

(الصمت الإختياري لدى الأطفال، أعراضه، أسبابه ووسائل التعامل معه)

-دراسة حالة-

د/ سهير سليمان الصباح، جامعة القدس

أ/ انطون كامل جابي، مرشد تربوي

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تحديد اعراض اضطراب الصمت الإختياري لدى الأطفال، والتعرف إلى العوامل المسببة لاضطراب الصمت الإختياري لدى الحالتين المدروستين، وقد اعتمدت الدراسة على أسلوب دراسة الحالة، وذلك من خلال دراسة وصفية نوعية لأعراض الصمت الإختياري وأسبابه لدى حالتين وهما طفل وطفلة، وشملت هذه الدراسة استمارة تتم من خلالها دراسة وتحليل التاريخ الإجتماعي والصحي للعائلة والطفل والبيئة من حوله، ولقاءات مع الوالدين والمعلمين والمعلمات، وكذلك الملاحظة في الملعب وفي داخل الحصص، والعمل على خطة علاجية لبتطبيقها مع الحالات في المدرسة.

وقد توصلت الدراسة إلى أن الصمت الإختياري أكثر من مجرد خوف إجتماعي لدى الحالات المدروسة وقد تم تحديد أعراض الصمت الإختياري والأسباب التي قد تكون سببت الاضطراب لديهم بالإضافة الى وضع خطة علاج للتعامل مع هذا الاضطراب، وأن اساليب العلاج باللعب والرسم (لغة الأطفال) هي اساليب ناجعة في مساعدة الاطفال ذوي الصمت الإختياري، ويجب على المدرسة والاهل والمرشد التربوي التعاون من اجل مساعدة الاطفال ذوي الصمت الإختياري وذلك من خلال ابعاد الطفل عن الضغط الاسري والتعامل معه بطريقة تساعده على التأقلم والارتياح مع البيئة من حوله.

كلمات مفتاحية: الصمت الإختياري ، الاطفال، دراسة حالة

Abstract:

This study was to determine the symptoms of SM disorder (SM) in children, and to identify the factors causing the disorder in the two cases , The study was based on case-study approach. In addition, this descriptive, qualitative study attempted to identify the symptoms and causes of the SM in two cases, a boy and a girl, This study included in questionnaire through which to study and analyze the social history and health of the family and the child and the environment around him, Several interviews were conducted with the child's parents and teachers, and the child's behavior was also observed inside his classroom and in the playground. Finally, the researchers developed a therapeutic plan which he applied on the relevant cases at schools.

The study found that SM is more than just a social phobia in the two cases and it found the Symptoms of SM in the cases and the reasons that it may cause the disorder for them, In addition the study developed a therapeutic plans for the cases

and methods to deal with this disorder, The study findings also showed that playing and drawing (children language) were effective methods in helping children with SM, The study recommended that parents, teachers and school counselor should work closely to secure the child with SM from any domestic pressures and help him to adapt with his surroundings.

Keywords: Selective mutism , children, case study.

مقدمة :

يمرّ الطفل في مراحل حياته المختلفة بالكثير من المؤثرات التي تقوده إلى مجموعة من التغيرات في شخصيته، منها ما هو إيجابي، ومنها ما هو سلبي، أما السلبي منها فيؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية سلوكية لدى الطفل، وتحتاج إلى الانتباه والرعاية حتى يتمكن من التخلص منها، ومن بين هذه الاضطرابات ما يطلق عليه "الصمت الاختياري"، وهو أبرز الاضطرابات الناتجة عن التفاعل السلبي بين الطفل والبيئات التي يتواجد فيها كالمدرسة أو النادي أو أماكن التجمع المتخلفة.

ويرى يغانه ودوبراه (Yeganeh & Deborah, 2006) أن الصمت الاختياري اضطراب يصيب الطفل برفض الكلام في بعض المواقف الاجتماعية، ويتحدث بشكل طبيعي في مواقف اجتماعية أخرى، وعزف فاضل (1996: 160) الصمت الاختياري بأنه حالة مرضية نفسية تعني رفض الكلام خارج البيت بشكل تام، وبناء على هذا التعريف نجد أنّ هذا النوع من الاضطرابات يصيب الأطفال نتيجة التفاعل السلبي مع البيئة الخارجية بعيداً عن الأسرة والمنزل، فلا يتكلم إلا في الأماكن التي يشعر فيها بالراحة أو الهدوء والقبول، وقد يؤدي هذا الاضطراب الانفعالي إلى الكثير من المشكلات المستقبلية إن لم تتم معالجته بأسرع وقت وبكل الطرق الممكنة.

لم يحظ الصمت الاختياري بالاهتمام المطلوب على الرغم من وجوده في المجتمع وتأثيره السلبي على الأطفال، وقد ساهم في ذلك غياب معرفة الأهل والمربين لهذا الاضطراب وخلطه بالخلج، وعدم توافر الجهود في الأدبيات العربية لدراسة اضطراب الصمت الاختياري بالطريقة الملائمة والكم الكافي لتحديد معاملة في داخل مجتمعاتنا، ومن هنا تأتي هذه الدراسة محاولة لسد جزء ولو بسيط من الثغرات سابقة الذكر، كما أنّ فكرة البحث قد نشأت من ملاحظة الباحث للواقع في سوء تقدير وتشخيص حالات الصمت الاختياري من قبل المرشدين بالشكل الصحيح.

مشكلة الدراسة:

يتعرض الاطفال في مراحل نموهم المختلفة إلى مجموعة من التداخلات والتحديات التي تخلق جوّاً من التثنت والارتباك والتوتر مما يؤثر سلباً على كثير من جوانب نموهم، بحيث تظهر مجموعة الاضطرابات التي تحتاج الى التدخل النفسي بشكل أو بآخر.

ويعد الصمت الاختياري ظاهرة من الظواهر المهمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية عند الاطفال، وقد يكون حيلة لا شعورية من الطفل من أجل رفض الموقف الذي يعيش فيه وبالتالي يحاول الابتعاد عن الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام. وحسب علم الباحثان فان هناك نقص في الاهتمام على المستوى المحلي والعربي باضطراب الصمت الاختياري وعدم القدرة على إدراكه بطريقة صحيحة، ولم يجد الباحثان دراسات عربية سابقة وفيرة، سوى دراسة واحدة حسب علم الباحثان هي لغزال (ب ت) التي توصلت الى ان 9.6% من الأطفال العاديين يعانون من الصمت الاختياري، بينما يعاني 18.8% من المعاقين من الاضطراب نفسه، وان معدل انتشارهم بين ست الى ثماني حالات من 1000 طفل، (Borger, et.al(2007).

بالإضافة الى عمل احد الباحثان مرشد تربوي في احدى المدارس والاخر استاذاً في علم النفس مما دفعا الى الاهتمام بهذا الاضطراب ودراسة هذه المشكلة والتي تمثلت بسؤال الدراسة:

ما أعراض اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالات، اسبابها، اساليب تشخيصها ؟

أهمية الدراسة:

1. تطرح موضوعاً جديداً في الساحة العلمية العربية فيما يتعلق بعلم النفس وهو اضطراب الصمت الاختياري. وهي دراسة نوعية معمقة لحالات الصمت الاختياري، فهي تختلف عن باقي الدراسات كونها تنتقل من التعميم الى التخصيص أكثر من الدراسات الأخرى.
2. نقص الاهتمام على المستوى المحلي باضطراب الصمت الاختياري وعدم القدرة على إدراكه بطريقة صحيحة حسب علم الباحث.
3. اثراء المكتبة العربية والفلسطينية بالادب النظري لاضطراب الصمت الاختياري من حيث اسبابه واعراضه وعلاجه.
4. فائدة للمرشدين التربويين باساليب الكشف والتعرف المبكر على طلبة لاضطراب الصمت الاختياري وأساليب التدخل العلاجي التربوي والباحثين في هذا المجال.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الى تحقيق الاهداف الاتية:

1. تحديد اعراض اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال.
2. التعرف إلى العوامل المسببة لاضطراب الصمت الاختياري لدى الحالات.
3. دراسة نوعية معمقة لحالات الصمت الاختياري.
4. وضع خطة علاج للحالات

أسئلة الدراسة:

1. ما أعراض اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالات، اسبابها، اساليب تشخيصها ؟
2. ما اساليب التي يمكن استخدامها من أجل كشف اضطراب الصمت الاختياري؟
3. ما أسباب اضطراب الصمت الاختياري لكل حالة من الحالات؟
4. ما خطة العلاج المقترحة لعلاج الصمت الاختياري لكل حالة من الحالات؟

التعريفات المفاهيمية

الصمت الاختياري:

هو فشل الطفل في التحدث في ظروف اجتماعية معينة بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى (Cunningham & Mcholm, 2006)، وهذا ما اتفقت عليه المفاهيم والتعريفات التي تمّ العثور 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 مايرام فيها (Omdal & Galloway, 2008) وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (American Psychiatric Publishing, 2013).

الطفل:

بحسب التعريف الدولي للطفل فإن كلمة الطفل تنطبق على كل شخص لم يبلغ الثامنة عشر من العمر ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق عليه. (العززي، 2009). ويتفق التعريف الإجرائي للطفل في هذه الدراسة مع التعريف الاصطلاحي سابق الذكر.

محددات الدراسة: طفل وطفلة من الأطفال اللذان يعانون من اضطراب الصمت الاختياري في إحدى مدارس مدينة رام الله، تم متابعتهم في الفصل الأول 2015/2014

مقدمة:

وقد اتفقت الدراسات الحديثة في العقدين الأخيرين، ومن بينها التصنيف الخاص بالجمعية الأمريكية للأخصائيين النفسيين على استخدام مصطلح "الصمت الاختياري" Selective Mutism بعد أن كان "الصمت الانتقائي" Elective Mutism، وهذا ما نجده في الكثير من الدراسات الحديثة (Yeganeh, Beidel, 2012).

الصمت الاختياري اضطراب يرفض فيه الطفل الكلام في بعض المواقف والأوضاع، لكنه يتحدث بشكل طبيعي في مواقف وأوضاع أخرى (Yeganeh, R, Beidel, 2012)، كما رأى (Cunningham & Mcholm, 2008) أنّ الصمت الاختياري هو فشل الطفل في التحدث في ظروف معينة بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى، وهذا ما اتفقت عليه المفاهيم والتعريفات التي تمّ العثور عليها في الدراسات العربية والأجنبية، وكذلك في المراجع المختلفة، حيث هنالك مَنْ اعتبره جزءاً من القلق الاجتماعي، وشكلاً من أشكاله، بحيث يتفاعل الطفل مع المناطق الطبيعية كالمدرسة والبيت ولكنه في بعض الأحيان لا يكون تفاعله على مايرام فيها (Omdal & Galloway, 2008) وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (American Psychiatric Publishing, 2013).

ويرى كل من كيلر وبيرغمان (Keller & Bergman, 2008) أنّ "الصمت الاختياري عبارة عن اضطراب في سلوك الطفل ينتج عن الفشل في الحديث في مواقف اجتماعية محددة"، ويرى خليل فاضل (1996) أنّ أهمّ علامات الصمت الاختياري الطبية هي فشل في التخطاطب مع الآخرين في البيئة المحيطة، وهو يعد اضطراباً نادر الحدوث.

ويمكن القول أنّ الصمت الاختياري عبارة عن فشل الطفل في الحديث في مواقف اجتماعية محدّدة مقابل نجاحه في مواقف أخرى بحيث يكون هذا الفشل غير ناتج عن نقص معرفي في اللغة ولا عن خلل وظيفي في أعضاء النطق.

أسباب الصمت الاختياري وأعراضه

يلاحظ أنّ الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري يميلون إلى القلق، وخاصة في المواقف الاجتماعية، ولديهم اضطراب في طريقة الكلام، وهي مشاكل مرتبطة بتأخر النطق إلى بضعة أشهر أو سنوات (Mulligan, 2012)، وقد لاحظ كل من بريدينك وتوبيلبيرغ (Perednik & et.al, 2003) أنّ الصمت الاختياري شائع بين المهاجرين، وهذا يعني، أنّه من الممكن أن يرتبط الصمت الاختياري في الدرجة الأولى بعدم قدرة الطفل على التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، من بيئة يعتاد عليها إلى بيئة لا يعتاد فيها على الناس والمكان. وبالتالي فإن الصمت الاختياري يمكن أن يكون منحصراً في الأماكن غير المألوفة على الطفل، أو مع أناس لم يألفهم.

أظهرت التقارير الطبية في العيادات النفسية أنّ الخجل والقلق والحساسية والخوف والتعلّق هي الصفات البارزة في الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، ولكن في المقابل أظهرت بعض التقارير التي تصفهم بالعدوانية والعند وعدم الطاعة والغضب والمعارضة والسيطرة ووجود شخصية سلبية (Mulligan, 2012)، وهذا ما يخلق الأشكالية في تحديد صفات الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، فعدم وجود

صفات موحدة بينهم تؤدي إلى عدم القدرة على تحديد مدى وجود الاضطراب من عدمه، وبالتالي فإنه لا بدّ من التعمق أكثر في دراسة حالة الطفل، من أجل تحديد المواقف والأماكن التي يلجأ فيها إلى الصمت.

وبحسب كوهين وشتاين (Cohen & Stein, 2006) فإنّ هنالك تطوير مستمر لطرق تشخيص وكشف هذا الاضطراب، حيث أضافت الدراسات أنّ هنالك أعراض أخرى تبدو على من يعانون من هذا الاضطراب، ومن أبرزها الضعف المهني والإنتاجي، والضعف على مستوى التحصيل الأكاديمي، وانخفاض الأمن والصعوبات في تكوين علاقات اجتماعية وحميمة، كما يصبح أكثر عرضة للإدمان على المخدرات أو الكحول، والاكنتاب، وبالتالي فإنه يمكن القول بأنّ الصمت الاختياري عبارة عن اضطراب يظهر لدى الطفل بسبب مجموعة كبيرة أخرى من الاضطرابات والمشكلات النفسية، ويؤدي في الوقت نفسه إلى العديد من المشكلات النفسية والسلوكية لدى الطفل عند البلوغ وما بعده، ويبقى أثره إلى مدى أبعد.

ويرى كل من (2007) Borger, et.al (2007) سليمان (2001) أنّ اضطراب الصمت الاختياري لدى الطفل يبدأ قبل سنّ الخامسة، ويمكن أن يكون في سن السادسة عند دخوله إلى المدرسة، وقد يستمر لفترة غير معلومة، ما بين عدة أسابيع إلى أشهر، ولكن ينفي أن يستمر لعدة سنوات إلا في حالات نادرة، وأنّ الإصابة بهذا الاضطراب تؤدي إلى توقف الطفل عن أداء أدواره الاجتماعية والمدرسية، والإخفاق في المواظبة على الذهاب إلى المدرسة نتيجة أن الطفل يعاني من الصمت الاختياري مما يجعله معرضاً للسخرية من زملائه.

ويلاحظ على بعض الاطفال انهم يتعمدون عدم الكلام ويفضلون الصمت وعدم الاستجابة أبدا في أي حوار كان، وأحيانا ينزل الطفل عينيه نحو الارض كنوع من الهروب من الاجابة، ولكن رغم ذلك، يكون الطفل كامل الوعي، ويملك من الذكاء والقدرة على الكلام ما يكفيه، ويلاحظ على هذا الطفل أنّه يتحدث بشكل طبيعي مع أمه مثلا أو أي شخص مقرب إليه، أو في البيت مثلا.

لا تزال الاسباب التي تؤدي الى الصمت الاختياري ليست معروفة بشكل واضح وكامل، ولكن القول أنّ الأسباب التي تؤدي الى هذا الاضطراب مرتبطة بطريقة رعاية الوالدين في الأغلب، ومنها الحماية المفرطة من الأب والأم، أو أحدهما، وإصابة الطفل بمرض ما، خاصة في حال الدخول إلى المستشفى لمدة معينة، وكذلك يمكن أن يحدث الصمت الاختياري نتيجة التعرض لصدمة، أو حادث، أو الانفصال عن الأم قبل بلوغ السنة الثالثة من العمر، إضافة إلى وجود صراعات نفسية داخلية تؤدي إلى شعور الطفل بالقلق الشديد، والشعور بالعجز عن التعبير الصحيح في مكان وظرف يتصف بالضغط النفسي (حمودة، 1991).

ويمكن تفسير ذلك أن الصمت الاختياري يقع نتيجة العجز عن مجابهة هذه المواقف، والشعور بالضعف، فيلجأ الطفل إلى الهروب منها، والتخلص من وطأتها عن طريق الصمت الذي يظن أنّه الوسيلة الوحيدة للتخلص من مواجهة هذه الأشياء.

وقد يعزو البعض سبب الإصابة بهذا الاضطراب إلى العوامل الوراثية، ولا بد أن تُشير هنا إلى أن الدراسات العلمية لم تؤكد على العامل الوراثي في هذا الاضطراب مثل دراسة سيغال (Sigal, 2003) التي حاولت تحديد العلاقة بين التوائم في البويضة الواحدة والصمت الاختياري عند واحدة من التوأمين، ولكن الدراسات التي أجريت على مرضى القلق الاجتماعي، تُشير إلى أن معظم أبنائهم يُعانون من الصمت الاختياري (المرزوق، 2011). اما شوارتز وآخرون (Shwartz & Others, 2006) فقد وجد أن (69.7%) من الاطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري لا يعانون من مشاكل فسيولوجية ولا يمكن لهذا النوع من التدخل أن يساعدهم، وقد حصل 17 طفلا على العلاج الدوائي وكان ناجحاً مع 11 بنسبة 65%، بينما نجح اسلوب تعديل السلوك مع 36.4% من الأطفال المشمولين في الدراسة، وخلصت الدراسة الى ان العلاج بالدواء وتعديل السلوك وكل الطرق الممكنة لعلاج الصمت الاختياري يمكن ان تساهم ولا يمكن ان نعتمد على وسيلة اساسية واحدة.

الصمت الاختياري بحسب الدليل التشخيصي الإحصائي DSM5

ورد مفهوم الصمت الاختياري في الـ DSM5 مختلفاً في بعض النواحي عن سابقه في الـ DSM4، فقد كان الاختلاف في أن اعتبر التصنيف الخامس أنّ الصمت الاختياري جزء من القلق، بحيث يتّسم جميع الاطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري بالحذر الشديد والقلق من كل ما هو حولهم، وقد صنفت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين الصمت الاختياري في التصنيف الخامس على أنه اضطراب يحدث منذ سن الرضاعة وفي فترة الطفولة أو المراهقة (AmericanPsychiatric Publishing, 2013).

وفي تصنيف الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين نلاحظ تطوراً واضحاً في هذا المفهوم، أولاً من حيث التسمية، وثانياً من حيث الوصف وتحديد المفهوم، وذلك في الفترة ما بين عامي 1980 حتى 2013، ويمكن توضيح هذا التطور في الجدول (1) الآتي:

إصدار الـ DSM	التسمية التشخيصية	معايير التشخيص الأساسية
الثالث 1980	الصمت الانتقائي	استمرار رفض الحدث في معظم المواقف الاجتماعية.
الثالث محدّث 1987	الصمت الانتقائي	رفض التحدث في موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية. رفض الكلام غير مرتبط بأعراض الرهاب الاجتماعي.
الرابع (1994)	الصمت الاختياري	استمرار الفشل في التحدث في مواقف اجتماعية معينة. لا يجب أن يكون الفشل في الكلام نتيجة لخلل وظيفي أو عدم القدرة على فهم اللغة أو قصور في المعرفة أو عدم ارتياح إلى اللغة التي يتحدث بها.
الرابع محدّث (2000)		
الخامس (2013)	الصمت الاختياري	أصبح من ضمن اضطرابات القلق واتخذ نفس الأعراض التشخيصية السابقة مع التأكيد على وجود أعراض القلق على الأطفال المصابين به.

ونلاحظ من الجدول السابق اختلاف المسمّى الاصطلاحي لاضطراب رفض الكلام في مواقف اجتماعية محددة، ما بين Elective Mutism و Selective Mutism، وذلك في الإصدارات الخمسة جميعها، حيث نلاحظ البدء باستعمال المصطلح الحديث بعد العام 1994، واشترط عدم وجود أي خلل أو قصور معرفي أو وظيفي لدى الطفل المصاب به، وفي الدليل التشخيصي الخامس الصادر في العام 2013، أعاد تصنيف الصمت الاختياري إلى دائرة القلق، بوصفه واحداً من تلك الاضطرابات المتعلقة به.

ولقد ميّز هذا التصنيف بين أعراض الصمت الاختياري وأعراض مشاكل التواصل التي تتميز بأن صاحبها يفقد القدرة على التواصل بسبب مشكلات في النطق أو مشاكل صحية، وكذلك ميّز بين أعراض الصمت الاختياري وأعراض الاضطرابات المصاحبة له، ومن بينها الخجل والخوف، والتي ليس من الضرورة أن تصاحبه، بل يمكن أن تكون وحدها، ولكنها في محصلة الأمر موجود لدى الأطفال المصابين باضطراب الصمت الاختياري (American Psychiatric Publishing, 2013).

تشخيص الصمت الاختياري

من العناصر الأساسية في تشخيص الصمت الاختياري الفشل في الكلام في أوضاع يتطلب فيها الكلام كالمدرسة بالرغم من أن الطفل يتكلم بشكل طبيعي في أوضاع أخرى كالبيت مثلاً، علماً بأنه لا توجد فحوصات مخبرية أو إشعاعية لتشخيص هذا الصمت، ويراعى للتشخيص الدقيق لهذه الحالة ان لا يكون الصمت نتيجة عدم شعور الطفل بالراحة مع اللغة السائدة في المكان الذي يصمت فيه، واستبعاد أن يكون الصمت فقط بسبب اضطرابات النطق كالتأتأة أو الفصام أو اضطرابات النمو الدائمة كالتوحد.

وبناء على ذلك؛ يقع الدور الأكبر في اكتشاف هذه المشكلة على عاتق المعلمين والمربين في المدرسة، ويشترك أولياء الأمور والمعلمون والمربون داخل المدرسة في عناصر العلاج، وتتعدد أساليب تشخيص الصمت الاختياري ومعاييرها، تماماً كما تتعدد الأسباب، وطريقة التشخيص مرتبطة إلى حد ما بالسبب، لأنه من الضروري فهم الأسباب التي تؤدي إلى امتناع الطفل عن الكلام، والتزام مجموعة من الاعتبارات والمعايير التي تفرق بين الصمت الاختياري وغيره من الاضطرابات النطقية والكلامية (American Psychiatric Publishing, 2013).

أولاً: معايير تشخيص الصمت الاختياري

لقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM5) للاضطرابات الذهنية خمسة معايير يمكن من خلالها تشخيص الطفل بأنه يعاني من اضطراب الصمت الاختياري، وهي على النحو الآتي: (American Psychiatric Publishing, 2013)

1. يفشل الطفل بالكلام في مواقف اجتماعية محددة بشكل مستمر كالمدرسة أو مع الأصدقاء في اللعب، بحيث يكون من المتوقع أن يتكلم في هذه المواقف، لكنه يبقى صامتاً رغم قدرته على الحديث في مواقف أخرى.
2. أن يتعارض هذا الاضطراب مع التحصيل التربوي والانجاز المهني والتواصل الاجتماعي.
3. يجب أن يستمر هذا الاضطراب لمدة شهر على الأقل، وقد لا يكون من الشهر الأول للذهاب الى المدرسة، حيث يمكن أن يكون ذلك بعد وقت غير محدد نتيجة أحداث معينة تسببت للطفل بالخجل والرغبة في عدم الذهاب.
4. لا يتم تشخيص الصمت الاختياري على انه فشل في الكلام الناتج عن نقص المعلومات ونقص المساعدة والبطء، بل بحاجة إلى موقف اجتماعي.
5. لا يتم تشخيص الصمت الاختياري على انه اضطراب في حال كان ناتجاً عن خلل نطقي مثل التأتأة، ولا يجب ان يرتبط بالاضطرابات النمائية او انفصام الشخصية او اضطرابات ذهانية أخرى.

يمكن الملاحظة مما سبق أنّ معايير تشخيص الصمت الاختياري لا يجب أن تكون ناتجة عن أي خلل فني في الكلام، فالطفل سيكون قادراً على الكلام تماماً في مواقف مختلفة، لكنه يمتنع عنه برغبته هو، ضمن عوامل وظروف معينة، من أجل تفادي بعض الأشياء أو الأشخاص أو ربما الأحداث.

وبالتالي فإنّ الصمت الاختياري في أساسه يحدث في موقف اجتماعي، ولا يمكن أن يحدث وحده، فليس له علاقة باضطرابات الكلام، او اضطراب أسلوب التعبير عن النفس لدى الطفل، ولذلك يجب على من يحاول اكتشافه أو تشخيصه أن يدرس وضع الكلام بعناية لدى الطفل، والبيئة التي يعيش فيها، وطريقة التعامل التي يتلقاها في مختلف الأماكن والمواقف الاجتماعية من أجل تحديد إن كان الطفل قادراً على الكلام في الوضع الطبيعي، وإذا ما كان الامتناع عن الكلام ناجماً عن مواقف محددة.

ثانياً: الصمت الاختياري وبيئة المعيشة

البيئة التي يعيش الطفل فيها أثر كبير على مستوى تفاعله مع العناصر المختلفة من حوله، والاحداث والمواقف الاجتماعية، ولذلك فإن طبيعة رد فعل الطفل وحدوث الاضطرابات المختلفة لديه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمتغيرات الموجودة من حوله، ولذلك لا بدّ من النظر إلى البيئة كعامل مهم من عوامل تشخيص الصمت الاختياري من خلال دراسة خصائصها وخصائص تجاوب الطفل معها.

يعتبر الضغط العائلي وعدم استقرار البيئة في داخل البيت من العوامل المؤثرة في الصمت الاختياري، فمثلاً طفل يعاني من الصمت الاختياري ولديه الكثير من التحركات والتغيرات في داخل المدرسة، تعتبر هذه التغيرات من العوامل التي تؤثر في تغيير مستوى الصمت لديه، والامر نفسه موجود في داخل الأسرة بحيث تكون هذه الأسر غير مسيطرة على طبيعة الحياة داخلها، سواء في مجال سوء الإدارة التربوية للبيت، أو في عدم السيطرة على المتغيرات والمؤثرات التي يمرّ بها الطفل مما يؤثر في قدرتهم على التحكم بالنواحي المختلفة للأبناء (Borger, et.al(2007), (Beate Oerbeck, et.al, (2012)).

ومن الملاحظ أنه حين تغير الأسرة مكان السكن من مدينة إلى أخرى، أو من دولة إلى أخرى، يرفض بعض الأطفال التحدث إلى الآخرين الغرباء عنهم في البداية، لعدم معرفتهم بهم، وكذلك لنقص معرفتهم بلغة الأفراد في حال السفر إلى بلد أجنبي بالنسبة إليهم، وبالتالي لا يتم اعتبارهم في خانة الصمت الاختياري، أما إذا رفض هؤلاء الأطفال الكلام برغم معرفتهم الجيدة باللغة أو بالأفراد، فإنّ هذا يعتبر ضمن الصمت الاختياري، ويستدعي هذا أن يكون هنالك نوعان من التشخيص؛ وهما تشخيص الأعراض، وتشخيص الفارق (سليمان، 2001).

أظهرت الأبحاث والدراسات مثل دراسة (Diliberto & Kearney, 2016) أنّ معظم حالات الصمت الاختياري مرتبطة بصدمة نفسية معيّنة، ولكن الفترة الواقعة قبل حدوث الصدمة هي الفترة التي يدخل فيها أثر البيئة، وهي اللحظة التي يتفاعل فيها الطفل مع المواقف وعناصرها، مما يقوده إلى الوقوع في الصدمة، وحدوث اضطراب الصمت الاختياري.

وقد ذهب كلّ من روثبرت وبيتس (Rothabrt & Bates, 1998) لاتيمنندي وآخرون، (Letamendi, et. al. (2008) إلى أنّ المزاج عنصر مهم من عناصر تشخيص الصمت الاختياري، حيث يتغير المزاج بتغير البيئة، مما يساهم في تكوين الشخصية الخاصة بالطفل، فالمزاجية، وخاصة المزاج الحاد، يمكن أن يكون وليد التواجد في بيئة غير متلائمة مع طبيعة الطفل، وقد برز ذلك في أغلبه عند الأطفال أصحاب المزاجات الصعبة، والذين يعانون من صعوبات في التكيف مع التغيرات والأوضاع الجديدة، وتقديم استجابات انسحاب، ومن بينها الصمت ورفض الكلام، وقد ألمح كيتون وآخرون (Keeton, et. al (2012)، و توبول (Toppelberg,et.al, 2013) إلى أنّ أغلب الاطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري لديهم مشاكل سلوكية أخرى يؤثر فيها مزاجهم. حيث يمكن اعتبار الاطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري أنهم قد تعرضوا لتثبيت سلوكياتهم الإيجابية من خلال ممارسات من أفراد أكبر سناً وأكثر قوة وسلطة في البيئة التي يتواجدون فيها، مما دفعهم إلى الهرب والسكوت، والميول إلى الانسحاب، وهو ما يشبه هرب الاطفال من الغرباء وصمتهم في التعامل معهم في مرحلة الرضاعة أو ما بعدها في السنوات الثلاث الأولى.

وأشار تيرنير وآخرون (Turner & Others, 2003) إلى ان الاطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الاختياري يعانون من السكوت بسبب "التجمد من الخوف"، وظهرت عليهم عوارض مرضية أكثر من الأطفال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، وتختلف طبيعة انفعالهم وتعاملهم مع المجتمع عن بعضهم، إلا أنّه لم تظهر الفوارق بينهم حول المخاوف العامة أو الانجازات في مجال التعامل مع المواقف الاجتماعية، إلا أنّ أطفال الصمت الاختياري يعانون من القلق الاجتماعي أكثر من أطفال الرهاب الاجتماعي.

ولكن هنالك رأي آخر يرى أنّ ما يواجهه الأطفال من هرب أو صمت في مواجهة الغرباء، والتوقف عن اللعب العفوي أو النطق في مواقف غير مألوفة لا يمكن اعتباره جزءاً من الصمت الاختياري، فهي حالات طبيعية يحاول فيها الطفل التقرب ممن يقدمون له الرعاية، سواء

الأهل أم المعلمون، ولكن يمكن لهذه الحالات ان تتطور الى الصمت الاختياري إذا شعر الطفل بالنقص عن غيره، وبأنه غير قادر على أداء أمر معين بالنسبة لأقرانه، فيصبح هذا الانسحاب جزءاً من رد الفعل الناتج منه اتجاه هذا الشعور (Mulligan, 2012).

علاج الصمت الاختياري

من اجل علاج الصمت الاختياري يقوم الأخصائي بدراسة تاريخ عائلة الحالة، وكل ما يتعلق بالظروف المحيطة بها، لأن طبيعة حياة الاسرة والمشكلات التي تواجهها تلعب دوراً مهماً في تحديد سبب الصمت الاختياري وبالتالي وضع الحل المناسب له، والعمل مع جميع الاطراف عليه ضمن فريق مهني متعدد التخصصات، كيتون وآخرون (2012) Keeton, et.al, (Metzke & others, 2006).

وكذلك يقوم الأخصائي النفسي بتحديد خطة علاجية مناسبة لكل طفل حسب حالته واحتياجه، ومن بين ذلك العلاج باللعب، حيث إن اللعب هو اللغة التي تُسهل علينا التواصل مع الطفل؛ أما العلاج السلوكي المعرفي فهو أحد طرق العلاج النفسي، ويعتمد على مساعدة المريض في تغيير طريقة أفكاره من الأفكار السلبية إلى الإيجابية (المرزوقي، 2011) وكذلك وبالرسم، وبعض أنواع العلاج السلوكي مثل التدعيم، والاسترخاء، وغيرها من الاساليب التي تناسب عمر الطفل. إضافة إلى إشراك الأسرة من خلال الارشادات والتوجيهات التي يمكن توجيهها لهم من اجل المساعدة في تطوير الطفل (الصبي، 2013) وهنا لا نهمش دور المدرسة في تخطي الطفل لمشكلته وذلك بتشجيعه وتعريضه لمواقف تدعم من شخصيته وثقته بنفسه وإشراكه في الأنشطة المدرسية مما يعزز إمكانياته وينمي مواهبه. أما التدخلات السلوكية والمعرفية فهي الأكثر استخداماً وأكثر جدوى، وخاصة العلاج باللعب (2012) Keeton, et.al (Metzke & others, 2006).

ومن المهم لفت النظر إلى أنه يجب عدم إجبار الطفل على الكلام، وتشجيع الطفل على الحديث وتعزيزه مهما كان بسيطاً، وتفهم وضعه وخوفه، كما إن ثقة المربين بأن الطفل سيتخلص من هذه المشكلة مهمة أيضاً، ويجب عدم إشعار الطفل بأن قلقه وخوفه محل سخريه الآخرين، وتعليمه كيف يواجه المواقف، وعدم حمايته من مواجهتها. ومن عناصر العلاج المستخدمة في معالجة الصمت الاختياري أيضاً تعليم الطفل كيفية التعبير عن قلقه ومخاوفه، وتزويده بكلمات تساعد في ذلك، وأيضاً إسناد بعض الأنشطة والمهام للطفل الصامت لإثبات وجوده داخل الصف، لأن ذلك يقلل من قلقه وتوتره ويُساعده على تجاوز حالة الصمت الاختياري (المرزوقي، 2011)، (Diliberto & Kearney, 2016).

ان علاج الصمت الاختياري لا يقف عند حدود العلاج المقدم من الأخصائي النفسي، أو الطبيب، ولكن يجب أن تكون الخطة العلاجية مجموعة من العناصر المشتركة فيما بينها من أجل مساعدة الطفل، حيث هنالك دور للمدرسة وللأهل ولكل من هم حول هذا الطفل المصاب باضطراب الصمت الاختياري.

فبالنسبة للأسرة، عليها أن تتعاون مع الطفل في فهم المواقف التي يصمت فيها، والأفراد الذين لا يحب التعامل معهم، وبناء على ذلك يحاولون مساعدته بالحديث معه وتشجيعه على التعامل مع هذه المواقف وهؤلاء الأفراد، كما أنه يمكنهم المساهمة في تدعيم وتقوية شخصيته ليصبح بعد ذلك قادراً على التعامل تدريجياً.

أما المدرسة، فإنه من الواجب تعميم وجود هذه الحالة على المعلمين، لأن الطفل المصاب بالصمت الاختياري سوف يجد نفسه خلال النهار في مواضع معينة، ومع احتكاك مع البالغين طول الوقت، لذلك من المهم جداً أن تراعي المدرسة احتياجات الطالب خلال الدوام المدرسي، وان تتأكد من أن كل الأشخاص البالغين الذين يعملون مع الطالب مثل المعلمة والسائق والبواب وغيره على علم بمشكلة الطالب وهذا بهدف توفير جو آمن للطفل.

وبالتالي فإنه من الواجب تزويد المعلمين والعاملين في المدرسة بمجموعة من الخطوات التي يمكن لها أن تساهم في تعزيز الطالب، وبالتالي مساعدته على التخلص من الصمت الاختياري، ومن هذه الاجراءات ما يراه الباحث فيما يأتي:

1. التعزيز المستمر للطفل خاصة إذا ظهر منه أي رد فعل كلامي.
2. عدم اجبار الطفل على الاجابة والكلام.
3. استشارة المرشد أو الاخصائي النفسي في المدرسة في حال لاحظوا أية ردّة فعل منه لم يعرفوا كيفية التصرف معها.
4. اشراك الطفل داخل الصف في الاجابات او غيرها من الفعاليات وخصوصاً الفعاليات التي يكون الكلام فيها قليلاً.
5. وضع الطفل ضمن مجموعة عمل ملائمة له في الصف ووضعه في نفس المجموعة دائماً.
6. مساعدة الطفل على بناء علاقات اجتماعية مع الزملاء من خلال الانشطة المشتركة.
7. اعطاء المجال للطلاب ليعبر عن نفسه بوسائل غير الكتابة التقليدية كالكتابة على الحاسوب أو الألوان وغيرها.
8. السماح للطفل باستخدام الاشارة في توصيل ما لديه من افكار كذلك.
9. عدم قمع الطالب في حال التحدث.
10. وضع طالب كشريك للطالب الذي يعاني من الصمت الاختياري في داخل المجموعات.

(Diliberto & Kearney, (2016)

وبالرجوع الى الادبيات التربوية والنفسية والدراسات السابقة لم يجد الباحثان دراسات عربية سابقة وفيرة، والسبب في ذلك قلة اهتمام البحوث العربية بهذا الموضوع، فكانت الدراسات قليلة، وهي في أكثرها مقالات وأبحاث نظرية تجمع البيانات حول هذه الظاهرة من أجل دراستها، ولم يعثر الا على دراسة واجدة باللغة العربية حسب علم الباحثان، وهي لغزال (ب ت) التي أكدت أن هنالك علاقة قوية بين الصمت لدى الطفل ومدى تمثله للصراع الأسري الذي يعيشه.

وأضاف يونغ وبونيل (Young & Bunnel, 2012) ومليغان (Mulligan, 2012) أنّ أطفال الرهاب الاجتماعي أكثر قدرة على التطور الاجتماعي والنمو في داخل الجماعات من المصابين باضطراب الصمت الاختياري. وان هناك بعض الاعراض المشتركة والفرعية لدى عينة الدراسة ولكن تبقى لكل حالة اعراضها الفرعية الخاصة التي تساعد في العلاج.

دراسة اوبريك وآخرين (Oerbeck & Others, 2012) التي قامت بتحديد طبيعة التعامل وعلاقته بالصمت الاختياري وذلك من خلال دراسة 7 اطفال اعمارهم من 3 – 5 سنوات، وذلك من خلال وضعهم في مواقف محددة داخل البيت وداخل رياض الاطفال، وعندما تم اجراء الاختبارات عليهم تمكن 6 من التعبير في مختلف المواقف أما السابع فلم يتمكن.

وأوربيلي وآخرون (Green & Others, 2008) استخدموا اسلوب التدخل الاجتماعي في علاج حالات الصمت الاختياري مع فتاتين أخوات في مدرسة أساسية، واستمر العمل لمدة 3 أشهر من العمل والجهد على التحكم في البيئات المختلفة وتهئية الجو الملائم للعمل.

نلاحظ من مما سبق أن معظم الجهود المبذولة في هذا المجال هي جهود اجنبية لم ينل العرب منها القسط الوافي، كما أنّها بحثت في موضوع الصمت الاختياري بشكل مسهب واستعملت الكثير من الأساليب والمناهج، كدراسة الحالة والتشخيص الطبي النفسي، ودراسة تاريخ الحالات وربط الصمت الاختياري بعناصر المجتمع والبيئة والأسرة، وإشراك الأهل والمعلمين في مواجهة هذا الاضطراب، كما ركزت بعض

الدراسات أيضا على التفريق بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الصمت الاختياري، لأن الكثير من الناس لا يفرقون بينهما، مما يقود الى الكثير من التشتت والمشكلات.

لن تنجى هذه الدراسة نحواً بعيداً عن باقي الدراسات الاخرى، حيث استعمل الباحثان فيها أسلوب دراسة الحالة، واستعان بالأساليب التي استخدمتها هذه الدراسة بما يتناسب مع دراسته ويفيدها، خاصة في ظل غياب الدراسات العربية عن هذا الميدان بالشكل المطلوب.

الطريقة والإجراءات:

منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة على أسلوب دراسة الحالة، وذلك من خلال دراسة وصفية نوعية لمظاهر الصمت الاختياري لدى الحالة. وشملت هذه الدراسة دراسة وتحليل التاريخ الاجتماعي والتاريخ الطبي للوالدين وللطفل كذلك، وأيضاً لقاءات مع المعلمين وأصحاب الاختصاص من الذين يتعاملون مع الطفل ويراقبونه في أكثر من مكان، وكذلك عمد الباحث إلى الملاحظة في داخل الصف وخارجه من خلال مجموعة من الحصص قبل القيام بالجلسات الارشادية وخلال المتابعة.

مجتمع الدراسة وعينتها

يشمل مجتمع الدراسة الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري في مدينة مدارس رام الله (فلسطين) والذي يعمل الباحث بها كمرشد تربوي في إحدى مدارسها. وبعد البحث والفحص والمتابعة من أجل العثور على الأطفال الذين تظهر لديهم خصائص الصمت الاختياري الا انه لا توجد نسبة واضحة عنهم ولا يوجد معايير لتصنيفهم، ارتأى الباحثان الى اختيار مقصود على عينة تتكون من طفل وطفلة يعانون من الصمت الاختياري، والحالة الأولى هي انثى وعمرها (6 سنوات ونصف) والحالة الثانية ذكر وعمره (11 سنة).

أدوات الدراسة

تعددت أدوات الدراسة، وهي على النحو التالي:

اداة الدراسة الأولى وهي

1- الاستبانة الانشائية لتشخيص الصمت الاختياري من إعداد الدكتورة إليسا شيبون- بلام (2008) Elisa,Shipon-Blum المقابلة وتقسم إلى:

- المعلومات الأساسية: وهي ما يتعلق بالاسم والعمر والجنس والمعلومات الأساسية عن الأسرة وطبيعة عمل الوالدين وطريق التواصل معهم وعنوان السكن.
- مظاهر الصمت الاختياري: وهي مجموعة من الأسئلة المغلقة والمفتوحة بهدف التعرف الى مظاهر وطبيعة الصمت الاختياري وصفاته عند الطفل، بحيث يُسأل فيها عن الطفل في البيئات التي يتعامل معها.
- التفاعل مع الآخرين: مجموعة من الاسئلة المغلقة والمفتوحة والتي تتعلق بتعامل الطفل مع الاقارب في الاسرة والاقارب من حول الاسرة، والافراد الغرباء.

- في المدرسة: وهي عبارة عن اسئلة حول ملاحظة الطفل في داخل المدرسة وكيفية تعامله مع الزملاء ومع المعلمين ومع كل من له علاقة بهم في داخل اطار المدرسة من حيث الصفوف والملعب.
- نمو الطفل وتاريخه الصحي: ويشمل مجموعة من الاسئلة عن الحالة الصحية للطفل في السابق وحتى موعد الاجابة عن الاستمارة، وتبحث في ادق الصفات الجسدية والصحية والمرضية له، كالاكل والنوم والحمام وكل ما يتعلق بحياة الطفل، وكذلك تطرح الاسئلة عن الاضطرابات المشخصة سابقاً في حال وجدت، وتساءل عن النطق واللغة، والقلق.
- معلومات العائلة: وهي معلومات عن عائلة الطفلة من الأبوين حتى الأخ الاصغر إن وجد، بداية من القومية واللغة الأم لهم وعدد اللغات التي يتحدثونها دخولاً إلى نمط حياتهم والاشخاص المقربون منهم ومن الطفل أيضاً ومعلومات صحية وعلمية عن الام والاب والاخوة والاقارب المقربين من الطفل المدروس.
- عن شخصية الطفل واهتماماته: ويتناول هذا القسم أسئلة عن صفات في شخصية الطفل والامور التي تجعله فرحاً أو مستمتعاً أو حزيناً، وقائمة بأبرز الصفات البشرية ومدى انطباقها عليه.
- المختصون المتعاملون مع الطفل: وهنا سرد لاسماء الاخصائيين المتعاملين مع الطفل من اطباء ومرشدين ومعالجين ومعلومات الاتصال الخاصة بهم وطبيعة العلاج ومدته من اجل التعرف على طبيعة العمل التي كانت تتم معه.
- 2- مقابلة لأهل للموافقة على تشخيص الحالات ضمن دراسة علمية مع الحفاظ على سرية المعلومات ولتعبئة الاستبانة الانشائية، وقام الباحث بكتابة الاستبانة بعد سؤال الاهل شفويًا.
- 3- مقابلة المعلمين والمعلمات حيث تم اعداد اسئلة سابقا للمعلمين والمعلمات قبل وبعد التدخل وقام الباحث بكتابة الاجابات مباشرة خلال توجيهه الاسئلة الى المعلمين والمعلمات وهي مرفقة في الملحق رقم (7)
- 4- الملاحظة وتقسيم قسمين:
- الملاحظة المباشرة للحالات من قبل الباحث داخل غرفة الصف.
- الملاحظة غير المباشرة للحالات في ساحة المدرسة من قبل الباحث ومن قبل المعلمين.
- صدق الاداة
- قام الباحثان بمراجعة الاستمارة والتأكد من مناسبتها لموضوع الدراسة، ثم تمت ترجمتها، وتدقيق الترجمة من خلال متخصص في هذا المجال، وبعد ذلك تم تدقيق لغة الترجمة والتأكد من ملاءمتها للمطلوب، ثم التأكد من ملاءمتها للمجتمع الفلسطيني من حيث خصائصه وطبيعة التركيب الخاص به، بعد ذلك تم عرضها على متخصصين من أجل إبداء الرأي فيها، وعند اعتمادها قام الباحث باستخدامها لتحقيق أهداف الدراسة.
- ثبات الاداة:
- استخدم الباحثان عدة استراتيجيات ليزيد من صدق الدراسة ومن هذه الاستراتيجيات:

1. تعداد الملاحظين حيث لم يعتمد فقط على ملاحظته الشخصية ليزيد من موضوعية البحث حيث ان الباحث هو نفسه المرشد التربوي في المدرسة لذلك طلب من المعلمات أيضاً أن يلاحظوا سلوكيات الحالات المدروسة.
2. تعدد وسائل جمع المعلومات أ- الاستبانة الانشائية واستخدامها في مقابلة الأهل ب-مقابلة المعلمات ج- مقابلة الحالات والجلسات الإرشادية مع الحالات د-الملاحظة المباشرة داخل وخارج الصف ه- تسجيل فيديو لحالة من الحالات المدروسة .
3. بعد جمع كافة المعلومات المطلوبة للدراسة رجع الباحثان الى الأهل والمعلمات وأطلعهم على المعلومات التي أخذها منهم مرة أخرى ووافقوا عليها وهذا يزيد من صدق هذه المعلومات.
4. استخدم الاسلوب التأملي ليزيد من موضوعية دراسته حيث قراءة المعلومات اكثر من مرة ليرى هل كان الباحثان موضوعيان في وصف الحالات وفي صدق المعلومات الموجودة في دراسته.

إجراءات تطبيق الدراسة

ترجمة وتدقيق أداة لتشخيص الصمت الاختياري من اللغة الانجليزي.

إعداد خطة علاجية منفردة لكل حالة من الحالات.

عمل مقابلات مع الاهل وأفراد العينة والمعلمات.

البدء بتنفيذ الخطط العلاجية لكل من الحالات.

ملاحظة للحالات داخل الصف.

نتائج الدراسة

بعد القيام بإجراء دراسة الحالات المعمقة، من خلال جمع البيانات اللازمة وتحليلها باستخدام ادوات الدراسة والجلسات الإرشادية ومتابعة الحالات، خرجت الدراسة بالنتائج الآتية:

نتائج أسئلة الدراسة

السؤال الأول: ما أعراض اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالات ؟

أ- اعراض الصمت الاختياري لدى الحالة رقم (1) مريم

- فشل مريم في الكلام في المدرسة مع أي من زميلاتها وزملائها ومعلماتها بينما تتكلم بطلاقة في البيت. وهو يمثل المعيار الأول من معايير تشخيص الصمت الاختياري وهو الفشل في الكلام في مواقف اجتماعية محددة بشكل مستمر كالمدرسة أو مع الأصدقاء في اللعب، بحيث يكون من المتوقع أن تتكلم في هذه المواقف، لكنها تبقى صامتة رغم قدرتها على الحديث في مواقف أخرى كالبيت (American Psychiatric Publishing, 2013).

- صعوبة تعلم هذه الطفلة بسبب عدم قدرتها على التفاعل مع المعلمات. وهذا يمثل المعيار الثاني من معايير تشخيص الصمت الاختياري وهو أن يتعارض هذا الاضطراب مع التحصيل التربوي والانجاز المهني والتواصل الاجتماعي (American Psychiatric Publishing, 2013).
- وتوتر واضح بالنسبة للطفلة داخل الصف. وقد برز هذا في ملاحظات المرشد التربوي وكذلك من مقابلات المعلمات للمواد الأساسية (عربي، انجليزي، رياضيات، علوم). وهذا يتفق مع دراسة سيغال (Sigal, 2003) ودراسة اوبريك وآخرين (2012) (Oerbeck & Others, حيث لاحظوا هذه الاعراض.
- انزواء في الروضة وتفضل الجلوس بجانب الحائظ في المدرسة، بناءً على ما ذكرته مديرة الروضة ومعلمات الصف الأول.
- تمثي مع أخواتها في ساحة المدرسة ولا تتكلم مع زميلاتها وزملائها، وعدم قدرة الطفلة على الكلام مع الغرباء، سواء في المدرسة أو في أي مكان آخر. ويحلل الباحث ما سبق بان الطفلة لديها صعوبة في التكيف مع البيئة المدرسية الجديدة .
- خجل وعناد وعصبية في البيت كما ذكرت الأم، وهذا ما ورد في دراسة تيرنير وآخرون (Tumer & Others, 2003) كأعراض للصمت الاختياري .

ب- اعراض الصمت الاختياري لدى الحالة رقم 2 (فادي)؟

- عدم التكلم في المدرسة مع المعلمات والزملاء وموظفين المدرسة من التمهيدي إلى الصف السادس (في الصف الرابع الفصل الثاني تكلم بهمس مع الزملاء فقط) ولكنه يتكلم بشكل طبيعي في البيت. وهو يمثل المعيار الأول من معايير تشخيص الصمت الاختياري وهو يفشل الطفل في الكلام في مواقف اجتماعية محددة بشكل مستمر كالمدرسة أو مع الأصدقاء في اللعب، بحيث يكون من المتوقع أن يتكلم في هذه المواقف، لكنه يبقى صامتاً رغم قدرته على الحديث في مواقف أخرى كالبيت (American Psychiatric Publishing, 2013).
- تدني مستواه الأكاديمي بسبب صمته في الصف، وهذا يمثل المعيار الثاني من معايير تشخيص الصمت الاختياري وهو أن يتعارض هذا الاضطراب مع التحصيل التربوي والانجاز المهني والتواصل الاجتماعي (American Psychiatric Publishing, 2013).
- توتر الطالب في الصف خصوصاً عند جلوسه بجانب الباب في الصف حيث يبقى ينظر إلى الباب.
- يخاف من الظلمة ويخاف ان يجلس لوحده في البيت. وهنا تفيدنا نظرية السلوكيات الدفاعية لبيندورة

السلوكيات الدفاعية: يتم تبني السلوكيات الدفاعية للتمكن من التعامل مع الأحداث البغيضة التي يتوقع وقوعها في مناسبات مستقبلية فالقلق يرتبط بالسلوك الدفاعي المبكر وليس سببا وفي البدء فان الحدث البغيض يصاحبه القلق والسلوك الدفاعي معا، فالطفل القلق قد يأخذ لعبة دبا كبيرا معه إلى السرير لإبعاد الذئب الا انه بعد إن يتم اعتبار السلوك الدفاعي كسبيل لتجنب الحدث البغيض فانه يتم القيام به في غياب القلق. وحيث إن السلوك الدفاعي يأتي بسبب توقع إمكانية تجنب الأحداث البغيضة في المستقبل، وليس لغرض التعامل مع القلق الحالي، فانه يصبح من الصعب للغاية التخلص منه. كما أن الغياب الحدث البغيض إنما يمثل دليلا لمن يسلك هذا السلوك بأن سلوكه الدفاعي "ناجح" لذا فإننا إذا سألنا طفلا لماذا تأخذ هذا الدب الكبير معك إلى السرير؟ فان الطفل يرد بهدوء لأنه يبعد عني الذئب (كفاي، 2011). و ان الصمت الاختياري برأي الباحث يمثل الدب الكبير الذي يأخذه فادي كسلوك دفاعي عن قلقه.

- بصمت عند اقتراب شخص غريب اذا كان يتكلم مع الأهل في البيت مثلاً أو في مكان عام لا يوجد احد بقربه وذلك حسب ما قالتها والدته فادي .
 - مزاجي، وقد ذهب كل من روثبرت وبيتس (Rothabrt & Bates, 1998) إلى أنّ المزاج عنصر مهم من عناصر تشخيص الصمت الاختياري، حيث يتغير المزاج بتغير البيئة، مما يساهم في تكوين الشخصية الخاصة بالطفل، فالمزاجية، وخاصة المزاج الحاد، يمكن أن يكون وليد التواجد في بيئة غير متلائمة مع طبيعة الطفل، وقد برز ذلك في أغلبية عند الأطفال أصحاب المزاجات الصعبة، والذين يعانون من صعوبات في التكيف مع التغييرات والأوضاع الجديدة، وتقديم استجابات انسحاب، ومن بينها الصمت ورفض الكلام .
 - لديه غيرة من إخوته الأصغر منه في البيت.
 - يختبئ في غرفته عندما يأتي ضيوف إلى المنزل.
 - خجل شديد مع تلبك عندما يكلمه أحد غريب ويصمت.
 - يقلق عندما يكون في اماكن عامة فيها ناس متجمعة ويرغب في العودة الى المنزل بحسب كلام الأم.
 - قلق معظم الاحيان في البيت دون معرفة السبب ويغضب اذا احد لمس اغراضه و يبدأ بالصراخ على اخوته اذا لمسوها حسب كلام الأم.
 - عنيد، عدواني (في البيت).
- والاعراض اعلاه أظهرها (Mulligan, 2012) في دراسته من خلال مراجعته للتقارير الطبية في العيادات النفسية أنّ الخجل والقلق والحساسية والخوف والتعلق هي الصفات البارزة في الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، ولكن في المقابل ظهرت بعض التقارير التي تصفهم بالعدوانية والعند وعدم الطاعة والغضب والمعارضة والسيطرة ووجود شخصية سلبية.
- ج- الأعراض المشتركة بين مريم وفادي والتي استقاها الباحث من مقابلة الاهل والمعلمين وملاحظة المرشد التربوي
- عدم القدرة على الكلام مع الاغراب في المدرسة والاماكن العامة.
 - صعوبة تعلم الحالات وتأثير الصمت على ادائهم الاكاديمي من حيث المشاركة وتسميع الدروس.
 - توتر الحالات اثناء وجودهم داخل الصف.
 - الهدوء في الصف بينما يفرغون هذا الهدوء في البيت على شكل عصبية وعناد ولعب وعصبية وصراخ.
 - الخجل من الناس خارج اطار العائلة القريبة.
 - عدم الخروج الحالات من الغرف في البيت عند قدوم الضيوف.

السؤال الثاني: ما أسباب اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالات ؟

أ- اسباب الصمت الاختياري لدى الحالة رقم (1) مريم

قد تكون بعض النقاط الواردة أدناه هي من أسباب اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالة مريم من وجهة نظر الباحث وهي :-

- لم تلتحق مريم بأي حضانة ولم تدخل صف البستان بخلاف أخواتها الأكبر منها سناً حيث التحقت بالصف التمهيدي في عمر الخمس سنوات والنصف وهذا قد يكون سبب رئيسي في تعرض الطفلة لهذا الاضطراب بينما لم يصب أخواتها الكبار. ويعود ذلك إلى عدم اختلاطها بالغرباء في مرحلة الطفولة حتى بداية المدرسة مما دفعها إلى عدم الانخراط في جو اجتماعي عام. ويرى الباحث ان نظرية برونر من الممكن ان تفسر لنا هذا السبب حيث يؤكد برونر أن المتعلم بغض النظر عن عمره ومستوى نموه العقلي قادر على توسيع قدراته على التعلم والاستكشاف في المراحل العمرية الأولى لذلك نرى ان مريم لم تدخل الى الحضانه او البستان وهذا قد يقلل من التطور العقلي لدى الاطفال ولعدم وجود خبرات سابقه (الزيود، 1998). فوجود بيئة جديدة قد تكون احدثت تغير على الحالة وكان رد فعلها الصمت.
- عدم رغبة مريم في بعض ايام صف التمهيدي من الذهاب الى الروضة وهذا ما ذكرته والدة الطفلة في مقابلة جمع المعلومات وهذا من الممكن ان يدل على تعرض الطفلة لموقف في الروضة والتي رفضت الطفلة من ذكره للأهل او المرشد التربوي وهذا قد يكون سبب قوي من اسباب الصمت لدى مريم.
- انعزال الاسرة وعيشهم في بيت مستقل ولديهم تجنب للتعامل مع الجيران وتحفظ للبيئة المحيطة بهم وليس لديهم اصدقاء للعائلة ولا يخرجون ابنتهم للعب خارج المنزل مع بنات الجيران (حماية زائدة من قبل الاهل).
- الطفلة الصغرى في البيت أي تحظى بالدلال الزائد والاهتمام الكبير والحماية الزائدة. حيث يعتقد ادلر ان اسباب السلوك الغير سوي يظهر خلال التطور الاجتماعي وان الحماية الأبوية الزائدة هي اول اسباب هذا السلوك حيث تجعل الطفل يشعر بعدم الكفاءة وغير قادر على تحمل المسؤولية (الزيود، 1998).
- ليس للأهل علاقات اجتماعية غير من العائلة القريبة للأب حيث لا يزورون عائلة الأم كثيراً لان عائلة الام يسكنون بيت لحم والعائلة لا تملك سيارة خاصة، ولا يوجد اصدقاء للعائلة. وهذا السبب بحسب رأي الباحث من اهم الاسباب لصمت مريم مع الغرباء فهي لم تعتاد على رؤية الغرباء في منزلها فمن الممكن ان تأخذ الصمت محيلة دفاعية .
- فرق العمر بين مريم و اهلها حيث أن عمر الأب 60 سنة وعمر الأم 48 سنة وعمر الابنة الصغرى التي تعاني من الاضطراب 6 سنوات ونصف. حيث يرى الباحث ان هذا الفرق الكبير في العمر يمكن ان يكون سبب للصمت لأنه من الممكن ان يكون هنالك صعوبة فهم ما تحتاجه الطفلة من قل الأهل.
- خوف الطفلة على أبيها من الموت بسبب وضعه الصحي التي تعرف الطفلة به وهذا يسبب لها القلق حيث قالت هذا في جلسة من الجلسات الإرشادية بطريقة عفوية. وهذا يفسره بولبي في نظريته للتعلق: يعرف بولبي التعلق بأنه: نزعة فردية داخلية لدى كل إنسان تجعله يميل لإقامة علاقة عاطفية حميمة مع الأشخاص الأكثر أهمية في حياته، تبدأ منذ لحظة الولادة وتستمر مدى الحياة. وتحدث عن المراحل التي يتطور بها التعلق فمن ضمنها تشكيل العلاقات التبادلية هذه المرحلة تظهر بعد نهاية السنة الثانية، حيث يحدث تطور سريع في الجوانب اللغوية المعرفية، وتزداد حصيلته اللغوية وقدرته على الحوار والمناقشة وفهم

العوامل المسئولة عن حضور وغياب الاهل (Clunn, 1993). فالحالة الاولى مريم لا تشعر بالأمان حيث هي قلقة ان تخسر والدها وهذا يساعدها على الاستمرار بسلوك الصمت.

ب- أسباب اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالة رقم 2 (فادي)؟

• سفر الأب إلى الولايات المتحدة للدراسة عندما ولد الطفل وترك الأم طفلها لجده (والدة الأم لمدة سنة كاملة) (السنة الأولى في حياة الطفل) في الأردن. وهذا يفسره بولبي في نظريته للتعلق حيث انه من العوامل المسئولة هو غياب الاهل (Clunn, 1993) حيث ان الاهل في السنة الأولى كانوا بعيدين عن فادي فالأم كان اعتمادها على والدتها في تربية فادي والأب كان في سفر للدراسة بعد ولادة فادي مباشرة. وبحسب ادلر فان غياب الأب والام يشعر الطفل بمشاعر النقص والذي يرتبط بالعجز الطبيعي في بداية الحياة (عربيات، 2009) ومن اجل ان يتغلب على مشاعر النقص الذي شعر به فادي قام بالعدوان، والعدوان هو احساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم قدرة على تحقيق الاشباع حيث تحولت مشاعر العجز لدى الحالة الى الغيرة حيث اصبح يضرب اخوته الاصغر منه (عربيات، 2009).

واشار حمودة (1991) ان الانفصال عن الأم قبل بلوغ السنة الثالثة من العمر، إضافة إلى وجود صراعات نفسية داخلية تؤدي إلى شعور الطفل بالقلق الشديد، والشعور بالعجز عن التعبير الصحيح في مكان وظرف يتصف بالضغط النفسي، ويمكن ان يكون هذا هو السبب وراء صمت فادي.

• غيرة الطفل فادي وهو الطفل الكبير من إخوته الصغار حيث اخذوا منه الاهتمام، حيث يقول ادلر ان الطفل الاكبر قد يمارس النكوص بعد ولادة اخ له ليحصل على الانتباه (الزيود، 1998). وهذا قد يفسر سبب الصمت لدى الحالة ففادي هنا عاد الى المرحلة الفمية (السنة الاولى في عمر الطفل) حسب تقسيم فرويد لمراحل تطور الشخصية وفعل هذا النكوص كحيلة دفاعية مبالغ فيها ليلفت انتباه اهله ((الزيود، 1998)).

• عدم دخول فادي لأي حضانة ولم يدخل صف البستان بل دخل الصف التمهيدي على عمر 5 سنوات بينما دخل الإخوة الصغار ولا يوجد لديهم صمت اختياري. ونستطيع ان نفهم هذا السبب من خلال نظرية برونر جيث يرى ان المتعلم بغض النظر عن عمره ومستوى نموه العقلي قادر على توسيع قدراته على التعلم والاستكشاف في المراحل العمرية الاولى لذلك نرى ان فادي لم يدخل الى الحضانه او البستان وهذا قد قلل من تطور الانفعالي لدى فادي ولعدم وجود خبرات سابقه فوجود بيئة جديدة احدثت تغير على الحالة وكان رد فعله الصمت (الزيود، 1998).

• خجل الأم منذ الطفولة إلى الآن حيث هي تخجل من الناس وهذا من الاسباب التي اكتسبها الطفل من الأم كعامل وراثي أو سلوكي في الوقت نفسه. خجل وليد منذ ان كان رضيعا من الناس حيث كان يبكي كثيرا عندما يكون في بيت غريب و يرتاح حال عودة الأهل الى البيت. وهذا ما تطرق له المرزوق (2011) انه قد يعزو البعض سبب الإصابة بهذا الاضطراب إلى العوامل الوراثية، ولا بد أن نُشير هنا إلى أن الدراسات العلمية لم تؤكد على العامل الوراثي في هذا الاضطراب، ولكن الدراسات التي أجريت على مرضى القلق الاجتماعي، تُشير إلى أن مُعظم أبنائهم يُعانون من الصمت الاختياري .

• خوف فادي ان يجيب اجابة خاطئة في الصف وهذا ما قاله فادي للمرشد التربوي في احدى الجلسات الارشادية. وهذا يدل برأي الباحث على ضعف ثقة فادي بنفسه مما يجعله يصمت في الصف.

ج- الاسباب المشتركة التي قد تكون سبب للصمت الاختياري لدى الحالات .

- عدم التحاق الحالتين في صف الروضة او البستان بل دخل الحالتين الى التمهيدي كأول صف مدرسي .

- الشعور بالنقص في حالة مريم بالخوف من فقدان الاب وفرق العمر بينها وبين اهلها او في حالة فادي من ابتعاد الأهل عنه في السنة الأولى من حياته .

- غيرة الطفل الأكبر في حالة فادي ودلال الطفلة الصغرة في حالة مريم .

السؤال الثالث: الطرق التي يمكن استخدامها من أجل كشف اضطراب الصمت الاختياري لدى الحالة رقم (1) والحالة رقم (2)

قام الباحثان بعدة اجراءات للكشف عن اضطراب الصمت الاختياري :

- الرجوع الى معايير تشخيص الصمت الاختياري من ال (DSM5) وهو الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات الذهنية .
- استبانة انشائية لتشخيص الصمت الاختياري المرفقة في الملحق رقم (1)
- عمل مقابلات فردية وجماعية مع معلمات الحالات من خلال اسئلة مقابلة معدة مسبقاً وهي مرفقة في الملحق رقم (7)
- استخدام اسلوب ملاحظة الطفل في المدرسة كما طلب من المعلمات ذلك ايضا كما نفذ الباحث جلسات تشخيصية مع الحالة ومع الاهل.

السؤال الرابع: ما خطة العلاج المقترحة لعلاج الحالات ؟

الخطة العلاجية للحالة رقم (1) (مريم)

أ- مرحلة جمع المعلومات

1. جمع معلومات من الاهل عن طريق المقابلة وتعبئة الاستبانة الإنشائية لتشخيص الصمت الاختياري

2. جمع معلومات من معلمات مريم عن طريق المقابلات الفردية للمعلمات .

ب- مرحلة التشخيص والتدخل

1. عمل جلسات مع الطفلة من أجل تسجيل الملاحظات الأولية عن الطفل والبدء في التدخل عن طريق اللعب والرسم. (الرسومات التي رسمتها مريم مرفقة في الملحق رقم (5)).

2. إعطاء توصيات للمعلمات.

3. القيام بعمليات الملاحظة عن بُعد وعن قرب في الصف وفي الساحة.

4. تشجيع الطفلة على الاندماج من خلال دعمه معنوياً والتواجد معه وتشجيعه على الاختلاط في الناس في البيت وفي المدرسة وفي الاماكن العامة.

5. الاتفاق مع الأهل على بعض الإجراءات من أجل تشجيع الطفل ودعمه على الحديث والتفاعل الايجابي.

مثل: تنفيذ نشاط رسم بالمدرسة لصف " مريم".

ب- توزيع كعك من مريم لزميلاتها و زملائها في الصف.

6- عمل جلسات مستمرة بشكل دوري من أجل الوقوف على أبرز التغيرات في طبيعة حياة الطفل.

حيث ان الانشطة المدرسية تعزز من ثقة الطفل بنفسه كما قال الصبي (2013) وان اساليب العلاج السلوكية المعرفية مثل العلاج بالرسم واللعب وسرد القصص هي من الاساليب الناجعة في علاج الصمت الاختياري كما ذكر المرزوقي (2011).

الخطة العلاجية للحالة رقم (2) (فادي)

أ- مرحلة جمع المعلومات

1. جمع معلومات من الأهل عن طريق المقابلة وتعبئة الإستبانة الإنشائية لتشخيص الصمت الاختياري
2. جمع معلومات من معلمات وليد عن طريق المقابلات الفردية للمعلمات.

ب- مرحلة التشخيص والتدخل

1. استخدام تقنية سرد القصص كنوع من عملية كسر الحواجز للتعرف على المسترشد
2. طرح خطط وأنشطة مع المعلمات لدمج فادي داخل الصف وخفض قلقه. مثل عمل المجموعات في الحصص التي من الممكن عمل المجموعات بها.
3. استخدام تقنية من العلاج عن طريق اللعب من خلال الدمى.
4. استخدام تقنية الرسم من العلاج عن طريق الرسم.
5. استخدام أساليب التعزيز اللفظي والمادي من قبل المعلمين والأهل. تعليم الطفل كيفية التعبير عن قلقه ومخاوفه، وتزويده بكلمات تساعد في ذلك، وأيضاً إسناد بعض الأنشطة والمهام للطفل الصامت لإثبات وجوده داخل الصف، لأن ذلك يقلل من قلقه وتوتره ويُساعده على تجاوز حالة الصمت الاختياري. (المرزوقي، 2011)

6- جلسات مع المعلمات لمعرفة تطوره وضع فادي.

1- جلسات مع الأم باستمرار لمتابعة وضع ابنها وإعطائها نصائح لتعزيز فادي.

متابعة الخطة العلاجية

وخلال الخطط العلاجية تم متابعة التدخل من خلال المتابعة مع معلمات الحالات وملاحظة للحالات داخل الصف، من خلال التدخل توضح لنا التحسن في بعض الجوانب مثل ان مريم اصبحت تسمع للمعلمة الدرس بجانب الدرج، بينما فادي اصبح يسمع الدرس في

الصف بصوت منخفض ويشارك كلامياً بصوت منخفض عندما يطلب منه. كذلك لم تتحسن الحالات في جوانب أخرى كأن يتكلموا امام زملائهم في الصف (مثل القاء كلمة) لذلك يوصي الباحثان بأن يتم متابعة الحالات من قبل المرشد لكل جزئية لم يتحسنوا بها و المعروضة في الفصل الرابع. وان لم يحصل تحسن كبير يجب عليه تحويل الحالات لمراكز الصحة النفسية بالتنسيق مع الاهل.

ملخص الاستنتاجات عن الصمت الاختياري (للحالتين 2+1)

- إن اضطراب الصمت الاختياري اضطراب نفسي يصيب الأطفال ويكتشف عند دخول الطفل الروضة ويسهل على المعلم او المرشد التربوي اكتشاف هذا الاضطراب لدى الطفل من خلال مجموعة من المظاهر والسمات التي تمّ توضيحها في داخل الإطار النظري والعمل مع الحالتين، وهي مظاهر معدة ومذكورة في التصنيف التشخيصي الخامس للاضطرابات الذهنية DSM5.

- الصمت الاختياري أكثر من مجرد خوف اجتماعي لدى الحالات المدروسة فقد تم تصنيفه كأحد اضطرابات القلق في التصنيف التشخيصي الخامس للاضطرابات. وهناك فرق بين الرهاب الاجتماعي والصمت الاختياري من حيث الأعراض الدقيقة، وهذا ما أكدته دراسة (Turner & Others, 2003)، ودراسة (Young & Ponel, 2012)، ومن خلال حالات الدراسة يعتقد ان الحالتين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي لأنه ومن خلال ملاحظته لهم والتدخل معهم لم يلاحظ عليهم خوف من الاطفال الاخرين او خوف من المعلمين والعاملين في المدرسة ولكن لا تستطيع الحالات التكلم مع المجتمع خارج اطار المنزل فلاحظ الباحث تفاعل الحالات بشكل غير لغوي مع المجموعات داخل الصف ولم يكن لديهم خوف من الآخرين .

- اساليب العلاج باللعب والرسم (لغة الاطفال) هي اساليب ناجعة في مساعدة الاطفال ذوي الصمت الاختياري، وهذا ما ذهب إليه كل من المرزوقي (2011) وكذلك الصبي (2013) ودراسة (Orielly & Others, 2008).و ايضاً لاحظ الباحثان هذا من خلال دراسته للحالات حيث ان لغة الاطفال هي الرسم واللعب في الصغر .

- يجب على المدرسة والاهل والمرشد التربوي التعاون من اجل مساعدة الاطفال ذوي الصمت الاختياري، وذلك من خلال ابعاد الطفل عن الضغط الاسري والتعامل معه بطريقة تساعد على التأقلم والارتياح مع البيئة من حوله، وهذا ما يتفق مع دراسة (Kristensen,2000). فحالة فادي لديه ضغط اسري من قبل اخوته فهو يغار منهم وقد يكون الصمت لديه عبارة عن حيلة دفاعية للفت انتباه الأهل .

-الفعاليات التي قام بها الباحث (المرشد التربوي) من سرد القصة او لعب الدمى والرسم وفعاليات دمج الحالات في المدرسة هي اساليب مساعدة في التخلص من الصمت الاختياري لدى الحالات.

توصيات الدراسة

بعد الاطلاع على نتائج الدراسة، وبناء على الإجابة على أسئلتها، يوصي الباحثان بما يلي:

1. على المرشد التربوي في المدرسة العمل على تطوير الخطة العلاجية بشكل دوري بناء على تقدم تحسن الحالات وان لم يطرأ تحسن على وضعهم عليه تحويل الحالات لمراكز الصحة النفسية .
2. على الأهل التواصل مع الحالات بشكل افضل واعطاءهم الاهتمام المناسب.
3. إعداد خطة مشتركة بين الأهل والمرشد الاجتماعي وبمشاركة المعلمات من أجل الاتفاق على أساليب التعاون والتعامل مع الطفل من أجل المساهمة في إنجاح علاجه بأسرع وقت ممكن.

4. تنفيذ حملة توعية معدة وفق أسس متينة بحيث تكون على مستوى الوطن العربي بأكمله عن اضطراب الصمت الاختياري عند الاطفال وخصوصاً لمعلمي ومدراء المدارس وللمرشدين التربويين.
5. إجراء دراسة إحصائية على مستوى دولة فلسطين عن الصمت الاختياري لإحصاء الحالات الموجودة داخل مدارسنا.
6. العمل على اعداد ثبات للإستبانة الانشائية المترجمة للغة العربية بعد ايجاد عدد كافي من الحالات.
7. عقد ورش عمل للمرشدين التربويين في المدارس المحلية من أجل مساعدتهم في كشف حالات الصمت الاختياري.

المراجع:

- حمودة، محمود (1991)، الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة: المطبعة الفنية الحديثة
- الزيود، نادر فهيم (1998)، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الفكر للطباعة
- سليمان، عبد الرحمن (2001)، اضطراب الصمت الاختياري "التباك" لدى الأطفال، مجلة كلية التربية – العدد 25، ج 3
- الصبي، عبد الله (2013)، الصمت الاختياري، موقع أطفال الخليج – ذوي الاحتياجات الخاصة. مقال منشور بتاريخ 24 أيلول
- العنزي، باسل علي (2009). مفهوم الطفل وفق اتفاقية حقوق الأطفال لعام 1989. الحوار المتمدن، العدد 2750، 26 آب
- غزال، عبد الفتاح (ب ت)، دراسة كينيكية للعلاقة بين الصمت الاختياري والاضطراب الاسري لدى بعض الاطفال العاديين والمعاقين ذهنيًا، الاسكندرية: كلية رياض الاطفال
- فاضل، خليل (1996)، الخرس الاختياري، العدد 452، مجلة العربي، الكويت: وزارة الإعلام، 160 – 163.
- American Psychiatric Association, (2013). **Highlights of Changes from DSM4-tr to DSM-5**. Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association, (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Washington, DC: Author.
- Beare, P & Torgerson, C & Creveston, C (2008), **Increasing Verbal Behavior of a Student Who Is Selectively Mute**, Journal of Emotional and Behavioral Disorders, V, 16 No 4, Dec 2008
- Clunn, P (1993), **Child psychiatric Nursing**, university of Florida
- Cohan, S. L., Chavira D. A., & Stein, M. B. (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, 1085–1097.

- 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 Volume 13, No, pp. 74–81
- Diliberto, Rachele. A. & Kearney, Christopher A. (2016). [Anxiety and positional behavior profiles among youth with selective mutism.](#) Journal of Communication Disorders, Volume 59, January–February 2016, Pages 16-23
- Green, Chaturi Edrisinha, Wendy Machalicek, Audrey Sorrells, Russell Lang, Mark O'Reilly, Deirdre McNally, Jeff Sigafoos, Giulio E. Lancioni, Vanessa, (2008), **Examination of a Social Problem-Solving Intervention to Treat Selective Mutism,** Behave Modification
- Keller, M, Bergman, L, Piacentini, J, Bergman, A (2008). **The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire.** Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.
- Keeton, C. P. , Budinger, M. C (2012). Social Phobia and Selective Mutism. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Volume 21, Issue 3, July 2012, Pages 621-641
- Kristensen H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39:249–256
- Letamendi, A., M., Chavira, D., A., et. al. (2008). To evaluate the factor structure, reliability, and validity of the 17-item Selective Mutism Questionnaire (SMQ). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 47, Issue 10. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-, October 2008, Pages 1197-1204
- Metzke, W, Steinhausen, H, Wachter, M, Laimbock, K. (2008). **A long term outcome study of selective Mutism in Childhood.** Journal of Child Psychology and Psychiatry
- Mulligan, C, (2012), **Selective Mutism: Identification of Subtypes and Influence on Treatment,** Philadelphia College of Osteopathic Medicine
- Omdal, H. Galloway, D. (2001). **Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech?.** An Exploratory Post-hoc Study.
- Oerbeck Beate, Jorunn Johansen, Kathe Lundahl and Hanne Kristensen (2012), **Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3 – 5 Years: A pilot study,** Clin Child Psychol Psychiatry
- Segal, N, (2003). **Monozygotic Female Twins with Selective Mutism.** Clinical Child Psychology and Psychiatry, SAGE Publications

Selective Mutism Questionnaire: measurement structure and validity. Letamendi AM, Chavira DA, Hitchcock CA, Roesch SC, Shipon-Blum E, Stein MB. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Oct;47(10):1197-1204.

Toppelberg CO, Peredni, T, Coggins A, Lum K, Burger C (2003). **Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 44:592–595

Turner, M. Deborah, C. Yeganeh, R. Silverman, D, (2003), **Clinical Distinctions Between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology**, Florida International University

Yeganeh, R, Beidel, D, Turner, S. (2006) **Selective Mutism: More than social anxiety?** Depression and Anxiety.

Young. Brennan J., Bunnell. Brian E. and Deborah C. Beidel, (2012), **Evaluation of Children With Selective Mutism and Social Phobia: A Comparison of Psychological and Psychophysiological Arousal, Behavior Modification**