

فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري "دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية"

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة بعض الأعراض المرتبطة باضطراب الصمت الانتقائي لطفلة بالمرحلة الابتدائية، كما تهدف الدراسة إلى تعديل الظروف البيئية غير الملائمة، وإكساب الطفلة مهارات اللازمة للتعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، كما تهدف الدراسة الحالية إلى توعية القائمين على تربية الطفل بأهمية الاضطراب، من خلال بحث أسبابه وأعراضه المرضية وكيفية تشخيصية، استعانت الدراسة الحالية بمنهج دراسة الحالة حيث اقتصر عينة الدراسة على حالة واحدة لطفلة بالمرحلة الابتدائية عمرها (٨) سنوات تعاني من الصمت الاختياري تم تحويلها إلى العيادات النفسية بمركز النخبة الطبي الجراحي بمدينة الرياض. استعانت الدراسة ببعض الأدوات منها: استمارة دراسة الحالة، البرنامج العلاجي المقترح مُمثلاً في المقابلات الإكلينيكية والجلسات العلاجية السلوكية القائمة على التحصين المنهجي، التشكيل، التعزيز والنمذجة الذاتية، (إعداد: الباحثة)، استغرقت المقابلات العلاجية نحو (١٢ شهراً)، و توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف حدة الأعراض المصاحبة لاضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة وقدرتها على التفاعل الإيجابي مع مجتمع الأقران والبيئة الاجتماعية خارج المنزل.

الكلمات المفتاحية: الصمت الاختياري - دراسة حالة

Abstract

Title: " effectiveness of program in reducing selective mutism symptoms" a case study for child in praymairy school

Selective Mutism (S.M) Is A Relatively Rare Psychiatric Disorder That Appears To Be Over –Represented In Children. the Study aims at diagnosis of selective mutism and testing the effectiveness of suggested program in reducing selective mutism symptoms in a girl who are suffering from(s.m) and Describe Conditions Which Related With (S.M). The researcher used case study methoed represented in one girl in praymairy school suffering with (s.m) study Provided A Tool For The Diagnosis

Represented In Selective Mutism , case study form Of The Application (8) Years Old. therapeutic program By: Researcher. study Indicated That The Earlier A Child Is Evaluated And Treated For Selective Mutism, The Quicker The Response To Treatment, And The Better The Overall Prognosis. If A Child Remains Mute For Many Years

Selective Mutism Can Become A Difficult Habit To Break. Study also Indicated The Effectiveness Of The therapeutic program Therapy Sessions Which Included Shapping, Systematic Desensitization, Reinforcement ,shaping ,Self Modeling

Key Words: Selective Mutism, Case Study.

مقدمة:

يُعد الصمت الاختياري أحد اضطرابات الطفولة متعددة الأبعاد و النادرة في آن واحد حيث يُعد من الاضطرابات السلوكية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية والتكيف مع المحيط الذي يعيش فيه حيث يرفض الطفل الحديث مع أي شخص خارج نطاق الأسرة بل أنه قد يتجنب الحديث مع بعض الأفراد داخل الأسرة ذاتها، وأقرانه ويميل إلى العزلة والانطواء داخل المجتمع المدرسي، و يُصيب الاضطراب نحو ٢% من الأطفال والمراهقين أحياناً، كما يشيع اضطراب الصمت الاختياري بين الإناث بصورة أكبر من الذكور (١،٥ : ١) وغالباً ما يحدث ذلك الاضطراب قبل عمر الخامسة و عند الالتحاق بالمدرسة، إلا أنه غالباً ما يتم تشخيص الحالات من السابعة إلى الثامنة و بذلك قد يستمر الطفل يعاني من الاضطراب لمرحلة لاحقة إذا تأخر التشخيص والعلاج. سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠٢)(٢٠٠٢) *Lindsey BR, Bergman, R. et al, (2000)*; *wing (2010)*; *Piacentini J, McCracken JT (2002)*; *Kearney, C. (2010.11)* و يؤكد بلوم أن نحو ٧٠% من حالات الأطفال المتباكمون يتعرضون لإساءة التشخيص من جانب القائمين على رعاية الطفل. (*Shipon-* *Blum, 2007.5*) ومن ثم يلزم توعيتهم بذلك الاضطراب من حيث علاماته وأسبابه وكذلك الإجراءات العلاجية المختلفة المناسبة للطفل المتباكم.

حيث يتضح اضطراب الصمت الاختياري من خلال العديد من العلامات التي قد تبدو على الطفل المتباكم ومنها: فشل الطفل في الحديث خلال مواقف اجتماعية معينة- على الرغم من مقدرة الطفل على الحديث- بل على العكس فقد تكون لدية القدرة على

الحديث بطلاقة خلال الجلسات الأسرية ومع الوالدين، إلا أنه قد يحجم عن الحديث لعدم شعوره بارتياح تجاه بعض المواقف الاجتماعية، وقد سعت العديد من النظريات لتفسير ذلك الاضطراب الذي تكمن خطورته في تعميم الطفل لتلك الحالة على كافة المواقف التي يتعامل معها.

ويُصنف التباكم الانتقائي من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (*D S M- IV TR*) باعتباره أحد الاضطرابات التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة ذات البعد الاجتماعي *Category Of Disorders first Diagnosed In Infancy, Childhood, Or Adolescence* مع الأخذ في الاعتبار سلامة الطفل المُصاب بالصمت الاختياري عضوياً ولاسيما جهاز الكلام ويشير بعض علماء النفس إلى اضطراب الصمت الاختياري بوصفه أحد الأعراض المرتبطة بالخجل *Shyness* أو أحد علامات التوحد *Autism* وقد يكون مُصاحباً لقلق الانفصال *Separation Anxiety* حيث تشير بعض الدراسات إلى أن ٩٠% من هؤلاء الأطفال ذوي الصمت الاختياري يعانون من اضطراب القلق أو لديهم القابلية للإصابة بالقلق أو الرهاب الاجتماعي إلى حد أن أطلق بعض العلماء على ذلك الاضطراب أنه ينتمي للرهاب الاجتماعي *social phobia cousin*، ومنهم من يعانون من اضطرابات لغوية ولاسيما المُستقبلية أو التعبيرية *Receptive Or Abnormalities*. ونظراً لأن للاضطراب العديد من الآثار السلبية والتي تتمثل في عدم قدرة الطفل على التكيف والتفاعل داخل مجتمع الدراسة والإحجام عن المشاركة بفاعلية والتعاون مع الأقران، وتدنى الأداء الأكاديمي، والرغبة في التغيب عن المدرسة، ورفض المشاركة اللفظية بصورة مُطلقة حيث يؤدي اضطراب الصمت الاختياري إلى تعطيل مشاركة الطفل وتفاعله مع الآخرين، التبول اللاإرادي، تدنى تقدير الذات والعجز اللفظي وغير اللفظي. (*Segool,;Shariver,M.2011*); (*Vasilyeva,2013*)
Douglas,;Mark,S.1999);

لذلك فهناك حاجة مُلحة إلى إمام الآباء والمعلمين والقائمين على العملية التعليمية وتوعيتهم باضطراب الانتقائي الصمت الاختياري من حيث أهم مظاهره وعلاماته، أسبابه، كيفية تشخيصه، وأهم الأساليب العلاجية التي يمكن الاستعانة بها خلال التدخل العلاجي الفعال ولاسيما: أسلوب التحصين المنهجي *systematic desensitization* التشكيل *Shaping* التعزيز *Reinforcement* النمذجة الذاتية *self- modeling technique* وتضافر كافة جهود الأسرة والمنزل والمعالج النفسي لعلاج الطفل المتباكم.

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري لدى حالة طفلة بالمرحلة الابتدائية.

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النظرية من خلال التعرف على اضطراب الصمت الاختياري (*S.M (selective mutism)*) وإلقاء الضوء عليه حيث أن ذلك الاضطراب يكتنفه الكثير من الخلط والغموض و نظراً لندرة الدراسات العربية التي تناولت الاضطراب بصفة عامة وندرة البحوث الإكلينيكية بصفة خاصة، لذلك فقد سعت الدراسة الحالية إلى تناول أسباب الاضطراب وعلاماته وكيفية تشخيصه، ومدى أهمية توعية المعلمين بذلك الاضطراب والتشخيص المبكر بهدف التدخل وتقديم الدعم النفسي للأطفال المضطربين.

ثانياً: الأهمية التطبيقية: تسعى الدراسة الحالية إلى إعداد أداة تشخيصية لاضطراب الصمت الاختياري وملاحظة مظاهره وأعراضه المصاحبة والتأكيد على أهمية التشخيص المبكر بصورة صحيحة لحالات هؤلاء الأطفال المضطربين بالصمت الاختياري بهدف التدخل العلاجي المبكر لما لذلك من آثار إيجابية ترتبط بالتفاعل داخل غرفه الدراسة وتحقيق قدر أكبر من التوافق النفسي لدى هؤلاء الأطفال، فتأخر العلاج يترتب عليه العديد من الآثار السالبة، كما يمكن الاستفادة من الدراسة الحالية في الإرشاد الأسري وتوعية آباء وأمهات هؤلاء الأطفال.

مشكلة الدراسة:

يُعد اضطراب الصمت الاختياري أحد أهم الاضطرابات النفسية التي قد تُصيب الأطفال عند سن الخامسة وتظهر أعراضها بوضوح لدى الأطفال حديثي الالتحاق بالمدرسة حيث تصل نسبة المصابين به من الأطفال نحو ١%:٢% من الأطفال بالولايات المتحدة الأمريكية أو ما يقرب ٧ حالات بين ١٠٠٠ طفل (*Bergman, et al,2000,P.938*)؛ (*Lindsey BR, Piacentini J McCracken ,2002*)؛ (*Kearney,C.2010*)؛ (*Garcia, Freeman, Francis & Leonard, 2004*) وبذلك فهو يفوق في انتشاره إعاقه التوحد، في حين أكدت إحدى الدراسات أن الإصابة به قد تصل نحو ٢٧% من بين الأطفال الملتحقين حديثاً بالمدرسة إلا أن ٧٠% من الحالات يتم تشخيصها بصورة خاطئة. (*Blum,S.2007,5*)؛ (*Composano. 2011, 12*)؛ (*Bergman,R.Et*)؛ (*Lindsey b 938*)، سنوات 2002، *r.*، (٨:٧) حتى سن (٨:٧) سنوات (*Al,2000,939*)

و ينتشر الاضطراب بصورة أكبر بين الأطفال الإناث مقارنة بالأطفال الذكور. (Blum, 2007) (Vasilyeva, N.2013); (Busse, R. T. Downey, J.2011, 53); Shipon-٠ ,

ونظراً لما لاضطراب التباكم الانتقائي من آثار سلبية على الطفل وأسرته حيث يؤدي إلى إجماع الطفل عن الحديث اللفظي بصورة مطلقة خلال بعض المواقف الاجتماعية خارج المنزل أو داخله أحياناً، ولاسيما داخل المدرسة مما يؤدي إلى ضعف الأداء الأكاديمي *Poor School Performance* لدى الطفل ويؤهله إلى تنامي التجنب الاجتماعي *Avoiding Social Interactions* و يُكرس للعزلة الاجتماعية *Social Isolation*، (Shriver, M.S; Segool, N.2011) كما قد يُصاب الصمت الاختياري ظهور بعض العلامات المرضية كالإمساك اللاإرادي *Enuresis* مشكلات في الكلام والشذوذ اللغوي *Speech And Language Abnormalities*، عجز الطفل عن التعبير عن رغباته، ظهور بعض الأعراض الاكتئابية و قد يصل الأمر لأصابه الطفل بمتلازمة اسبرجر *Aspersers' Disorder* وذلك وفقاً لشدة الاضطراب.

ونظراً لغموض اضطراب الصمت الاختياري وتشابكه مع العديد من الاضطرابات النفسية التي قد تنتاب الطفل، مما يؤدي إلى إخفاق القائمين على التشخيص لحالة الطفل في التشخيص أو تأخر التشخيص إلى حد قد يصفه البعض باعتباره إعاقه توحده *Autism* (Angela, E, Etal, 2005) فتتفاقم حالة الطفل ويصبح أقل استقلالية خلال المراحل النمائية التالية (stone et al)، 2002 كما يصبح التدخل العلاجي عديم الجدوى، ويؤدي في بعض الحالات العميقة إلى اتجاه الفرد للإدمان، والعجز عن العمل، وقد ينتهي الأمر بمحاولات انتحارية. (Esther Blum, s.2007) (B. Hess ،) ومن هنا كانت الحاجة ملحة لإلقاء الضوء حول هذا الاضطراب وتفسير أسباب حدوثه وأهم الأساليب العلاجية التي يمكن من خلالها التغلب على الاضطراب، لذا تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: -

- ما مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب الصمت الاختياري لدى حالة طفلة مضطربة بالمرحلة الابتدائية؟

وللإجابة على التساؤل الرئيس هناك بعض التساؤلات الفرعية كما يلي:

١- ما التاريخ المرضي لحالة طفله (٨) سنوات تعاني من الصمت الاختياري؟

٢- ما الأسباب والعوامل المسببة لاضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة؟

٣- ما أهم الأعراض الشائعة للصمت الاختياري لدى الطفلة من خلال المقابلات الإكلينيكية؟

- ٤- ما أهم المعايير التشخيصية المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري لحالة الدراسة؟
- ٥- ما السمات الانفعالية للطفلة المضطربة بالصمت الاختياري؟
- ٦- ما الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي المقترح؟

مصطلحات الإجرائية للدراسة:

تتمثل المصطلحات الإجرائية للدراسة في:

- الصمت الاختياري *selective mutism*: تعرفه الباحثة بإحجام الطفلة عن الحديث عمداً خلال مواقف اجتماعية معينة دون غيرها ويُعبر عنه من خلال الدرجة التي تحصل عليها الطفلة باستخدام مقياس الصمت الاختياري. (إعداد: الباحثة)
- دراسة الحالة *Case Study*: وتُعرف الباحثة دراسة الحالة بوصفها تحليل تجريبي لمشكلة نفسية يستوجب تشخيصها بهدف محاولة إيجاد حلول لها واستنباط قواعد ومبادئ تطبيقية لاستعمالها وتوظيفها في حالات مرضية مماثلة.

الإطار النظري:

أولاً: الصمت الاختياري *Selective Mutism (S.M)*. ويُعد اضطراب الصمت الاختياري أحد الاضطرابات النادرة التي تُصيب الأطفال وتتنمي لاضطراب القلق *Anxiety Disorder*، ويتميز بعدم قدرة الطفل على الحديث خلال مواقف اجتماعية بعينها وقد عُرف مصطلح الصمت الاختياري عام ١٨٧٧م على يد الطبيب الألماني كوسماول *Kussmaul* بوصفه إياه بالافيزيا أو الحيسة الكلامية *Aphasia* ووصف الطبيب الإنجليزي تارنر *Trainer* علاماته عام 1934 م من خلال عدة حالات مُصابة بالتباكم أُطلق عليه الصمت الاختياري *Elective Mutism* وعرفه بوصفه اضطراب يصيب الأطفال الذين يرفضون الحديث أمام الجميع ولكن يتحدثون لعدد محدد من الأفراد فقط واستبعد تارنر حالات التباكم المصاحبة للإعاقات كفقدان السمع وفقدان القدرة على الكلام والتوحد وكذلك الفصام وذلك من خلال ملاحظته للعديد من حالات الأطفال المضطربين، وأول من كتب عنه كاتر *kanner* عام ١٩٣٤م (١٩٨٠). *Toreyl. Hayden* مصطلح الصمت الانتقائي *"Elective Mutism Delroy"*، (M.1987,1043)

وسُمي هذا الاضطراب أيضاً بمسميات عدة مثل: رهاب الكلام *Speech Phobia* خجل الكلام *"Speech Shyness"* الصمت النفسي *"Psychological Mutism"* وغيرها من المصطلحات ومنها: تباكم المواقف النوعية *Situation Specific Mutism* كما عُرف بالتباكم الوظيفي *Functional Mutism* والتباكم الانتقائي *Elective Mutism* إلى أن تم تعديله إلى مصطلح الصمت الاختياري في ١٩٩٤م وتم اعتبار

هذا هو المصطلح النهائي لهذا الاضطراب لكونه يدل على أن الصمت سلوكاً متعمداً وإرادياً من جانب الطفل. (Kearney, C. 2010, 1). ; (Anstendig, Karin 1998)

(Black, B; Uhed, T, 1995)

وقد تناول العديد من الباحثين تعريف الاضطراب حيث يُعرفه الأشول (١٩٨٧، ٣١١) الخرس الانتقائي أو الاختياري في موسوعة التربية الخاصة بأنه حالة مرضية يرفض خلالها الفرد الكلام، وقد يبدو غير قادر على السمع والكلام معاً.

ويعرف عبد الحميد وكفاقي (١٩٩٠، ١٠٩٨ : ١٠٩٩) الصمت الانتقائي وفقاً لطبيعته وأسبابه على أنه اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة، يتميز بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية، بما فيها مواقف الدراسة، على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة.

ويعرفه حمودة (١٩٩١ : ٢٨١) بوصفه بكم اختياري يتميز بالرفض الثابت من الطفل للتحدث في واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية العظمى، مشتملاً المدرسة، برغم قدرته على فهم اللغة وقدرته على الكلام.

في حين يرى الشخص والدماطي (١٩٩٢) ; (موسى وآخرون (١٩٩٩ : ٨٦) في قاموس التربية الخاصة والصحة النفسية هذا المصطلح على أنه يعني البكم أو الخرس الاختياري.

ويعرفه جاكوبسين *jacobsen*، (T. 1995, 863) بوصفه أحد الاضطرابات النادرة التي تصيب الأطفال في مرحلة مبكرة وتتمثل في العجز عن الحديث خلال بعض المواقف الاجتماعية، ويرتبط الاضطراب بالعنف الأسرى تجاه الأطفال والنبذ والإهمال، وتهديد الأطفال بضرورة الالتزام بالصمت أحياناً.

وتُعرفه الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية هذا المصطلح باعتباره: اضطراباً يُصيب الأطفال وتصاحبه العلامات التالية: - فشل الطفل في الكلام بحيث قد يبدو غير قادر على السمع والتحدث - الخجل الزائد *excessive shyness* - الميل إلى العزلة وسيطرة المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي *social anxiety* (DSM-IV-TR, 2000, . 125)

من خلال التعريفات السابقة نجد أن هناك اختلافاً بين الباحثين في تحديد مصطلح مُوحد للتعبير عن الاضطراب حيث يُطلق عليه البعض الصمت الانتقائي في حين أطلق البعض مصطلح البكم الاختياري أو الخرس الاختياري والذي يُصنف الاضطراب ضمن فئة الإعاقات (الشخص; الدماطي، ١٩٩٢ : ١٦٢) إلا أن البكم لا يُعد مصطلحاً دقيقاً من وجهة نظر الباحثة، إذ أن الطفل قادر على الحديث خلال بعض المواقف ولا

توجد لدية مشكلات عضوية ترتبط بجهاز الكلام، وكما يرى سليمان. (٢٠٠٢) أنه يتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها: - أن رفض الكلام من قبل الطفل لا يكون دائماً ولكن تحت ظروف بيئية أسرية أو مدرسية معينة، وأن رفض الطفل للكلام قد يكون عمداً وعن قصد، كما قد يرتبط رفض الكلام بعطب نفسي أو "بالعطل النفسي" مما يدفع الطفل للتواصل أحياناً من خلال استخدام الإيماءات وأساليب التواصل غير اللفظية.

وقد يرجع إصابة الطفل باضطراب الصمت الاختياري للخجل الشديد *severe shyness*، وعلى الرغم أن الخجل يُعد أحد أهم أسباب الاضطراب حيث يتفاوت بين الأفراد ويُعد كسمة شخصية للأفراد العاديين فيميل الفرد للانتساب إلا أنه قادر على التفاعل مع كافة الأفراد بالمجتمع، ويختفي الخجل دون الحاجة إلى مساعدة نفسية. وهناك بعض أوجه الاختلاف بين الخجل والتباكم كما يتضح في الجدول التالي:

وجه الاختلاف	التباكم الانتقائي <i>S.M</i>	الخجل <i>Shyness</i>
الشخصية	مزدوج الشخصية <i>Dual Personality</i>	يُعد طفل طبيعي الشخصية
التفاعل مع المواقف	يتوقف تعامله مع المواقف المحيطة على الأفراد الذين يتعامل معهم	غالباً ما تسيطر عليه علامات الهدوء
الاستجابة اللفظية	لا يستجيب لفظياً عندما توجه إليه الأسئلة في كثير من الأحيان	يتفاعل لفظياً ويجب عن الأسئلة
تعبيرات الوجه	لا يبدي أي تعبيرات خلال المواقف المختلفة (يتميز بالوجه الجليدي)	تبدو على وجهه مشاعر المختلفة
التهيئة للتفاعل	يستغرق وقتاً طويلاً لتهيئته للتفاعل	يستغرق وقتاً أقل للتهيئة للتفاعل اللفظي

(Middendorf, J, 2013); (Slattery, 2015)

يؤكد الباحثين ارتباط التباكم الانتقائي بالمخاوف الاجتماعية (Steinhausen, H. et al. 2006) ويؤثر التباكم تأثيراً سلبياً على الطفل المضطرب حيث يدفعه إلى عدم المشاركة بالأنشطة الصفية داخل المدرسة، كما يؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي لدي الطفل وفي بعض الحالات المتقدمة من الصمت الاختياري *Progressive Mutism* قد يحجم الطفل عن التفاعل اللفظي حتى مع بعض أفراد الأسرة، وفي حالة إهمال الأسرة لتشخيص حالة الطفل أو تأخر التدخل العلاجي قد

يستمر الاضطراب مُصاحباً للطفل لسنوات، يكتفي خلالها بالتواصل من خلال كلمات قصيرة نعم - لا أو يتواصل من خلال إيماءات الوجه والتعبيرات أو من خلال استخدام بعض الإشارات. (wing,p.2010,23)

أسباب التباكم الإنتقائي لدى الأطفال:

- القلق الزائد إزاء الآثار السلبية للحديث: حيث يعتقد بعض الأطفال أنهم سيتعرضون للعديد من الآثار السلبية إذا تحدثوا، أو أن الآخرين سيسخرون منهم، أو أنهم يعتقدون أنهم لا يستطيعون التعبير عن ما يريدون بشكل جيد، أو خوفهم بان يتم تجاهلهم.
- معاناة الطفل للحزن أو الانسحاب الاجتماعي.
- المعارضة، التلاعب، أو السلوك العنيد *Oppositional, manipulative or willful behaviour*.
- قد يكتسب الطفل التباكم من خلال العوامل الوراثية لدى الآباء أو بفعل النمذجة *Modeling*. (Chavira, D. A, et al ٢٠٠٧)، (Black, B.; Uhde, T., ; (1995: 847-856)
- بعض الأطفال قد يرفضون التحدث عمداً قد يكون هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى نطاق واسع من التعزيز مثل الاهتمام المفرط من الآباء أو غيرهم لسلوك عدم الكلام فيعتقد الطفل انه يمكن أن يتجنب المدرسة وغيرها من الالتزامات من خلال رفض الكلام.
- اعتماد الطفل على الوالدين.
- التعرض للإيذاء الجسدي أو الجنسي. (Torey L,1980,118-133)
- سوء معاملة الطفل سواء بالإهمال أو النبذ.
- المخاوف الاجتماعية لدى الطفل والتي تؤدي إلى تجنبه هذا القلق المرتبط بالتفاعل الاجتماعي.
- فقدان عزيز أو التعرض لحادث ضاغط أو تعرض الطفل لعدة حوادث صادمة وليس حادث صادم واحد
- الخجل الزائد *Extreme shyness* والانسحاب (Jackson, M et al, C,2005, 81:111)
- التعزيز السلبي للطفل المضطرب *Negative Reinforcement* مما يدعم السلوك المضطرب لديه.

- معاناة الطفل لاضطرابات سلوكية قبل إلحاق الطفل بالمدرسة.

- اضطرابات معالجة معلومات حسية محدد *Trouble Processing Specific Sensory Information*

- قد يبدأ الاضطراب في المدرسة نتيجة مشكلات تعليمية.

- مشكلات في التواصل والنمو *Developmental And Communication Problems* ولا يُعد التباكم الانتقائي نتيجة لهذه المشكلات لكن من الجائز أن يكون مُصاحباً لها.

- تأخر نمائي *Developmental Delays*.

- الحماية الزائدة من الأسرة للطفل *over protection*.

- إلحاق الطفل بالمدرسة حديثاً. (عبد الحميد، كفاقي، ١٩٩٠، ١٠٩٩)

أعراض التباكم الانتقائي:

تتفاوت أعراض التباكم من طفل لآخر وفقاً لشدة الاضطراب لديه والتي قد تتضح فيما يلي: -

- الأعراض الجسمانية وتتضح من خلال: - توتر العضلات، والهز والرجفة، والتعرق، وسرعة التنفس، تسارع في دقات القلب، والغثيان، والدوار، واحمرار الوجه وغيرها من الأعراض التي تشبه نوبات الذعر *panic* وقد يصعب اكتشاف هذه الأعراض فكثيراً من الأطفال ذوي الصمت الاختياري لا يكشفون عن وجود هذه الأعراض لديهم.

- تدنى المهارات الاجتماعية لدى الطفل وإحجائه عن التواصل الاجتماعي: كالتشبث بالآباء، الاختباء أو الهروب أثناء التعامل مع الغرباء، البكاء، التجمد، و نوبات الغضب عندما يُطلب منه التحدث في الأماكن العامة.

- سيطرة أعراض القلق الاجتماعي *Social Anxiety Symptoms* حتى أن بعض الأطفال يمتنعون عن تناول الطعام أمام الآخرين داخل المدرسة، أو استخدام دورات المياه أحياناً. (Angela,E, etal 2005,11)

- تنتاب الطفل حالة من الوجوم والعبس *Blank Facial Expression* فلا يمكن أن يراهم معلموهم أو آباؤهم مبسمين.. ويمكنهم التعبير عن مشاعر عدم السعادة من خلال بعض الإيماءات وتعبيرات الوجه.

- الأعراض السلوكية: تجنب الطفل للتواصل البصري *Avoid Eye Contact* وغالباً ما يتجه نظر الطفل لأسفل.

- الوجه الجليدي أو المُقنع *Masked Facial Expression* و سيطرة علامات الحزن على الطفل أحياناً.

- قلة الطعام *Poor Eater* وقلة النوم (*Camposano, L. 2011*); (*Torey L, 1980, 118-133*)

- حساسية الطفل الزائدة تجاه البيئة المحيطة بالموقف التفاعلي الاجتماعي.

- يميل الطفل المتباكم إلى العزلة واللعب بمفرده وعدم المشاركة حتى في الأنشطة التي لا تعتمد على التواصل اللفظي. (*Angela, E, et al 2005, 11*)

- رفض الطفل المدرسة: هذا السلوك يدل على أن المشكلة شديدة تحتاج لمجموعة من العلاجات المقدمة من قبل الأخصائي النفسي والطبيب النفسي.

- إتيان الطفل للسلوك المضاد للمجتمع. (*Torey L, 1980, 118-133*)

- في حالة مصادقة الطفل المتباكم فإنه يميل إلى مصادقة عدد قليل من الأصدقاء ويتجاهل الآخرين.

- التقاعس المستمر عن الحديث والكلام في بعض المواقف الاجتماعية على الرغم من قدرته على التحدث في حالات أخرى و خلو الطفل من اضطرابات النطق والكلام وكذلك عدم معاناته من القصور المعرفي.

- ردود فعل المرتبطة بالصدمة فالأطفال الذين تعرضوا لصدمة نفسية في كثير من الأحيان يظهرون انسحاباً اجتماعياً وتعبيراً لفظياً أقل.

- قد تبدو علي بعض الأطفال علامات ترتبط بالوساوس القهرية *obsessive compulsive disorder* مصاحبة للتباكم. ، (*wing, p. 2010*) (24)

- استخدام الطفل السلوك التعويضي *Compensatory Behaviour*: أمثلة على ذلك: استخدام الإشارة- الإيماءات- الهمس في أذن الأب أو الأم- كتابة الكلمة في الهواء بالأصابع- إصدار أصوات مزعجة عالية- تعبيرات غير مكتملة مثل آه لكلمة نعم - ل- لكلمة لا- هز الرأس- الدوس على القدمين- الصفير. (*Angela, E, et al, 2005, 8*)

- ويسعى الطفل أحياناً إلى التخفيف من حدة القلق الاجتماعي المسيطر عليه بزيادة الاستجابة الاجتماعية أو الحسية تجاه الآخرين لتجنب الإحساس بعدم الكفاءة و تدنى مهارات التحدث لدية، وتظهر هذه السلوكيات في بداية الإصابة بالاضطراب وقبل عجزه عن الحديث ففي بعض الحالات يكون لدى الطفل قلق تجاه استجابة الآخرين تجاه صوته فيلجأ للعناق وطرق جسدية أخرى للتعبير عن مشاعره تجاه الأفراد المؤلفين بالنسبة له، بذلك يتجنب الحديث وإحلاله بوسيلة تواصل أخرى.

- دراسة الحالة *Case Study* :

تُعرف دراسة الحالة على أنها طريقة إجرائية تحليلية لمشكلة نفسية أو ظاهرة اجتماعية من خلال تحليل عميق للإحاطة بحالة معينة ودراستها دراسة شاملة. (Oon, 2010, 215) ،

- كما تُعرف بوصفها كل المعلومات الشاملة التي يتم جمعها عن الحالة وتنظيم المعلومات وربطها بهدف التشخيص الدقيق للحالة، ومن ثم تقرير الخدمة الإرشادية أو العلاجية اللازمة. (الشيخ، ٢٠٠٨، ١١٢-١١٣)

وتتمثل عناصرها في وصف الحالة الحاضرة، سرد المؤثرات السابقة ومراحل النمو المتعاقبة، الاتجاهات المستقبلية للحالة. (douglas: mark,1999,313)

وينبغي أن تتناول دراسة الحالة الجيدة معلومات وبيانات عامة عن الحالة، السمات الشخصية، الحالة الجسمانية للحالة، الحالة المعرفية للحالة، النواحي الاجتماعية والانفعالية، التطورات النمائية، النواحي العامة للحالة وأسلوب حياة الفرد. و قد أكدت العديد من الدراسات أهمية الاستعانة بأسلوب دراسة الحالة في التدخل العلاجي لحالات الصمت الاختياري.

(steinhausen,1996;zelenko,2000;oon,2010;vasilyeva,2013.

لما لذلك من فاعلية و إتاحة الفرصة للوقوف على أسباب الاضطراب و العوامل البيئية المؤثرة بصورة دقيقة متعمقة.

ولذلك اتخذت الدراسة الحالية أسلوب دراسة الحالة لملاءمته لموضوعها وفاعليته المتوقعة في تخفيف حدة الأعراض المرتبطة بالصمت الاختياري لدى طفلة بالمرحلة الابتدائية.

- التوجهات العلاجية المختلفة للصمت الاختياري :

تناولت العديد من النظريات النفسية والتوجهات النفسية الأساليب العلاجية التي يمكن الاستعانة بها في تخفيف حدة الأعراض المرتبطة بالصمت الاختياري ومنها: -

- أساليب علاجية تستند إلى نظرية التحليل النفسي *Psycho -Dynamic Therapy* :

تؤكد نظرية التحليل النفسي على أهمية التعامل مع حالات الأطفال ذوي الصمت الاختياري باعتبار كل طفل حالة فردية يجب أن يُراعى خلالها تاريخ الحالة المرضية و يرتكز العلاج بالتحليل النفسي على محاولة فهم الأحداث الماضية في حياة الطفل والصراع بين الطفل المضطرب والأسرة، لذا اهتمت النظرية بالعلاج الأسري كأحد أهم الأساليب العلاجية، والمقابلات العلاجية الفردية والعلاج الفردي باللعب *Individual Playing Therapy*. (Cohan, et al.,2006)

- العلاج الأسري *family Therapy*:

نظراً لأهمية دور الأسرة في اكتساب الطفل لاضطراب الصمت الاختياري فقد أكد بعض الباحثين دور التنشئة الأسرية *family socialization* في إكساب الاضطراب للطفل (Kumpulainen,2002). من خلال المحاكاة الخاطئة للآباء لذا فمن الضروري مشاركة الأسرة في العملية العلاجية، حيث تلعب الأسرة دوراً حيوياً في تحسن حالة الطفل المضطرب وتغلبه على القلق والتجنب، كما ينبغي التعاون بين أفراد الأسرة والمعلمين لتحقيق الأهداف العلاجية للبرنامج. (Busse,2011) ; (Cunningham,et al,2004) ; (Chavira,2007);

- أساليب علاجية تستند للنظرية السلوكية:

يتم من خلالها التعامل مع الأعراض المرضية للاضطراب والاهتمام بالعوامل البيئية المحيطة باستخدام العديد من الأساليب والفنيات النوعية كالتعزيز السلبي والإيجابي، النمذجة الذاتية، التحصين المنهجي وقد استعانت الدراسة الحالية بالعديد من الأساليب العلاجية التي تنتمي للنظرية السلوكية لما أكدته الدراسات السابقة من فعالية التحصين المنهجي والتشكيل والتعزيز في تخفيف حدة الأعراض المرتبطة بالصمت الاختياري.

البرنامج العلاجي المقترح:

ويهدف البرنامج بصفة عامة إلى: تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري لدى طفلة بالمرحلة الابتدائية.

الأهداف الإجرائية للبرنامج وتتمثل في:

- تشكيل مهارة التواصل غير اللفظي لدى الطفلة باستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه والإشارات.

- التفاعل الإيجابي باستخدام التواصل البصري والتواصل اللفظي الهامس.

- تشكيل مهارة التواصل اللفظي لدى الطفلة.

- الحديث مع مجموعات صغيرة داخل غرفة الدراسة.

- الحديث مع مجموعات كبيرة داخل غرفة الدراسة و إسباب الطفلة مهارة المواجهة للأعداد الكبيرة.

استعانت الباحثة بالعديد من الأساليب السلوكية منها: - التحصين المنهجي *systematic desensitization*: ويتم خلاله مواجهه الطفل المضطرب بالصمت الاختياري للمواقف التي يخشى التفاعل خلالها ومواجهتها ومن ثم فإنه يتجنبها، حيث يتم التواصل بصورة غير مباشرة مع الأفراد المثيرون للتوتر والقلق لديه ويتم تدريبه على التواصل من خلال الرسائل الهاتفية ومواقع التواصل الاجتماعي والمكالمات المسجلة والفيديوهات حيث يتم الانتقال التدريجي من موقف تفاعلي مثير للقلق إلى موقف آخر أكثر إثارة للقلق وبمصاحبه الاسترخاء *Relaxation* والتعزيز لكل خطوه انتهاء بالتواصل الإيجابي المباشر مع الأفراد المثيرون للقلق بالنسبة للطفل، ثم التواصل مع الأفراد الغرباء.

- التشكيل *shapping*: حيث يُعد التشكيل من أفضل الأساليب العلاجية التي يمكن استخدامها في بناء السلوك الإيجابي لدى الطفل بصورة تدريجية، حيث يتم تعزيز الطفل وحثه على الحديث والتفاعل الإيجابي مع الآخرين تدريجياً بدايةً من التواصل غير اللفظي كالإيماءات *gestures* حتى التفاعل بالصوت الخافت والهمس *whispering* انتهاءً إلى التواصل اللفظي الفعال مع الأقران ثم الغرباء.

- أسلوب النمذجة الذاتية *self- modeling technique* من خلال مشاهدة الطفل لمشاهد مصورة وفيديوهات لمواقف يتفاعل خلالها بايجابية داخل المنزل بهدف إسبابه الثقة بالنفس والإقتداء بها خلال المواقف التي يحجم عن التواصل خلالها.

- التعزيز الإيجابي *Positive Reinforcement* المصاحب لخطوات التحصين المنهجي.

وأكدت العديد من الدراسات النفسية أن الاتجاه التكاملي والذي يستند إلى العديد من الأساليب العلاجية يُعد الأفضل فاعلية. (Schum, 2002); (Jackson, 2005) لذا استعانت الدراسة بالعديد من الأساليب العلاجية.

الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدراسات السابقة اضطراب التباكم الانتقائي من حيث أسبابه، أهم العوامل المؤثرة فيه وسبل علاجه، ففي دراسة نمائية أجراها جاكوبسين (Jacobsen, 1995) باستخدام منهج دراسة الحالة تناولت حالة مراهق يعاني من الصمت الانتقائي منذ مرحلة الطفولة المبكرة حتى مرحلة المراهقة، وقد أدى التشخيص

المتأخر للحالة إلى الإصابة باضطراب الهوية التفسخي *Dissociative Identity Disorder* لدى المتباكم والتعرف على أسباب التباكم لدى الحالة حيث خلصت الدراسة أن العنف والإهمال والتهديدات المستمرة وحث الطفل على الالتزام بالصمت من أبرز الأسباب التي أدت إلى ظهور أعراض التباكم واستمرارها حتى مرجه المراهقة وتطورها وتفاقمها.

وتناولت دراسة شيرستوف (Christoph, H. 1996) التحليل الإكلينيكي لعينه قوماها (١٠٠) طفلاً ممن يعانون البكم الانتقائي وهدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أسباب البكم الانتقائي، حيث خلصت الدراسة إلى العديد من الأسباب المؤدية للاضطراب منها: - الهجرة *Migration*، مشكلات نمائية سابقة لدى الطفل، اضطرابات نطق وكلام، معاناة الطفل من مشكلات سلوكية.

وقام دوجلاس ومارك (Douglas, u ; Mark, S, 1999) بدراسة هدفت إلى التدخل العلاجي لحالة طفل في الصف السابع يعاني من البكم الاختياري منذ مرحلة رياض الأطفال واستخدم الباحثان برنامج علاجي متعدد المحاور اعتمد على العديد من الأساليب العلاجية كالتحصين المنهجي *Systematic Desensitization* من خلال تدريب الطفل على التفاعل اللفظي خلال المواقف الاجتماعية المختلفة تدريجياً لخفض القلق المصاحب للتفاعل اللفظي وكذلك تم استخدام الإرشاد النفسي ومشاركة الطفل في الأنشطة اللاصفية وإقامة الطفل لعلاقات اجتماعية ناجحة مع المعلمين والأقران، وحث الطفل بالمواظبة على الحضور إلى المدرسة.

وعرضت دراسة زيلنكو (Zelenko, 2000) حالة لطفل مهاجر مُصاب بالتباكم الانتقائي، حيث ألفت الدراسة الضوء على الأسباب المرتبطة بالتباكم الانتقائي ممثله في الهجرة، وأهمية دور أفراد الأسرة كنماذج علاجية وأهميه التدخل المبكر في علاج الطفل المضطرب.

كما تناولت كريستن (Kristen, 2000) الأعراض والعلامات المصاحبة للتباكم الانتقائي، استعانت الدراسة بعينة قوامها ١٦٢ طفلاً ممن يعانون الصمت الاختياري من خلال المقابلات التشخيصية للأطفال وآبائهم والتركيز على التاريخ النمائي لحالات هؤلاء الأطفال خلصت الدراسة إلى معاناة هؤلاء الأطفال لبعض الاضطرابات المصاحبة للتباكم ومنها: - القلق والتبول اللاارادي *Enuresis* كذلك قد يعكس الصمت الاختياري اضطرابات نمائية يعاني منها الطفل.

تناول سكيوم (Schum, R. 2002) من خلال دراسته الصمت الاختياري بوصفه أحد اضطرابات التواصل ويلزم لعلاجه برنامج تكاملي، كما فسرت الدراسة ظهور الاضطراب لدى الطفل خلال مواقف نوعية محددة دون غيرها نظراً لحاله القلق

التي تنتاب الطفل في بعض المواقف في حين يشعر بالارتياح داخل المنزل فيتواصل بشكل جيد، ولا يتضح تلك العلامات إلا عند إلحاق الطفل بالمدرسة ويتطلب العلاج تضافر كافة جهود القائمون على تربية الطفل من آباء ومعلمين، ومعالجين، كما أكدت الدراسة ضرورة تناول علاج الحالات بصورة فردية لتنمية مهارات التواصل لدى الطفل المضطرب.

وفي دراسة إكلينيكية تناول روبرت وسكيوم (*Robert, L. Schum*)، وفي (*r.2006*) مدى أهميه الحاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات الإكلينيكية التي تتناول اضطراب التباكم الانتقائي وتشخيصه وعلاجه حيث تناولت الدراسة علاج حالات التباكم بالاستعانة بالعقاقير الطبية جنباً إلى جنب بالعلاج المعرفي السلوكي (*Cognitive Behavioral therapy*) وكذلك الإرشاد الأسري *Family Counseling* وقد أكدت الدراسة فاعليه تلك التدخلات وتأثيرها الإيجابي في تحسن الحالات المصابة بالتباكم الانتقائي.

كما هدفت دراسة كونجهام وآخرون إلى مقارنة ثلاث مجموعات من الأطفال المجموعة الأولى ٢٨ طفلاً ممن يعانون من تباكم انتقائي نوعي الذين يتحدثون إلى آبائهم وأقرانهم داخل المدرسة إلا أنهم يحجمون عن الحديث مع المعلمين والمجموعة الثانية قوامها ٣٠ طفلاً يعانون من التباكم الكلي *Generalized Mutism* المجموعة الثالثة ٥٢ طفلاً ممن يعانون من التباكم الكلي مصاحباً بقلق الانفصال والوساوس القهرية *opssissive Compulsive disorder* وأعراض اكتئابية، حيث تمت مقارنة من حيث المخاوف الاجتماعية والقلق والمهارات الاجتماعية ومفهوم الذات، من خلال تقارير الآباء والمعلمين، توصلت الدراسة إلى ارتفاع القلق والمخاوف الاجتماعية لدى كافة المجموعات في حين أكدت الدراسة وجود عجز لفظي وغير لفظي لدى الأطفال ممن يعانون التباكم الكلي، وأكدت الدراسة عدم وجود علاقة بين التباكم وفرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال وكذلك معاناة هؤلاء الأطفال من المخاوف الاجتماعية وتدني المهارات الاجتماعية بصورة ملحوظة.

(*Cunningham CE, et al. 2006*)

وتناولت دراسة كوهين شارون وجوزيف (*Cohan Sharon L; Joseph*)، (*2006*) أهمية التعرف على العوامل المسببة للتباكم الانتقائي والذي غالباً ما ينتاب الطفل عند التحاقه بالمدرسة لأول مرة، و تلعب الوراثة والحالة المزاجية للطفل والاجتماعية، والبيئية، دوراً هاماً في الإصابة بالتباكم الاختياري و تتفاعل تلك العوامل المعقدة كالوراثة والقلق واضطرابات التواصل ومدى حساسية الطفل للتفاعل اللفظي مع الظروف البيئية المحيطة كما أكدت الدراسة الحاجة الملحة إلى إجراء المزيد من الدراسات الطولية التي تتناول اضطراب التباكم الاختياري للكشف عن أسبابه.

وخلال دراسة طولية نمائية أجراها شيرستوف وآخرون (Christoph, H. et al 2006) تناولت عينه قوامها (٣٣) ينتمون لمرحلة الرشد المبكر ويعانون من التباكم الاختياري منذ مرحلة الطفولة مقارنة بمجموعة قوامها (٢٦) ممن كانوا يعانون من اضطرابات القلق خلال مرحلة الطفولة مقارنة بمجموعة ثالثة قوامها (٣٠) ممن لم يتعرضوا لأي من الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة، ومن خلال مقارنة المجموعات الثلاث للتعرف على الاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد باستخدام المقابلات الاكلينيكية المركبة ولوحظ تحسن ملحوظاً بالنسبة لأفراد المجموعة التي عانت من الصمت الاختياري خلال الطفولة في ظل التدخل العلاجي المبكر في حين أن الذين كانوا يعانون من القلق خلال الطفولة كانوا الأكثر معاناة للرهاب الاجتماعي *Social Phobia* والإحجام عن التفاعل اللفظي خلال المواقف الاجتماعية مقارنة بالمجموعة الضابطة والذين لقوا خدمات علاجية مبكرة، كما أكدت الدراسة على أن للأسرة دوراً هاماً في تباكم الطفل.

وأكدت هاس (Hess, E. 2007) أن اضطراب التباكم الانتقائي يصيب ٧ حالات بين ١٠٠ طفل يعانون من التجاهل وعدم التعاطف مع مخاوفهم النوعية تجاه المواقف الاجتماعية وتتفاقم الحالة بإهمال التدخل المبكر مما يؤثر سلباً على الطفل خلال مرحلة المراهقة، كما أكدت على أن أبناء هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من ارتفاع القلق والمخاوف الاجتماعية مما ساعد أطفالهم على اكتسابها.

كما قامت ماناسيس (Manassis; Tannock 2007) بقياس بعض المتغيرات ومنها: الذاكرة العاملة غير اللفظية *Working Non-Verbal Memory* واللغة الشفهية *Oral Language* والقلق الاجتماعي *Social Anxiety* لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري مقارنة بغيرهم من المضطربون والأسوياء من خلال دراسة مقارنة لثلاث مجموعات من الأطفال أعمارهم (٦ سنوات) الأولى من الأطفال العاديين و قوامها ١٩ طفلاً و الثانية من الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري (S.M) قوامها ٤٤ طفلاً والثالثة قوامها ٢٨ طفلاً ممن يعانون من اضطراب القلق وبقياس المتغيرات السابقة لدى المجموعات الثلاث توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري كانوا الأكثر معاناة من الاضطراب اللغوي *Language Deficits* والقلق الاجتماعي *Social Anxiety* كما اظهر هؤلاء الأطفال عجزاً في الذاكرة البصرية *Visual Memory Deficits*، كما أكدت الدراسة تدنى المهارات اللغوية لدى الطفل المتباكم وعدم قدرته على استقبال القواعد اللغوية، كما أوصت الدراسة بأهمية تناول الجانب المعرفي لدى الطفل المتباكم.

كما هدفت دراسة دانيس وآخرين (Denise, A. Et A, 2008) إلى مقارنه عينة من أبناء الأطفال المضطربين بالصمت الاختياري وغيرهم من أبناء العاديين من

حيث التاريخ المرضي النفسي، تناولت الدراسة عينه قوامها (١٤٠) من آباء المضطربين بالتباكم و(٦٢) من آباء العاديين، وقد استعانت الدراسة بالمقابلات الإكلينيكية أكدت بصفة عامة يوجد قلق اجتماعي يصل إلى نسبة ٣٧% لدى آباء المتباكمين مقارنة ب١٤% لدى آباء العاديين في حين يصل نسبة شيوع اضطراب التجنب نحو ١٧,٥% بين آباء المتباكمين مقارنة بنسبة ٤,٧% لدى آباء العاديين في حين أكدت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعتين بالنسبة للاضطرابات الأخرى، وأكدت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العوامل الوراثية للآباء وإصابة الطفل بالصمت الاختياري.

وسعت دراسة أون (Oon, p.2010) إلى علاج حاله طفله عمرها (٥) سنوات تعاني من الصمت الاختياري وذلك باستخدام العلاج التكاملية *Integrative Approach* متمثلاً في العلاج بالدراما واللعب والتدخل السلوكي واستخدام التشكيل *Shaping* حيث أكدت الدراسة فعالية اللعب والإسقاط الدرامي في تحسن حاله الطفلة وارتفاع تقدير الذات الايجابي لديها *Self -Esteem* و تنامي الشعور بالتقانية والعفوية عند التعامل مع الآخرين وتخفيف حده القلق مما ساعد في تعميم الطفلة لتلك المشاعر الايجابية خلال المواقف الحياتية الضاغطة والمسببة للقلق، كما أوصت الدراسة بفاعليه التدخل التكاملية من خلال المهارات السلوكية والعلاج بالدراما لعلاج حالات الأطفال الذين يعانون من ارتفاع القلق.

وتناول وانج ((wong, p. 2010) دراسة حاله لطفله عمرها ٤ سنوات أكدت المعلمة أن الطفلة قد تواصلت لفظياً خلال اليوم الأول للدراسة فقط، ثم انقطعت عن التواصل البصري مع المعلمة ومن خلال التدخل العلاجي تحسنت حالة الطفلة و أبدت استعداداً للمشاركة في الأنشطة والمهام بمفردها دون مشاركة الأقران حيث تشعر الطفلة بالقلق في وجود جماعة كبيرة العدد، خلصت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي وتحسن حالة الطفلة تدريجياً وتفاعلها الجيد مع معلمها من خلال متابعة حالة الطفلة حتى الصف الرابع الابتدائي.

وقد قام سيجول و شارفير بتناول الآثار السالبة الناجمة عن اضطراب الصمت الاختياري *S.M* حيث أكدوا ارتباط التواصل اللفظي *Verbal Communication* بالمهارات الاجتماعية والأكاديمية على حد سواء مما يؤدي لتعرض الطفل الصامت للعديد من المشكلات الأكاديمية والتأخر الدراسي وخلصت الدراسة إلى أهمية انتقاء الأساليب العلاجية الفعالة والتي تعتمد على تحليل البيانات من خلال تقييم الطفل عن طريق الملاحظة السلوكية لأهمية الملاحظة السلوكية في اتخاذ القرار بشأن التدخل العلاجي للطفل المضطرب.

(Segool, N.; Shriver, m 2011)

كما هدفت دراسة لانج وريجستور *Lang,; Regester (2011)* إلى لتدخل العلاجي السلوكي لعلاج حالة طفلة عمرها (٩) سنوات تعاني من التباكم الانتقائي وقد تناول البرنامج العلاجي العديد من الأساليب السلوكية منها: لعب الدور والنمذجة من خلال محاكاة الأطفال، مهارات التواصل، جلسات مجتمعية لإكساب الطفلة المهارات الاجتماعية والتواصل بصورة تدريجية من خلال بعض المهام كضرب بعض الأغراض كالوجبات، التعرف على أطفال جدد ومشاركتهم اللعب وخلصت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي في زيادة قدرة الطفلة على التواصل اللفظي.

وفي دراسة: كومبسون (*composanon, I, 2011*)، تناولت العديد من المناحي العلاجية للتدخل الإيجابي ومنها العلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي *cognitive behavioral Therapy* والتحليل النفسي *psychodynamic* والعلاج بالعقاقير الطبية، وأكدت الدراسة أهمية التشخيص الجيد لتقديم المساعدة العلاجية الصحيحة لأن حوالي ٧٠% من الأطفال المتباكمين يتم تشخيص حالاتهم بصورة خاطئة، ومن ثم يتطلب ذلك توعية القائمين على تربية الطفل بالاضطراب وأعراضه وأهم ما يميزه عن دونه من الاضطرابات كالخجل أو التأخر اللغوي أو التوحد أو التأخر الدراسي، وأوصت الدراسة بضرورة التدخل المبكر من جانب الأسرة.

وسعت دراسة: النفيعي، خالد (٢٠١٢) إلى مقارنة السلوك التكيفي للأطفال ذوي الصمت الاختياري بالصفوف لأولية من المرحلة الابتدائية وأقرانهم العاديين بمكة المكرمة، سعت الدراسة إلى التعرف على مستوى السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري مقارنة بالأطفال العاديين والتعرف على الفروق في مستوى ، السلوك التكيفي وعلاقة ذلك بالنمو اللغوي وكذلك علاقة السلوك التكيفي بالعديد من المتغيرات كالمستوى الاجتماعي والاقتصادي وعمر الأم ومستوى تعليم الوالدين والترتيب الميلادي وتأثير تلك المتغيرات في مستوى السلوك التكيفي بين الأطفال ذوي الصمت الاختياري مقارنة بالأطفال العاديين، تناولت الدراسة عينه قوامها (٥٠) منهم (٢٥) طفلاً ممن يعانون الصمت الاختياري (٩:٦) سنوات، و أكدت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك التكيفي للأطفال ذوي الصمت الاختياري أقل من مستوى السلوك التكيفي لدى العاديين.

وأكدت دراسة نمائية لكريستي (*Christy A.Mulligan,2012*) أن اضطراب التباكم الانتقائي يعني عجز الطفل عن التواصل الاجتماعي من خلال بعض المواقف ولا تختلف الأعراض من طفل لآخر وإنما تختلف سبل التشخيص، حيث استعانت الدراسة بعينه قوامها (٤٤٢) لحالات أطفال مضطربون، وقد تمت المقارنة بينهم من حيث أعراض الصمت الاختياري باستخدام مقياس تشخيص التباكم، تراوحت أعمار الأطفال من ٣:١٨ عاماً تمت المقارنة النمائية للأعراض وكما تناولت الدراسة تحديد بعض السمات النفسية والسلوكية لبعض الحالات الفردية لدى هؤلاء الأطفال، حيث أكدت

الدراسة أن عملية تشخيص اضطراب الصمت الاختياري تعد تحدياً قوياً للقائمين على التشخيص، و عدم اختلاف الأعراض المصاحبة لاضطراب التباكم من مرحلة عمرية لأخرى.

وأجرت فازاليفا (Vasilyeva, 2013) , دراسة حالة لطفلة عمرها ٥ سنوات تعاني من اضطراب التباكم الانتقائي حيث أكدت الدراسة إلى أن العامل الرئيسي المسبب للتباكم الانتقائي يرجع إلى ما يسمى بقلق الانفصال المرتبط بالألم والذي يؤدي إلى ظهور العديد من العلامات المرضية السلوكية كالعدوان أو الانفعالية كالقلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية مما يؤدي إلى إحجام الطفل عن الحديث.

وتناولت لاندسي وآخرون (Lindsey et al , 2013) والتي تناولت التدخل السلوكي التكاملي لعلاج عينه من الأطفال ممن يعانون من التباكم قوامها (٢١) طفلاً ينتمون للفئات العمرية (٤ : ٨) سنوات واعتمدت الدراسة على ملاحظات الآباء وتقارير المعلمين في تشخيص الحالات، وأكدت الدراسة فعالية البرنامج العلاجي السلوكي التكاملي في تحسن حالات الحديث الوظيفي لدى الأطفال وبلغت نسبه التحسن ٧٥% وتخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال واستمر التحسن بانتهاء (٣) أشهر من المتابعة.

خلاصة وتعقيب:

تناولت العديد من الدراسات السابقة اضطراب الصمت الاختياري بوصفه اضطراباً يصيب الأطفال الملتحقون حديثاً بالمدرسة، وكشفت الدراسات عن أهم الأسباب والعوامل المرتبطة بالاضطراب ونسبة انتشاره بين الأطفال الملتحقون حديثاً بالمدرسة الابتدائية.

(Busse, 2010); (wong, 2010) (christoph, 1996); (Jacobsen, 1995), (2011); Middendor, 2013)

كما تناولت الدراسات العديد من الآثار السالبة للاضطراب والذي قد تمتد آثاره للمراحل العمرية التالية، واتفقت العديد من الدراسات على أن هناك ثمة إشكالية في تشخيص ذلك الاضطراب مما يؤدي إلى تأخر الخدمة العلاجية التي يجب أن يتلقاها الطفل المضطرب، وقد يرجع ذلك إلى ندرة شيوخ اضطراب التباكم (S.M) وتداخل أعراضه مع الأعراض المصاحبة لاضطرابات أخرى تُصيب الأطفال كالقلق والخجل والاكتئاب... وعدم إلمام العديد من القائمين بتربية الطفل والمُحيطين به لأعراض اضطراب التباكم وتشخيصه.

(Zelenko, 2000);(Manssis 2007); ;(Shipon;Blum,2007); (Camposan,2011);(Christoph,etal.1996); (Jacobsen,1995)

استعانت الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة التي هدفت للتدخل العلاجي ودعت إلى فعالية استخدام العديد من المناحي العلاجية التكاملية متعددة المحاور ولاسيما العلاج السلوكي (أسلوب التحصين المنهجي *Systematic Desensitization*، بمصاحبه التعزيز *Reinforcement* والتشكيل *shapping* والنمجة الذاتية *Self Modeling*

(Douglas; mark,1999);(schum,2002);(shipon ,blum,2003);(Chan et al,2006) ; (Oon,2010 ((; (shriver, 2011) ;(Lang, 2011) ; Compososano,2011);(Lind Sey,.2013)

وتتفق الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة من حيث المنهج المُستخدم وتناولها لمنهج دراسة الحالة *case study* وذلك بهدف الدراسة الاكلينيكية المتعمقة التي تكشف عن السمات الانفعالية للطفل المتباكم خلال المرحلة العمرية (٩:٥) سنوات وهي الفئة العمرية التي يشيع بين أفرادها الاضطراب.

(Bergman2000), (Black, 1995) ; (etal;(Oon,Ph,2010);(Vasilyeva, 2013) Zelenko,2000)

وقد تناولت الدراسة الحالية حالة طفلة تعاني من اضطراب الصمت الاختياري لتأكيد العديد من الدراسات شيوع الاضطراب بين الإناث بصورة أكبر من الذكور.

(Lindsey et al ،2013) (Bergman etal ،2000)

إجراءات الدراسة:

منهج الدراسة: تعتمد الدراسة الحالية على أسلوب دراسة الحالة القائم على وصف موضوع مفرد ودراسته بصورة مفصلة للكشف عن جوانبها للإفادة منها في تفهم والتدخل العلاجي لحالات مرضية مماثلة.

عينه الدراسة: تناولت الدراسة الحالية حاله طفله عمرها ٨ سنوات بالصف الثاني الابتدائي تعاني من أعراض اضطراب الصمت الاختياري.

أدوات الدراسة:

استعانت الباحثة بالأدوات التشخيصية والعلاجية ومنها:-

- تاريخ الحالة *Case History*

المقابلة الإكلينيكية *Clinical Interview* -

- مقياس التباكم الانتقائي موجه للمعلمين والآباء. (إعداد الباحثة)

وصف المقياس: يتكون المقياس من ٢٠ عبارة تتناول الأعراض المرتبطة بإضطراب الصمت الاختياري السلوكية والعضوية المختلفة التي تنتاب الطفل ويلاحظها المعلمون والآباء ويُجاب على فقرات المقياس وفقاً لمستويات ثلاثة (دائماً - أحياناً - أبداً) يُمنح الطفل وفقاً لاستجابته (٣-٢-١) درجة بالترتيب، وقد قامت الباحثة بتقنين المقياس للتأكد من مدى صلاحيته للاستخدام من خلال تطبيق المقياس على عينة من الأطفال المترددين على العيادات النفسية بمركز النخبة بمدينة الرياض يصل قوامها (٢٨) طفلاً وطفلة ممن يعانون من الصمت الاختياري من خلال أولياء أمورهم والآباء المُصاحبين للأطفال المتباكمون خلال الفترة من (٥-١-٢٠١٥ : ١٤-١-٢٠١٦).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: حساب معامل الصدق من خلال صدق المُحكّمين: حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة وبعض الأطباء النفسيين بالعيادات النفسية حيث أجمع الأساتذة على صلاحية المقياس للتطبيق بمعامل اتفاق يصل نحو ٩٠% (ملحق ٢) وتم تعديل بعض بنود المقياس وفقاً لآراء السادة المحكمين.

- صدق المحتوى: استعانت الباحثة بالعديد من الدراسات السابقة والتراث النفسي للتعرف على العلامات المرضية المصاحبة للاضطراب والتي تناولها مقياس الدراسة و صياغة بنود المقياس.

ثانياً: حساب معامل الثبات: - طريقة التجزئة النصفية بحساب معاملات الارتباط بين درجات التي حصل عليها الأطفال المترددين على العيادات النفسية بمركز النخبة الطبي (العيادات النفسية بمدينة الرياض) ويعانون من اضطراب التباكم حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية و درجات العبارات الزوجية للمقياس تراوحت درجات معامل الارتباط بين (٠.٦٧ - ٠.٨٥) وهي قيم دالة إحصائياً مما يؤكد أن المقياس يحظى بثبات مقبول.

- استمارة المقابلة ودراسة الحالة (إعداد: الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد استمارة للمقابلة الشخصية وجمع المعلومات اللازمة عن تاريخ الحالة للطفلة في ضوء الدراسات السابقة التي تناولت دراسة الحالة وما خلصت إليه نتائجها، والتي تشتمل على عدة محاور ومنها: -

البيانات الأولية وبيانات ترتبط بتاريخ الحالة المرضي والأمراض العضوية والنفسية السابقة لدى الطفلة وبيانات عن الأسرة و مستوى الطفلة الأكاديمي وبيانات ترتبط بمشكلة الدراسة.

- البرنامج العلاجي المقترح والخطة العلاجية: (إعداد: الباحثة)

- الخطوات الإجرائية:

من خلال المقابلات الإكلينيكية العلاجية والتي انقسمت إلى:

- أولاً: مقابلات تشخيصية (٣) جلسات إضافة إلى بعض الجلسات والمحادثات الهاتفية هدفت إلى جمع المعلومات المرتبطة بالحالة المرضية والتعرف على طبيعة المشكلة وأعراضها.

- ثانياً: مقابلات علاجية ومتابعة قوامها عددها (١٠) جلسات علاجية و جستان للمتابعة هدفت إلى التدخل العلاجي تمت خلالها الاستعانة بالعديد من الأساليب العلاجية السالف ذكرها.

نتائج دراسة الحالة:

أولاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول للدراسة كما يلي:

ما التاريخ المرضي لحالة الطفلة التي تعاني من الصمت الاختياري؟

و للإجابة على التساؤل الأول تم إجراء بعض المقابلات الإكلينيكية للطفلة وبعض أفراد الأسرة ومعلمة الطفلة.

المقابلة الأولى للام: وذلك بهدف جمع المعلومات المرتبطة بحاله الطفلة من خلال تقرير شامل لتاريخ الحالة وجمع المعلومات المرتبطة بالحالة والتعرف على أهم الأسباب المرتبطة بالاضطراب من وجهه نظر بعض أفراد الأسرة و المحادثات الهاتفية للمعلمة.

أ- بيانات عامه وشخصية للطفلة.

الطفلة (هـ - ز)

عمر الطفلة: ٨ سنوات.

الأب: جامعي و يعمل موظف بأحد البنوك بالمملكة العربية السعودية

الأم: تعليم متوسط ولا تعمل.

عدد أفراد الأسرة: ٧ أفراد

مشكلة الطفلة: رفض الحديث بصوره قاطعه مع الغرباء وكذلك الأب على الرغم من قدرتها على الحديث مع أفراد الأسرة. سبب تحويل الحالة: للعلاج للتداعيات السلبية للاضطراب على الحالة الأكاديمية للطفلة.

ب- تاريخ الحالة *Case History*:

- التاريخ النمائي لحالة الطفلة: عمر الأم عند الولادة: ٣٣ عاماً

- ظروف الحمل: جيدة ولا تعاني الأم من أمراض مزمنة

- ظروف الولادة والحمل: طبيعيه والوزن طبيعي ٣ كجم عند الولادة

- ظروف النمو خلال العام الأول

النوم: غير منتظم.

ضبط الإخراج: منتظم

الحواس (سمع، إبصار،) والحركة (زحف، حبو، جلوس، وقوف): طبيعيه

- الفطام: بعد عامين تقريباً ٢٢ شهراً

- اليد المفضلة: اليمنى

ج- التاريخ الصحي والفحص الطبي للطفلة:

تم إجراء الفحص الطبي للطفلة وكانت النتائج ايجابية والحالة الصحية ممتازة بصفه عامه. -

- التطعيمات ومواعيدها: منتظمة وتلقت الطفلة كافة التطعيمات اللازمة

- أمراض أصيبت بها الطفلة أثناء الطفولة المبكرة: حساسية صدرية

- العلاج: بخاخ عند اللزوم أثناء تعرض الطفلة لنوبة ربوية.

- تأثيرات دائمة: ضيق وسرعه التنفس أحياناً.

- الحواس: جيده جداً

- الأجهزة: مشكلات في الجهاز التنفسي (نوبات ربوية متباعدة)

- الجهاز الصوتي (الحنجرة - الأحبال الصوتية - الشفاه - الأسنان - الحنك - اللسان من حيث حجمه وطوله وحركته - الفكين - البلعوم: جيد جداً
- وجود شق في الحنك: لا يوجد
- ميكانيكية الكلام (كفاءة جهاز الكلام في أداء وظائفه وتعكس مدى قدره العصب الدماغي السابع) : ممتازة
- البلع - حركة الحنجرة- سيوله اللعاب - المضغ- الابتسام- الضحك العميق: عادي
- القدرة على التحكم في الصوت: طبيعيه
- تقييم مخارج أصوات حروف التهجي (إبدال - حذف - تشويه - أضافه): طبيعيه
- تقييم الصوت (من خلال تحليل بعض التسجيلات الصوتية للحالة) من حيث: -
- مدى ارتفاعه - تغيير طبقه الصوت - ملائمة الصوت لجنس الطفلة - القدرة على تمييز الأصوات: طبيعي - نوع الصوت: طبيعي خلال المواقف العادية وهامس خلال مواقف أخرى.
- تقييم طلاقة الكلام (خلال المقابلة وتحليل التسجيلات الصوتية)
- المظاهر التي تتضح على الحالة أثناء الحديث: التوقف أثناء الحديث أحياناً - بذل الجهد أثناء الحديث مع الزملاء المقربون.
- د- التاريخ الاجتماعي والأسرى لحالة الطفلة:
- درجة القرابة بين الوالدين: أبناء عم
- العلاقة بين الوالدين: جيدة إلى حد ما.
- علاقة الأم بالطفلة: ممتازة ولم تتعرض الطفلة للإساءة البدنية مطلقاً إلا أنها قد تتعرض أحياناً للإساءة النفسية من جانب بعض أفراد الأسرة.
- أسلوب معاملة الأب للطفلة سابقاً: متذبذبة بين الإهمال والتقبل أحياناً.
- علاقة الأب بالطفلة حالياً: يبدى الأب اهتماماً أكثر بالطفلة بعد ظهور علامات التباكم أكثر مما سبق.
- توجد تفرقه داخل الأسرة لصالح الأبناء الذكور من خلال أسلوب المعاملة.
- المستوى الثقافي للأسرة: جيد
- طبيعة حياة الأسرة: متوسطة

- مسكن الأسرة: منزل خاص
- لا يوجد حالات مماثلة لحالة الطفلة بالأسرة (اضطرابات نطق وكلام)
- علاقة الأسرة بالأقارب: جيدة
- أنشطته تهتم بها الطفلة: الرسم
- الانطباع العام عن الأسرة: هادئة
- السمات النفسية للأم: هادئة - خجولة - يبدو عليها علامات القلق - على قدر كبير من الالتزام الديني.
- ٥ - التاريخ اللغوي للطفلة من خلال ملاحظته الوالدين:
 - الاستجابة للكلام خلال العام الأول: جيده
 - القدرة على المناغاة: جيده
 - بداية نطق الكلمات: نهاية العام الأول
 - استخدام الجمل من كلمتين: بداية العام الثالث
 - نوع الكلام الذي مارسته الطفلة خلال العام الثاني والثالث: مترابط و مفهوم
 - المحصول اللغوي للطفلة بصفة عامة: جيد ولم تتعرض الطفلة لمشكلات نطق سابقاً.
 - الطفلة كانت بحاجة للتدعيم كي تتحدث، وقد قامت الأسرة ببعض المحاولات لمساعدته
 - الطفلة على الكلام من خلال التشجيع وحث الطفلة على تنمية المهارات الاجتماعية من خلال تكوين بعض الصداقات، والاعتماد على النفس.
- و - التاريخ الأكاديمي للطفلة:
 - التحقت الطفلة برياض الأطفال في عمر الخامسة لفصل دراسي واحد، والتحقّت بالمدرسة الابتدائية في عمر السادسة وتدرس الطفلة حالياً بالصف الثاني الابتدائي.
 - عدد مرات الرسوب: عام واحد (الصف الثاني الابتدائي)
 - الرغبة في مواصلة الدراسة: متوسطه
 - الاتجاه نحو المدرسة بصفه عامه: إيجابية
 - العلاقات بالمعلمات: ضعيفة جداً
 - التفاعل مع الزميلات: لا يوجد أي تفاعل مع الزميلات.

- أسلوب معاملة أداره المدرسة للطفلة: عادية.
- الأنشطة الدراسية المفضلة للطفلة داخل المدرسة: الرسم - الأنشطة المهنية.
- مستوى الطفلة في المهارات الأساسية: جيد

س- القياس العقلي والنفسي والسمات الشخصية للطفلة:

- مستوى ذكاء الطفلة: متوسط ٩٥ باستخدام مقياس وكسلر. (تم إجراء قياس الذكاء بمعرفة الأخصائية النفسية بالمدرسة)
- درجة الطفلة باستخدام مقياس الصمت الاختياري المستخدم في الدراسة الحالية: ٥٣ درجة.
- القدرة على التذكر: متوسطة
- الانتباه: متوسطة
- القدرة على التفكير: جيدة
- المواهب: الرسم
- الأسلوب المعرفي: متأنية

ح- السمات الشخصية للطفلة من وجهة نظر الأسرة و معلماتها:

- تميل الطفلة إلى الهدوء- والعزلة والانتواء- تبدو عليها علامات القلق - الشعور بالدونية وفقدان الثقة بالنفس - نوبات بكاء- حبل زائد- تجنب الحديث أمام الآخرين.
- احمرار الوجه والتلعثم و التوتر في بعض المواقف الاجتماعية والمدرسة ينتهي الأمر بالإحجام عن الحديث.
- المقابلة الثانية: مع الأم وبعض أفراد الأسرة للتعرف على التاريخ المرضي لحالة الطفلة من خلال ملاحظاتهم للطفلة.

- التاريخ المرضي للحالة:- من خلال ملاحظات الوالدين لتفاعل الطفلة خلال المواقف الاجتماعية خارج المنزل، منذ ثلاثة أعوام وقبيل التحاق الطفلة بالمدرسة، مما جعل الأم أكثر حرصاً على إلحاق الطفلة برياض الأطفال، إلا أن هناك العديد من شكاوى المعلمات بشأن عدم تفاعل الطفلة واستجابتها، داخل

حجره الدراسة و كافته الأنشطة مما دفع الطفلة للتغيب عن الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني، ومع التحاق الطفلة بالصف الأول الابتدائي تفاقمت حالتها، وأبدت الرغبة في التغيب عن الدراسة بصفة مستمرة، والإحجام عن المشاركة في الأنشطة أو القراءة، أو اللعب وكذلك رفض التفاعل مع الغرباء خارج المنزل وقد أكدت الأم أن المهارات الاجتماعية للطفلة بصفه عامة متدنية.

ثانياً: نتائج التساؤل الثاني وهو: "ما أهم العوامل المسببة لاضطراب التباكم لدى الطفلة؟"

قامت الباحثة بإجراء المقابلة الثالثة لبعض أفراد أسرة الطفلة، وإجراء جلسة هاتفية مع المعلمة، حيث أكدت الأم أن الطفلة تعاني من الإهمال من جانب الأسرة وإعطاء الأولوية في الاهتمام للأخوة الذكور والأخت الكبرى التي تعاني من إعاقة، وكثيراً ما كانت تتعرض للعقاب من جانب الأب، وكانت تميل أحياناً لجذب الأنظار من خلال محاكاتها لبعض السلوكيات الخاطئة التي تقوم بها الأخت الأكبر التي تعاني من إعاقة ذهنية، مما أدى إلى رغبة الطفلة في العزلة، والانتواء ورفض مشاركة الأخوة في اللعب، والشعور بالدونية إلى حد كبير مما ساعد على تدنى الأداء الأكاديمي لديها ورسوبها في الصف الثاني الابتدائي، والإحجام عن التواصل حتى مع الأب أحياناً وقد أكدت الباحثة في نهاية المقابلة على أهمية دور الأسرة في التدخل العلاجي بالنسبة لحالة الطفلة و تعاونهم من خلال بعض التعليمات منها:-

- ضرورة ملاحظة الوالدين لتفاعل الطفلة خلال المواقف الاجتماعية خارج المنزل والأفراد الذين تتواصل معهم. تدريب الطفلة على مواجهة بعض المواقف كتشجيعها على شراء مأكولات وعصائر من المقصف (من خلال التلقين اللفظي)

- تعليم الطفلة كيفية التعبير عن موضوع محبب إليها وتزويدها بكلمات تساعد في إسناد بعض الأنشطة والمهام للطفلة المتباعدة الصامت فذلك ينمي مفهوم الذات لديها داخل الصف لأن ذلك يقلل من القلق والتوتر ويساعدها في الاعتماد على النفس والشعور بالاستقلالية مما ينعكس إيجاباً على حالة الطفلة.

- توجيه الحديث للطفلة بشكل مستمر ومحاولة تشجيع الطفلة على التواصل مع زميلة واحدة مقربة (قد يستغرق ذلك الأمر أسبوعين).

- إسناد بعض الأنشطة والمهام للطفلة الصامته بمشاركة إحدى الزميلات لإتاحة الفرصة للتواصل معها ومن ثم إسناد أنشطة أخرى يتشارك فيها مع زميلاتها في الصف.

- التساؤل الرابع: "ما أهم المعايير التشخيصية المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة؟"

استعانت الباحثة بالعديد من المعايير التشخيصية من خلال الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة الحالية و جمع المعلومات المرتبطة بمظاهر الاضطراب لدى الطفلة سواء داخل المنزل أو المدرسة و المقابلات الإكلينيكية.

التشخيص والصورة الإكلينيكية للاضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة:

على الرغم أنه لا توجد فحوصات مخبرية أو إشعاعية لتشخيص الصمت الاختياري إلا أنه تم وضع العديد من المعايير من خلال الدليل التشخيصي الرابع ومنها:

- عدم القدرة على النطق خلال مواقف يتطلب من الطفلة فيها الكلام داخل المدرسة بالرغم من أن الطفلة تتحدث بصوره طبيعيه داخل المنزل.

- تعاني الطفلة من اضطراب التباكم منذ ثلاث سنوات ومن ثم تعد حالة التباكم مرضية لدى الطفلة.

- تم استبعاد عملية التشخيص خلال الشهر الأول من بدء الدراسة بالمدرسة و التأكد من خلو الطفلة من كافة الاضطرابات النمائية والتأخر اللغوي واضطرابات النطق والإعاقات الحسية من خلال التقارير والفحوص الطبية لحالة (American Psychiatric Association. 2000)الطفلة.

- الفحص الإكلينيكي:

- أجمعت الملاحظات على معاناة الطفلة من بعض المظاهر والعلامات المرتبطة ب الصمت الاختياري مثل: نوبات الغضب - الخوف من الآخرين - الخجل - التبول اللاإرادي - الإنطواء - قضم الأظافر أحياناً - ضعف مهارة التواصل البصري - الإحجام عن الحديث مع الغرباء - الإحجام عن التواصل بصفه عامه خارج المنزل.
- التشخيص باستخدام مقياس الصمت الاختياري: (إعداد الباحثة) وقد حصلت الطفلة على (٥٣) درجة باستخدام المقياس.
- التاريخ الدراسي للطفلة *Academic Repor* من خلال الأداء الأكاديمي للطفلة مدى معاناتها من صعوبات التعلم من خلال السجلات الأكاديمية.
- المسح السمعي ومدى التأزر العضلي لجهاز النطق والكلام للطفلة *Hearing Screening And Oral Motor Examination* من خلال قياس القدرة السمعية للطفلة.
- فحص الأذن الوسطى للتأكد من سلامتها.
- الفحص الإكلينيكي لجهاز النطق والكلام للتأكد من مدى تأزر وقوة عضلات الشفاه، الفكين، اللسان.
- تعليقات الوالدين عن حاله الطفلة داخل المنزل *Parent Comments* من خلال ملاحظة الوالدين للطفلة والمشكلات الحالية التي تعاني منها الطفلة.
- الاضطرابات النمائية السابقة إن وُجدت *Pervasive Developmental Disorder*
- أهم العوامل البيئية المرتبطة بكمية المثيرات اللغوية *Language Stimulation* داخل المنزل.
- مدى قدرة الطفلة على التعبير اللغوي *Verbal Expression*
- قدرة الطفلة على فهم اللغة.
- مدى تفاعل الطفلة مع أفراد الأسرة في وجود غرباء.
- مدى تفاعل الطفلة مع الأسرة والغرباء في الأماكن غير المألوفة لديها.
- تقارير المعلمين عن تفاعل الطفلة داخل المدرسة.
- من خلال تقارير مُوجهه من مديرة المدرسة ومعلمات الطفلة تناولت الملاحظات سلوكية لحالة الطفلة داخل المدرسة.

- مدى استفسار الطفلة عن بعض الموضوعات الغامضة.
- توجيه الطفلة أسئلة للمعلمة، ومدى التفاعل اللفظي للطفلة والإجابة عن تساؤلات المعلمة.
- تفاعل الطفلة مع المعلمة.
- تعاون الطفلة ومدى مشاركتها في الأنشطة الجماعية.
- العلاقات الاجتماعية للطفلة داخل حجرة الدراسة، وتكوين علاقة صداقة مع الزميلات.
- مشاركة الطفلة في حديث جماعي داخل حجرة الدراسة.
- القياس النفسي والفحص الإكلينيكي لحاله الطفلة.
- الاختبارات النفسية من خلال المقياس الذي قامت الباحثة بإعداده لتشخيص حالات الصمت الانتقائي حيث حصلت الطفلة على (٥٣) درجة باستخدام مقياس الصمت الاختياري.
- الفحص الطبي الإكلينيكي من خلال الطبيب النفسي المعالج والذي قام بتحويل حاله الطفلة.
- ملاحظة الباحثة للطفلة.

التساؤل الخامس: ما السمات الانفعالية للطفلة التي تعاني من الصمت الاختياري؟

للإجابة عن التساؤل السابق قامت الباحثة بتسجيل ملاحظاتها للطفلة وسلوكها خلال المقابلات العلاجية (استمارة الملاحظة: ملحق ١) وجمع المعلومات من خلال الأسرة ومعلمات الطفلة حيث تبدو العلامات المرضية داخل المدرسة وغرفة الدراسة بصورة أكثر وضوحاً.

- المقابلات الإكلينيكية مع الطفلة:

المقابلة الأولى (تشخيصية): هدفت إلى تعارف الباحثة والطفلة حيث لاحظت الباحثة سيطرة علامات القلق الزائدة على الطفلة ورفضها الحديث بصورة قاطعة وكذلك ضعف

التواصل البصري لديها، لذلك قامت الباحثة بتوجيه الطفلة لبعض الألعاب لتخفيف حده القلق، حيث أبدت الطفلة رغبة ضعيفة في التواصل مع الباحثة بشرط وجود الأم أو الأخت الكبرى خلال الجلسة ومن خلال المقابلة مع الأم تعرفت الباحثة على تاريخ حالة الطفلة والأسباب المرتبطة بتلك المشكلة من وجهة نظر الوالدين والأخت الكبرى والإطلاع على تقارير المعلمات، و ملاحظتهن حول الطفلة وسلوكها داخل حجرة الدراسة و لاحظت المعالجة سيطرة علامات القلق والتوتر بشده على الطفلة، المخاوف الاجتماعية، الطفلة شديدة الحساسية تجاه الغرباء، كما يغلب عليها الهدوء.

المقابلة الثانية: (تهيئة)

هدفت المقابلة للتهيئة وتخفيف حده القلق لدي الطفلة (هـ) حيث لاحظت الباحثة سيطرة علامات القلق خلال المقابلة وإجماعها عن التواصل اللفظي وغير اللفظي، وأبدت الطفلة اعتراضاً على تلقي الجلسة العلاجية مما دفع الباحثة إلى توجيه الطفلة لممارسة بعض الأنشطة كالرسم والتلوين، حيث أبدت الطفلة الموافقة بشرط وجود الأم لها، أبدت الباحثة الموافقة بشرط أن تتلقى الجلسة القادمة بمفردها دون ، استجابات الطفلة من خلال التواصل غير اللفظي، من خلال هز الرأس، لاحظت الباحثة علامات الارتياح التي بدت على الطفلة، وبدأت الطفلة بتلوين بعض الصور، وتم تكليف الطفلة بأداء واجب منزلي عبارة عن رسم لوحة وتلوينها. في نهاية المقابلة قامت الباحثة بتعزيز الطفلة من خلال تقديم مكافأة.

المقابلة الثالثة: (تخفيف حدة قلق الانفصال)

أبدت الطفلة اهتماماً محدوداً بالمعالجة وأشارت إلى أمها بتقديم لوحه قامت برسمها كواجب منزلي، أثنت الباحثة على ما بذلته الطفلة من جهد في حين لاحظت الباحثة تجنب الطفلة للتواصل البصري، وأكدت الأم أن الطفلة (هـ) أخبرتها برغبتها في تلقي الجلسات العلاجية لمساعدتها على التفاعل بصورة أفضل، مما يؤكد استبصار الطفلة الجيد لمشكلتها، لذلك قد قامت الباحثة بإجراء المقابلة العلاجية للطفلة بمفردها، وفقاً للتعاقد السلوكي خلال المقابلة السابقة، أبدت الطفلة تراجعاً وأشارت للأخت الأكبر أن تكون بديلاً للأم خلال المقابلة، مما لاقى ترحيباً من الباحثة كخطوة تمهيدية لتخفيف حدة قلق الانفصال بالأم.

التساؤل السادس: ما الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي المقترح؟

تمت الإجابة على التساؤل السادس من خلال المقابلات العلاجية التالية:

المقابلة الرابعة: (تشكيل التفاعل غير اللفظي)

للإجابة على التساؤل السادس قامت الباحثة بإجراء المقابلة العلاجية الرابعة والتي تهدف إلى التدخل العلاجي، حيث من خلال تشجيع الطفلة على التواصل غير اللفظي كخطوة أولية لإكساب الطفلة مهارة التواصل اللفظي، كما تلقت الطفلة الجلسة بمفردها وقد لاحظت الباحثة سيطرة علامات القلق على الطفلة من استمرار الوجه - سرعة التنفس، إلا أنها عرضت لوحة ورقية قامت برسمها و أبدت الرغبة في التفاعل غير اللفظي خلال الجلسة العلاجية وفقاً حيث تم الاتفاق بين الباحثة والطفلة، وقد وجهت الباحثة بعض الأسئلة لتهيئة الطفلة على التواصل، واكسبها الثقة بالنفس وفهم انفعالاتها بصورة أفضل.

قامت الباحثة بتشجيع الطفلة على التواصل غير اللفظي من خلال التعزيز الإيجابي لتشكيل الخطوة الأولى للتفاعل اللفظي الإيجابي وحث الطفلة على تطبيق ما تلقته خلال المقابلة العلاجية والتفاعل غير اللفظي داخل غرفة الدراسة من خلال التعاون بين المعلمة والباحثة بشأن المراحل والخطوات العلاجية المختلفة.

المقابلة الخامسة: (تشكيل التواصل اللفظي بصوت هامس)

لاحظت الباحثة أن الطفلة تبدو عليها علامات الارتياح والرضا خلال المقابلة وقد أكدت الأم تلك الملاحظة، نظراً لما أبدته الطفلة من استجابة غير لفظية داخل غرفة الدراسة كما تلقت الطفلة المقابلة العلاجية بمفردها، وبانتهاء عملية التهيئة حثت الباحثة الطفلة على الحديث الهامس حيث استعانت الباحثة بالنمذجة الذاتية للطفلة أثناء الحديث بالمنزل في وجود الأسرة من خلال عرض فيديو خاص بالطفلة أثناء الحديث داخل المنزل لمحاكاة هذا الموقف، ومن خلال التعزيز اللفظي لحديث الطفلة الهامس، شعرت الطفلة بسعادة الهامس بتعزيز الطفلة، كما تم التواصل مع المعلمة للتعاون بشأن الخطوة العلاجية الحالية بهدف التطبيق داخل غرفة الدراسة.

المقابلة السادسة: (تشكيل التواصل اللفظي بصوت مسموع)

هدفت لتشكيل التواصل اللفظي بصوت مسموع وتخفيف حدة القلق المصاحب للتواصل لدى الطفلة بمصاحبة التعزيز والنمذجة الذاتية وتشجيع الطفلة على التواصل مع الإقران بالبيئة المدرسية والإجابة على تساؤلات المعلمة (الأسئلة القصيرة من خلال نعم - لا) والتي تم تدريب الطفلة عليها خلال المقابلة العلاجية.

المقابلة السابعة: (تشكيل التواصل اللفظي من خلال النمذجة الذاتية)

هدفت المقابلة لبناء وتشكيل التواصل اللفظي للطفلة من خلال تشجيع الطفلة على الحديث خلال المقابلة كما تتحدث في المنزل من خلال المحاكاة والنمذجة الذاتية

عن طريق عرض أحد الفيديوهات للطفلة تتواصل بشكل جيد داخل المنزل حيث أبدت تواصل لفظي جيد مع الأب.

المقابلة الثامنة: (التفاعل اللفظي داخل غرفة الدراسة)

أظهرت الطفلة تحسناً ملحوظاً للتفاعل الإيجابي والتواصل اللفظي والقدرة على الإجابة عن الأسئلة بصوت واضح، وأصبحت أكثر تفاعلاً وإيجابية، وقد أشارت الباحثة أن تقوم الطفلة بتطبيق ما تعلمته من مهارات في غرفة الدراسة والتواصل اللفظي مع الزميلات والمشاركة الفعالة من خلال ممارسة الأنشطة والتفاعل، وتم التواصل مع المعلمة لتكليف الطفلة بمهام أكاديمية يسهل خلالها المشاركة وتتطلب التواصل اللفظي كالقراءة الجهرية أمام الزميلات.

أكدت الباحثة ضرورة تشجيع الأم للطفلة على التفاعل اللفظي والاجتماعي مع الغرباء، من خلال تكليفها بالشراء والتعامل مع أفراد خارج نطاق الأسرة في ظل ملاحظة الأسرة مع مُصاحبة التعزيز خلال تفاعل الطفلة.

المقابلة التاسعة - العاشرة (متابعة)

بانتهاء الجلسات العلاجية لوحظ تحسناً ملحوظاً بالنسبة لحالة الطفلة وتفاعلها الإيجابي مع معلماتها وأقرانها بالمدرسة حيث تم إعادة تطبيق مقياس الصمت الاختياري حصلت الطفلة على (٣٣) درجة بالنسبة للمقياس البعدي مما يشير إلى فعالية الجلسات العلاجية في خفض حدة القلق المصاحب للحديث والتفاعل اللفظي ونجاح الطفلة في المشاركة داخل غرفة الدراسة وتم إجراء متابعة لحالة الطفلة للتأكد من استمرارية تحسن الحالة بواقع جلسة شهريا حيث ساعدت تضافر جهود الأسرة والمدرسة والباحثة في استمرارية تحسن حالة الطفلة.

ملخص الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي -

تمت الاستعانة بالعديد من الأساليب العلاجية والتي استخدمتها الباحثة نظراً لما لها من فعالية في تخفيف القلق المصاحب للصمت الاختياري وتشكيل سلوكاً اجتماعياً إيجابياً يرتبط بالتواصل منها: - التحصين المنهجي *systematic Desensitization* - *Technique* - التشكيل *Shapping* - النمذجة الذاتية *Self Modeling* - التعزيز *Reinforcement*.

ويمكن تقسيم المراحل العلاجية من حيث استجابة الطفلة كالتالي: -

- أولاً: المرحلة الصفريّة *stage zero* تميزت بالمقاومة الشديدة من جانب الطفلة وعدم الاستجابة و المحاكاة، كما بدت علي الطفلة تعبيرات الوجه الجليدي وتجنب التواصل البصري و الإحجام عن المشاركة الاجتماعية.

ثانياً: المراحل العلاجية وتنقسم إلى:

- المرحلة العلاجية الأولى *stage one* أو *Non Verbal Communication* بدأت خلالها استجابة الطفلة من خلال الإشارات والكتابة ثم الإيماءات والهمس واستخدام بطاقات وصور معبرة أعدتها الباحثة واستعانت بها الطفلة كما حثت الباحثة الأسرة على تقبل حالة الطفلة وعدم إجبارها على الحديث ولاسيما الأب ومعلمات الطفلة، حيث تم إرشادهن وتوجيههن إلى كيفية التعامل مع حالة الطفلة و تقبلها مع الملاحظة و التعزيز المستمر وتجاهل رصد سلوك الطفلة في حالة ملاحظة سيطرة علامات القلق بصورة مباشرة، كذلك حث الطفلة على التواصل البصري و مشاركة الزميلات من خلال بعض الألعاب التي لا تعتمد على التواصل اللفظي مما يساعد على خفض حدة القلق لديها و تهيئتها للمراحل العلاجية التالية.

- المرحلة العلاجية الثانية *stage two* وتعد مرحلة تحويلية من التواصل غير اللفظي إلى التواصل اللفظي: *Transition Into Verbal Communication* من خلال تواصل الطفلة اللفظي تدريجياً بدءاً من الهمهمة - أصوات بعض الحروف- وتقليد بعض الأصوات للأشياء ثم الأصوات الهامسة - إلقاء التحية- محاكاة بعض مشاهد تحدث فيها الطفلة داخل المنزل باستخدام كاميرا الهاتف الجوال عن طريق النمذجة الذاتية وإرسال الطفلة رسائل قصيرة بسيطة من خلال المحاكاة لذاتها.

- المرحلة العلاجية الثالثة: مرحلة التواصل اللفظي *Verbal Communication* من خلال تحليل السلوك الإيجابي المطلوب إكسابه للطفلة إلى عدة خطوات لتشكيل السلوك الاجتماعي المرغوب تدريجياً و تعزيز الطفلة من خلال تشجيع الأسرة والمعلمة لها، تمكنت الطفلة من الحديث الهامس والإجابة الموجزة المقتضبة عن الأسئلة في البداية، ثم لاحقاً يتم تقديم أسئلة تتطلب إجاباتها مزيد من الشرح، ثم حث الطفلة على القراءة الجهرية أمام الزميلات بغرفة الدراسة وذلك وفقاً لاستخدام أسلوب إزالة الحساسية التدريجي *systematic Desensitization* ومُصاحبه التعزيز لكافة الخطوات العلاجية السابقة، ثم الانتقال إلى مواقف حياتية تتفاعل خلالها الطفلة مع كافة الأفراد والتي أمكن رصدها خلال القياس التتبعي لحالة الطفلة حيث حصلت على (٢٦) باستخدام مقياس الصمت الاختياري، ويوضح الشكل التالي أهم الخطوات والأساليب العلاجية التي تم تناولها كما يلي: -

جدول (٢) يوضح ملخص الأساليب العلاجية والخطوات الإجرائية المستخدمة في علاج التباكم للطفلة وتخفيف القلق المُصاحب للحديث خلال الجلسات العلاجية أسلوب التحصين المنهجي المُصاحب بالتعزيز *systematic desensitization technique*

١ - التعرف على مواقف التباكم الاختياري للطفلة: أين تظهر العلامات ومع من ترفض الحديث باستخدام جدول ١ و٢ بملاحق الدراسة (وهم : الأشخاص الغرباء- الزميلات - الأب وفقاً لإثارة القلق لدى الطفلة)

٢- التواصل مع أحد أفراد الأسرة ممن تشعر الطفلة تجاههم بالراحة والألفة (باستخدام أسلوب التشكيل).

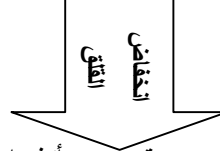
٣- تفاعل الطفلة عن بعد: من خلال تخيلها لبعض المواقف الضاغطة والتفاعل مع الأفراد مثيري القلق لديها.

الانتقال للتفاعل مع أفراد تشعر تجاههم الطفلة بارتياح أقل، الأب، زملاء بالمدرسة. مما يؤدي إلى تلاشي حاله القلق تدريجياً من خلال: - الرسائل - chat - محادثات هاتفية (من خلال التعزيز المصاحب و التشكيل)

٤-التواصل غير اللفظي المباشر: استخدام الطفلة للإيماءات التدريب على محاكاة بعض الحركات الجسمانية رفع اليد *raising hand* - هز الرأس *nodding - shaking head* - الإشارة *pointing* - تعبيرات الوجه - التواصل البصري *eye contact* لمدة ٥ ثوان.

(التشكيل و التعزيز المصاحب)

٥- التواصل اللفظي المباشر *verbal communication* للطفلة مثل محاكاة بعض الأصوات للأشياء -العبارات الموجزة بصوت منخفض كلمات يليها جمل (مع التعزيز المصاحب)



٦-عبارات موجزة بصوت أكثر ارتفاعاً. (التعزيز المصاحب)

٧-إطالة الحديث وارتفاع الصوت تدريجياً من خلال الإجابة على أسئلة (نعم -لا)

٨- الانتقال للإجابة عن أسئلة السببية *Wh" questions*

٩- الانتقال إلى إجابة الأسئلة التي تتطلب التلقائية اللفظية. *spontaneous questions*

١٠- الانتقال إلى الحديث خلال مواقف حياتيه ضاغطة مختلفة و ملاحظة الطفلة عند التفاعل مع مواقف وأفراد مختلفة.

ملخص نتائج الدراسة:

- بانتهاء الجلسات العلاجية والمتابعة لحالة الطفلة خلصت الدراسة الحالية إلى:

- فعالية جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف حدة الأعراض المرضية المرتبطة لاضطراب الصمت الاختياري - - فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة خلال الجلسات العلاجية في تخفيف حده القلق المصاحب للصمت الاختياري.

- فعالية البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف حدة علامات القلق المصاحبة للتفاعل اللفظي والاجتماعي من خلال تدريب الطفلة على مواجهه المواقف الاجتماعية المختلفة

التي فقدت خلالها القدرة على الحديث، باستخدام التعزيز والاسترخاء و الانتقال من مستوى تفاعلي لآخر.

- تنمية القدرة على التفاعل الاجتماعي بصورة أفضل من خلال إكسابها القدرة على مواجهه عدد محدود من الأفراد الأقارب والمألوفين انتهاء بمجموعة من الزميلات داخل غرفة الدراسة والتعارف على زميلات جدد.

- بناء سلوك إيجابي يتمثل في التفاعل غير اللفظي والذي تمت إثابته بهدف تشكيل سلوك التفاعل اللفظي الهامس من خلال النمذجة الذاتية والملاحظة السلوكية.

- فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في تحسين قدرة الطفلة على التواصل البصري واللفظي داخل غرفة الدراسة والمواظبة على الحضور وعدم التغيب عن المدرسة.

تفسير نتائج الدراسة:

من خلال نتائج دراسة الحالة خلصت الدراسة إلى العديد من الدلالات الهامة من وجهة نظر الباحثة يمكن إجمالها فيما يلي:

- للأسرة درواً هاماً في إصابة الطفلة باضطراب التباكم الانتقائي.

- أدى شعور الطفلة بالإحباط الناجم عن إهمال الأسرة و سيطرة التسلط من جانب الأب وبعض الأخوة الذكور مما كان له الأثر السلبي من حيث افتقادها لتقدير الذات والشعور بالمعنى والقيمة كعضو في الأسرة، حيث ترى الطفلة أن اهتمام الأسرة يتجه نحو الأخوة الذكور مما أدى إلى تدنى مفهوم الذات و الثقة بالنفس، ومن ثم ضعف التواصل النفسي واللفظي وغير اللفظي مع أفراد الأسرة و الميل إلى العزلة والانطواء، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسات التي تناولت أسباب التباكم حيث يُعاني الأطفال المتباكمون في البداية من التجاهل وعدم التعاطف معهم.

(Cohan, Sharon, L. 2006); (Hess, E. 2007)

و يمكن تفسير نشأة اضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة نظراً للقلق المكتسب من الآباء ذوى نمط المخاوف الاجتماعية الزائدة و تدنى المهارات الاجتماعية لدى أفراد الأسرة كما في حالة الأم التي تميل إلى العزلة كما أكدت بعض الدراسات أصابت آباء ذوى الصمت الاختياري بالقلق والتجنب و أن للوراثة تلعب دوراً هاماً في التعرض للاضطراب إلى حد كبير. (Denise, A. et al, (2008), Esther, B; Hess, (2007) ; (Christoph, H. Etal. 2006)

- باستمرار تجاهل الأسرة لمطالب الطفلة وتحقيق الإشباع النفسي لحاجاتها أدى ذلك إلى فقدانها الثقة في أفراد الأسرة مما أدى إلى اتجاه الطفلة إلى الامتناع عن الحديث مع بعض أفراد الأسرة كالأب، مكتفية بالتواصل مع الأم وبعض الأخوة، لنقل الرسائل

للمحيطين بها وإصرار الطفلة على عدم التواصل عن عمد حتى أن البعض قد أكد أن اضطراب الصمت الاختياري يرتبط بسمات قهرية *Compulsive Traits* مميزة.

- أدت شكاوى المعلمات المستمرة من الطفلة وتعثرها الدراسي وعدم التواصل داخل الفصل والانتواء و العزلة إلى إثارة انتباه الأم، فاستجابت الأسرة بالاهتمام الزائد بالطفلة مما أدى إلى تعزيز تلك الحالة المرضية (الصمت الاختياري) وتدعيمها لدى الطفلة والتي سعت للحصول على مزيد من المكاسب الثانوية من اهتمام زائد وتعاطف من جانب الأسرة والمعلمات في بداية الأمر، مما أدى إلى استمرار حالة الصمت الاختياري لدى الطفلة و التغيب عن الدراسة، مما انعكس سلباً على الجانب الأكاديمي للطفلة ومما زاد الأمر تعقيداً وصعوبة سوء تشخيص الاضطراب *Misdiagnosed* والتدخل العلاجي من جانب المحيطين بالطفلة سواء الأسرة أو المعلمات اللاتي قمن بتشخيص الحالة باعتبارها تأخر دراسي وخجل، ونظراً لاختلاف العلامات المرضية من مرحلة نمائية لأخرى ازداد الأمر صعوبة علاوة على تداخل الاضطراب مع غيره من الاضطرابات التي تصيب الأطفال كالمشكلات النمائية واضطرابات النطق، وقلق الانفصال والخجل كما تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في الإصابة بالاضطراب.

(*Jacobsen, et al. 1995*);(*Chirsloph,H,1996*); (*Douglas,U.Mark , S.1999*) ;(*Cunningham,c.eet al.2004*) ;(*Esther,B.Hess,2007*); (*Christy ,A,2012*)

ونظراً لما للاضطراب من آثار سلبية تلقى بظلالها على المراحل التالية للنمو مما يزيد من صعوبة العلاج و حرمان الطفل من الخبرات الاجتماعية و التعليمية حيث يرتبط التواصل الاجتماعي واللفظي بالإنتاج الأكاديمي، وبذلك يصاب الطفل بالإحباط لعدم مشاركته في الأنشطة، وعجزه عن التعبير عن رغباته فيبدأ في التغيب عن الدراسة، و يترتب على ذلك معاناة الطفل للتعثر الدراسي وبالتالي قد يقوم المعلمين بتوجيه الطفل إلى فصول صعوبات التعلم والتي تعد خدمة تعليمية غير ملائمة لحالة الطفل المضطرب كما في حالة الطفلة حيث قمن بعض المعلمات بالتشخيص بوصفها حالة تأخر دراسي لدى الطفلة، مما قد ساعد على تفاقم المشكلة لدى حالة الطفلة، وفي حال إهمال التدخل العلاجي الإيجابي قد يتطور الأمر إلى ظهور علامات الاكتئاب وميل الطفل للعزلة و بتفاقم الحالة قد يتعرض الطفل لاضطراب الهوية التفسخي. وفقاً لنتائج العديد من الدراسات السابقة التي قد تناولت اضطراب التباكم.

(*Kristen,h.2002*);(*Cohan,Sharon,L.2006*)

- و للأسرة دور هام في التدخل العلاجي السلوكي متعدد الأبعاد وذلك بهدف تعزيز ثقة الطفلة بذاتها حيث أن الإهمال والتسلط والتفرقة بين الأبناء من أهم الأسباب الكامنة

خلف تدنى مفهوم الذات وغياب الدور الواضح للآباء وعدم الشعور بالأمن، وإهمال متابعة الأسرة لأداء الطفلة الأكاديمي، تعد أهم العوامل المرتبطة بالصمت الاختياري لديها، كذلك تم إعادة ترتيب البيئة المنزلية والمدرسية، و السماح للطفلة باستخدام السلوكيات التعويضية في التفاعل مثل هز الرأس و الإشارات وإيماءات الوجه، مما يؤكد فعالية الجلسات العلاجية في خفض حدة اضطراب الصمت الاختياري والقلق المصاحب حيث أكد *kames,2005* أن أعراض القلق تمثل نسبة ٧٤% من الاضطراب وفعالية الأساليب العلاجية في إكساب الطفلة مهارة الحديث الوظيفي والمهارات السلوكية والاجتماعية وارتفاع تقدير الذات.

(*Karin, .1998*); (*Douglas ;Mark,S.1999*) ;(*Kristen, .2000*)
;(*Oon.2010*);(*Lindsey, 2013*)

و يعزى التحسن الملحوظ إلى تعاون القائمين على العملية التعليمية والأسرة حيث ينبغي تضافر كافة الجهود لعلاج حالات الصمت الاختياري و تعديل الظروف البيئية المحيطة بالطفل المضطرب سواء داخل المنزل أو المدرسة، وهذا ما قد حققته الدراسة الحالية من خلال الأساليب العلاجية السلوكية المختلفة حيث تصل نسبة التحسن باستخدام الأساليب السلوكية نحو ٩٠% نظراً لوضوح أهدافه وكونها محددة وموفرة للوقت والجهد. (الشيخ، أسامة. ٢٠٠٨، ١٦٥) حيث نجحت تلك الأساليب في مساعدة الطفلة على الاستبصار بالمشكلة وإكساب الطفلة العديد من المهارات الاجتماعية و الاستجابة للعلاج، مما يتفق مع العديد من نتائج الدراسات السابقة وتأكيد الباحثين أن الطفل المتباكم يبدو طفلاً عادياً إذا شعر بالارتياح النفسي تجاه البيئة الباعثة على القلق والتوتر لديه.

(*wing,2010,23:31 (cohen ,Sharon,I.2006)*)

مما أدى إلى مواظبة الطفلة على الحضور إلى المدرسة و المشاركة في الأنشطة وتحسن الأداء الأكاديمي لديها من خلال تعزيز الاستجابات المقبولة ومساعدتها على بناء علاقات اجتماعية جديدة داخل المدرسة.

توصيات الدراسة:

- توعية المعلمين باضطراب التباكم الانتقائي نظراً لأهمية التشخيص الجيد و التدخل العلاجي المبكر والفعال.
- توعية الآباء بضرورة البعد عن التدليل أو القسوة والتمييز بين الذكور والإناث من الأبناء.
- إرشاد المعلمين بأهم الأساليب العلاجية التي يمكن استخدامها بفاعلية في علاج حالات الصمت الاختياري.

المراجع:

- الأشول، عادل. (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، الاتجلو المصرية.
- الشيخ، أسامة مرزوق. (٢٠٠٨). مدخل إلى التوجيه والإرشاد النفسي، الرياض، مكتبة الرشد.
- النفيعي، خالد. (٢٠١٢). السلوك التكيفي للأطفال ذوي الصمت الاختياري - بالصفوف الأولية وأقرانهم العاديين بمكة المكرمة (دراسة مقارنة)، رسالة ماجستير

- غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية جامعة أم القرى المملكة العربية السعودية.
- حمودة، محمود. (١٩٩١). الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج. القاهرة، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال.
- سليمان، عبد الرحمن. (٢٠٠٢). اضطراب الصمت الاختياري (التباكم) لدى الأطفال. مجلة علم النفس، العدد (٦٣) السنة السادسة عشرة، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب.
- عبد الحميد، جابر؛ كفاقي، علاء الدين (١٩٩٠) معجم علم النفس والطب النفسي. ج٣، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبد الغفار الدماطي؛ عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- *American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 Ed.) Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.*
- [Angela E. Mcholm](#) ، [Charles E. Cunningham](#). (2005). *Helping Your Child With Selective Mutism: Practical Steps To Overcome A Fear Of Speaking Paperback.*
- *Bergman, R.et al. (2000) . Prevalence and description of selective mutism in a school based sample. J of American academy of child and Adolescent Psychiatry, V. 41, 938-946*
- *Black, B.; Uhde, T. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. J Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry. 34(7):847-856*
- *Black B, Uhde TW.(1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34(7),847-856.*

-
- **Blum NJ, Kell RS, Starr HL, Et Al.(1998). Case Study: Audio Feedforward Treatment Of Selective Mutism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 37(1),40-43**
 - **Busse,R.T.Downey ،J.(2011).Selective mutism a three thiered approach to prevention and intervention contemporary School Psychology.15. 53-63**
 - **Chavira Da, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein Mb. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.**
 - **Christy A. Mulligan. (2012). Selective mutism: identification of subtypes and influence on treatment ،Philadelphia College of Osteopathic Medicine Pc Om Psychology ،P.210**
 - **Composano ،L. (2011). Silent suffering: Children with selective mutism ،the professional counselor: Research and Practice. (1) 46 -56**
 - **Connolly, S., Suarez, L., Sylvester, C. (2011). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Current Psychiatry Reports. 13(2) 99-110**
 - **Cohan, s ،et al. (2006). Suffering In Silence: Why A Developmental Psychopathology Perspective On Selective Mutism Is Needed J Of Developmental & Behavioral Pediatrics.27(4) 341-55**
 - **Cunningham, C. E., Mcholm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. J of Child Psychology and Psychiatry. 45 (8) 1363- 72**
 - **Cunningham C.E¹, Mcholm Ae, Boyle Mh. (2006)Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism,**

generalized selective mutism, and community controls, J of Eur Child Adolesc Psychiatry. 15(5)245:55

- *Delroy, M. (1987). Elective mutism: A case study of a disorder of childhood. Washington, Dc: National Medical Association,.*
- *Denise A. Chavira, Elisa Shipon Blum, Carla Hitchcock, Sharon Cohan, Murray B. Steina. (2008). Family history study of selective mutism, department of psychiatry, University of California,*
- *Douglas, U ; Mark, S. Ryea. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: A case study J of behavior. 30,(4) 313-323*
- *Downey, J Busse ,R.(2011). Selective mutism: A three-tiered approach to prevention and intervention Chapman university, Contemporary School Psychology, 15 ,53-63*
- *Elizur ,Y ; Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A Controlled Study, J Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 42 (12) 1451-1459*
- *Elizuer, Y; Israeil C. (2011). Council of psychologists clinical child ,Educational Psychology Program ,Hebrew University Of Jerusalem.*
- *Esther B. Hess. (2007). floor time as a play therapy intervention for children impacted by selective mutism ,smg online library.*

- *Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., (2004). Selective Mutism. In T. H. Ollendick & J. S. March*

-
- (Eds.), *Phobic And Anxiety Disorders In Children And Adolescents* New York: Oxford University Press. 433-455
- Hans-Christoph Steinhausen, Miriam Wachter, Christa Winklermetzke.(2006). *A Long-Term Outcome Study Of Selective Mutism In Childhood* *Journal Of Child Psychology And Psychiatry* 47, (7) 751-756
 - Hans,Christoph Steinhausen, M.D., *Elective mutism: An analysis of 100 cases.* (1996). *J of american academy of child and adolescent psychiatry.* 35 (5) 606-614
 - Holmbeck GN, Lavigne JV.(1992). *Combining self-modeling and stimulus fading in the treatment of an electively mute child.* *Psychotherapy.* 29,661-667
 - Jacobsen, T. (1995). *Case study: Is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder?* *J Am Acad Child Adoles Psychiatry.* 29,863-866.
 - Jan Middendorf, M.A.,Ccc Jessica Buringrud, M.A.,C. (2009). *Selective mutism strategies for intervention,* *American speech- language- hearing association* November 19,(4)201-208
 - Jackson, M., Allen, R., Boothe, A., Nava, M., Coates, C.(2005). *Innovative analysis and interventions in the treatment of selective mutism.* *Clinical case studies.* 4 (1) 81-111.
 - Karin,A. (1998). *Selective Mutism: A Review Of The Treatment Literature By Modality From 1980-1996.* *Psychotherapy.* 35, 381-391.
 - Kearney,C.(2010). *Helping children with selective mutism and their parents: A guide for school-based professionals.* New York: Oxford university Press, Inc.

-
- **Kehle, Thomas J.; Bray, Melissa A.; Byer-Alcorace, Gabriel F.(2012). Augmented self-modeling as an intervention for selective mutism, psychology in the schools.49 (1) 93-103**
 - Kristenen,H.(2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder, delay, anxiety disorder, and diminution disorder, J.Am Acad adolesc psychiatry ,39(2) 249-56**
 - **Klein, R., Armstrong, L., Shipon-Blum,E.(2012). Assessing spoken language competence in children with selective mutism: using parents as test presenters, communication disorders quarterly**
 - **Kumpulainen K.(2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. CNS Drugs 16(3),175-180 .**
 - **Lang,R ; Re Gester ,A. (2011). Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings J appl behav Anal .44(3) 623-628**
 - Letamendi, A., Chavira, D., Et Al.(2008). Selective mutism questionnaire: measurement structure and validity., J of the American academy of child & Adolescent psychiatry., 47(10)1197-1204**
 - **Lindsey Br, Piacentini J, Mccracken Jt. (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.et al . (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism,J Of The American Academyof Child &Adolescent Psychiatry,46(2)P1187-95**
 - Middendorf,j (2013)" Selective mutism: assessment and intervention,cincinnati children's hospital medical center ohio speech-language and hearing Association. 16(4)20-37**

-
- **Oon, Ph. (2010) *Playing with gladys: a case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. Clin child psycho psychiatry. 15(2) 215-230***
 - **Peredink ,R.(2011).*The Selective mutism treatment guide manuals for parents ,teachers and therapists,library of Congress.***
 - **Robert, L. Schum. (2006). *Clinical perspectives on the treatment of selective mutism ,American Psychological Association. 1(2) 149-63***
 - **Schum, R. (2002). *Selective mutism—an integrated treatment approach. Asha leader, 7 (17) 4-6***
 - **Shipon-Blum, E. (2004). *Understanding selective mutism: a guide to helping our teachers understand.selective mutism group childhood anxiety ,Network, (215) 887-5748, Www.Selectivemutism.Org, - A 501(C)(3)Nonprofit Organization.***
 - **Shipon-Blum, E. (2003). *The ideal classroom setting for the selectively mute child. Mutism anxiety research and treatment center, Philadelphia,Pennsylvania.***
 - **Shriver, Mark et al. (2011). *Behavior observations for linking assessment to treatment for selective mutism. Education and treatment of children. 34 (3) 389-411***
 - **Steinhausen, H.C. ; Juzi, Claudia. (1996).*Elective mutism: an analysis of 100 cases.’ J of the american academy of child and adolescent psychiatry. 35 (5) 606-614.***
 - **Steinhausen, H-C, Wachter et al. (2006). *A Long-Term Outcome Study Of Selective Mutism In Childhood.’ J Of Child Psychology And Psychiatry Vol. 47(7) 751-756.***

- Stone, B.P., Kratochwill, T.R., Sladeczek, I., & Serlin, R.C. (2002). *Treatment Of Selective Mutism: A Best-Evidencesynthesis. School Psychology Quarterly. 17, 168-190.*
- Torey L.. (1980). *Classification Of Elective Mutism Journal Of The American Academy Of Child Psychiatry, (١١٨ (١٩-133*
- Vasilyeva ،N. (2013). *Significant factors in the development of elective mutism: A single case study of a 5 year-old girl " British J of psychotherapy.29, (3). 373-388*
- Vecchio, J. L., ; Kearney, C. A. (2005). *Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. JI of psychopathology and behavioral assessment, 27 (1), 31-37.*
- Wing, P. (2010). *Selective mutism: a review of etiology, Comorbidities and treatment. Psychiatry. 3, 23-31.*
- Zelenko ،M. (2000).*Case study: Selective mutism in an immigrant Child ،Clin Child Psychiatry.5 (4) 555-556*

ملاحق الدراسة

ملحق (١)

مقياس الصمت الاختياري للأطفال (٥ : ١٠ سنوات

(موجه للآباء والمعلمين)

إعداد: د/ فاطمة الزهراء محمد النجار

الاسم (اختياري): العمر: الصف:

م	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
١	يشعر الطفل بالخوف الشديد خارج المنزل.			
٢	يعانى الطفل من مشكلات في التحصيل ناتجة عن مشكلات التواصل.			
٣	ضعف التواصل البصري لدى الطفل.			
٤	تبدو على الطفل علامات القلق إذا طلب منه المشاركة والتفاعل داخل الفصل.			
٥	يتشبث الطفل بالوالدين بقوة خارج المنزل.			
٦	يشعر الطفل بالإزعاج الشديد عند تعرضه للزحام أو الضوضاء.			
٧	يبدو على الطفل علامات الخجل.			
٨	يميل الطفل إلى العزلة الاجتماعية والانتواء.			
٩	من الصعب أن يتحدث الطفل عن نفسه أو يعبر عن مشاعره أمام الغرباء.			
١٠	يحجم الطفل عن المشاركة في الأنشطة المدرسية الجماعية.			
١١	يبدو على الطفل القلق إذا طلب منه مشاركة لفظيه خارج المنزل.			
١٢	يرفض الطفل الإجابة عن الأسئلة الشفهية داخل الفصل.			
١٣	يميل الطفل إلى الحزن وتبدو عليه علامات العبوس.			
١٤	يتردد الطفل في الذهاب إلى المدرسة.			
١٥	يميل الطفل إلى السلبية داخل غرفه الدراسية.			
١٦	يتحدث الطفل بصوت خافت داخل المنزل.			
١٧	يفضل الطفل البقاء بالمنزل خوفاً من التفاعل مع الغرباء.			
١٨	تبدو على الطفل علامات القلق والتوتر خارج المنزل.			
١٩	يحجم الطفل عن التعاون مع الزملاء خلال الأنشطة المدرسية.			
٢٠	يرفض الطفل الحديث مع بعض أفراد الأسرة داخل المنزل.			

ملحق (٢)

استمارة الملاحظة وتدوين سلوك الطفل المتباكم

اليوم	الشخص	النشاط	(المخرجات (كيف أشعر
السبت			
الأحد			
الاثنين			

استمارة ملاحظة للتعرف على الأفراد المثيرين للقلق عند التعامل معهم
لدى الطفلة بصفة يومية.

منخفض	متوسط	مرتفع	مستوى القلق	
		-1		

		-2	الأفراد	اليوم
		-3		
		-4		
		-1	الموقف الاجتماعي	
		- 2		
		-3		
		-4		
		-5		