

# Journal of King Abdulaziz University: Educational and Psychological Sciences

---

Volume 4 | Issue 4

Article 18

---

10-1-2025

## The Effectiveness of a Multidimensional Model in Treating Selective Mutism in Kindergarten Children

Maha Hussain Mansour Al-Dosari

*PhD Researcher, King Saud University College of Education – Department of early childhood,  
Maha.h.aldosari@gmail.com*

Follow this and additional works at: <https://kauj.researchcommons.org/jeps>

---

### Recommended Citation

Al-Dosari, Maha Hussain Mansour (2025) "The Effectiveness of a Multidimensional Model in Treating Selective Mutism in Kindergarten Children," *Journal of King Abdulaziz University: Educational and Psychological Sciences*: Vol. 4: Iss. 4, Article 18.

DOI: <https://doi.org/10.64064/1658-8924.1159>

This Article is brought to you for free and open access by King Abdulaziz University Journals. It has been accepted for inclusion in Journal of King Abdulaziz University: Educational and Psychological Sciences by an authorized editor of King Abdulaziz University Journals.

## فعالية نموذج متعدد الأبعاد في علاج اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال في مرحلة الروضة

### The Effectiveness of a Multidimensional Model in Treating Selective Mutism in Kindergarten Children

مهاء حسين منصور الدوسري، باحثة دكتوراه، جامعة الملك سعود

كلية التربية - قسم الطفولة المبكرة

Maha Hussain Mansour Al-Dosari

PhD Researcher, King Saud University

College of Education – Department of early childhood

[Maha.h.aldosari@gmail.com](mailto:Maha.h.aldosari@gmail.com)

الملخص:

تتناول هذه الدراسة اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال، من خلال دراسة حالة لطفلة في الخامسة من عمرها تعاني من صعوبة في التفاعل اللفظي والاجتماعي في الروضة، رغم تواصلها الطبيعي في المنزل. اعتمدت الدراسة على منهج نوعي وتصميم شبه تجريبي من نوع (A-B-A)، واستمرت لمدة 21 أسبوعاً دراسياً، بهدف استكشاف أثر نموذج علاجي متعدد الأبعاد على سلوك الطفلة الأكاديمي والاجتماعي. تم استخدام أدوات متعددة لجمع البيانات، شملت المقابلات مع الوالدة والمعلمات، ومقاييس الصمت الاختياري، بالإضافة إلى قائمة ملاحظة السلوك من إعداد الباحثة. اشتمل النموذج العلاجي على الدمج التدريجي في مجموعات، واستخدام التعزيز الإيجابي، وسرد القصص، والعلاج السلوكي والعلاج باللعب الموجه وغير الموجه. أظهرت النتائج تحسناً تدريجياً ملحوظاً في التواصل الاجتماعي واللفظي، حيث ارتفعت أنماط التفاعل الإيجابي بشكل كبير مقارنة بالمستوى السابق للتدخل، بينما انخفض الاعتماد على التواصل غير اللفظي مع الوقت، مما يعكس تطوراً نوعياً في نمط تفاعل الطفلة في البيئة الصحفية والمنزلية. كما استمر الأثر الإيجابي بعد انتهاء فترة التدخل، مما يدل على فعالية النموذج المستخدم.

وتعُد هذه الدراسة من أوائل المبادرات البحثية في المملكة العربية السعودية التي تتناول اضطراب الصمت الاختياري في مرحلة التعليم المبكر، وتشكل مرجعاً مبدئياً لتطوير تدخلات علاجية مستقبلية.

**الكلمات المفتاحية:** الصمت الاختياري، اضطراب القلق الاجتماعي، التدخل السلوكي، دراسة حالة، الروضة.

## المقدمة:

مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة أساسية مهمة في تشكيل سلوك الأطفال وتنمية قدراتهم النفسية والعاطفية والاجتماعية. وقد يمر الأطفال بتغيرات أو ظروف تؤثر في هذه القدرات أو الخصائص، مما يستدعي انتباه الأهل والبيئة التعليمية، وضرورة التدخل العلاجي السلوكي أو النفسي في بعض الحالات. يُعد "الصمت الاختياري" نوعاً من الاضطرابات النفسية النادرة التي تُشخص غالباً في الأطفال. وهذا الصمت يُعتبر اضطراباً نفسياً قابلاً للعلاج، ويمكن للعلاج المبكر أن يساعد الأطفال على التغلب على هذا الاضطراب والتفاعل بثقة في البيئات الاجتماعية والacadémie.

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (*American Psychiatric Association, 2013*) الصمت الاختياري على أنه حالة يختار فيها الشخص أو الطفل عدم التحدث في مواقف أو فترات معينة على الرغم من قدرته على الكلام. الأطفال المصابون بالصمت الاختياري قادرون على التحدث بشكل طبيعي في بيئات مريحة وآمنة مثل المنزل ومع أشخاص معينين، لكنهم يواجهون صعوبة كبيرة في التحدث في المواقف الاجتماعية أو البيئات التعليمية. كما حدد *الصباح وجابي (٢٠١٣)* مفهوم الصمت الاختياري بأنه حالة يعجز فيها الطفل عن التحدث في مواقف اجتماعية معينة خارج المنزل، على الرغم من قدرته على الكلام في المنزل، وهذا العجز لا يكون نتيجة قصور لغوي أو خلل وظيفي في جهاز النطق.

يُعد اضطراب الصمت الاختياري أكثر شيوعاً لدى الأطفال في مراحل الطفولة المبكرة والمراهقة مقارنة في البالغين، حيث تقدر نسبة بين 0.07% إلى 2% من الأطفال. وتشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي (*2013*) إلى أن الصمت الاختياري يُشخص في حوالي 1% من الأطفال في سن المدرسة، من عمر 5 إلى 12 عام. كما أظهرت دراسة *Bergman (2013)* أن الصمت الاختياري أكثر شيوعاً بين الفتيات من الفتيان بنسبة 2:1. وهذا التبيان يتفق مع الدراسات السريرية التي أثبتت أن الفتيات لديهن مستوى القلق الاجتماعي أعلى بدرجة من الذكور، وهو ما قد يفسر هذا الفرق بين الجنسين.

تشير الدراسات إلى أن أعراض اضطراب الصمت الاختياري تظهر عادة بين عمر سنتين ونصف إلى عمر أربع سنوات، ويتم تشخيص هذا الاضطراب قبل أو في سن الخامسة. كما يتم إحالة الأطفال الذين يُشتبه في إصابتهم بهذا الاضطراب إلى مختصين أو مراكز طبية بعد ظهور الأعراض في سن 6 إلى 9 سنوات (*Martinez et al., 2015*). في هذا العمر، يكون الطفل في مرحلة التعليم الابتدائي، مما يستدعي ضرورة التدخل العلاجي، ويمكن أن يبدأ العلاج في مرحلة ما قبل الابتدائية

"الروضة" إذا تم اكتشاف الاضطراب مبكراً. التدخل المبكر يساعد في تقليل تأثيرات هذا الاضطراب السلبية على النمو الاجتماعي وال النفسي للطفل.

الصمت الاختياري واجه مجموعة من التحديات والصعوبات التي أثرت على دقة التشخيص والعلاج في الماضي، هذه الصعوبات مرتبطة بعوامل عده، منها الطبيعة المعقّدة لهذا الاضطراب، محدودية الوعي به، واختلاف الثقافات، بالإضافة إلى صعوبة التمييز بين اضطراب الصمت الاختياري وبين اضطرابات نفسية أخرى مشابهة. في بعض الحالات كان يُنظر إلى اضطراب الصمت الاختياري على أنه مجرد سلوك خجل دون التعمق في الأسباب النفسية التي تقف وراء هذا الصمت. أظهرت الدراسات السابقة أن اضطراب الصمت الاختياري كان يُشخص أحياناً بشكل خاطئ على أنه تأخر لغوي، أو اضطراب قلق اجتماعي، أو حتى اضطراب في التواصل مثل التوحد، مما يؤدي إلى تشخيص غير دقيق (Kearney & Silverman, 1993). على الرغم من أن الصمت الاختياري ليس سمة أساسية من سمات التوحد، إلا أن هناك حالات متداخلة بين الاضطرابين، حيث قد يظهر الأطفال المصابون بالتوحد سلوكيات مشابهة للصمت الاختياري، خاصة إذا كانوا يعانون من قلق اجتماعي شديد. هذا التداخل يُفسر جزئياً التشخيص الخاطئ في الماضي، نتيجة لغياب المعايير الواضحة في بعض الأدلة التشخيصية للصمت الاختياري.

حسب بحث نشره (Chatzinikolaou & Liopoulou, 2021)، تتراوح نسبة انتشار الصمت الاختياري بين 0.03% و 0.079% في المجتمعات المدرسية، مما يعكس ندرة هذا الاضطراب في الماضي، ومع زيادة الوعي حول هذا الاضطراب، ارتفعت نسبة التقديرات إلى 1.9%， مما يدل على تحسن منهجيات وأدوات التشخيص بعد اكتشاف القصور في السابق، والذي كان ناتجاً عن عدم توفر أدوات التقييم الكافية في بعض الثقافات المختلفة. ساهم الوعي المحدود باضطراب الصمت الاختياري في العديد من المجتمعات، خاصة تلك التي تقل من شأن الصحة النفسية، في تشخيص هذا الاضطراب على أنه مجرد خجل أو انعزاز، بدلاً من أن يُعتبر اضطراباً نفسياً حقيقة (Cohan & Rapee, 2005). قد يعتقد بعض الوالدين أو المعلمين أن الطفل خجول أو غير اجتماعي، دون إدراك أن هذه السلوكيات قد تكون مؤشراً على مشكلة نفسية. غالباً لا يُكتشف الاضطراب إلا عندما يبدأ التأثير الواضح على الأداء الاجتماعي والأكاديمي للطفل. كما أن بعض المجتمعات لديها وصمة اجتماعية أو مفاهيم سلبية حول موضوع الصحة النفسية والذهاب إلى الأخصائيين النفسيين، مما يؤدي إلى تأخير التشخيص أو تجاهله باعتباره أمراً طبيعياً. كما أشارت (Latemendi et al., 2008)، فإن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري، بالإضافة إلى اضطرابات القلق الاجتماعي المرتبطة به، يعانون من نقص في التشخيص والعلاج مقارنة بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية خارجية. السبب في ذلك هو أن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري لا يظهرون سلوكيات عدوانية أو شغب في المدرسة، مما يساهم في عدم إحالتهم إلى خدمات الصحة النفسية.

في العصر الحديث ازداد الوعي باضطراب الصمت الاختياري مما ساعد في تطوير أدوات تشخيصية دقيقة أكثر. في دراسة أجرتها **Shipon-Blum (2015)** تم الإشارة إلى أن الوعي بالصمت الاختياري قد تزايد في العقدين الأخيرين، وأصبح يُفهم بشكل أفضل كاضطراب مرتبط بالقلق الاجتماعي، وليس مجرد سلوك اجتماعي منفصل، هذا التغيير في الفهم في الأوساط الطبية ساعد على تصحيح المفهوم، وجعل الصمت الاختياري يُعتبر اضطراباً نفسياً حقيقياً. علاوة على ذلك، وضعت **الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات النفسية-5 (DSM-5 APA, 2013)** معايير محددة لتشخيص الصمت الاختياري على النحو التالي: رفض التحدث في مواقف اجتماعية معينة، على الرغم من قدرة الطفل على التحدث في المنزل أو في بيئات مأهولة، استمرار الصمت لمدة لا تقل عن شهر واحد، والا يكون مرتبطة بمواقف جديدة مثل بدء المدرسة للطفل، تأثير الصمت على الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفل، مما قد يؤدي إلى صعوبة في التعلم والتفاعل مع الأقران في الصف، وأخيراً يجب أن يكون الصمت غير مرتبط بتأخر لغوي أو اضطراب لغوي أو مشاكل في الجهاز الوظيفي للكلام.

بناءً على ما تم ذكره في المقدمة حول الصمت الاختياري، يتبيّن أن من المهم عدم تجاهل أو التغاضي عن أعراض اضطراب الصمت الاختياري، حيث إن ذلك قد يعرقل تقدّم الأطفال الذين يعانون منه و يؤثّر بشكل كبير على أدائهم الاجتماعي والأكاديمي إذا لم يتم التعامل معه مبكراً. ومع هذه الخلفية البسيطة عن الصمت الاختياري، يبدأ هذا البحث بعرض دراسة حالة تبرّز مشكلة البحث، والتي تركز على حالة طفلة في الخامسة من عمرها أظهرت اعراض الصمت الاختياري في بيئة الروضة.

### مشكلة الدراسة:

في سياق البحث العلمي في مجال التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، لوحظ في أحد البيئات التعليمية وجود حالة من الصمت الاختياري بين الأطفال في صفوف الروضة. وقد أثار انتباه الباحثة سلوك طفلة في الخامسة من عمرها تظاهر عليها أعراض هذا الاضطراب، حيث تتفاعل بشكل طبيعي في المنزل مع عائلتها، ولكنها تواجه صعوبة كبيرة في التفاعل اللفظي مع الكادر المدرسي وأقرانها في البيئة المدرسية. أدى هذا الصمت الاختياري إلى تأثيرات سلبية ملحوظة على مشاركاتها في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية في الروضة، مما يعرقل تطورها في هذه المرحلة الحساسة من حياتها. هذا الاضطراب قد يمر دون تشخيص دقيق أو تدخل مناسب، وقد تؤثر البيئة المدرسية بشكل كبير في تطور أو خفض أعراض الصمت الاختياري. لذلك، فإن التدخل السلوكي والنفسي المبكر في مثل هذه الحالات يمكن أن يسهم في تحسين تفاعل الأطفال مع الآخرين، سواء مع المعلمات أو أقرانهم، ويساعدهم في التكيف بشكل أفضل مع البيئة التعليمية والمواقف الاجتماعية المختلفة. دراسة **عبداللطيف (٢٠١١)** أكّدت على فعالية التدخل المبكر وبرنامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل حدة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذين تم تطبيق البرنامج عليهم. كما أظهرت دراسته أن التأثير الإيجابي للبرنامج استمر بعد مرور شهرين من انتهائه، حيث ظل الصمت الاختياري منخفضاً في البيئة المدرسية، واستمر التفاعل الاجتماعي للأطفال في التحسّن.

وعلى حد علم الباحثة، فإن اضطراب الصمت الاختياري لم يحظ باهتمام كافٍ في البحوث العلمية والأكاديمية ضمن السياق السعودي والعربي، الأمر الذي يُبرز وجود فجوة بحثية مهمة في هذا المجال. ومن هنا تسعى هذه الدراسة إلى الإسهام في معالجة هذا النقص المعرفي، وفتح المجال أمام مزيد من الدراسات المستقبلية التي تتناول هذا الاضطراب في ضوء خصائص البيئة الثقافية والتعليمية في المجتمعات العربية. بالإضافة إلى ذلك، هذه الدراسة تهدف إلى تحليل حالة الطفلة وفهم الأسباب المحتملة لصعوبة تفاعلها الفظي والاجتماعي، مع تحديد الآثار السلبية للصمت الاختياري على تطور مهاراتها الاجتماعية والأكاديمية. كما تسعى إلى تتبع السلوكيات المرتبطة بالاضطراب في بيئتين مختلفتين (المنزل والروضة) لفهم تأثيرها على الحياة اليومية للطفلة، وبناء خطة تدخلية علاجية مناسبة تعزز قدرتها على التفاعل مع الآخرين في السياقات التعليمية والاجتماعية.

### **أسئلة الدراسة:**

- 1 - ماهي العوامل النفسية أو البيئية أو الجسدية المحتملة التي قد ساعدت في ظهور اضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة في بيئة الروضة؟
- 2 - ماهي أعراض الصمت الاختياري لدى الطفلة؟
- 3 - كيف يؤثر اضطراب الصمت الاختياري على تفاعل الطفلة مع أقرانها في الأنشطة التعليمية والاجتماعية؟
- 4 - ماهي البرامج العلاجية السلوكية والنفسية المنفذة التي قد تساعد الطفلة على تجاوز اضطراب الصمت الاختياري؟

### **أهداف الدراسة:**

تقسم أهداف هذه الدراسة إلى ثلاثة أهداف رئيسية تتعلق بحالة الطفلة:

#### **1 - تحليل الحالة وتشخيص اضطراب الصمت الاختياري**

كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو تقييم الانماط السلوكية المتعلقة بالصمت الاختياري لدى الطفلة. تم فحص الأعراض التي ظهرت عليها بعناء، مع التركيز على السياقات المختلفة التي ظهر فيها صمتها، سواءً في الأنشطة الاجتماعية غير الصيفية مع أقرانها أو في الأنشطة الصيفية التعليمية مع المعلمات. هدف هذا التحليل إلى تحديد مدى تطابق أعراض صمت الطفلة الاختياري مع المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي للطب النفسي **DSM-5**. تم جمع معلومات دقيقة حول تكرار وعوامل الصمت لدى الطفلة، مما أسهم في تقديم تشخيص دقيق وتحديد شدة الاضطراب.

#### **2 - استكشاف العوامل المؤثرة في حالة الطفلة**

هدف هذا البحث أيضاً إلى دراسة العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تكون ساعدت في تطور الصمت الاختياري لدى الطفلة. ركز البحث على العوامل التي قد أدت إلى ظهور أعراض هذا الاضطراب، مثل القلق الاجتماعي، الخوف، أنماط التربية (مثل الحماية المفرطة، الأسلوب القاسي والحازم، الانتقاد، التعلق المفرط بالوالدين). بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية والتجارب الحياتية والبيئية والوراثية التي قد تكون أسهمت في ظهور أعراض الصمت الاختياري لدى الطفلة، ودراسة العلاقة بين هذه العوامل وظروف الطفلة النفسية والاجتماعية.

### 3 - الخطوة العلاجية واستراتيجيات التدخل الفعالة

تضمنت الدراسة خطة علاجية واستراتيجيات تدخلية متعددة تهدف إلى مساعدة الطفلة في التغلب على تحديات الصمت الاختياري. تم التركيز على تقديم نموذج متعدد الأبعاد، يتضمن تدخلات تربوية ونفسية وسلوكية يمكن تطبيقها في بيئة الروضة، مثل العلاج باللعبة (Play Therapy) والعلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy). بالإضافة إلى التركيز على الأنشطة التي تشجع الطفلة على التفاعل التدريجي مع الأقران والكادر المدرسي. تم تقديم توصيات للروضة، والأسرة والمجتمع، مستندة بذلك إلى دراسات علمية سابقة، لدعم الطفلة في تطوير مهاراتها الاجتماعية والنفسية والأكاديمية.

### حدود الدراسة:

- الحدود الزمنية والمكانية: تم جمع البيانات في الروضة الثامنة والخمسون في مدينة جدة، المملكة العربية السعودية، خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 1446 هجري، من تاريخ 12 ربيع أول 1446 هـ الموافق 15 سبتمبر 2024م إلى 21 شعبان 1446 هـ الموافق 20 فبراير 2025م. تمت مراقبة وتوثيق سلوك الطفلة لمدة (21) أسبوع دراسي.
- الحدود البشرية: عينة الدراسة تقتصر على طفلة واحدة تعاني من اضطراب الصمت الاختياري، وتم جمع المعلومات والبيانات الخاصة بالطفلة من والديها ومعلمات الطفلة.
- الحدود البحثية: تم جمع البيانات من خلال أدوات ملاحظة مباشرة لسلوك الطفلة في بيئة الروضة في سياقات مختلفة من الأنشطة المدرسية، كما تم الاستناد إلى مقياس (Bergman et al., 2008) كأداة بحثية لجمع معلومات من خلال المقابلات والاستبيانات التي تم توزيعها على والدين الطفلة ومعلمة الفصل لتوثيق تفاصيل سلوك الطفلة.
- الحدود المفاهيمية: تقتصر الدراسة على اضطراب الصمت الاختياري وتأثيره على أداء الطفلة الاجتماعي والأكاديمي في بيئة الروضة.

### أهمية الدراسة:

**تعزيز الوعي المجتمعي والمدرسي وإثراء المكتبة السعودية:** تكمن أهمية هذه الدراسة في إثراء المكتبة السعودية من خلال تسليط الضوء على اضطراب الصمت الاختياري في مرحلة الطفولة المبكرة، خاصة في بيئة رياض الأطفال، وتقديم فهم عميق لتأثيره على تطور الأطفال في جميع جوانبهم الاجتماعية والأكاديمية والعاطفية والنفسية. كما أنها خطوة مهمة نحو تعزيز الوعي المجتمعي والمدرسي في المملكة العربية السعودية حول الصمت الاختياري، بهدف تحسين ثقافة التعامل مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، مما يُساهِم في بناء بيئة تعليمية وتربيوية أكثر استجابة لاحتياجات الأطفال ذوي الصعوبات التوافضية.

**المرجع البحثي لأساليب التدخل المبكر والتوصيات:** تتركز أهمية الدراسة في تقديم أساليب الكشف المبكر وتوصيات علمية وتربيوية تتعلق بالتدخلات النفسية والتعليمية، بما يشمل استراتيجيات الوقاية وتعزيز قدرات المعلمات والمجتمع على التعامل مع الأطفال الذين يواجهون صعوبة في التحدث في بيئة الروضة أو في مواقف اجتماعية معينة. مما يُساهِم في علاج الصمت الاختياري وتحسين قدرة الأطفال على الاندماج في البيئة المدرسية، ويفلّ من تأثير هذا الاضطراب على أدائهم الاجتماعي والأكاديمي.

**الدراسات المستقبلية:** سيسهم البحث في تقديم فهم دقيق وعميق للتجارب الفردية للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، مما يفتح المجال لدراسات مستقبلية تستفيد من النتائج العملية لهذه الدراسة في تطوير استراتيجيات تدخل أكثر تخصيصاً بناءً على الفروق الفردية والتجارب البيئية. كما يمنح الروضات أدوات عملية للتعامل مع هذه الحالات بشكل أكثر فعالية، ويفكّر أهمية دعم كل طفل بشكل فردي لتحقيق أفضل نتائج ممكنة.

### منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على منهجين متكاملين بعرض تحقيق فهم عميق وشامل لحالة الطفلة محل الدراسة. أولاً، تم استخدام المنهج النوعي (Qualitative Research Methodology) نظراً لملاءمته في دراسة الحالات الفردية بعمق، حيث يتيح هذا المنهج تفاعلاً مباشراً مع البيئة المحيطة بالطفلة، بما في ذلك الأسرة والروضة، ويسمح بجمع البيانات من مصادر متعددة مثل الملاحظات المباشرة، والمقابلات شبه المقتفنة مع والدة الطفلة ومعلماتها. ويسهم هذا المنهج في تقديم وصف غني لسلوك الطفلة، وتحليل السياقات المختلفة التي تظهر فيها أعراض الصمت الاختياري، وفهم أبعادها النفسية والاجتماعية التي يصعب رصدها بالأساليب الكمية.

ثانياً، تم توظيف المنهج شبه التجريبي (Single-Subject Quasi-Experimental Design) باستخدام تصميم A-B-A، حيث تم أولاً رصد السلوك المستهدف خلال فترة الخط القاعدي الأولى (A)، ثم تطبيق البرنامج العلاجي خلال مرحلة التدخل (B)، ثم العودة إلى الخط القاعدي مرة أخرى (A) لمشاهدة مدى استمرارية التغيير في سلوك الطفلة بعد انتهاء التدخل.

وقد مكّن هذا التصميم من تتبع التغيرات السلوكية بدقة، وقياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين التفاعل اللفظي والاجتماعي للطفلة ضمن بيئه الروضة.

### أدوات الدراسة:

- 1 - **المقاييس المعيارية:** تم استخدام مقياس (Bergman et al., 2008) لتقدير أعراض الصمت الاختياري ومدى شدته لدى الطفلة. وقد تم اختيار هذا المقياس نظراً لما يتمتع به من ثبات وموثوقية عالية، واعتماده على أدوات تقييم علمية منهجية تقيس تكرار وعوامل الصمت الاختياري في سياقات متعددة، سواء كانت تعليمية أو اجتماعية. وتتجذر الإشارة إلى أن الباحثة قامت بترجمة المقياس بشكل واضح ودقيق، مع الحفاظ على المعاني الأصلية لبنيوده، مما يضمن فهمه من قبل المشاركين ومناسبيه لاستخدامه في بيئه الدراسة.
- 2 - **أدوات الملاحظة:** تم إعداد قائمة ملاحظة لسلوك الصمت الاختياري من قبل الباحثة، لمتابعة سلوك الطفلة خلال الفترات المختلفة للبرنامج اليومي وفق المنهج الوطني السعودي لرياض الأطفال. وتهدف القائمة إلى رصد تفاعلات الطفلة بدقة خلال الأنشطة الصحفية والمواقف الاجتماعية، مع التركيز على الظروف التي تُظهر أو تُفaciم سلوك الصمت الاختياري.
- 3 - **مقابلات منظمة وشبه مقننة:** أجريت مقابلات جمعت بين الطابع المنظم والطابع شبه المقنن مع والدة الطفلة ومعلماتها، حيث تم إعداد مجموعة من الأسئلة الموحدة، مع إتاحة المجال لطرح أسئلة متابعة بناءً على استجابات المشاركين. وقد هدفت هذه مقابلات إلى استكشاف العوامل النفسية والاجتماعية والسياسية التي قد تسهم في نشوء أو استمرار اضطراب الصمت الاختياري، وتقديم بيانات نوعية تُسهم في تفسير النتائج وتحليل أبعاد الحالة بصورة أكثر دقة.

### القياس:

وقد تم قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي متعدد الأبعاد من خلال ثلاثة محاور رئيسية، تمثلت في:

- **التفاعل الاجتماعي:** يشمل مشاركة الطفلة في الأنشطة الاجتماعية داخل الروضة مثل اللعب مع الزملاء، مشاركة الأدوات خلال مراكز التعلم، أو الانخراط في الأنشطة التعليمية الجماعية.
- **التواصل اللفظي:** ويُقصد به استخدام الطفلة الكلمات في التفاعل مع الآخرين، سواء من خلال ردود لفظية مختصرة، إجابات كاملة في المواقف التعليمية، أو التحدث المباشر مع الزملاء والمعلمات.
- **التواصل غير اللفظي:** ويتضمن استخدام الطفلة للإيماءات، الإشارات، وتعبيرات الوجه للتفاعل مع المعلمة أو الزملاء.

تم جمع البيانات بناءً على موافقة خطية من الأهل على خطاب يتضمن تفاصيل الدراسة، وبالتالي، تم جمع البيانات وفقاً لأخلاقيات البحث الأكاديمي والحفاظ على سرية المعلومات الشخصية.

#### الصدق والثبات وضبط المتغيرات الخارجية:

للحقيق من صدق أدوات الملاحظة، تم عرض القائمة على ثلاثة ممكرين متخصصين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس الإرشادي، حيث أخذت ملاحظاتهم بعين الاعتبار لتعزيز صدق الأداة وصلاحيتها لقياس السلوك المستهدف في السياق التعليمي والبيئي المحيط بالطفلة. أما بالنسبة للثبات، فقد تم استخدام أسلوب اتفاق الملاحظين (Inter-rater Agreement) لضمان دقة الرصد وثبات النتائج. وتم احتساب نسبة الاتفاق بين الباحثة ومساعدة المعلمة باستخدام المعادلة التالية: نسبة الاتفاق =  $(أصغر عدد \div أكبير عدد) \times 100$ . طبق هذا الأسلوب على المحاور الثلاثة: التواصلي غير اللغطي، التفاعل الاجتماعي، والتواصلي اللغطي، عبر مراحل الدراسة الثلاث (الخط القاعدي الأول، مرحلة التدخل، الخط القاعدي الثاني). وكأحد الأمثلة التوضيحية، في مرحلة الخط القاعدي الأولى، رُصد سلوك "التواصلي غير اللغطي" ٦٢ مرة من قبل الباحثة و ٥٨ مرة من قبل مساعدة المعلمة، مما نتج عنه نسبة اتفاق بلغت ٩٣,٥٪. وقد تراوحت نسب الاتفاق في بقية المحاور والمراحل بين ٩٦٪ و ١٠٠٪، مما يعكس درجة عالية من الثبات والاتساق في تسجيل السلوكيات.

ولضبط المتغيرات الخارجية التي قد تؤثر على النتائج، حرصت الباحثة على تثبيت عدة عوامل، من خلال: تثبيت الجلسات العلاجية في نفس المكان والتوقيت يومياً خلال طوال فترات البرنامج اليومي داخل الروضة، استخدام نفس الأشخاص (الباحثة، المعلمة، مساعدة المعلمة) في تنفيذ البرنامج، تثبيت طريقة التفاعل وتقديم الأنشطة خلال الجلسات، وعدم إبلاغ الطفلة أو المعلمة بمواعيد الملاحظات لضمان عفوية السلوك وتقليل التحيز. أسهمت هذه الإجراءات في التأكد من أن التغيرات التي طرأت على سلوك الطفلة تعود إلى فعالية البرنامج العلاجي متعدد الأبعاد، وليس إلى تأثيرات بيئية أو شخصية غير مضبوطة.

#### إجراءات الدراسة:

**المرحلة الأولى:** تم تحديد تاريخ بدء الدراسة من خلال إجراء جلسات التمهيدية، حيث عُقدت الجلسة الأولى بتاريخ 15 سبتمبر 2024م، والجلسة الثانية بتاريخ 31 أكتوبر 2024م، مع والدة الطفلة وعائلتها. تضمنت الجلسات مقابلات واستبيانات والمقاييس المعياري "مقاييس Bergman et al.,". واستغرقت كل جلسة نحو ساعة.

**المرحلة الثانية:** مرحلة الخط القاعدي الأول (A1) لمتابعة سلوك الطفلة في الروضة لمدة (٨) أسابيع دراسية خلال الفصل الدراسي الأول لعام 1446هـ، وذلك باستخدام قائمة الملاحظة السلوكية المصممة من قبل الباحثة، بهدف تسجيل سلوك الصمت الاختياري في الأنشطة الصحفية والأنشطة الالاصفية.

**المرحلة الثالثة:** تحليل البيانات المستخلصة من الملاحظات والمقابلات، لتحديد العوامل المحتملة المساهمة في ظهور اضطراب الصمت الاختياري، وفهم تأثيره على جوانب الطفلة الاجتماعية والأكاديمية. كما تم التحقق من سياقات ظهور الأعراض في البيئات المختلفة (المنزل/المدرسة).

**المرحلة الرابعة:** مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الصمت الاختياري، بهدف استعراض أساليب العلاج والتدخلات التربوية والنفسية السلوكية التي أثبتت فعاليتها في علاج هذا الاضطراب. تم استخدام هذه المراجع لتصميم وتنفيذ الخطة العلاجية والاستراتيجيات التدخلية الفعالة المناسبة لحالة الطفلة.

**المرحلة الخامسة:** تنفيذ مرحلة التدخل (B) باستخدام نموذج متعدد الأبعاد يجمع بين العلاج السلوكي، والعلاج باللعب، والسرد القصصي، وذلك بهدف خفض أعراض الصمت الاختياري وتعزيز التفاعل اللغوي والاجتماعي لدى الطفلة في بيئة الروضة. استمر تنفيذ البرنامج لمدة 8 أسابيع خلال الفصل الدراسي الثاني.

**المرحلة السادسة:** مرحلة الخط القاعدي الثاني (A2)، بهدف التحقق من استمرارية فعالية النموذج العلاجي متعدد الأبعاد، وذلك ضمن تصميم الدراسة شبه التجريبي من نوع A-B-A. استمرت هذه المرحلة 5 أسابيع، تم خلالها قياس مدى استمرار التحسن في سلوك الطفلة، وملحوظة قدرتها على تعميم المهارات الاجتماعية واللغوية التي اكتسبتها، بحيث لا تقتصر على زملاء الفصل، بل تمتد أيضاً لتشمل مواقف اجتماعية جديدة مع بقية الأطفال في الروضة، مما يعكس فاعلية البرنامج في تعزيز التكيف الاجتماعي واللغوي في سياقات متعددة.

**المرحلة السابعة:** تحليل نتائج تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية والتدخل المبكر، بهدف تقييم مدى فعاليتها في خفض حدة أعراض الصمت الاختياري، وتحسين تفاعل الطفلة في الجوانب الاجتماعية والعلمية.

### **نتائج تحليل البيانات:**

من خلال الأدوات المستخدمة في جمع البيانات والمعلومات خلال هذه الدراسة، تم الوصول إلى النتائج التالية:

**1 - مقاييس الصمت الاختياري (SMQ, Bergman et al., 2008):**

من خلال المقياس الذي يتضمن (17) فقرة موجهة إلى الوالدين، مقسمة إلى ثلاثة أقسام رئيسية: في المنزل والعائلة، في المدرسة، في المواقف الاجتماعية خارج المنزل. تتراوح الدرجات في هذا المقياس من (17) إلى (51)، مع العلم أن جميع الفئرات في المقياس إيجابية. كلما كانت النقاط أعلى من (17) كان ذلك دليلاً على سلامة الطفلة من اضطراب الصمت الاختياري. أما إذا كانت النقاط الكلية أقل من المتوسط (25) فإن ذلك يشير إلى احتمالية وجود اضطراب الصمت الاختياري. كما تم استخدام استبيان موجه إلى المعلمة في الفصل، يحتوي على (7) أسئلة تتبع نفس طريقة تصحيح الاستبيان الموجه للوالدين، ومتوسط

الدرجات في هذا الاستبيان (10 نقاط) من أصل (21 نقطة). تم تطبيق المقياس في 15 سبتمبر 2024، ووفقاً للتحليل التالي،  
فأن نتائج المقياس تشير بوضوح إلى احتمال كبير لوجود اضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة:

من خلال نتائج الاستبيان الموجه إلى الوالدين أظهرت الطفلة تفاعلاً طبيعياً في بيئتها المنزلية مع حصولها على 17 نقطة في قسم "المنزل والعائلة"، مما يعكس قدرتها على التواصل بشكل جيد مع أفراد أسرتها في محيطها المألوف. ومع ذلك، يلاحظ أن هذه الدرجة ما تزال ضمن نطاق يشير إلى إمكانية وجود بعض التحديات في التفاعل اللغطي حتى في بيئة المنزل، مما يعكس احتمال وجود بعض الصعوبات في التواصل، رغم عدم وجود مؤشر قوي لاضطراب الصمت الاختياري في هذه البيئة. في المقابل، حصلت الطفلة على ٠ نقطة في قسمي "المدرسة، والمواقوف الاجتماعية خارج المنزل"، مما يشير بوضوح إلى وجود صعوبة شديدة في التفاعل الاجتماعي واللغطي خارج بيئتها المنزلية.

كما أظهرت نتائج الاستبيان الموجه إلى المعلمة حصول الطفلة على ٢ من أصل ٢١ نقطة، مما يعكس صعوبة شديدة في التفاعل مع المعلمة والأقران في بيئة الروضة، وهو ما يدعم الفرضية بوجود اضطراب الصمت الاختياري. بناءً على ذلك، يمكن الاستنتاج أن الطفلة قد تكون تعاني من الصمت الاختياري، حيث أظهرت صعوبة واضحة في التفاعل الاجتماعي واللغطي في البيئات التي تتطلب التحدث مع الآخرين خارج نطاق المنزل والعائلة، مثل الروضة والمواقوف الاجتماعية. تتوافق هذه النتائج مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات النفسية **DSM-5** التي تتضمن تأثير الصمت الاختياري على الأداء الأكاديمي والاجتماعي وكذلك رفض التحدث في مواقيف اجتماعية معينة رغم قدرة الطفل على التحدث في المنزل أو في بيئات مألوفة.

## - ٢ - المقابلة الشخصية مع الوالدين:

يمكن تحليل نتائج المقابلة على النحو التالي:

### • التاريخ الصحي والنمو:

الطفلة هي الوسطى في العائلة، وبصحة جيدة ونموها السليم ملحوظ، فقد بدأت الكلام في سن مبكرة، حيث نطقت كلمات بسيطة، ثم بدأت في تكوين جمل كاملة في عمر سنة ونصف. يُشير التاريخ الصحي إلى أن الطفلة لا تعاني من تأثيرات صحية أو ضغوط جسدية تؤثر على حياتها اليومية. كما أن الطفلة لا تعاني من اضطرابات لغوية أو تأخر لغوي أو مشاكل في جهازها الوظيفي للكلام. مما يتفق مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للطب النفسي (DSM-5)، والتي تنص على أن الصمت الاختياري لا يرتبط بأي اضطرابات لغوية أو مشاكل في الجهاز الوظيفي للكلام.

### • الظروف البيئية والعائلية:

بدأت الطفلة في ممارسة الصمت الاختياري في عمر ثلاث سنوات بعد رحلة سياحية خارج المملكة. حيث لاحظ الوالدان ظهور التأتأة المفاجئة والتي استمرت لمدة ثلاثة أشهر وتحسن دون تدخل علاجي، لكن الصمت الاختياري بدأ بعد فترة قصيرة من تحسن التأتأة. هذا التحسن المفاجئ دون تدخل علاجي قد يشير إلى أن المشكلة كانت مؤقتة ومرتبطة بموافقة أو ضغوط مؤقتة متعلقة بالبيئة. وفقاً *Shipon-Blum (2015)* على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري لديهم مهارات لغوية طبيعية، إلا أنه قد يقترب أحياناً باضطراب تواصل مثل التأتأة أو اضطراب اللغة التعبيرية، ومع ذلك يفضل لا يتم تبرير الصمت الاختياري بأي اضطراب تواصلي.

بالنسبة للتاريخ العائلي، لا يوجد تاريخ مرضي نفسي أو صحي لدى الوالدين أو الأخوة، رغم غياب التاريخ المرضي أو النفسي لدى الوالدين، إلا أن الأم كانت ولازالت تعاني من خجل وقلق واضح في المواقف الاجتماعية في بيئات معينة. هذه القواسم المشتركة بين الأم والطفلة يمكن أن تكون لها تأثير على سلوك الطفلة، إذا كانت الأم تعاني من القلق الاجتماعي في مواقف معينة، فإن الطفلة قد تميل إلى تعلم سلوكيات مشابهة تؤدي إلى القلق الاجتماعي أو الخجل، مما يساهم في تطور الصمت الاختياري. دراسة *Cunningham et al. (٢٠٠٤)*، التي قارنت بين والدي الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري مع الأطفال العاديين، وجدوا أن والدي الأطفال المصابين بالصمت الاختياري أظهروا خجلاً أكبر ومستوى أعلى من القلق الاجتماعي وميل عام نحو العزلة الاجتماعية. وأكدوا أنه على الرغم من وجود ارتباط قوي بين الصمت الاختياري والتاريخ الوراثي، إلا أن الوراثة تتفاعل مع العوامل البيئية مثل التنشئة الأسرية والتجارب الحياتية للطفل. فإذا كان الطفل لديه استعداداً وراثياً للقلق، فإن العوامل البيئية قد تزيد من احتمالية تطور القلق الاجتماعي أو الصمت الاختياري.

الطفلة لم تمر بتجارب أو أزمات كبيرة مثل الانفصال أو وفاة أحد المقربين، مما يشير إلى أن سلوكها لا يرتبط بتوترات عاطفية أو صدمات. الأطفال الذين يواجهون صدمات في طفولتهم قد يعانون من اضطرابات نفسية مثل القلق الاجتماعي، مما يسهم في تطور الصمت الاختياري كوسيلة لتجنب المواقف الاجتماعية وذلك نتيجة الضغوط النفسية (*Lian & O'Connor, 2017*). وبالتالي فإن سلوك الصمت الاختياري لدى الطفلة لا يبدو مرتبطاً بمشاعر الحزن أو التوتر العاطفي العميق ولا ناتجاً عن صدمات حياتية. كما أن بيئة الأسرة مستقرة وتتوفر احتياجات الطفلة النفسية والجسدية، مما يقلل من احتمال أن يكون هناك ضغط عائلي يؤثر في سلوكها. الاضطرابات النفسية الناتجة عن علاقة متواترة أو غير طبيعية مع الأسرة، مثل الضغط الكبير من الوالدين وتوقعاتهم العالية من أطفالهم في المجال الأكاديمي والاجتماعي أو الانتقاد المستمر أو الحماية المفرطة، يجعل الطفل أكثر عرضة لتطور الصمت الاختياري (*Lina & O'Connor, 2017*).

• **السلوك الاجتماعي ومواقف القلق:**

الطفولة تدرك تماماً صمتها الاختياري، وتعي مشاعر الخوف في المواقف الاجتماعية. مما يشير إلى وجود صراع داخلي بين رغبتها في التفاعل ومشاعر القلق والخوف التي تمنعها من التفاعل اللغطي والاجتماعي. في هذا السياق، أثبتت الدراسات أن بعض الأطفال يمتلكون قدرة متقدمة لفهم الحالات العقلية لآخرين، هذا الوعي بالأراء أو التقييمات السلبية قد يؤدي إلى ازدياد الوعي الذاتي وزيادة الخوف من التقييم السلبي، وهو ما يساهم في تنامي مشاعر القلق الاجتماعي (*Muris & Ollendick, 2021*). الوعي الداخلي الذاتي يُشير إلى قدرة الطفل على فهم وتقدير حالاته النفسية الداخلية، مثل إدراكه لمشاعر الخوف أو القلق خلال التفاعلات الاجتماعية، مما يعزز تجنبهم للتفاعل الاجتماعي واختيار الصمت كآلية دفاعية.

الطفولة تظهر سلوكيات دفاعية أخرى، مثل التظاهر بالانشغال في المواقف الاجتماعية مثل وضع خصلات شعرها في فمها أو قضم أظافرها لتجنب التفاعل، مما يعكس حالة من القلق الاجتماعي والخوف من التفاعل. أشارت *Krolian (1998)*، إلى أن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري قد يظهرون قليلاً من تعبيرات الوجه أو حركات الجسم وقد يتتجنبون التواصل البصري. كما أن أنماط سلوكها الواضحة في مقاومة ومحاولة التهرب من النوم بمثابة محاولة غير واعية لتأجيل مواجهة القلق وتجنب المواقف التي تشير خوفها في اليوم التالي مثل الذهاب إلى الروضة، مما يُشير إلى أنها تواجه تحديات نفسية أو مشاعر متضاربة تجاه الروضة مثل القلق أو الخوف. تشير *McDonnell (2024)* إلى أن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري قد يظهرون أعراضاً داخلية مرتبطة بالقلق، مثل البكاء أو مشاكل النوم. ويعتقد أن هذه الأعراض ترتبط بمستويات عالية من النشاط العصبي في اللوزة الدماغية، وهي المنطقة المسئولة عن معالجة إشارات الخوف. نتيجة لهذا النشاط العصبي الزائد، يميل هؤلاء الأطفال إلى تجنب المواقف التي تشير لديهم القلق أو مقاومتها.

#### • التفاعل مع البيئة التعليمية:

الطفولة تحضر للروضة فقط يومين إلى ثلاثة أيام أسبوعياً، وتظهر مقاومة شديدة لدخول مبني الروضة، وهو ما يعكس الصعوبة العاطفية والنفسية التي تواجهها في مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب التفاعل اللغطي. هذا السلوك يدل على استجابة دفاعية قوية ضد القلق الاجتماعي. أشارت *Shipon-Blum (2003)* إلى أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يعانون بشكل شائع من رفض دخول المدرسة أو الغياب المتكرر، نتيجة للقلق الاجتماعي الشديد الذي يشعرون به تجاه المواقف التي تتطلب منهم التحدث أو التفاعل في بيئات غير مألوفة. هذه الصعوبات النفسية قد تجلب معهم مقاومة شديدة تجاه أي نشاط اجتماعي خارج بيئتهم المألوفة، بما في ذلك المدرسة.

في المدرسة تقتصر تفاعلات الطفلة على الإيماءات والإشارات فقط، مما يعد سمة من سمات الصمت الاختياري. كما أشارت *Omdal & Galloway, 2008* إلى أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يستخدمون لغة الجسد وتعبيرات الوجه والإيماءات للتواصل في بيئات اجتماعية مثل المدرسة أو في موقف معينه. من جهة أخرى، على الرغم من أن الطفلة

تتمتع بقدرة عالية على استيعاب المعلومات، إلا أنها تقتصر على امتصاص المعلومات دون التعبير عنها، مما يؤثر سلباً على أدائها الأكاديمي والاجتماعي داخل الروضة. الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري غالباً ما يظهرون تأخراً في التكيف الاجتماعي منذ مراحل الطفولة المبكرة، مما يشير إلى مقاومة للتحدى كعلامة على الانطواء السلوكي، وهذا يعتبر مؤشراً على القلق السلوكي لدى الأطفال (Diliberto, 2014).

### 3 - قائمة ملاحظة سلوكيات الصمت الاختياري لدى الطفلة:

بناءً على قائمة ملاحظة سلوك الصمت الاختياري لدى الطفلة وتأثيره الأكاديمي والاجتماعي خلال فترات البرنامج اليومي للمنهج الوطني السعودي لرياض الأطفال والتي استمرت لمدة (8) أسبوع دراسي، أظهرت النتائج ما يلي:

#### • التعبير الجسدي للتواصل:

الطفلة تظهر تفاعلاً سلبياً مع محاولات معلماتها لدمجها في الأنشطة الجماعية، حيث تظهر قلقاً واضحاً تجاه التفاعل الاجتماعي. على الرغم من اهتمامها بالمحظى أو الأنشطة المعروضة، فإن استخدام الإيماءات فقط دون التفاعل اللغوي يعكس آلية دفاعية تهدف إلى تجنب الإفراج أو النقد المحتمل الذي قد ينتج عند التحدث أمام مجموعة. على الرغم من رغبتها في المشاركة، فإن عدم القدرة على التعبير اللغوي قد يكون ناتجاً عن خوف من ارتكاب أخطاء أو من ردود الفعل السلبية، وهو ما يعكس الحاجة لحماية نفسها من المواقف الاجتماعية المحرجة. استخدام الطفلة للإيماءات كوسيلة لتجنب القلق الاجتماعي المتعلق بالتحدى، مما يعكس ارتباط السلوكيات غير اللغوية (مثل الإيماءات أو الإشارات) بالخوف الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالصمت الاختياري. وفقاً لدراسة Omdal & Galloway (2008)، الأطفال المصابون بالصمت الاختياري غالباً ما يلجئون إلى الإيماءات بدلاً من التفاعل اللغوي في المواقف الاجتماعية التي تثير القلق. هذا السلوك يُعد استجابة لقلق اجتماعي، حيث يفضل الأطفال تجنب الكلام كوسيلة لتقليل الضغط والقلق الناتج عن التفاعل مع الآخرين.

#### • تفضيل الأنشطة الفردية:

الطفلة تظهر تفضيلاً للأنشطة الفردية مثل اللعب بالرمل أو الأنشطة الفنية، مما قد يكون محاولة واعية أو غير واعية للهروب من الضغوط الاجتماعية. مثل هذه الأنشطة توفر بيئة آمنة حيث يمكنها التعبير عن نفسها دون الحاجة إلى التفاعل مع الآخرين، مما يعكس رغبتها في الاستقلالية وتجنب المواقف التي قد تسبب لها الشعور بالضغط أو الإفراج وتجعلها عرضة للحكم أو الانتقاد. وهو ما يتفق مع التفسيرات العلمية التي ترى أن الصمت الاختياري يرتبط بمحاولات لتجنب القلق الاجتماعي وتقليل التعرض للمواقف المرهقة. أشارا Omdal & Galloway (2007)، إلى أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري يشعرون بالراحة في الأنشطة التي لا تفرض عليهم التفاعل الاجتماعي المباشر مثل اللعب الفردي أو الأنشطة التي تركز على

الانغماس في النشاط ذاته بدلاً من التفاعل اللفظي مع الأقران، لأنهم يشعرون بضغط أقل ولا يضطرون للتعامل مع مشاعر القلق التي قد تنشأ في الانشطة الاجتماعية.

• **السلوك العدواني كآلية دفاعية:**

عندما تواجه الطفلة ضغوطاً اجتماعية أو عندما يشعرون الآخرون بالتهديد (حتى لو كان ذلك بطريقة غير مقصودة)، قد يظهر سلوكها العدواني كوسيلة للدفاع عن حدودها الشخصية أو محاولة للهرب من المواقف التي تثير القلق. هذا السلوك قد يكون ناتجاً عن عدم القدرة على التعبير عن مشاعرها بشكل لفظي، مما يدفعها لاستخدام العذون كوسيلة لإدارة مشاعر القلق والضغط الناتج عن التفاعل مع الآخرين، وهو في الأساس محاولة لتجنب المواقف التي قد تسبب في مشاعر الخوف أو الإحراج. ربطت (2014) *Diliberto* السلوك العدواني في الأطفال المصابين بالصمت الاختياري بعدم الراحة العاطفية في المواقف الاجتماعية التي تتطلب التفاعل اللفظي أو الاجتماعي، العدوانية قد تكون رد فعل ناتج عن القلق في مواقف اجتماعية، حيث يُظهر الأطفال المصابون بالصمت الاختياري سلوكيات عدوانية، مثل الضرب، آلية دفاعية لتجنب المواقف التي تثير القلق لديهم.

• **التأثير الأكاديمي:**

الصمت الاختياري لدى الطفلة يؤثر بشكل واضح في أدائها التعليمي الأكاديمي في الروضة. تظهر الطفلة اهتماماً فقط في الأنشطة التي لا تتطلب تفاعلاً لفظياً (مثل أوراق العمل المتعلقة بالأرقام والحرروف، أو عمل تجارب علمية في منطقة العلوم والطبيعة، أو الاحاجي ومكعبات الأرقام في منطقة الرياضيات والألعاب)، مما يجعل المعلمة تعتمد على هذه الأنشطة لتقدير أداء الطفلة. رغم أن الطفلة تُظهر إبداعاً أو قدرة عالية في هذه الأنشطة، فإنها تظل محدودة في التعبير عن نفسها شفهياً، مما قد يؤدي إلى تأثير سلبي في تقييمها الأكاديمي في الأنشطة التي تتطلب مشاركة لفظية أو تفاعلاً جماعياً.

رفض الطفلة التفاعل لفظياً في الأنشطة التعليمية التي تتطلب مشاركتها المباشرة، مثل القراءة أو الناقشات الجماعية. هذا السلوك يعيق تقييم أداء الطفلة في بعض الأنشطة، حيث إن المعلمة تجد صعوبة في ملاحظة تقدمها أو قياس مهاراتها في الأنشطة التي تتطلب التفاعل اللفظي. كذلك سلوك الطفلة في تجنب الأنشطة التي تتطلب قراءة أو تعبير شفهي يمكن أن يؤثر أيضاً على قدرتها على تطوير مهارات القراءة والتحدث، مما يعزز تأثيراً محتملاً في التحصيل الأكاديمي في المستقبل إذا لم يتم معالجة الصمت الاختياري. أكدت *الجمعية الأمريكية للطب النفسي* (2013)، إلى أنه يمكن أن تؤثر حالة الصمت الاختياري على الأداء الأكاديمي، خاصة في الأنشطة التي تتطلب التعبير اللفظي مثل الإجابة على الأسئلة أو المشاركة في المناقشات الصحفية. في بعض الحالات، قد لا يتمكن الطفل من إتمام المهام الشفهية أو اجتياز الاختبارات الشفهية، مما قد يؤثر على تحصيلهم الأكاديمي بشكل عام.

• **التأثير الاجتماعي:**

عندما لا تشارك الطفلة في الأنشطة الجماعية وتظهر عدم رغبتها في التفاعل مع الأقران وتكوين صداقات، فإنها تفقد الفرص للتعلم من خلال التفاعل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين. التعاون الاجتماعي والتفاعل مع الأقران لهما تأثيرات إيجابية على تطوير المهارات الاجتماعية واللغوية، وبالتالي فإن عدم المشاركة يمكن أن يؤدي إلى عزلة اجتماعية أو تأخر في تطور المهارات الاجتماعية. أشارت جمعية اللغة والكلام والسمع الأمريكية (ASHA, n.d.) ، إلى أن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري يواجهون صعوبة في التفاعل الاجتماعي ويعانون من الرفض الاجتماعي، مما قد يؤدي إلى عزلة وقلة تفاعل مع المعلمين والزملاء. عدم المشاركة في الأنشطة الجماعية أو في المناقشات مع المعلمة والأطفال قد يضعف مهارات الطفلة في التواصل الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين، علاوة على ذلك، الصعوبات التي تواجهها الطفلة في التعبير الفظي قد تؤثر أيضاً على تحصيلها الدراسي، حيث إن الأنشطة التفاعلية والمشاركة النشطة ضرورية لتطوير المهارات الأكاديمية والاجتماعية في مرحلة الروضة، وهي من العوامل التي قد تتأثر سلباً بسبب الصمت الاختياري.

### مرحلة التدخل "تنفيذ الخطة العلاجية نموذج متعدد الأبعاد":

استناداً إلى نتائج التقييم الأولي في مرحلة "الخط القاعدي" والملاحظة السلوكية، تم تصميم خطة علاجية تعتمد على نموذج متعدد الأبعاد يدمج بين أساليب العلاج السلوكي، والعلاج باللعب، والسرد القصصي، وذلك بهدف خفض خض أعراض الصمت الاختياري لدى الطفلة المستهدفة، وتعزيز تفاعلها اللغطي والاجتماعي في بيئة الروضة. وقد رُوعي في بناء الخطة طبيعة الصمت الاختياري بوصفه اضطراباً معقداً يتأثر بعوامل معرفية وانفعالية واجتماعية، مما استدعي تدخلاً شاملاً. وقد تم تنفيذ الخطة العلاجية خلال الفصل الدراسي الثاني، بواقع 8 أسابيع، ويتكون بين الباحثة، ووالدة الطفلة، ومعلماتها، والاحصائية النفسية. وُضعت الجلسات بما يتناسب مع جدول الأنشطة الصحفية، مع التركيز على التدرج، والمرنة، والتعزيز المتواصل. كما تم تنظيم ورشة تدريبية للمعلمة والأهل لمدة ثلاثة أيام للمساعدة في تنفيذ الخطة، حيث قامت الباحثة بتدريبهما على استخدام هذه الاستراتيجيات. بالإضافة إلى ذلك، تم عقد لقاءين أسبوعياً بين الباحثة، المعلمات، والأهل لمناقشة التطورات، وتعديل الخطة العلاجية إذا لزم الأمر، وتقديم التوصيات اللازمة لهم. كما تمت متابعة تنفيذ الاستراتيجيات في الروضة من قبل المعلمة تحت إشراف الباحثة. وقد اشتملت الخطة العلاجية على مجموعة من الإجراءات المتكاملة التي تم تنفيذها بالتعاون مع الأطراف المعنية، كما هي موضحة في جدول (1).

جدول (١). إجراءات الخطة العلاجية

الترتيب	الإجراءات العلاجية	الجهة المنفذة	الهدف من الإجراء	المدة التكرار
1	إجراء جلسة تعرفيّة مع الطفلة بحضور الوالدة والمعلمة، وشرح الخطة العلاجية بشكل مبسط	الباحثة	بناء علاقّة آمنة مع الطفلة وتقليل توتّرها تجاه التدخل.	جلسة واحدة في الأسبوع الأول
2	تهيئة البيئة الصفية عبر تقليل عدد الأطفال في المجموعة، و اختيار ركن هادئ، وضبط المثيرات الصوتية والبصرية	المعلمة بالتنسيق مع الباحثة	توفير بيئة داعمة تساعد على تقليل القلق الاجتماعي	مستمر طوال فترة البرنامج
3	استخدام لوحات تواصل بصرى (بطاقات مشاعر، تعبيرات الوجه، إشارات اليد).	الباحثة والمعلمة	تعزيز قدرة الطفلة على التعبير غير اللفظي كمرحلة أولى.	ثلاث مرات أسبوعياً
4	الدرج في الاندماج الاجتماعي: البدء بالأنشطة الثانية ثم الجماعية مع أطفال مختارين.	الباحثة والمعلمة	تعزيز الشعور بالأمان الاجتماعي والاندماج التدريجي.	تدريجياً طوال ٦ أسابيع
5	توظيف التعزيز الإيجابي (ثناء لفظي، ملصقات، مكافآت رمزية) بعد كل تفاعل لفظي أو غير لفظي	المعلمة والباحثة	زيادة الدافعية للتواصل اللفظي وخفض القلق الاجتماعي المصاحب.	مستمر مع كل تقدّم
6	استخدام سرد التصص العلاجي ذات محتوى مشابه لحالة الطفلة (شخصية تعاني من الصمت الاختياري، القلق الاجتماعي)	الباحثة	تطوير التمثّلات المعرفية وتعزيز الثقة بالنفس	مرة واحدة أسبوعياً
7	جلسات فردية سلوكيّة معرفية: التحدث عن المخاوف، إعادة بناء الأفكار السلبية.	الباحثة والباحثة	معالجة القلق الاجتماعي وتعديل الأفكار السلبية	مرتين أسبوعياً
8	العلاج باللعب: جلسات موجهة وغير موجهة باستخدام العرائس والدمى والتمثيل الرمزي والألعاب الادراكية	المعلمة والباحثة	التعبير الانفعالي وتقليل القلق من خلال اللعب وتعلم الاندماج باللعب مع بقية الأطفال	الموجه: مرتين أسبوعياً لمندة ثلاثة أسابيع. غير الموجه: مستمر بعد كل تقدّم.
9	تدريب المعلمة والأهل على استخدام استراتيجيات الدعم النفسي والتواصل الاجتماعي داخل الصف والبيت.	الباحثة	ضمان استمرارية التدخل داخل البيئة التعليمية	مرتان أسبوعياً خلال الشهر الأول
10	جلسات متابعة مع الأسرة: تقديم ارشادات، وتقدير مدى التطور لدى الطفلة.	الباحثة	تعزيز التعميم وتكامل الدعم بين المنزل والروضة	مرة كل اسبوعين

وتفصيلاً، فإن كل إجراء من الإجراءات السابقة كان يهدف إلى معالجة جانب معين من اضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة، وفقاً لستة مكونات علاجية أساسية كالتالي:

**A. دمج الطفلة مع مجموعة ثانية ثم الدرج للتوسيع في المجموعة:**

تم دمج الطفلة مع زميل واحد فقط لمدة أسبوع خلال فترة مراكز التعلم، ومن ثم تم التدرج في توسيع المجموعة بإضافة طفلين آخرين في الأسبوع التالي. تم اختيار أنشطة لا تشكل ضغطاً على الطفلة ولا تتطلب تفاعلاً لفظياً مباشراً، مما يسهم في تخفيف القلق الاجتماعي. كما تم التركيز على أن الأنشطة ذات طابع غير تنافسي وتسمح بالمشاركة الجماعية، مثل بناء برج من المكعبات أو إتمام نشاط يتطلب تعاوناً مع زميلها. على سبيل المثال، قامت المعلمة بتوجيه الطفلة للمشاركة مع طفل آخر في بناء شكل معين بالرمل أو رسم صورة، مع التركيز على إيماءات الطفلة وتعبيراتها غير اللفظية أثناء التفاعل. في هذه المرحلة، اكتفت الطفلة بالإشارة أو الإيماء إلى شيء ترغب فيه، مما أتاح لها الفرصة للتفاعل بدون الضغط المرتبط بالتواصل اللفظي.

أشارت جمعية الصمت الاختياري (*Selective Mutism Association, n.d.*) إلى أن العمل في مجموعات صغيرة يمكن أن يقلل من القلق ويخفف من الضغوط الاجتماعية المرتبطة بالتحدث أمام مجموعة كبيرة من الأشخاص، بما في ذلك الأطفال

الذين يعانون من الصمت الاختياري. وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن التعليم في مجموعات صغيرة له آثار إيجابية على التطور المعرفي والاجتماعي/العاطفي للأطفال، حيث تتيح هذه البيئة للأطفال فرصة للتفاعل بشكل أقل توتراً.

مع تقدم الطفلة تدريجياً في التفاعل غير اللفظي مع زملائها، حاولت المعلمة تشجيع الطفلة على الانتقال إلى التفاعل اللفظي تدريجياً من خلال توجيه طلبات بسيطة تتطلب ردًّا لفظياً، مثل: "أين وضعت الكتب؟، ثم الانتقال إلى جمل أكثر تعقيداً مع مرور الوقت مثل "أي منطقة من مراكز التعلم تفضيلين، ولماذا؟". في هذه المرحلة، استمر رفض الطفلة للتفاعل اللفظي واكتفت بالتفاعل الاجتماعي والمشاركة باستخدام الإيماءات والاشارة. تشير مؤسسة عقل الطفل (٢٠٢٤) إلى أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري قد يكونون أكثر استعداداً للتعبير عن أنفسهم عندما يتم دمجهم في مجموعات صغيرة، حيث يتتوفر لهم بيئه أقل ضغطاً، مما يساعد في تقليل القلق الاجتماعي ويعزز التواصل التدريجي.

#### B. تعزيز مهارات التواصل غير اللفظي والتدرج بالتواصل اللفظي الفردي:

خلال الأسبوع الأول من الخطة العلاجية، تم تكليف الطفلة بمهام غير لفظية، مثل مساعدة المعلمة في توزيع أوراق العمل أو وضع لوحة إعلان الوحدة الاستقصائية على السبورة. في البداية، اكتفت الطفلة بهز رأسها بالرفض، وجلست في مكانها مع وضع خصلات شعرها في فمه. مع تكرار الطلب من قبل المعلمة في الأيام التالية، لاحظت الطفلة أن هذه المهام أصبحت جزءً من الروتين اليومي الذي يساهم فيه الأطفال الآخرون، مما جعلها تُظهر قبولاً للمشاركة دون الحاجة إلى إصدار أي رد لفظي. هذه الأنشطة ساعدت الطفلة على تعزيز شعورها بأنها جزء مهم من الصدف، مما دعم مشاركتها في الأنشطة الجماعية دون الضغط على التفاعل اللفظي في البداية.

تشير جمعية الصمت الاختياري (SMA, n.d.) إلى أن تقبل الردود غير اللفظية من الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، مثل الإيماءات أو التعبيرات الجسدية، يساعد بشكل كبير في تقليل القلق المرتبط بالتفاعل في بيئات جديدة، وقد يتمكن الأطفال في نهاية المطاف من تقديم ردود لفظية والمشاركة في الحديث.

بالإضافة إلى ذلك، تم تهيئة بيئه صفية تعليمية تسمح للطفلة بالتعبير عن نفسها باستخدام الإيماءات أو تعبيرات الوجه. على سبيل المثال، بدلاً من رفض الطفلة التفاعل في مراكز التعلم والجلوس في مكانها ومراقبة أصدقائها، قامت المعلمة بعرض رسمنتين للطفلة وسألتها: "تفضلي بالإشارة إلى أي رسمة ترغبين في تلوينها"، مما اتاح للطفلة غير اللفظية للتفاعل أن تكون خطوة أولى نحو بناء الثقة. هذا النوع من التواصل غير اللفظي يعتبر خطوة تمهدية لتنمية مهارات التواصل اللفظي تدريجياً، حيث يساعد الأطفال في بناء الثقة تدريجياً، ليشعروا بالراحة في بيئه الصدف أو أي سياق اجتماعي آخر.

مع زيادة شعور الطفلة بالراحة، بدأت المعلمة الانتقال إلى التفاعل اللفظي الفردي بشكل تدريجي. على سبيل المثال، بعد أن انتهت الطفلة من مهمة معينة (مثل الكتابة أو الرسم)، تجاوبت المعلمة وسألت: "سعيدة جدًا لأنك كتبت الحرف بشكل جميل، هل ترغبين في ورقة أخرى؟"، ثم انتظرت خمس إلى عشر ثوانٍ لسماع الرد. في الأسبوع الأول، كانت الطفلة ترفض الرد، بينما

استمرت المعلمة في التأكيد لها أنه بإمكانها استخدام الإيماءات فقط إذا لم تكن مستعدة للتحدث بعد. وخلال الأسبوع الرابع، بدأت الطفلة تتجاوب لفظيا مع المعلمة بصوت خافت في أذنها، مما ساعد المعلمة على استمرار استخدام التواصل اللفظي معها.

أشارت جمعية الصمت الاختياري (SMA, n.d.), إلى أنه مع تقدم الأطفال في بيئه الصف وتشجيعهم على الشعور بالراحة، لا ينبغي الاكتفاء بالتواصل غير اللفظي فقط. بل يمكن تشجيع هؤلاء الأطفال على الانتقال التدريجي نحو التفاعل اللفظي عندما يكونون مستعدين.

### C. استخدام الثناء والمكافآت من قبل الأهل والروضة:

يعتبر التعزيز الإيجابي أداة فعالة في تعزيز السلوكيات المرغوبة وتحفيز الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري على الاستمرار في محاولة التفاعل مع الآخرين، مما يساعدهم على التحرر من مخاوفهم المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي. في حالة الطفلة، التي تتميز في الأنشطة الفردية مثل الكتابة والرسم، استخدمت المعلمة المدح والثناء امام مجموعة من الأطفال على إنجازاتها في هذه المجالات، مما قد يعزز من تقديرها لذاتها. مع مرور الوقت، ساهم هذا التقدير في تقليل القلق الاجتماعي الذي تشعر به، كما عمل كتعزيز غير مباشر لمهاراتها في التفاعل مع الآخرين، مما ساعدتها على التفاعل بشكل أكبر في الأنشطة الجماعية. على سبيل المثال، عند إتمام الطفلة لنشاط فني أو حل ورقة عمل، قامت المعلمة بالثناء عليها قائلة: "لقد قمت بعمل رائع في رسم هذه الصورة!" هذا النوع من الثناء عزز من تقدير الذات لدى الطفلة وأوضح لها أنها أكثر من مجرد شخص يعاني من الصمت الاختياري، وإن لديها مهارات متعددة حتى وإن كانت لا تستطيع التحدث، مما يساعده في بناء الثقة بالنفس وبالتالي يساعدها في التعامل مع المواقف الاجتماعية بشكل أفضل.

من المهم أن يتجاوز المدح التفاعل اللفظي فقط، بل يشمل أيضاً ملاحظة تقوّق الطفل في مجالات أخرى مثل الفن، الرياضة، الكتابة، أو غيرها من الأنشطة (The California Scottish Rite Foundation, 2023). عند استخدام الطفلة الإيماءات أو تعبيرات الوجه للتفاعل مع الآخرين، مثل تفاعل الطفلة بالإيماءات مع أحد زملائها في الصف، لاحظت المعلمة هذا التفاعل وأشارت إليه بالإطراء، وأكّدت للطفلة أنها جزء من هذه المجموعة لتشجيعها على الاستمرار في تفاعلها الاجتماعي.

هذا النوع من التشجيع الدائم ساهم في تعزيز ثقة الطفلة بنفسها، وطور مهاراتها التواصلية الاجتماعية تدريجياً في بيئه آمنة ومحفزة. عندما بدأت الطفلة في التفاعل اللفظي مع معلمتها أو مع طفلة واحدة فقط، حتى وأن كان بكلمة واحدة، قامت المعلمة على الفور بمدحها بشكل خاص بينها وبين الطفلة. من المهم التأكيد على التقدم التدريجي في التفاعل الاجتماعي من جميع الأطراف، سواء الأهل أو الروضة، مهما كان صغيراً. كل خطوة نحو التفاعل اللفظي أو الاجتماعي تُعتبر إنجازاً، ويجب تعزيز هذا التقدم بشكل دائم.

أشارت مؤسسة كاليفورنيا سكوتتش رايت (*CSRF, 2023*، إلى أهمية ملاحظة أي تقدم نحو التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، حتى وإن كان ذلك بشكل غير لفظي في البداية. وأكدت المؤسسة على ضرورة مدح السلوكيات غير اللفظية على أمام الأطفال الآخرين، وعلى المدح الخاص بين الطفل والمعلم عند حدوث التفاعل اللفظي لتجنب إخراج الطفل.

#### D. استخدام أسلوب السرد القصصي:

قامت الباحثة والأهل بتنظيم جلسات قراءة قصص بشكل منتظم في الروضة أو المنزل، وتشجيع الطفلة على الاستماع والمشاركة التدريجية. في الروضة، نفذت المعلمة هذه الجلسات خلال فترة القراءة الجهرية. مع التأكيد على المعلمة لملاحظة أي رد فعل من الطفلة، سواءً كان إيماءة أو اهتماماً بمحنتي القصة. عندما أظهرت الطفلة ردة فعل، مثل رفع الحاجب أو الابتسامة، قامت المعلمة فوراً بطرح سؤال يتيح للطفلة الاستجابة بطريقة غير لفظية، مثل: "هل تعتقدين أن الطفل في القصة سيتمكن من الوصول إلى الجبل؟". هذا السؤال منح الطفلة فرصة للرد باستخدام الإشارة أو حركة رأسها.

مع مرور الوقت، ومع الاستمرار في التشجيع والدعم وتكرار هذه الاستراتيجية، قامت المعلمة بطرح أسئلة بسيطة تشجع الطفلة على تقديم رد لفظي، مثل كلمة أو جملة قصيرة. على سبيل المثال: "ماذا تعتقدين؟ هل سيفشل أم سينجح؟"، مما ساهم في تحفيزها على استخدام الكلمات المنفردة تدريجياً وبصوت خافت في الأسبوع الرابع من الخطة العلاجية.

ذكرت جمعية الصمت الاختياري (*SMA, n.d.*) في مقالها "الأنشطة والألعاب للعائلات التي تتعامل مع الصمت الاختياري" إن المشاركة في فعالية "وقت القصص" في المكتبة المدرسية أو العامة توفر فرصة للأطفال المصابين بالصمت الاختياري للاستماع إلى القصص والتعود على التواجد في بيئة اجتماعية مريحة وآمنة. تمثل هذه الأنشطة بداية فعالة لبناء الثقة، حيث يمكن للطفل التفاعل تدريجياً مع الآخرين من خلال المشاركة في المناقشات الصغيرة حول القصص أو التفاعل غير اللفظي عبر الإيماءات في البداية.

ركزت الباحثة على التنوع في القصص التي تُعرض على الطفلة، مع التركيز على قصص تتناول الصمت الاختياري، ولكن دون التكرار المفرط. عرض هذه القصص مرة واحدة أو بشكل متقطع يعزز فهم الطفلة دون أن يشعرها بأنها محور التركيز بشكل دائم، مما قد يسبب لها إحساساً بعدم الارتياح أو الضغط نتيجة تكرار الحديث عن سلوكها. أكدت جمعية الصمت الاختياري على أهمية استخدام كتب تتناول الصمت الاختياري وتجارب الأطفال. هذه الكتب تسهم في تسهيل فهم الأطفال لمشاعرهم وتعزيز قدرتهم على التواصل بشكل أفضل في المستقبل. (*SMA, n.d.*).

ساعدت هذه القصص الطفلة في التعرف على نفسها في شخصيات القصص التي تمر بتجارب مشابهة لما تشعر به، مما سهل عليها توسيع فهمها لكيفية التعامل مع المواقف الاجتماعية. كما أتاح لها التعبير عن مشاعرها دون ضغط، حيث يمكنها أن

تشعر أن هناك أطفال آخرين يتعرضون لمواصف مشابهة، هذا يسهم في تحسين وعيها الاجتماعي ويزيد من قدرتها على التفاعل مع أقرانها في مواقف مختلفة.

علاوة على ذلك، تساعد هذه القصص في توعية الأطفال في الصفة حول الصمت الاختياري وكيفية تقديم الدعم لزملائهم الذين يعانون من هذا الاضطراب. هذه التوعية تساهم في تصحيح المفاهيم الخاطئة وتعزيز ثقافة صفية داعمة تشجع الطفل على الشعور بالراحة وبدء التفاعل اللفظي (SMA, n.d.)

#### E. استخدام خطة علاجية سلوكية معرفية (CBT):

تم وضع خطة زمنية متسلسلة لتنفيذ العلاج السلوكي المعرفي على مراحل لضمان تحقيق تقدم تدريجي وفعال للطفلة، تم استخدام أدوات تقييم متعددة، مثل الملاحظات السلوكية والاستبيانات للوالدين والمعلمة، لمتابعة تقدم الطفلة بدقة.

- خلال الأسابيع الأولى (من الأسبوع الأول إلى الأسبوع الثالث)، تم التركيز على تدريب الوالدين والمعلمة على تقنيات العلاج السلوكي المعرفي بواسطة المعالج النفسي، مع العمل على تحديد الأفكار السلبية لدى الطفلة والعمل على تغييرها. أسمهم ذلك في تحسين فهمهم لتطبيق العلاج بفعالية.
- من الأسبوع الرابع إلى الأسبوع الثامن، تم بدء استخدام "العرض التدريجي" من خلال تعرية الطفلة تدريجياً للمواقف التي تثير قلقها الاجتماعي. في البداية، تم تعريضها لمواقف أقل تحدياً، مثل التحدث أمام أفراد الأسرة المقربين (مثل الأصدقاء والأجداد)، حيث يتم التعرف على كيفية التعامل مع المواقف الاجتماعية الأكثر أماناً. مع تقدم العلاج، تم الانتقال تدريجياً إلى مواقف أكثر تحدياً، مثل التحدث أمام المعلمة أو مجموعة صغيرة من زملائها في الروضة. هذا التدرج ساعد على تقليل القلق تدريجياً وتعزيز الثقة في قدرات الطفلة على التفاعل الاجتماعي. أظهرت الطفلة استجابة إيجابية بنسبة 70%， حيث تواصلت اجتماعياً مع بقية الأطفال وشاركتهم اللعب والتعلم في مجموعات. كما بدأت في الرد بعبارات قصيرة جداً وبصوت خافت أمام طفلين كحد أقصى.

إضافة إلى ذلك، تم استخدام استراتيجية "التواصل غير المركز" لتعزيز التواصل الاجتماعي غير المباشر في بيئات مريحة وغير مهددة، مثل اللعب الحر مع الأقران أو المعلمات في فترة الملعب الخارجي أو الأنشطة الأخرى (مثل الرسم وبناء برج المكعبات في مراكز التعلم). تهدف هذه الاستراتيجية إلى تقليل القلق الاجتماعي للطفلة من خلال تقليل الضغط الاجتماعي المباشر. كما تم تدريب الوالدين على كيفية استخدام هذه الاستراتيجية في المنزل، حيث تم توجيههم لخصيص أنشطة يومية تشجع الطفلة على التفاعل بشكل غير مباشر، مثل الحديث عن تجاربها اليومية في الروضة أو المشاركة في اختيار الأنشطة خلال وقت العائلة.

أيضاً، تم استخدام تقنيات "إعادة الهيكلة المعرفية" لمساعدة الطفلة في تحويل الأفكار السلبية إلى إيجابية. تم تعليم الطفلة كيفية تعديل أفكارها السلبية مثل "سوف يضحكون على صوتي الخافت عندما أتحدث" إلى أفكار إيجابية مثل "صوتي ناعم لأنني فتاة، والفتيات أصواتهن قصيرة وناعمة"، أو "سأخطئ إذا تحدثت" إلى فكرة إيجابية "من الطبيعي أن أخطأ أحياناً، فالجميع يرتكب أخطاء".

العلاج السلوكي، وخصوصاً التعرض التدريجي، هو علاج فعال للصمت الاختياري، وقد يكون مكملاً مهماً للعلاج السلوكي المعرفي الذي يعتمد على إعادة الهيكلة المعرفية والتمارين السلوكية . أجرى *Oerbeck et al.* (2018) دراسة حول العلاج السلوكي المعرفي للصمت الاختياري، والتي استمرت بمتابعة لمدة خمس سنوات لعينة من (30) طفلاً يعانون من الصمت الاختياري في النرويج، تم الإشارة إلى فعالية العلاج الذي يعتمد على مكونات سلوكية أكثر من معرفية في تحسين تفاعل الأطفال الأكاديمي والاجتماعي في البيئة المدرسية، حيث أنه 67% من الأطفال الذين تلقوا العلاج أصبحوا غير مستوفين لمعايير الصمت الاختياري.

#### F. استخدام العلاج باللعب الموجه وغير الموجه:

تم تصميم خطة علاجية شاملة لمعالجة الصمت الاختياري لدى الطفلة باستخدام تقنيات العلاج باللعب الموجه وغير الموجه، مع التركيز على بناء الثقة والأمان في بيئه غير ضاغطة اجتماعياً. تهدف هذه الخطة إلى تعزيز التفاعل الاجتماعي للطفلة بشكل تدريجي من خلال تقنيات اللعب التي تتيح لها التعبير عن مشاعرها وأفكارها، وتقديم الدعم العائلي الفعال لتعزيز المهارات المكتسبة. تم أيضاً إشراك الأسرة بشكل فعال من خلال تدريب الوالدين على استخدام تقنيات اللعب الموجه وغير الموجه في المنزل، مما يساهم في تعزيز المهارات الاجتماعية المكتسبة في الحياة اليومية. دراسة حمودة (٢٠١٥) تدعم بشكل قوي استخدام اللعب الموجه وغير الموجه كاستراتيجية فعالة في معالجة هذا الاضطراب. الجمع بين اللعب الموجه الذي يقدم توجيهها محدداً من الباحثة، واللعب غير الموجه الذي يسمح للأطفال بالتعبير بحرية، يشكل أداة قوية للتفاعل الاجتماعي في بيئه آمنة.

#### المرحلة الأولى: اللعب غير الموجه من الأسبوع الأول إلى الأسبوع الثاني:

في هذه المرحلة، بحضور والدة الطفلة لجلسات اللعب، تم تمكين الطفلة من التعبير عن مشاعرها وأفكارها دون الحاجة للتواصل اللفظي، من خلال تشجيع الطفلة على المشاركة في أنشطة اللعب الحر في منطقة اللعب الأيديامي. هذا النوع من اللعب يساعد الطفلة على التعبير عن مشاعرها وأفكارها من خلال الألعاب التخيلية، دون الضغط عليها للتحدث أو التفاعل لفظياً مع الباحثة، مما ساهم في تقليل القلق وزيادة شعورها بالأمان والثقة في بيئه العلاج. قامت الباحثة بمراقبة الطفلة أثناء اللعب دون توجيهه طريقة اللعب، مع طرح بعض التعليقات والأسئلة خلال الجلسات، مع التأكيد للطفلة على أنها تستطيع استخدام الaimاءات والإشارات إذا لم ترغب بالتحدث.

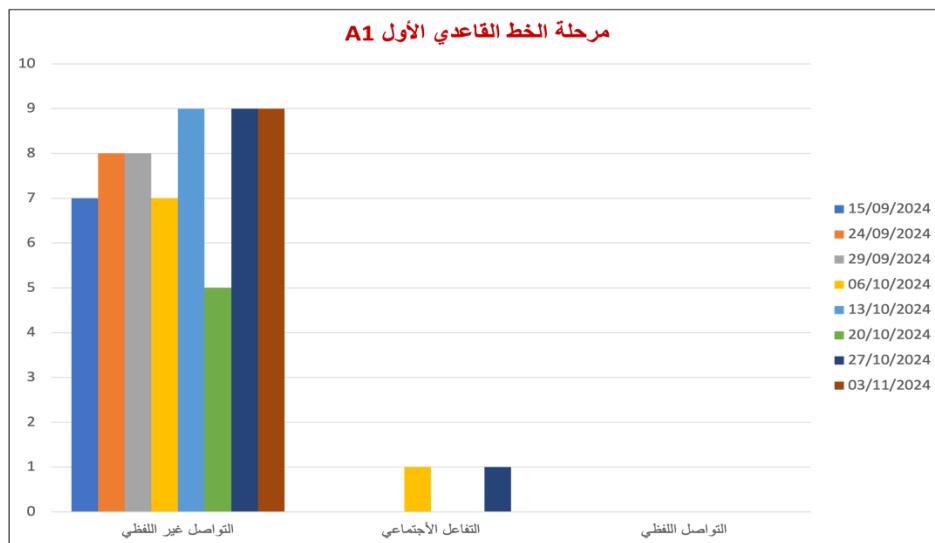
## المرحلة الثانية: اللعب الموجه من الأسبوع الثالث إلى الأسبوع الخامس:

مع تقدم العلاج، تم تقليل حضور والدة الطفلة في الجلسات لتعزيز استقلالية الطفلة، وإدخال طفل إلى ثلاثة أطفال تدريجياً إلى جلسات اللعب لتعزيز التفاعل الاجتماعي في بيئة الروضة. في هذه المرحلة، انتقلت الباحثة إلى اللعب الموجه، حيث تم توجيه الطفلة تدريجياً نحو التفاعل اللفظي مع الباحثة والأقران. تم تشجيع الطفلة على المشاركة في أنشطة اللعب الجماعي مثل بناء برج بالمكعبات أو تلوين لوحة الوحدة الاستقصائية، حيث كان التفاعل في البداية غير لفظي، مقتضاً على اليماءات وتعبيرات الوجه. كذلك، تم أيضاً استخدام لعبة مثل "هل تقضي؟" أو لعبة "من أنا؟"، حيث تم طرح أسئلة غير معددة بأسلوب مرح وغير ضاغط لتحديد شخصيات أو أشياء معينة، مما يحفز الطفلة على طرح الأسئلة والإجابة عليها. تم تقييم تقدم الطفلة باستخدام أدوات الملاحظة المباشرة للباحثة واستبيانات الوالدين، مع تعديل الأنشطة حسب حاجة الطفلة.

أظهرت نتائج دراسة قام بها **Huey et al., (2024)** فاعلية تقنيات الدمج بين اللعب الموجه وغير الموجه كإحدى الأدوات الفعالة لمعالجة الصمت الاختياري، حيث ركزوا أيضاً على أهمية تطبيق تقنيات التعرض التدريجي وإشراك الأسرة طوال فترة العلاج.

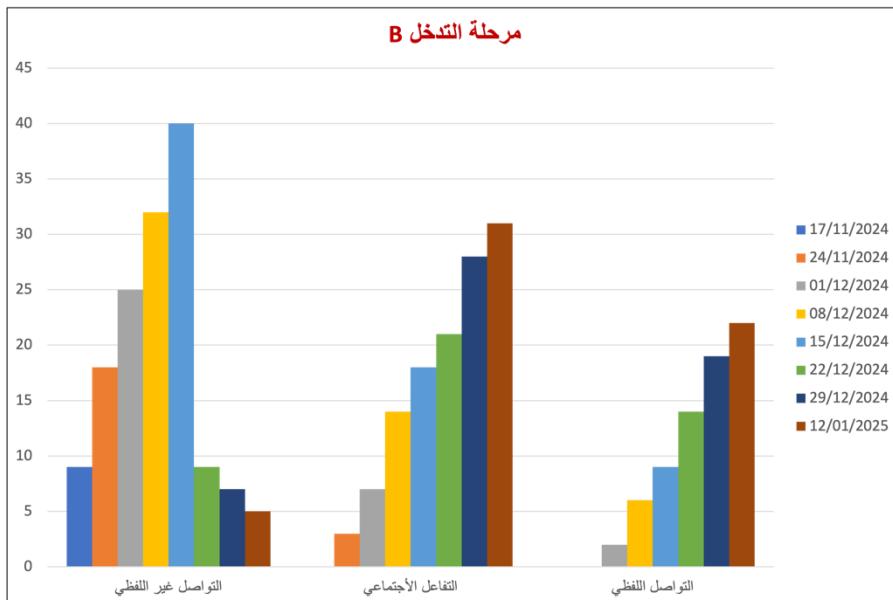
## نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة فاعلية النموذج العلاج متعدد الأبعاد في التعامل مع حالة الصمت الاختياري لدى الطفلة، حيث لوحظ تحسن تدريجي في مهارات التواصل اللفظي والاجتماعي، إلى جانب انخفاض ملحوظ في مؤشرات التواصل غير اللفظي المرتبط بالقلق الاجتماعي. وقد ساهم هذا التحسن في تحسين الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفلة، كما تم توثيقه من خلال أدوات التقييم المستخدمة، والتي شملت قوائم الملاحظة والمقابلات الدورية والملاحظات المباشرة، وذلك على مدار ثلاثة مراحل رئيسية من نوع A-B-A، امتدت كل منها من 5 إلى 8 أسابيع. وتم قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي من خلال ثلاثة محاور: التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي.



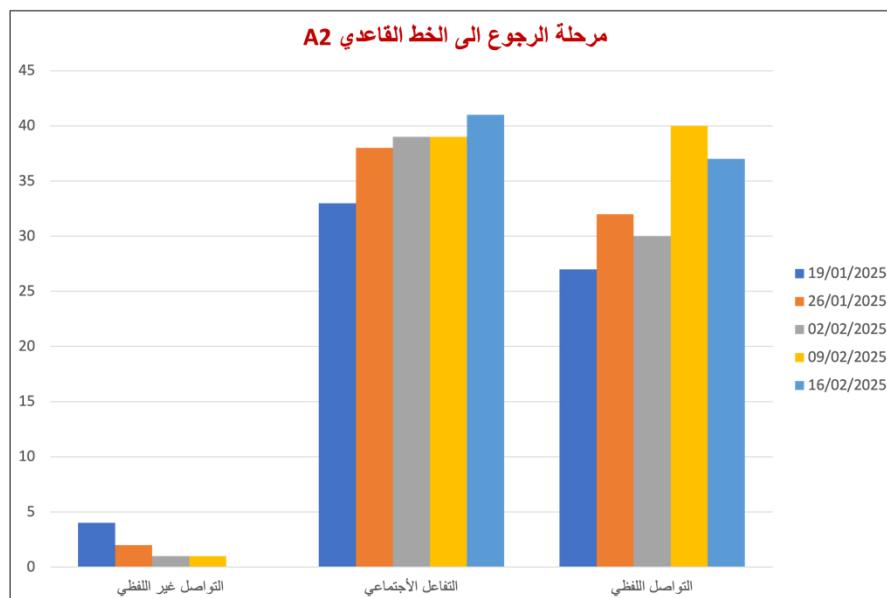
شكل (1): مرحلة الخط القاعدي الأول (A1)

في مرحلة الخط القاعدي الأولى (A1) (الموضحة في الشكل 1) والتي استمرت 8 أسابيع، أظهرت البيانات مستويات منخفضة جداً للتواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي، في مقابل ارتفاع في استخدام التواصل غير اللفظي كوسيلة بديلة، حيث امتنع الطفلة تماماً عن استخدام اللغة المنطقية، وكان معدل التفاعل الاجتماعي لا يتجاوز مرتبين فقط خلال هذه المرحلة. كما تراوح معدل استخدام التواصل غير اللفظي ما بين 5-9 مرات أسبوعياً، وهو ما يتفق ما أشارت اليه **جمعية الصمت الاختياري (n.d)** من أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري يظهرون أنماطاً من التواصل غير اللفظي مثل الإيماءات والعلامات في البيئات غير المألوفة كالمدرسة.



شكل (2): مرحلة الخط القاعدي الأول (B)

ومع بدء مرحلة التدخل (B)، والتي استمرت 8 أسابيع، لوحظت زيادات تدريجية ومنتظمة في مهارات التواصل لدى الطفلة. فقد ارتفع التفاعل الاجتماعي تدريجياً من 3 إلى 31 مرة أسبوعياً، تمثل ذلك في سلوكيات مثل المشاركة في الأنشطة الجماعية، اللعب مع الأطفال في مراكز التعلم، والتفاعل خلال الأنشطة التعليمية. كما بدأ التواصل اللفظي بالظهور تدريجياً من 0 إلى 22 مرة أسبوعياً. أما التواصل غير اللفظي، فقد سُجل ارتفاع ملحوظ في الأسابيع الخمسة الأولى من التدخل، تلاه انخفاض تدريجي في الأسابيع الأخيرة. ويعزى هذا النمط إلى أن الطفلة، في بداية التدخل، بدأت تشعر بمزيد من الأمان النفسي وتراجع في القلق الاجتماعي، مما شجعها على استخدام الإشارات وتعبيرات الوجه كوسيلة بديلة للتواصل، بعدها كانت ترفض تماماً أي شكل من أشكال التفاعل، مكتفية بالمراقبة فقط خلال مرحلة الخط القاعدي الأولى (A1). ومع تطور البرنامج التدريجي، بدأت الطفلة تنتقل من الاعتماد على الإيماءات إلى استخدام اللغة اللفظية للتعبير عن رغباتها والتفاعل مع الآخرين، وهو ما يُفسر الانخفاض في التواصل غير اللفظي مقابل ارتفاع التواصل اللفظي في الأسابيع الأخيرة. وتدعم هذه النتائج فرضية *Shipon-Blum (2020)*، التي تؤكد أن الدعم التدريجي والتعزيز الإيجابي يسهمان في خفض مستويات القلق الاجتماعي وتحفيز السلوك التواصلي الفعال، بدءاً من الأشكال غير اللفظية ووصولاً إلى التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي الصريح.



شكل (3): مرحلة الرجوع إلى الخط القاعدي (A2)

وفي مرحلة العودة إلى الخط القاعدي (A2) والتي امتدت لـ 5 أسابيع دون أي تدخل مباشر، فقد لوحظ استمرار الطفلة في استخدام مهارات التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي بمعدلات مرتفعة، حيث استقر التواصل اللفظي بين 39-27 مرة أسبوعياً، والتفاعل الاجتماعي بين 33-41 مرة أسبوعياً. كما انخفض التواصل غير اللفظي إلى صفر، مما يشير إلى استدامة فعالية

العلاج بعد إيقاف التدخل، ويعزز أن النموذج العلاجي لم يكن فقط مؤقت الأثر، بل أدى إلى تغيير سلوكي داخلي. بالإضافة، النتائج تعزز ما توصلت إليه *Aldrich et al., 2023* من أن بناء المهارات الذاتية والدعم البيئي المستمر يساعد في ترسيخ التغيرات السلوكية ومنع الانتكاسة.

تدعم هذه النتائج الكمية ما تم رصده من خلال الملاحظات والمقابلات، والتي أظهرت زيادة ملحوظة في أداء الطفلة الأكاديمي والاجتماعي، وبروز مبادرات لفظية للتفاعل مع الأقران والمعلمات، خاصة في الأسابيع الأخيرة من مرحلة التدخل، واستقرار هذه المبادرات في مرحلة ما بعد العلاج. وقد ظهر هذا التحسن جلياً في الأنشطة الصحفية وغير الصحفية، مما يدل على انتقال الطفلة من مرحلة القلق والانسحاب إلى مرحلة التفاعل والمبادرة في بيئة صحفية وأسرية داعمة ومتفهمة.

#### مناقشة النتائج:

أظهرت النتائج السابقة فاعلية استخدام نموذج علاجي متعدد الأبعاد يجمع بين العلاج السلوكي، والتعزيز الإيجابي، والعلاج باللعب، والسرد القصصي، والتدخلات الاجتماعية، في التعامل مع حالة الصمت الاختياري لدى الطفلة. وقد انعكس هذا الأثر في التحسن التدريجي والملحوظ في مهارات التواصل اللفظي والاجتماعي، والانخاض الكبير في مظاهر التواصل غير اللفظي المرتبط بالقلق الاجتماعي، مما يؤكد ما ذهبت إليه الأدبيات الحديثة حول فعالية النماذج الشمولية التي تراعي الجوانب النمائية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية، خاصة في المراحل العمرية المبكرة. كما أن تصميم الدراسة شبه التجريبي A-B-A قد أتاح تقييماً أكثر دقة لأثر العلاج واستمراريته بعد إيقاف التدخل.

فيما يتعلق بالتدخل في الدمج الاجتماعي، فقد ساهم الانتقال والتدرج من التفاعل في المجموعة الثانية إلى التفاعل الجماعي في تسهيل تكيف الطفلة وتقليل حدة القلق الاجتماعي، حيث أصبحت تتفاعل إيجابياً مع أقرانها ومعلماتها. وفقاً لـ *Chatzinikolaou & Iliopoulou (2021)* فإن تقديم فرص تدريبية للتفاعل في بيئات داعمة يقلل من القلق الاجتماعي ويزيد من فرص استخدام اللغة تدريجياً. وقد شُكّل تعزيز التواصل غير اللفظي مرحلة انتقالية مهمة، حيث مكّن الطفلة من التعبير عن نفسها دون ضغط لفظي، مما مهد لبناء الثقة في مهارات التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي بشكل آمن ومتساعد. أكدت *Child Mind Institute (2024)* على التركيز أولاً على إزالة الضغط عن الكلام وإتاحة تواصل غير لفظي قبل البدء بتوقع الكلام اللفظي.

ورغم فاعلية العلاج السلوكي في تقليل القلق وتعزيز التفاعل، إلا أن استخدام إعادة الهيكلة المعرفية قد واجه بعض التحديات نظراً لصغر سن الطفلة. لهذا، تم تكيف المكون المعرفي باستخدام استراتيجيات بديلة مثل القصص المصورة والألعاب الرمزية، وهو ما ساهم في تبسيط المفاهيم وتسهيل تغيير الأفكار السلبية. وقد أشارت *Aldrich et al., 2023* إلى أهمية تكيف العلاج المعرفي بما يتناسب مع القدرات النمائية للطفل، لاسيما في الفئة العمرية ما قبل المدرسة. أما اللعب الموجه وغير الموجه

فقد أثبتت فاعليته في تقليل القلق الاجتماعي وتعزيز المبادرة اللغظية. بينما ساهم اللعب غير الموجه في منح الطفلة مساحة للتعبير العاطفي دون قيود، أتاح اللعب الموجه فرصةً لاكتساب مهارات تواصل اجتماعي محددة في بيئة آمنة ومخططة. وتدعم هذه النتيجة ما ورد في دراسة *Huey et al. (2024)* حول فاعلية العلاج باللعب الموجه وغير الموجه في دعم الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، حيث يشكل اللعب وسيطاً آمناً لبناء المهارات التفاعلية تدريجياً.

من أبرز نتائج الدراسة أن التحسن استمر في مرحلة A2 حتى بعد توقف التدخل، ما يشير إلى تغيرات داخلية مستقرة في السلوك التواصلي، ويدعم نتائج *Cornacchio et al. (2019)* حول أهمية بناء المهارات الذاتية لضمان استمرارية الأثر العلاجي وتقليل احتمالية الانكماشة. وقد انعكس هذا التحسن المستمر على الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفلة، والذي تمثل في زيادة التفاعل مع الأقران والمشاركة في الأنشطة التعليمية، سواء داخل الصف أو في الأنشطة الحرة. وأخيراً، تؤكد نتائج الدراسة على أهمية استمرار الدعم البيئي من قبل المعلمات والأسرة، ليس فقط لضمان استمرارية التحسن، بل أيضاً لتمكين الطفلة من التفاعل في سياقات اجتماعية وأكademية أكثر تعقيداً. تعزيز العلاقة الآمنة والداعمة مع المحيط يُعد من العوامل الجوهرية في تمكين الأطفال ذوي الصمت الاختياري من كسر دائرة الصمت والانحراف في تفاعلات طبيعية *(Shipon-Blum, 2024)*.

#### قيود الدراسة:

رغم النتائج الإيجابية التي أظهرتها الحالة، إلا أن هناك عدداً من القيود التي يجدر الإشارة إليها:

١. اقتصرت الدراسة على حالة فردية واحدة، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج على فئات أوسع. ورغم ذلك، يمكن اعتبارها انطلاقة أولية لنأطير تدخلات علاجية مخصصة في السياق السعودي.
٢. غياب دراسات مرجعية محلية حول اضطراب الصمت الاختياري في مرحلة التعليم المبكر شكل تحدياً في الإسناد النظري والمقارنة التحليلية، مما يستدعي مزيداً من الإنتاج البحثي في هذا المجال داخل المملكة.

#### الدراسات المستقبلية:

نظراً لندرة الأبحاث في موضوع اضطراب الصمت الاختياري في مرحلة التعليم المبكر في المملكة العربية السعودية، فإن هذه الدراسة تُعد من الدراسات الرائدة في هذا المجال، وتسهم في إرساء قاعدة معرفية لتصميم تدخلات علاجية مبكرة قابلة للتطبيق. وعلىه، تُوصى الدراسات المستقبلية بما يلي:

- إجراء دراسات متابعة (Follow-up Studies) للتحقق من استدامة نتائج البرنامج العلاجي على المدى البعيد لدى الطفلة نفسها.

- تكرار تطبيق النموذج العلاجي متعدد الأبعاد على عينات أكبر من الأطفال ذوي الصمت الاختياري، لتقدير مدى فعاليته في سياقات متعددة وضمن بيئات تعليمية مختلفة داخل المملكة العربية السعودية.

#### النوصيات:

- تطوير أدوات تشخيصية معيارية باللغة العربية تتناسب مع الخصائص الثقافية والاجتماعية للأطفال في المملكة والوطن العربي، لتمكين المختصين من التعرف المبكر على اضطراب الصمت الاختياري.
- توجيه التدريب المهني نحو المعلمات والممارسين في رياض الأطفال، من خلال ورش تربوية حول آليات التعرف على مؤشرات الصمت الاختياري، وكيفية دعم الأطفال من خلال التواصل غير اللفظي والتحفيز التدريجي.
- إطلاق حملات توعوية موجهة للمعلمات، أولياء الأمور، والمختصين النفسيين، لرفع الوعي المجتمعي حول اضطراب الصمت الاختياري، والحد من وصمة الاضطرابات النفسية لدى الأطفال.
- توفير مرشدين تربويين في جميع الروضات لمتابعة الحالة النفسية للأطفال والتعامل مع الاضطرابات النفسية والسلوكية مثل الصمت الاختياري بشكل مباشر ، وتزويدهم بأدوات قياس تشخيصية فعالة باللغة العربية
- ضرورة تقديم التدخل العلاجي المبكر للأطفال الذين يظهرون علامات على الصمت الاختياري لتجنب تفاقم المشكلة، ووضع خطط علاجية فردية تلائم حالة كل طفل.

المراجع العربية:

البلاوي، إ. ع. عبدالباقي، سليم، أ. م. شحاته. (٢٠٢١). الخصائص السيكومترية لمقياس الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة. مجلة التربية الخاصة، جامعة الزقازيق - كلية علوم الإعاقة والتأهيل، ع ٣٤، ٢٢-١.

حمودة، ف. ف. م. (٢٠١٥). فاعلية برنامج للعلاج النفسي الجماعي باللعبة غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري (رسالة ماجستير غير منشورة). قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، كفر الشيخ، مصر.

عبداللطيف، فاطمة سيد. (٢٠١٨). فاعلية برنامج تربيري في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال . المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٨(٩٩)، أبريل.

المراجع الأجنبية:

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing.

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Selective mutism [Practice Portal]. <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Selective-Mutism/>

Aldrich, J. T., Blossom, J. B., Moss, A., Ray, B., Couckuyt, M., Ward, T., Fox, A. R., & Read, K. L. (2023). Effectiveness of an eight-week multidisciplinary selective mutism treatment group. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 105–119. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.2007818>

Bergman, R. L. (2013). Treatment for children with selective mutism: An integrative behavioral approach. New York: Oxford University Press.

Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 680–689.

Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(2), 456–464.

<https://doi.org/10.1080/15374410801955805>

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

Chatzinikolaou, M.-D., & Iliopoulou, T. (2021, March). Selective mutism in children: A literature review of cognitive behavioural and integrative psychotherapeutic schemes. Paper presented at the 3rd International Conference on Advanced Research in Social Sciences, Oxford, United Kingdom.

Child Mind Institute. (2024, September 19). Teacher's guide to selective mutism. Child Mind Institute.

Child Mind Institute. (2024, November 8). Parents' guide: How to help a child with selective mutism. Child Mind Institute.

Cohan, S. L., & Rapee, R. M. (2005). Selective mutism: A review and clinical management. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 13–25.

Cornacchio D, Furr JM, Sanchez AL, Hong N, Feinberg LK, Tenenbaum R, Del Busto C, Bry LJ, Poznanski B, Miguel E, Ollendick TH, Kurtz SMS, Comer JS. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 87(8), 720–733.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000422>

- Cunningham, C., McHolm, A., Boyle, M., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363–1372.
- Diliberto, R. (2014). Oppositional and anxiety behavior profiles in a clinical sample of youth with selective mutism. UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones. 2255.
- Huey, L., Saw, J. A., & Ramlee, F. (2024). Role of play-based intervention in managing selective mutism in a young child: A case study. *Journal of Cognitive Sciences and Human Development*, 10, 1–10. 10.33736/jcshd.6046.2024.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1993). Assessing the fear of social interaction in children: The development of the Social Anxiety Scale for Children (SASC). *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(4), 309–318.
- Krolian, E. (1998). ‘Speech is silver but silence is golden’: Day hospital treatment of two electively mute children. *Clinical Social Work Journal*, 16(4), 355–377.
- Letamendi, A. M., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Roesch, S. C., Shipon-Blum, E., & Stein, M. B. (2008). Selective Mutism Questionnaire: Measurement structure and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1197–1204.
- Lian, C. A., & O'Connor, T. G. (2017). Selective mutism: The role of childhood trauma and peer victimization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 537–549.
- Martinez, Y. J., Tannock, R., Manassis, K., Garland, E. J., Clark, S., & McInnes, A. (2015). The teachers’ role in the assessment of selective mutism and anxiety disorders. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(2), 83–101.

- McDonnell, C. (2024, January 17). How to recognize selective mutism. Baker Center. Retrieved from <https://www.bakercenter.org/selective-mutism1#:~:text=Children%20who%20develop%20selective%20mutism,the%20amygdala%20in%20their%20brains>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 294–325.
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: A 5-year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Omdal, H., & Galloway, D. (2007). Interviews with selectively mute children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(3), 205–214. <https://doi.org/10.1080/13632750701489956>
- Omdal, H., & Galloway, D. (2008). Could selective mutism be reconceptualized as a specific phobia of expressive speech? An exploratory post-hoc study. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 74–81.
- Sabah, S., & Jabi, A. (2013). The optional silence in children, its symptoms, its causes and means of dealing with it: A case study. *Facts Journal for Psychological and Social Studies*, 2(7), 83–105.
- Selective Mutism Association. (n.d.). Activities and games for families navigating selective mutism. Selective Mutism Association. Retrieved December 13, 2024, from <https://www.selectivemutism.org/activities-for-families-selective-mutism/>
- Selective Mutism Association. (n.d.). How to help a child with selective mutism in the classroom: 9 tips. Selective Mutism Association. <https://www.selectivemutism.org/selective-mutism-in-the-classroom/>

Shipon-Blum, E. (2003). The ideal classroom setting for the selectively mute child. *Mutism Anxiety Research and Treatment Center*, Philadelphia, Pennsylvania.

Shipon-Blum, K. L. (2015). Selective Mutism: A comprehensive overview of diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-20.

Shipon-Blum, E. (2024, February 20). Understanding school refusal: Causes, impact, and strategies for support. *Selective Mutism Anxiety Research Center*.

The California Scottish Rite Foundation. (2023). Breaking the Silence: Strategies for Helping Children with Selective Mutism. Retrieved from <https://www.casrf.org/post/breaking-the-silence-strategies-for-helping-children-with-selective-mutism#>

## The Effectiveness of a Multidimensional Model in Treating Selective Mutism in Kindergarten Children

Children

Maha Hussain Mansour Al-Dosari

PhD Researcher, King Saud University

College of Education – Department of early childhood

### **Abstract:**

This study addresses selective mutism in children through a case study of a five-year-old girl who exhibits significant difficulties in verbal and social interaction within her kindergarten setting, despite showing normal communication at home. The research employed a qualitative methodology alongside a quasi-experimental A-B-A design, conducted over a period of 21 school weeks. The study aimed to explore the impact of a multidimensional therapeutic model on the child's academic and social behavior. Multiple data collection tools were used, including interviews with the mother and teachers, the Selective Mutism Questionnaire, and an observation checklist developed by the researcher. The intervention model included gradual integration into peer groups, positive reinforcement strategies, storytelling techniques, behavioral therapy, and both structured and unstructured play therapy. The results demonstrated a marked and gradual improvement in both social and verbal communication, with a significant increase in positive interaction patterns compared to the pre-intervention phase. Simultaneously, reliance on nonverbal communication decreased over time, indicating a qualitative shift in the child's interaction style within classroom and home environments. The positive effects persisted beyond the intervention period, suggesting the long-term efficacy of the therapeutic model. This study represents one of the pioneering research initiatives in the Kingdom of Saudi Arabia focusing on selective mutism in early childhood education, and it provides a foundational reference for the development of future therapeutic interventions.

**Keywords:** Selective Mutism, Social Anxiety Disorder, Behavioral Intervention, Case Study, Preschool.