	٠.٠١
	.١٥	٠.٣١	٠.٤٧	٠.٩١	٠.٢٩	٤.٧٥٢	٠.٠٠١
	.١٦	١.٠٠	٠.٠٠	٠.٨٦	٠.٣٥	١.٥٤٧	غير دال
	.١٧	٠.٢٥	٠.٤٥	٠.٧٣	٠.٤٦	٣.٢١٢	٠.٠٠١
	.١٨	٠.٦٢	٠.٥٠	٠.٩١	٠.٢٩	٢.١٩٩	٠.٠٥
	.١٩	٠.٥٦	٠.٥١	٠.٩٥	٠.٢١	٣.٢٣٧	٠.٠١
نمط التعلق التجنبي منخفض= ١٧	.٢٠	٠.٥٠٠	٠.٥٢	١.٠٠	٠.٠٠	٤.١١٦	٠.٠٠١
	.٢١	٠.١٩	٠.٤٠	٠.٩٤	٠.٢٤	٦.٥٧٨	٠.٠٠١
	.٢٢	٠.٢٥	٠.٤٥	٠.٩٤	٠.٢٤	٥.٥٦٢	٠.٠٠١
	.٢٣	٠.٦٣	٠.٥٠	٠.٩٤	٠.٢٤	٢.٣٣٥	٠.٠١

نمط التعلق	رقم الفقرة	المرتفعون		المنخفضون		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
مرتفع = ١٦	.٢٤	٠.٦٩	٠.٤٨	١.٠٠	٠.٠٠	٢.٦١١	٠.٠١
	.٢٥	٠.١٣	٠.٣٤	٠.٦٧	٠.٤٩	٣.٧٩٦	٠.٠٠١
	.٢٦	٠.٤٣	٠.٥١	٠.٨٣	٠.٣٨	٢.٥٢٥	٠.٠١
	.٢٧	٠.٣١	٠.٤٨	٠.٩٤	٠.٢٤	٤.٧٨٩	٠.٠٠١
	.٢٨	٠.٤٤	٠.٥١	٠.٨٩	٠.٣٢	٣.٠٢٨	٠.٠٠١
نمط التعلق المقاوم منخفض= ١٤ مرتفع = ٢٢	.٢٩	٠.٥٧	٠.٥١	٠.٩١	٠.٢٩	٢.٥١٤	٠.٠١
	.٣٠	٠.٥٠	٠.٥٢	٠.٩٥	٠.٢١	٣.٦٧٣	٠.٠٠١
	.٣١	٠.٥٠	٠.٥٢	١.٠٠	٠.٠٠	٤.٥٥٨	٠.٠٠١
	.٣٢	٠.٧١	٠.٤٧	١.٠٠	٠.٠٠	٢.٨٨٣	٠.٠١
	.٣٣	٠.٣٦	٠.٤٩	٠.٩١	٠.٢٩	٤.١٩٦	٠.٠٠١
	.٣٤	٠.٧١	٠.٤٧	١.٠٠	٠.٠٠	٢.٨٨٣	٠.٠١
	.٣٥	٠.٧٨	٠.٤٣	١.٠٠	٠.٠٠	٢.٣٨٠	٠.٠١
	.٣٦	٠.٥٠	٠.٥٢	١.٠٠	٠.٠٠	٤.٥٥٨	٠.٠٠١
	.٣٧	٠.٩٣	٠.٢٧	١.٠٠	٠.٠٠	١.٢٦٤	غير دال

يتبين من الجدول (٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الطرفيتين في كل عبارات مقياس أنماط التعلق ما عدا البنود (٤، ١٢، ١٦، ٣٧) لم تكن هناك فروق بين المجموعتين الطرفيتين؛ لذا قام الباحث باستبعادها.

الصورة النهائية لمقياس أنماط التعلق

بعد إتمام إجراءات الثبات والصدق أصبح المقياس فى صورته النهائية يتكون من (٣٣) عبارة موزعين على أربعة أبعاد، وهي النمط الآمن (٩ عبارات) والنمط القلق (٧ عبارات) والنمط التجنبي (٩ عبارات) والنمط المقاوم (٨ عبارات)، ويعرض ملحق (١) للصورة النهائية للمقياس.

ثانيًا: مقياس الصمت الانتقائي كما يدركه الآباء

قام الباحث بالاطلاع على الإنتاج العلمي المتعلق باضطراب الصمت الانتقائي، وعلى النظريات المفسرة، والبحوث والدراسات السابقة المتعلقة به، والمعايير التشخيصية للاضطراب والواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي كما تم ذكرها سابقًا، وتم تحديد أبعاد مقياس اضطراب الصمت الانتقائي كما يتضمنها المقياس الحالي بناءً على ما تم الاطلاع عليه من الإطار النظري والنظريات المفسرة له، والدراسات السابقة المتصلة بالموضوع، والتي عرضت في محور الدراسات السابقة، كما تم الاطلاع على المقاييس التى تم إعدادها بخصوص اضطراب الصمت الانتقائي، ومن أهم المقاييس التي تم الاطلاع عليها ما يلي: مقياس الصمت الانتقائي لسوسن شلبي (٢٠٠٨) ومقياس الصمت الانتقائي لهناء الذهبي (٢٠١٧)، واستبيان الصمت الانتقائي لبريجمان وآخرين (Bergman, Keller, Piacentini & Bergman, 2008)، ومقياس الصمت الانتقائي من إعداد ليتاميندي وآخرين (Letamendi et al., 2008)، ومقياس الصمت الانتقائي لبريجمان (Bergman, 2012)، ومقياس تقييم الصمت الانتقائي لميديندورف (Middendorf, 2013).

قام الباحث بإعداد الصورة الأولية للمقياس وتتكون من (٢٣) عبارة تم توزيعها على ثلاثة أبعاد، ونعرض لها فيما يلى:

أولاً: بُعد التحدث في المنزل

ويتضمن هذا البعد عبارات عن التواصل اللفظي والتحدث مع أفراد الأسرة في المنزل، ويشمل العبارات من (١ : ٩) .

ثانيًا: بُعد التحدث في المدرسة

ويتضمن هذا البعد عبارات عن التواصل اللفظي والتحدث مع الأشخاص في المدرسة، ويشمل العبارات من (١٠ : ١٦) .

ثالثًا: بُعد التحدث في المواقف الاجتماعية

ويتضمن هذا البعد عبارات عن التواصل اللفظي والتحدث خارج المنزل والمدرسة في المواقف الاجتماعية العامة في (الشارع – النادي – البقالة – عند الطبيب .. إلخ). ويشمل العبارات من (١٧ : ٢٣).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: ثبات المقياس:

تم الاعتماد علي طريقتي إعادة التطبيق والاتساق الداخلي، وذلك علي عينة التقنين السالف ذكرها.

١- طريقة إعادة التطبيق:

طُبق المقياس مرة أخرى على نفس العينة بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وتم حساب الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، ويعرض جدول (٥) للارتباط بين التطبيق الأول والثاني.

جدول (٥) يعرض لمعاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق

المتغيرات	إعادة التطبيق
التحدث في المنزل	٠.٨٢١
التحدث في المدرسة	٠.٨٠٤
التحدث في المواقف الاجتماعية	٠.٧٥٩
المقياس الكلي	٠.٧٨٤

من النتائج المعروضة في الجدول يتبين أن قيمة الارتباط بين التطبيق الأول والثاني مرتفعة مما يعد مؤشرًا عاليًا لثبات مقياس الصمت الانتقائي.

٢- طريقة الاتساق الداخلي

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس الصمت الانتقائي عن طريق حساب ارتباط درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس من ناحية، وارتباط درجة الفقرة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه من ناحية أخرى.

جدول (٦) يعرض لمعاملات ارتباط الفقرات بدرجة البعد، وبالدرجة الكلية لمقياس الصمت الانتقائي

الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالمقياس	الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالمقياس	الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالمقياس
١	**٠.٤٧٢	**٠.٤١٤	٩	**٠.٥١٦	**٠.٤٨٧	١٧	**٠.٤٧٦	**٠.٤١٢
٢	**٠.٤٩٠	**٠.٤٦٥	١٠	**٠.٤٧٠	**٠.٤٠٨	١٨	**٠.٥٦٧	**٠.٥٢٤
٣	**٠.٦١٢	**٠.٦٠٠	١١	**٠.٥٧٨	**٠.٥١٠	١٩	**٠.٦١٢	**٠.٥٨٩

الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالمقياس	الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالمقياس	الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالمقياس
٤	**٠.٤٢٩	**٠.٤٠٥	١٢	**٠.٤٧٢	**٠.٤٥١	٢٠	**٠.٥٣٠	**٠.٥٠٦
٥	**٠.٥٦٣	**٠.٥١٧	١٣	**٠.٥٩٦	**٠.٥٣٤	٢١	**٠.٤٨٣	**٠.٤١٣
٦	*٠.٣٥٧	*٠.٣٢٩	١٤	**٠.٤٧٢	**٠.٤١٢	٢٢	**٠.٥٩٠	**٠.٥٤٢
٧	**٠.٤٨٦	**٠.٤١٤	١٥	**٠.٤٤١	**٠.٤٢٤	٢٣	**٠.٥١١	**٠.٤٧١
٨	**٠.٥٠١	**٠.٤٥٩	١٦	**٠.٦٦٩	**٠.٥٩٧		**٠.٦٠٧	**٠.٥٧٥

*دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥ **دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتبين من الجدول السابق ارتفاع معاملات الارتباط بين درجة الفقرة ودرجة البعد التي تنتمي إليه من ناحية، وبين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى، ويعرض الجدول (٩) لارتباط درجة البعد بدرجة المقياس الكلي لاضطراب الصمت الانتقائي.

جدول (٧) يعرض لمعاملات ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية لمقياس الصمت الانتقائي

المتغيرات	معامل الارتباط
التحدث في المنزل	**٠.٧٣٠
التحدث في المدرسة	**٠.٥٨٨
التحدث في المواقف الاجتماعية	**٠.٧١٠

*دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥ **دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

ويتبين من الجدول السابق ارتباط الأبعاد الفرعية بالدرجة الكلية لمقياس الصمت الانتقائي، وذلك يعد مؤشراً لثبات المقياس.

ثانيًا: صدق مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

تم الاعتماد على طريقتين للتحقق من صدق المقياس وهي: صدق المحكمين، وصدق المحك، موضحة فيما يلي:

١- صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض فقرات المقياس والتعريف الإجرائي الخاص به، وبالأبعاد المفترضة في صورته الأولية، والذي بلغ (٢٣) فقرة علي الأساتذة المتخصصين في مجال علم النفس (ملحق ٢)، وقد طلب من السادة المحكمين إبداء ملاحظاتهم علي بنود وأبعاد المقياس، وهل يستطيع المقياس في صورته الحالية أن يقيس ما وضع لقياسه، وقد اتفق المحكمون على صلاحية المقياس مع إجراء تعديلات لبعض الفقرات، وقام الباحث بتعديلها.

٢-طريقة صدق المحك

تم حساب صدق المحك عن طريق تطبيق مقياس الصمت الانتقائي من إعداد (هناء الذهبي ، ٢٠١٥) والمكون من (٣٦) فقرة، وتم إعداده وتقنينه على تلاميذ المرحلة الابتدائية بمحافظة بغداد وبلغ الارتباط بين المقياس الحالي ومقياس المحك قيمة (٠.٧٤٢) وهو ما يعد مؤشرًا عاليًا لصدق المقياس.

الصورة النهائية لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي

بعد إتمام إجراءات الثبات والصدق أصبح المقياس فى صورته النهائية يتكون من (٢٣) فقرة تتوزع على ثلاثة أبعاد، ويعرض ملحق (٣) للصورة النهائية للمقياس، والأبعاد

هي: بُعد التحدث في المنزل، ويتكون من (٩) فقرات، بُعد التحدث في المدرسة، ويتكون من (٧) فقرات، بُعد التحدث في المواقف الاجتماعية، ويتكون من (٧) فقرات. ويعرض ملحق (٣) للصورة النهائية للمقياس.

تصحيح المقياس

الاستجابة علي هذا المقياس تتم عن طريق الاختيار من البدائل الثلاثة بوضع علامة (√)علي الاختيار الذي يتناسب مع حالة المفحوص، وهذه البدائل هي (أبدًا، أحيانًا، دائمًا) علماً بأن الدرجات المحتسبة لهذه الاستجابات الثلاثة هي علي الترتيب (٣,٢,١) على أن تكون الدرجة الكلية للمقياس، والتي يحصل عليها المفحوص(٦٩)، وأقل درجة يحصل عليها المفحوص (٢٣).

الأساليب الإحصائية:

اعتمد الباحث في تحليلاته الإحصائية على الاختبارات الإحصائية التالية:

١- معامل ارتباط بيرسون
٢- اختبار (ت)
٣- معامل الانحدار

نتائج الدراسة:

نتيجة الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه توجد علاقة دالة إحصائيًا بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار بيرسون لحساب العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي.

جدول (٧) يعرض لمعاملات الارتباط بين أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي

المتغيرات	التحدث في المنزل	التحدث في المدرسة	التحدث في المواقف الاجتماعية	الدرجة الكلية
نمط التعلق الآمن	– ٠.٢٩٣*	– ٠.٢٩١*	– ٠.١٠٥	– ٠.٣٦٥*
نمط التعلق القلق	٠.٣٥٢*	٠.٣٤٨*	٠.٠٨٤	٠.٤٠٠**
نمط التعلق التجنبي	٠.٣٠٦*	٠.٣٥٨*	٠.٠٨٢	٠.٤٤٦**
نمط التعلق المقاوم	٠.١١٨	٠.٢٠١	٠.١٢٦	٠.٢٥٠

* دال مستوى دلالة ٠.٠٥ ** دال مستوى دلالة ٠.٠١

كشفت النتائج المعروضة بالجدول السابق عن وجود علاقة سالبة دالة إحصائيًا بين نمط التعلق الآمن واضطراب الصمت الانتقائي، بينما توجد علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين نمطي التعلق القلق والتجنبي واضطراب الصمت الانتقائي، وأخيرًا لا توجد علاقة بين نمط التعلق المقاوم واضطراب الصمت الانتقائي.

اتفقت نتيجة الدراسة الراهنة مع نتيجة دراسة مظهر العبيدي، وعدنان الساعدي (٢٠١٥) في وجود علاقة موجبة بين التعلق الآمن والتفاعل الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، كما اتفقت مع نتيجة دراسة كوثر السحلوت (٢٠١٦) التي كشفت عن أن الأطفال ذوي نمط التعلق الآمن يتمتعون بمستوى عالٍ من الكفاءة الاجتماعية، وأيضًا

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة زاريلا وآخرين (Zarrella et al., 2018) التي كشفت عن وجود علاقة موجبة بين نمط التعلق الآمن، والمهارات الاجتماعية؛ على اعتبارها نوعًا من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية.

كما اتفقت مع نتيجة دراسة ندى الطوايعة، ورافع الزغول (٢٠١٩) في وجود علاقة موجبة بينَ نمط التعلق الآمن والمهارات الاجتماعية، ووجود علاقة سالبة بين نمط التعلق القلق والمهارات الاجتماعية، وعدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين نمط التعلق التجنبي، وبين المهارات الاجتماعية، وعلى الجانب الآخر تعارضت نتائج دراسة راشيل (Rachel, 2006) مع نتائج الدراسة الراهنة، والتي أظهرت أن ذوي النمط القلق يتمتعون بقدر قليل جدًا من مهارات التواصل غير اللفظي.

يذكر بولبي (Bowlby,1988,123) أن الأطفال الذين يطورون تعلقًا آمنًا خلال الطفولة يمكنهم أن يقيموا علاقات صحية أكثر خلال سن البلوغ والرشد، وسيكون بمقدورهم مواجهة المشكلات في حياتهم بشكل أفضل، وعلى النقيض من ذلك فإن الأفراد الذين يتطورون بتعلق غير آمن يعانون من المشكلات في علاقاتهم وسوف يواجهون مشكلات في علاقاتهم خلال فترة البلوغ والرشد.

يرى ويست وكيللر (West & Keller, 1994, 80) أن النمط الآمن يُمكن أن ينشأ في ظل العلاقات التي يحظى فيها الفرد بالحب والود والرعاية التي يحتاج إليها؛ حيث يكون رمز التعلق قادرًا على توفير الرعاية والأمان له؛ فذو النمط الآمن لا يشعر بالتهديد لعلاقته التعلقية حتى مع غياب رمز التعلق؛ إلا في الحالات المرتفعة من المشقة والضغوط؛ لذا تتميز العلاقات في التعلق الآمن بالطمأنينة والحب لدى الأفراد؛ مما يزيد الثقة بالنفس لديهم، كما أنهم أكثر قدرة علي إنجاح العلاقات من خلال مبدأ الاعتمادية المتبادلة في تعزيز المودة بينهم وبين الآخرين (مباركي خديجة؛ بوفتاح محمد؛ باهي سلامي، ٢٠١٧، ٧).

ومن هنا يسهم التعلق الآمن في الطفولة في تنمية التواصل لدى الأطفال، والذي يعد عاملاً رئيسًا في تخفيف المشكلات، ويساعد علي الانسجام في العلاقات الاجتماعية وتنمية المهارات اللغوية المسموعة والمقروءة، وذلك لأن جودة التواصل تؤثر على العمليات العقلية الأساسية مثل الانتباه والإدراك والتفكير والتذكر، كما أن هذه العمليات أساسية ولها تأثيرٌ إيجابيٌ في حدوث التواصل الجيد والفعال (أمال أباظة،٢٠٠٣، ١١).

يمكن أن يكون للعلاقات المبكرة للطفل، وما تطوره من أنماط تعلقية انعكاسات علي الكفاءة والتواصل الاجتماعي للأطفال لاحقًا؛ فالأطفال الذين يتمتعون بنمط تعلق آمن يحاطون برعاية تشعرهم بقيمتهم كأشخاص، وبأهميتهم كشركاء اجتماعيين يمكنهم التفاعل مع المحيط الذي يعيشون فيه (هنادي عبدالوهاب، ٢٠٠٠: ٤). وتعتبر أنماط التعلق هي الأساس الذي تبني عليه العلاقات الاجتماعية السليمة، والتواصل الحميم بين الأفراد (محمد حسن، ٢٠١٥، ١٣٥)، لذا يعد نمط تعلق الطفل حاجة أساسية لا يمكن تجاهلها أو إهمالها وإلا أُصيبت شخصيته بالخلل والاضطراب السلوكي والانفعالي الذي يحول بينه وبين قدرته على التواصل الجيد مع الآخرين؛ مما يعيق النمو النفسي السليم للطفل (ليلي كرم الدين، ٢٠٠١، ١١).

يميل الأفراد ذوو النمط المقاوم إلى نفي أهمية الحب، وتجنب الاقتراب من الآخرين، والحد من أهمية احتياجه له، ومع أنه يشعر بأنه يستحق علاقة وثيقة مع الآخرين؛ إلا أنه يتجنب الاقتراب الشديد منهم، ويتفادى التفاعلات وجهًا لوجه (مخلوف بن تونس؛ نايت بلعيد، ٢٠١٦، ٤). فالأطفال ذوو التعلق غير الآمن أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية في مرحلة البلوغ من أقرانهم ذوي التعلق الآمن، وظهر تأثير التعلق علي تطور الطفل المعرفي؛ حيث تبين أن الأطفال المصنفين ضمن النمط الآمن يشتركون في نشاطات رمزية، ويظهرون إشارات مبكرة لإدراك وجود الأشياء أكثر من أقرانهم المصنفين ضمن النمط التعلقي غير الآمن (Pastor, 1981). يتسم

أصحاب النمط القلق بأنهم يرفضون الاقتراب من الآخرين نتيجة أفكارهم السلبية عن ذاتهم، وأن الآخرين لا يهتمون بهم، وأنهم غير جديرين بالثقة، علي الرغم أن لديهم رغبة في أن يكوِّنوا علاقات ويكونون قريبين من أقرانهم (Hazan& Shaver, 1987,112).

فالأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي لديهم مخاوف للآباء والمعلمين؛ لأنهم لا يتحدثون باستمرار في المواقف التي يوجد فيها توقع للتحدث، مثل في المدرسة؛ ولكنهم يتحدثون في أماكن أخرى عندما يشعرون براحة أكبر، مثل المنزل . (Klein, Ruiz, Morales & Stanley, 2019) فالكثير من الأطفال يعانون من علاقات مضطربة مع آبائهم (في الغالب الأم). وعادة يظهر الآباء حاجة مفرطة للسيطرة على أطفالهم جنبًا إلى جنب مع الاعتماد المتبادل والتناقض (Krysanski, 2003)، ونتيجة لذلك يطور الأطفال علاقات غير صحية تتميز بالاعتماد المتبادل الشديد والخوف وعدم الثقة، والخوف من الغرباء وصعوبة اكتساب اللغة وحجب الكلام (Melfsen, Walitza, Warnke, 2006).

يُفهم الصمت الانتقائي على أنه ذلك الاضطراب الذي من خلاله لا يستطيع الأطفال التحدث داخل المواقع التي يتوقع فيها تحقيق الكلام، وأن عدم القدرة على التحدث خارج المنزل وخاصة داخل المدرسة، لا يعزى إلى وجود عجز باللغة المنطوق بها، ولا يعزى إلى مشاكل النطق مثل الحبسة الكلامية، ويمكن أن يوفر نمط تعلق الطفل كيفية اتصاله بالبيئة التي حوله اليوم وفي المستقبل، ويمكن أيضًا أن يخبرنا عن أنواع العلاقات التي قد تكون لدى الأطفال.

تتكون أنماط التعلق عامة في مرحلة الطفولة وخصوصًا مع مقدمي الرعاية، وعندما يكتسب الطفل خبرات تعلقية موجبة يتكون نمط التعلق الآمن الذي يساعد الطفل على النمو بشكل سليم، ويسهم في تكوين قاعدة آمنة تجعله قادرًا على استخدام اللغة في الزمان والمكان المناسب؛ سواءًا في المنزل أو المدرسة أو المواقف الاجتماعية؛ بل

التعلق الآمن يجعل الطفل أكثر كفاءة في الناحية الاجتماعية والمعرفية وأكثر ثقة في الآخرين المحيطين بالطفل، وبالتالي لا تواجهه مشكلات أو عقبات في التحدث معهم في أي مكان، وعندما تسوء العلاقة بين الطفل وبين مقدمي الرعاية؛ يتعذر على الطفل اكتساب خبرات تعلقية سليمة، وتتكون أنماط تعلق غير آمنة مثل نمطي التعلق (القلق والتجنبي) والتي تجعل الطفل متذبذبًا في التعامل مع الآخرين ولا سيما خارج المنزل، وتجعل هناك صعوبة في الثقة في الآخرين والخوف من التقرب إليهم والخوف من التعلق الوجدانى بهم، وتجعل الطفل يُظهر الخوف عند رؤيته شخصًا غريباً خارج المنزل، وتجعله يستجيب بامتناعه عن الكلام والحديث في المواقف خارج المنزل.

فاضطراب الصمت الانتقائي هو اضطراب نفسي يظهر في مرحلة الطفولة، ويتميز بعدم القدرة على التحدث في مواقف اجتماعية محددة؛ على الرغم من القدرة على التحدث بشكل غير طبيعي في حالات أخرى. حيث يتحدث الطفل في مواقف أخرى يشعر فيها بمزيد من الراحة مثل المنزل، ويظهر الاضطراب بشكل كبير في المرحلة الابتدائية عند دخوله المدرسة، فالطفل داخل المدرسة قد يواجه الإغاظة من أطفال آخرين ذوي مهارات لغوية مناسبة، فإن الإغاظة من الأطفال الآخرين تشعل نمطًا من التجنب والرفض الناتج التي تؤدي إلى امتناعه عن الحديث، كما تؤدي سلوكيات الأبوة وطبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل والاعتماد الزائد عليهما إلى تطور اضطراب الصمت الانتقائي.

نتيجة الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق بين الجنسين في كل من أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لحساب الفروق بين الجنسين في أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي.

جدول (٨) يعرض للفروق بين الجنسين في أنماط التعلق واضطراب الصمت الانتقائي

المتغيرات		إناث ن= ٢٧		ذكور ن= ٢١		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
اضطراب الصمت الانتقائي	التحدث في المنزل	١٩.١٨	٤.٥٩	١٦.٧١	٢.٢٤	٢.٤٤٧	٠.٠١
	التحدث في المدرسة	١٨.١١	٤.٢١	١٦.٧١	٣.٤٩	١.٢٥٥	غير دال
	التحدث في المواقف الاجتماعية	١٧.٢٢	٢.٦٠	١٥.٤٧	٢.٢٥	٢.٤٨٧	٠.٠١
	الدرجة الكلية	٥٤.٥٢	٥.٩٥	٤٨.٩٠	٥.٤٤	٣.٤٠٣	٠.٠٠١
أنماط التعلق	نمط التعلق الآمن	٧.٠٣	٢.٣٢	٧.٦٦	٢.١٧	٠.٩٦٤	غير دال
	نمط التعلق القلق	٥.١٨	٢.٠٠	٣.٩٠	١.٦٤	٢.٣٧٥	٠.٠١
	نمط التعلق التجنبي	٥.٦٧	٢.١٥	٤.٩٧	١.٩٢	١.٢٩٤	غير دال
	نمط التعلق المقاوم	٤.٣٣	١.٩٠	٣.٨٥٧	١.٧٩	٠.٨٨٨	غير دال

أظهرت النتائج المعروضة بالجدول (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في اضطراب الصمت الانتقائي (الدرجة الكلية) وبُعديه التحدث في المنزل والتحدث في المواقف الاجتماعية والفروق في اتجاه الإناث، وفي بُعد التحدث في المدرسة لم توضح النتائج وجود فروق فيه، أما فيما يتعلق بأنماط التعلق فلا توجد فروق في أنماط التعلق (الآمن –التجنبي – المقاوم)، أما نمط التعلق القلق فقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاه الإناث.

اضطراب الصمت الانتقائي أكثر شيوعًا عند الفتيات عن الفتيان بنسبة (٢: ١)، ويحدث في الطفولة المبكرة، وتظهر أعراضه في مرحلة المدرسة، وتستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل (هدى أمين، ٢٠١٧ ,Steinhausen, Juzi, 1996; Coiffman 2002, 183; Muris, Ollendick, 2015; وقد يقترب اضطراب الصمت الانتقائي من التكافؤ في الأولاد والبنات، كما تشير أغلب نتائج الدراسات إلى أن اضطراب الصمت الانتقائي أكثر انتشارًا في الإناث منه عند الذكور؛ حيث تتراوح النسبة بين ١.٦ : ٣.١. (Kolvin & Fundudis, 1981; Krysanski, 2003; Standart & Couteur, 2003)

كما يتساوى حدوث هذا الاضطراب في البنين مع البنات (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Manassis et al., 2007; Nowakowski et al., 2009) ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والسلوكية الإصدار الخامس عن توزيع متساوٍ بين الجنسين لاضطراب الصمت الانتقائي، على الرغم من وجود دليل على أن الصمت الانتقائي أكثر شيوعًا بين الفتيات منه بين الأولاد (APA, 2013, 197).

دعمت نتائج دراسة كل من ياسمين حداد (٢٠٠١) ونتائج دراسة هادي وريكات (٢٠١٢) نتائج الدراسة الراهنة؛ حيث أسفرت نتائج هاتين الدراستين عن عدم وجود فروق

بين الذكور والإناث في كل من نمط التعلق الآمن والتجنبي والمقاوم، كما اتفقت نتيجة الدراسة الراهنة مع نتيجة دراسة ابتسام أحمد (٢٠١١) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في أنماط التعلق، وأيضًا اتفقت مع نتيجة دراسة مظهر العبيدي، وعدنان الساعدي (٢٠١٥) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في التعلق الآمن، بينما تعارضت معها في عدم وجود فروق في التفاعل الاجتماعي، كما اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة خلود صابر (٢٠١٣)، التي أسفرت عن وجود فروق بين الذكور والإناث في نمط التعلق التجنبي في اتجاه الذكور، بينما تعارضت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة محمد رضا (٢٠١٢) ونتائج دراسة غفران شهدان؛ زهراء داخل؛ زينب ناظم (٢٠١٧، ٥٩) حيث أظهرت هذه الدراسات وجود فروق بين الذكور والإناث في نمط التعلق التجنبي في اتجاه الإناث.

وتشير نتائج الدراسات عن وجود فروق فردية بين الأطفال من حيث نوع التعلق وشدته، وهذه الفروق ترجع بدورها إلى شكل التفاعل بين مقدمي الرعاية والطفل في الشهور الأولى من حياة الطفل (يوسف قطامي، ٢٠١٤)، ويعتمد ظهور الفروق بين الأطفال على جانبين: الأول هي الخصائص التكوينية التي ترتبط بالنضج والجانب الآخر هو العوامل البيئية التي لها علاقة بالأفراد المحيطين بالطفل، والسياق الاجتماعي والثقافي للطفل والرعاية المقدمة من الوالدين (Tory & Parritz, 2011).

ترى نجاح بنت عامر (٢٠١٥، ٨١) أن الفروق بين الجنسين في أنماط التعلق لا تقتصر على الجنس ذكور أم إناث؛ حيث إن نظريات التعلق لم تفسر أن للفروق بين الجنسين أثرًا وفقًا للجنس (الذكور دون الإناث) والعكس.

فيما يتعلق بالفروق بين الأطفال (ذكور وإناث) في اضطراب الصمت الانتقائي في اتجاه الإناث فالباحث يرى أن طبيعة التربية التي تتعرض لها الأنثى تجعلها أكثر حرصًا في التفاعل والحديث مع الآخرين فالحماية الزائدة والتدليل المفرط من جانب الوالدين

لطفلهما يعد من أهم أسباب خجل الطفل وامتناعه عن الحديث مع الغرباء، وخصوصًا خارج المنزل، وأيضًا استخدام الوالدين أسلوب القسوة والشدة مع الطفل في أن يكون مهذباً، والإفراط في توجيهه؛ يجعل الطفل أكثر ترددًا في التفاعل مع البيئة المحيطة به، وعلى عكس ذلك يتعامل الوالدين مع الذكور الذين يتلقون دعمًا كبيرًا على التفاعل والحديث مع الآخرين وخصوصًا خارج المنزل.

ويفسر الباحث عدم وجود فروق بين الأطفال (ذكور – إناث) في أنماط التعلق سوى نمط التعلق القلق إلى طبيعة العلاقة السائدة بين هؤلاء الأطفال ومقدمي الرعاية؛ بل إن أساليب المعاملة الوالدية تجاه الأبناء يؤثر بشكل كبير في سيادة أنماط التعلق، فيتساوى الجنسان في أسلوب المعاملة إلى حد ما؛ فيكون لهم نفس القدر من التعلق؛ حيث يسود التعلق الآمن بين الأطفال ومقدمي الرعاية في بداية حياة الطفل بشكل متساوٍ عند كل الأطفال، ثم تختلف أنماط التعلق غير الآمن (قلق – تجنبي– مقاوم) من طفل لآخر بعد ذلك حسب متغيرات بيئية متعددة؛ مثل ترتيب الطفل ونوعه والمستوى الاقتصادي والتعليمي لمقدمي الرعاية.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في نمط التعلق القلق وذلك في اتجاه الإناث؛ فيرى الباحث أنها تعود إلى التقرب الشديد للإناث من قبل مقدمي الرعاية بصفتهن أكثر حنانًا وليونة من الذكور، وبعد ذلك يشعر الإناث بالخوف والتوتر من الابتعاد عن مقدمي الرعاية؛ فيتكون لديهن دون الذكور نمط قلق من التعلق ويرفضن الاقتراب من الآخرين نتيجة توقعاتهن السلبية عن ذواتهن وعن الآخرين، وخصوصًا أن هؤلاء الأطفال يرون أن الآخرين لا يبدون اهتمامًا بهم؛ رغم رغبتهم الشديدة في التقرب والتفاعل معهم.

نتيجة الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أنه تسهم أنماط التعلق في التنبؤ باضطراب الصمت الانتقائي، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معادلة الانحدار للكشف عن القدرة التنبؤية لأنماط التعلق باضطراب الصمت الانتقائي.

جدول رقم (٩) يعرض لتحليل انحدار أنماط التعلق المنبئة باضطراب الصمت الانتقائي

المتغيرات المنبئة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الارتباط	مربع الارتباط
نمط التعلق الآمن	الانحدار	٢٥١.٦٩	١	٢٥١.٦٩	٧.٠٨٩	٠.٠١١	٠.٣٦٥	٠.١٣٤
	الخطأ	١٦٣٣.١١	٤٦	٣٥.٥٠				
نمط التعلق القلق	الانحدار	٣٧٤.١٣	١	٣٧٤.١٣	١١.٣٩٢	٠.٠٠١	٠.٤٤٦	٠.١٩٨
	الخطأ	١٥١٠.٦٨	٤٦	٣٢.٨٤				
نمط التعلق التجنبي	الانحدار	٣٠١.٣٧	١	٣٠١.٣٧	٨.٧٥	٠.٠٠٥	٠.٤٠٠	٠.١٦٠
	الخطأ	١٥٨٣.٤٣	٤٦	٣٤.٤٢				

يتضح من الجدول (٩) أن أنماط التعلق (الآمن والقلق والتجنبي) تتنبأ باضطراب الصمت الانتقائي، ويعرض الجدول (١٠) لحجم إسهام أنماط التعلق المنبئة باضطراب الصمت الانتقائي.

جدول (١٠) يعرض لنسبة إسهام أنماط التعلق المنبئة باضطراب الصمت الانتقائي

المتغير	ثابت الانحدار	المعامل	الوزن	قيمة	مستوى	إسهام

	المعامل البنائي B	قيمة ت	مستوى الدلالة	البنائي B	النسبي بيتا	(ت)	الدلالة	المتغير
نمط التعلق الآمن	٥٩.٥٤	٢٠.٢٥	٠.٠٠١	١.٠٢	٠.٣٦٥	٢.٦٦	٠.٠١	%١٣.٤
نمط التعلق القلق	٤٤.٧٨	١٩.٣٧	٠.٠٠١	١.٣٦	٠.٤٤٦	٣.٣٧٥	٠.٠٠١	%١٩.٨
نمط التعلق التجنبي	٤٦.٠٣	٢٠.٨٦	٠.٠٠١	١.٣٠	٠.٤٠٠	٢.٩٦	٠.٠١	%١٦

يتبين من الجدول (١٠) أن أكثر الأنماط تنبؤًا باضطراب الصمت الانتقائي هو نمط التعلق القلق بنسبة إسهام (١٩.٨%)، يليه نمط التعلق التجنبي بنسبة إسهام (١٦ %)، يليه نمط التعلق الآمن بنسبة إسهام (١٣.٤%).

اتفقت نتيجة الدراسة الراهنة مع نتيجة دراسة كولي وفان وكول (Cooley, Van & Cole, 2010) التي توصلت إلى أن أنماط التعلق الوالدي من أكثر المتغيرات النفسية التي تنبئ بطبيعة التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد، وحيث إن العلاقات مع الوالدين عادة ما تشكل نموذج العلاقات الاجتماعية الأول في حياة الفرد فإن الخبرات الأولى مع الوالدين تؤثر بشكل كبير على طبيعة العلاقات مع الآخرين، بينت نتائج ريمسكميدت وآخرين (Remschmidt et al., 2001) التي تابعوا فيها ٤٥ حالة سريرية لاضطراب الصمت الانتقائي لمدة ١٢ عامًا؛ أن السلوك التعويضي داخل الأسرة الأساسية، وأسلوب الأبوة المنحرف، والاضطرابات النفسية داخل الأسرة، والاكتئاب أو المزاج المزعج؛ تعد مهمة في التنبؤ بمستوى اضطراب الصمت الانتقائي.

فالتعلق الآمن هو دليل قوي على تطور المهارات الاجتماعية في التعامل مع الأقران والثقة بالنفس وبالقدرة في التعامل مع الآخرين، وذلك في حالة ثبات التعلق عبر

مراحل النمو؛ بينما التعلق القلق يعتبر منبئ بنقص المهارات الاجتماعية؛ حيث إنه يقود الفرد إلى الانسحاب والقلق والخجل؛ أما التعلق التجنبي فهو يؤدي إلى الميل للعدوانية والانحراف والتنمر (Richters & Waters, 1991; Thompson, 1999).

وترى تام وكاسيرو وتولفيستي (Tamm, Kaseru & Tulviste, 2014) أن الأفراد ممن يمتلكون مستويات عليا من التعلق الآمن يظهرون مستويات عالية من الثقة بالنفس والقدرة على التواصل مع الآخرين لأن طبيعة علاقاتهم السليمة والطبيعية مع آبائهم وأمهاتهم تؤدي بهم لتطوير المهارات الاجتماعية الضرورية من أجل القدرة على التواصل والانسجام في السياقات الاجتماعية المختلفة.

كما أن فقدان الشعور بالأمن هو السبب الرئيس للقلق، وأن هذا الشعور ناجم عن عدم تواجد الشخص المتعلق به عند الحاجة إليه، فالقلق يعتبر الاستجابة الأولية والطبيعية للانفصال عن الشخص المتعلق به (Bowlby,1973)، حيث تسهم أنماط التعلق في تطور الاضطرابات النفسية المختلفة؛ حيث دلت نتائج بعض الدراسات أن ذوي نمط التعلق غير الآمن يظهرون قدرًا أكبر من السلوكيات غير الاجتماعية والاضطرابات الانفعالية والأفعال القسرية من نظرائهم في العمر من ذوي نمط التعلق الآمن (Rosenstein& horowitz, 1996, 244, 253) ووفقاً "لماكلينسر وشيفر" (miculincer & shaver, 2007) فإن الأطفال ذوي التعلق غير الآمن أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية في مرحلة البلوغ من أقرانهم ذوي التعلق الآمن، وظهر تأثير التعلق علي تطور الطفل المعرفي؛ حيث تبين أن الأطفال المصنفين ضمن النمط الآمن يشتركون في نشاطات رمزية، ويظهرون إشارات مبكرة لإدراك وجود الأشياء أكثر من أقرانهم المصنفين ضمن النمط التعلقي غير الآمن (Pastor, 1981).

وتعتمد نظرية بولبي علي توضيح مراحل تطور العلاقة التي تم توضيحها لأول مرة في نظريته وهي مرحلة القاعدة الآمنة تقع ما بين (١٨ –١٢) شهراً، وفيها يستخدم

الطفل علاقاته القوية مع القائمين برعايته كقاعدة أمنية للتعامل مع الغرباء واستكشاف العالم الخارجي؛ فيعود إليهم إذا حس بالخطر، وكلما زاد قربه من عائلته كلما زاد إحساسه بالأمان، وهذه المرحلة يمكن من خلالها معرفة أي اختلال يحدث للطفل من خلال مقارنة سلوكه بهذه المراحل (Sadock, Sadock & Ruiz , 2005, 140).

وتوصلت إينسورث إلى أن الأطفال الذين يتعلقون تعلقاً آمناً تتاح لهم حرية الحركة ويستكشفون عالمهم بثقة وثبات وشجاعة؛ أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقاً غير آمن؛ يكونون أكثر قلقًا مما يشكل لديهم عائقًا نفسيًا يعوق اكتشافهم لعالمهم، ويزعزع ثقتهم بنفسهم، فالأطفال الذين يتعلقون تعلقًا آمنًا يميلون إلي أن يكونوا أكثر شعبية وأكثر كفاءة اجتماعية وأكثر إيجابية مع أقرانهم؛ أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا غير آمن فيكونون أكثر عدوانية وأقل كفاءة اجتماعية، ولديهم مشكلات سلوكية أكثر من أقرانهم الآمنين، والأطفال الذين يتعلقون تعلقًا آمنًا يكونون أكثر قدرة علي حل مشكلاتهم بثقة وثبات، أما الأطفال الذين يتعلقون تعلقًا غير آمن فيكونون غير مبالين بالآخرين (Water & Weinfield 2000, 678).

فالتدليل المفرط من جانب الوالدين لطفلهما يعد من أهم أسباب خجل الطفل الشديد، مثل عدم سماح الأم لطفلها بأن يقوم بالأعمال التي أصبح قادرًا عليها، فالمعاملة المتميزة والدلال المفرط للطفل من جانب والديه إذا لم يقابلهما نفس المعاملة خارج المنزل، سواء في الشارع أو الحي أو النادي أو المدرسة ؛ فغالباً ما يؤدي ذلك إلى شعور الطفل بالخجل الشديد، خاصة إذا قوبلت رغبته بالصد وإذا عوقب على تصرفاته بالتأنيب والعقاب والتوبيخ، كما أن استخدام أساليب القسوة واللوم المتكرر والشدة الزائدة على الطفل في أن يكون مهذبًا، والإفراط في توجيهه وإرشاده أو نبذه بالقول أو بالفعل أو إهماله؛ يولد لديه انعدامًا في ثقته في نفسه، وبالتالي يواجه المواقف والآخرين بالامتناع عن الحديث والكلام (سوسن شاكر، ٢٠١٥، ١٦-١٧).

يرى الباحث أن أنماط التعلق التي تتكون في مقتبل حياة الطفل الصغير تؤثر بشكل عام على حياته في جميع المجالات، وخاصة في الناحية الاجتماعية؛ بل يمتد تأثيرها لمختلف مراحل عمر الطفل وتصيبه ببعض الاضطرابات النفسية، فاضطراب الصمت الانتقائي كاضطراب نفسي يظهر خلال الأيام الأولى من تفاعله مع العالم الخارجي؛ حيث يترك الطفل مصدر الأمان والرعاية والدعم ويختلط بمصادر أخرى؛ مما يجعله يمتنع أحيانًا عن الحديث والتفاعل مع الآخرين خارج المنزل لفقدانه مشاعر الاحتواء والدعم والتشجيع والاطمئنان، فالتعلق الآمن يزيد من ثقة الطفل بنفسه، ويوفر له فرص التفاعل الإيجابي مع الآخرين، وينمي كفاءاته الاجتماعية داخل وخارج المنزل، ويزداد تقديره لنفسه؛ بينما التعلق غير الآمن (القلق – التجنبي – المقاوم) يولد لدى الطفل مشاعر التردد والخوف والخذلان وعدم الارتياح في العلاقات؛ بل يتجنب الطفل التقرب من الآخرين، ويصف نفسه بصورة سلبية، وأحكامهم عن الآخرين تتعلق بالشك وعدم الثقة وأقل تقديرًا لمشاعر الآخرين، ويكونون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والسلوكية.

لذا فإن أنماط التعلق تسهم بشكل كبير في التنبؤ باضطراب الصمت الانتقائي وفقًا لنتائج الدراسة الراهنة، حيث تتنبأ أنماط التعلق غير الآمن (التعلق القلق– التعلق التجنبي) بشكل إيجابي باضطراب الصمت الانتقائي، فنمط التعلق القلق أكثر الأنماط تنبؤًا باضطراب الصمت الانتقائي يليه نمط التعلق التجنبي، فلو تكَّونت لدى الطفل أنماط غير آمنة؛ كان الطفل أكثر انفصالًا عن البيئة من حوله، وامتنع عن التواصل والتقرب من الآخرين، ويزيد احتمال تعرض الطفل للمشكلات اللاتكيفية مثل اضطراب الصمت الانتقائي، كما يأتي نمط التعلق الآمن في المرتبة الأخيرة من حيث التنبؤ باضطراب الصمت الانتقائي؛ حيث يتنبأ نمط التعلق الآمن بشكل سلبي باضطراب الصمت

الانتقائي، فكلما تكَّون لدى الطفل نمط آمن كلما كان الطفل أكثر كفاءة اجتماعية وتواصلًا مع الآخرين في البيئة المحيطة، وأكثر تقديرًا لذاته.

مقترحات الدراسة:

١- نمط التعلق الآمن وعلاقته بمهارات الصداقة والتسامح والثقة بالنفس لدى عينة من الراشدين.
٢- الخجل واضطرابي الرهاب الاجتماعي والصمت الانتقائي (دراسة إكلينيكية).
٣- أنماط التعلق وأساليب المعاملة الوالدية في علاقتهم بالتنمر المدرسي.
٤- أنماط التعلق كمنبئات ببعض اضطرابات الشخصية.

توصيات الدراسة:

١- محاولة التشخيص الفارق بين حالات الخجل الاجتماعي واضطراب الصمت الانتقائي.
٢- تدريب الوالدين والمعلمين على التدخل السلوكي لحالة الطفل؛ لمنع وتخفيف القلق المرتبط بالمحيط خارج المنزل.
٣- تدريب المعلمين في المدارس على استراتيجيات الاتصال الشفوي داخل الفصل من منظور وقائي.
٤- عدم تعزيز الاستجابات غير اللفظية للطفل داخل وخارج المنزل (المدرسة والمواقف الاجتماعية).
٥- دعوة الأطفال للتحدث بدلًا من انتظارهم لبدء التحدث.
٦- إنشاء أنشطة جماعية صفية داخل المدارس تتضمن الرد اللفظي والتحدث.
٧- الاضطراب أكثر انتشارًا في مرحلة دخول المدرسة؛ لذا يرجى إعداد الطفل للانتقال إلى المدرسة (دخول الحضانة).

قائمة المراجع:

ابتسام أحمد (٢٠١١). *التعلق الآمن بالأم وعلاقته بالخوف الاجتماعي* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الزقازيق.

أمال أباظة (٢٠٠٣). *اضطرابات التواصل وعلاجها*. مكتبة الأنجلو المصرية .

أنس محمد؛ رياض العاسمي (٢٠١٦). التعلق بالأقران وعلاقته بالتعاطف الوجداني لدى عينة من طلبة الماجستير في كلية التربية جامعة دمشق. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، ٣(١)، ١٧٠-١٩٥.

أوتوفينخيل (١٩٦٩). *نظرية التحليل النفسي في العصاب (ترجمة صلاح مخيمر؛ عبدة ميخائيل، مترجمين)*. مكتبة الأنجلو المصرية.

حنان المالكي (٢٠١٠). أنماط التعلق لدي الراشدين وعلاقتها بفاعلية الذات والمهارات الاجتماعية. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، ٤(٣)، ٢٠٣ .

حورية مزيان؛ فتحية كركوش (٢٠١٣). التعلق، مفهومه، أنماطه، وتأثيره على شخصية الفرد. *المجلة الجزائرية للطفولة والتربية*،٤(٤)، ٢٣٩- ٢٦١.

خديجة مباركي؛ محمد بوفتاح؛ باهي سلامي (٢٠١٧). بناء مقياس لأنماط تعلق الراشدين. *مجلة العلوم الاجتماعية*، ٢٤، ٤-٢٥.

خلود صابر (٢٠١٣). *العلاقة بين كل من التعلق غير الآمن والنزعة غير التوافقية نحو المثالية والأعراض الاكتئابية في ضوء متغير الجندر (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة القاهرة.

رضا محمد (٢٠١٥). *التدريب على الالعاب التعليمية وتأثيره في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الدول العربية.

عادل فيصل (٢٠١٥). *أنماط التعلق وعلاقتها بدافعية الإنجاز الأكاديمي والتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية في منطقة القدس (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة اليرموك.

عبدالعزيز الشخص (١٩٩٧). *اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها-تشخيصها-أنواعها-علاجها)*. مكتبة الأنجلو المصرية.

غفران شهدان؛ زهراء داخل؛ زينب ناظم (٢٠١٧). *أنماط التعلق لدي المراهقين في المدارس المتوسطة بمركز محافظة القادسية (رسالة دكتوراة غير منشورة)*. جامعة القادسية.

قحطان الظاهر (٢٠١٠). *اضطرابات اللغة والكلام*. وائل للنشر.

كوثر السحلوت (٢٠١٦). *أنماط التعلق لدى أطفال الروضة وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية مع الأقران (رسالة ماجستير غير منشورة)*. الجامعة الأردنية.

ليلى كرم الدين (٢٠٠١). دور الأسرة في بناء شخصية الطفل وتنميته. *مؤتمر عين شمس*، ٢٩ يونيو.

محمد حسن (٢٠١٥). أنماط التعلق وعلاقتها بكل من الذكاء والإبداع الوجداني لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٤١، ١٣٣- ٢٢٢.

مدوري يمنة (٢٠١٥). إشكالية التعلق لدي الطفل. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، ١٣، ٦٦-٨٠.

مريم خلف (٢٠٠٥). *أنماط تعلق المراهقين بالوالدين وعلاقتها بالسلوك العدواني، (رسالة دكتوراه غير منشورة)*. الجامعة المستنصرية.

مظهر العبيدي؛ حسين الساعدي (٢٠١٥). التعلق الآمن وعلاقته بالتفاعل الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، *مجلة ديالي* ،٦٦، ٥٣٢-٥٥٥.

ندى الطوايعة، رافع الزغول (٢٠٢٠). القدرة التنبؤية لأنماط التعلق الوالدي بالمهارات الاجتماعية لدى طلبة الصف العاشر. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*، ٢٨ (٤)، ٦٠٩ : ٦٣٣.

هادي وريكات؛ عادل طنوس (٢٠١٧). أنماط التعلق وعلاقتها بقلق المستقبل لدى الأطفال في دور رعاية الأيتام. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*، ٢٦(٢)، ٤٣٩- ٤١٦.

هناء الذهبي (٢٠١٧). بناء مقياس الصمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (٥٢)، ٣٧٩ – ٤٠٤.

هنادي عبدالوهاب (٢٠٠٠). *أنماط التعلق وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية في مرحلة الطفولة المتأخرة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. الجامعة الأردنية .

هيثم ضياء الدين (٢٠٠٦). *أنماط تعلق الراشدين السابقة في فترة طفولتهم وعلاقتها بتعلقهم بالجماعة الاجتماعية حاضراً (رسالة دكتوراه غير منشورة)*. الجامعة المستنصرية.

ياسمين حداد (٢٠٠١). أنماط التعلق وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي اليومي والتكيف النفسي لطلبة جامعيين. *دراسات العلوم التربوية*، (٢)، ٤٥٦– ٤٧٩.

يوسف قطامي (٢٠١٤). *مشكلات طفل الروضة النمائية والسلوكية*. دار الأعصر العلمي.

Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1953). *Research strategy in the study of mother-child separation*. Courrier de la Centre International de l'Enfance.

Ainsworth, M. (1993). *A psychological study of strange situation, Hillsadale*. Larwrenes Eolballm Associates.

Ainsworth, M. (2003). *Clear communication and communication deviance among parents of siblings with and without learning disabilities. Publishing (Ph.D)*. Simon Fraser University.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington DC.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed*). Washington DC.

Anstendig, K. (1998). Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980-1996. *Psychotherapy*, 35, 381–390.

Barterian, J. (2015). *Fluoxetine forthe treatment of selective mutism with elevated social anxiety symptoms : a nonconcurrent multiple baseline design across five cases (Doctoral dissertation).* Michigan State University.

Bergman, L. (2012). *Selective Mutism Questionnaire*. Oxford University Press

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. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.003.

Bergman, L., Keller, M., Piacentini, J., Bergman, A. (2008). The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37, 456- 464.*

Bergman, R., Piacentini, J., McCracken, J. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946.

Bilikiewicz, A. (2007). *editor Psychiatria podrecznik dla studentów medycyny (3rd ed)*. Warsaw: PZWL Medical Publishing.

Black, B, Uhde, T. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34(7), 847–856.

Blum, E. (2004). Understanding selective mutism: a guide to helping our teachers understand.selective mutism group childhood anxiety ،*Network*, (215) 887-5748.

Bowlby , J. (1988). *A secure base :Clinical applications of attachment theory*. Routledge.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. Basic Books.

Bowlby, J. (1978). Attachement et perte, PresseUniversitaire de France, Paris.

Bruce, D. (2013). Bonding and Attachment in Maltreated Children, *The Child Trauma Academy*, 1-10. www.ChildTrauma.org.

Busse,R. & Downey, J. (2011). Selective mutism a three thiered approach to prevention and intervention contemporary School Psychology.15. 53-63.

Buzzella,B., May, J. & Pincus, D. (2010). Comorbidity and Family Factors Associated with Selective Mutism, *Child Development Research* , 1-9. https://doi.org/10.1155/2011/909508.

Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. The Professional Counselor: Research and Practice, 1,(1), 46-56.

Cline, T. & Baldwin, S. (1994). *Selective mutism in children*. San Diego, CA: Singular.

Cohan, S., Chavira, D., & Stein, M. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085–1097.

Coiffman, S. (2002). *Characteristics of selective mutism, Evidence for an anxiety erlated etiology (Proquest Dissertations and theses Section*). Florida Carlos Albee University.

Compare, A., Zarbo, C., Brugnera, A., et al .(2017). Structural analyses of members' relationships in a selective mutism family: a single case study. *Adv Psychol Res*, 127, 201–215.

Connolly, S.D.; Suarez, L.; Sylvester, C.(2019). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Curr. *Psychiatry Rep*, 17-52. Available online:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

Cooley, E., Van Buren, A. & Cole, S. (2010). Attachment styles, social skills, and depression in college women. *Journal of College Counseling*,13, 50- 65.

Cunningham, E. McHolm, A. Boyle, M. (2008). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 74–81.

Driessen, J., Blom, J., Muris, P., Blashfield, R.& Molendijk, M. (2020). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta‐analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 330–341.

Evelyn, K., Cesar, R., Paige, S. (2019). Variations in Parent and Teacher Ratings of Internalizing, Externalizing, Adaptive Skills, and Behavioral Symptoms in Children with Selective Mutism, International Journal of Environmental Research and Public Health Res. *Public Health*, 16(4070), 1- 15.

Fraley, R., & Spieker, S. (2003). Are Infant Attachment Patterns Continuously or Categorically Distributed? A Taximetrics Analysis of Strange Situation Behavior. *Developmental Psychology*, 78, PP . 387-404.

Giddan, J., Milling, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 8(1), 19–36.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Heiser, N., Turner, S., Beidel, D., Roberson, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *J. Anxiety Disord*., 23, 469–476.

Kearney, C., Vecchio, J. (2007). When a child won't speak. *J. Fam. Pract*., 56, 917–921

Keeton, C., Budinger, M. (2012). Social phobia and selective mutism. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin.*, 21, 621–641.

Kehle , Thomas J. & at . al ,(2004): Selective Mutiusn . Atrimer for Parents and Educators, university of Connecticut.

Kenny, M. (1994). Guality and corrhats of parental attachment among late adolescents. *journal ofcounseling's development*,13, 130-139.

Klein, E., Ruiz, C., Morales, K. & Stanley, P. (2019). Variations in Parent and Teacher Ratings of Internalizing, Externalizing, Adaptive Skills, and Behavioral Symptoms in Children with Selective Mutism ,*Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(21), 1- 15. https://doi.org/10.3390/ijerph16214070.

Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.

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

Kratochwill, T. (1981). Se*lective mutism: Implications for research and treatment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Krysanski, L. (2003) A brief review of selective mutism literature. *J Psychol*., 137, 29–40. doi: 10.1080/00223980309600597

Krysanski, V. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137, 29-40.

Leonard H., Dow S.(1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 695–707.

Leonard, H., & Dow, S. (1995*). Selective mutism*. In S. March (Ed.), Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Greenwood.

Letamendi, A., Chavira, D., et el. (2008). Selective mutism questionnaire: measurement structure and validity. *Journal of the American academy of child & Adolescent psychiatry*, 47(10)1197-1204.

Lindsey, B., Piacentini, J.& Mccracken, J. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a schoolbased sample. *J of the american academy of child &adolescent psychiatry*, 41(8), 938-946.

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., et al. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?, *Depress Anxiety*, 18(3),153–161.

Manassis, K., Tannock, R., Garland,. J., Minde, K., McInnes, A.& Clark, S. (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9) , 1187-1195.

Martinez, Y., Tannock, R., Manassis, K., Garland, E., Clark, S., McInnes, A. (2015). The teachers' role in the assessment of selective mutism and anxiety disorders. *Can J Sch Psychol*., 30, 83–101. doi:10.1177/08295735145663772.

Melfsen, S., Walitza, S.& Warnke , A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15 (2) , 111–117.

Meyers, S. V. (1984). Elective mutism in children: A family systems approach. *American Journal of Family Therapy*, 12(4), 39–45.

Middendorf, j. (2013). Selective mutism: assessment and intervention, cincinnati children's hospital. *medical center ohio speech-language and hearing Association* ،16(4), 20-37.

Mikulincer, M. & Shaver, P. (2007). *Attachment Patterns in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. Guilford Press.

Moldan, B. (2005). Selective Mutism and self – Regultion. *clinical , Clinical Social Work Journal volume*, 33(3), 291–307.

Mulligan, C. (2012). *Selective Mutism: Identification of Subtypes and Influence on Treatment*. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.

Muris, P. & Ollendick, T. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety dis-

order in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 151–169. DOI 10.1007/s10567-015-0181-y.

Noller, p. & feeney, T. (1994). Relationship Satis faction Attachment and Nonverbal Accuracy in early Marriage . *Journal Nonverbal Behavior*, 18, 199-221.

Nowakowski, M., Cunningham, C., McHolm, A., Evans, M. , Edison, S. et al. (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism, I*nfant and Child Development*, 18(3), 271-290.

Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T, Langsrud, Kristensen H. A (2014). randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child Adolesc Ment Health* ,19, 192–198. doi: 10.1111/camh.12045.

Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K. & 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.

Oerbeck, R. & Downey, J. (2014). Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53-63.

Omdal, H. & Galloway, D. (2008). Could Selective Mutism be Reconceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech?. An Exploratory Post-hoc Study. *Association for Child and Adolescent Mental Healt*, 13(2), 74-81. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00454.x.

Pastor, D. L. (1981). The quality of mother-infant attachment and its relationship to toddlers' initial sociability with peers. *Develop. Psychol*., 17, 326-335.

Priscilla, W. (2010). Selective Mutism A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(3): 23–31.

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.

Richters, J. & Waters, E. (1991). *Attachment and Socialization : The Positive Side of Spcial Influence*. In M. Lewis & S. Feinman (Eds) Social Influence and Socialization Infancy : NY .

Rosenstein, D. & Horowitz, H .(1996). Adolescence attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 244-253.

Rozenek, E., Orlof, W., Nowicka, Z., Wilczyńska, K. &Waszkiewicz, N. (2019). Selective mutism — an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg?. P*sychiatr. Pol. ONLINE FIRST*, 141, 1–17. DOI:https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/108503

Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2005). *concis textbooks of Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer Health.

Schwartz, R., Freedy, A. & Sheridan, M. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence?, *Clin Pediatr*, 45(1), 43–48. https://doi.org/10.1177/000992280604500107.

Standart, S. & Couteur, A. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 154-160.

Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 74, 45-60. 10.1016/j.jcomdis.2018.05.001.

Steenburg, H., Steenburg, S., Gillberg, C. & Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*., 14, 1163–1169.

Steinhausen, H. & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 35, 606–614. doi:10.1097/00004583-199605000-00015.

Tamm, A. Kaseru, K. & Tulviste, T. (2014). The role of family in adolescents' peer acceptance. *Journal of the International Association for Relationship Research*, 21, 420-432.

Thompson, R. (1999). *Early Attachment and Later Development* , In J. Cassidy., & P.R. Shaver (Eds) Handbook of Attachment . N.Y.

Tory, M. & Parritz, R. (2011). *Disorder if childhood Devolopment and Psychopathology*. Wadsworth Cengage Learning.

Valaparla, V., Sahoo, S. & Padhy. S. (2018). Selective mutism in a child with autism spectrum disorder: A case report and an approach to the management in such difficult to treat scenario in children. *Asian Journal of Psychiatry*, 36 , 39–41.

Vasilyeva, N. (2013). Elective mutism: psychoanalytic view of the problem. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 21, 208-225.

Verissimo, M., Santos, A., Fernandes, C., Shin, N. & Vaughn, B. (2014). Associations between Attachment Security and Social Competence in Preschool Children. *Merrill-Palmer Quarterly*,60(1), 80–99.

Viana, A., Beidel, D. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57–67.

Waters , E., Homiton , C. & Weinfied , N. (2000). The Stability of Attachment Secrity from in fancy to Adolescence and Early Adulthood , General Introduction , *child Delovopment* . 71(31), 678-683.

West, M. & Sheldon-Keller, A. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York, NY: Guilford Press.

Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM.(2006). Selective mutism: more than social anxiety? Depress Anxiety. ;23(3):117–123

Zarrella, I., Lonigro, A., Perrella, R., Caviglia, G. & Laghi, F. (2018). Social behaviour, socio-cognitive skills and attachment style in school-aged children: what is the relation with academic outcomes. *Early child development and care*, 1-12. DOI:10.1080/03004430.2016.1266486.

Zonash, R. & Iqbal, N. (2017). Perceived Parental Attachment Styles Predicting Self-Efficacy inAdolescents. J*ournal of Behavioral Sciences*, 27(1), 75- 94.