

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

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، ومقياس 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 الصفية والمنزلية. كما استمر الأثر الإيجابي بعد انتهاء فترة التدخل، مما يدل على فعالية النموذج المستخدم.

وتُعد 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 الاهل 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 والاكاديمية.

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 نسبته 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 التباين 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 والنفسي للطفل.

الصمت الاختياري واجه مجموعة من التحديات والصعوبات التي أثرت على دقة التشخيص والعلاج في الماضي، هذه الصعوبات مرتبطة بعوامل عدة، منها الطبيعة المعقدة 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 & Lliopoulou, 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 تقلل من شأن الصحة النفسية، في تشخيص هذا الاضطراب على أنه مجرد خجل أو انعزال، بدلاً من أن يُعتبر اضطراباً نفسياً حقيقياً (*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. وغالباً 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 للاضطرابات النفسية DSM-5 (APA, 2013)** معايير محدده لتشخيص الصمت الاختياري على النحو التالي: رفض التحدث في مواقف اجتماعية معينة، على الرغم من قدرة الطفل على التحدث في المنزل أو في بيئات مألوفة، استمرار الصمت لمدة لا تقل عن شهر واحد، والا يكون مرتبطاً 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، يتبين أن من المهم عدم تجاهل أو التغاضي عن أعراض اضطراب الصمت الاختياري، حيث إن ذلك قد يعرقل تقدم الأطفال الذين يعانون منه ويؤثر 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 تبرز مشكلة البحث، والتي تركز على حالة طفلة في الخامسة من عمرها أظهرت أعراض 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 لطفلة في الخامسة من عمرها تظهر 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 مشاركتها 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 **عبد اللطيف (٢٠١٨)** أكدت على فعالية التدخل المبكر وبرنامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليص 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 التحسن.

وعلى حد علم الباحثة، فإن اضطراب الصمت الاختياري لم يحظَ 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 اللفظي 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 الأقران في الأنشطة التعليمية والاجتماعية؟
- 4 - ماهي البرامج العلاجية السلوكية والنفسية المنفذة التي قد تساعد الطفلة على تجاوز اضطراب الصمت الاختياري؟

أهداف الدراسة:

تنقسم أهداف هذه الدراسة إلى ثلاث 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 بعناية، مع التركيز على السياقات المختلفة التي ظهر فيها صمتها، سواء في الأنشطة الاجتماعية غير الصفية مع أقرانها أو في الأنشطة الصفية التعليمية مع المعلمات. هدف هذا التحليل إلى تحديد مدى تطابق أعراض صمت الطفلة الاختياري مع المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي 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 الى 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 - الخطة العلاجية واستراتيجيات التدخل الفعالة

تضمنت الدراسة خطة علاجية واستراتيجيات تدخلية متنوعة 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 باللعب (Play Therapy) والعلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy). بالإضافة الى 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:

- 1 - 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 اول 1446هـ الموافق 15 سبتمبر 2024م الى 21 شعبان 1446هـ الموافق 20 فبراير 2025م. تمت مراقبة وتوثيق سلوك الطفلة لمدة (21) أسبوع دراسي.
- 2 - الحدود البشرية: عينة الدراسة تقتصر على طفلة واحدة تعاني من اضطراب الصمت الاختياري، وتم جمع المعلومات والبيانات الخاصة بالطفلة من والديها ومعلمات الطفلة.
- 3 - الحدود البحثية: تم جمع البيانات من خلال أدوات ملاحظة مباشرة لسلوك الطفلة في بيئة الروضة في سياقات مختلفة من الأنشطة المدرسية، كما تم الاستناد الى 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.
- 4 - 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 يساهم في بناء بيئة تعليمية وتربوية أكثر استجابة لاحتياجات الأطفال ذوي الصعوبات التواصلية.

المرجع البحثي لأساليب التدخل المبكر والتوصيات: تتركز أهمية الدراسة في تقديم أساليب الكشف المبكر وتوصيات علمية وتربوية 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 يساهم في علاج الصمت الاختياري وتحسين قدرة الأطفال على الاندماج في البيئة المدرسية، ويقلل 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، ويؤكد أهمية دعم كل طفل بشكل فردي لتحقيق أفضل نتائج ممكنة.

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على منهجين متكاملين بغرض 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 المقننة 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، حيث تم أولاً رصد السلوك المستهدف خلال فترة الخط القاعدي الأولى (A)، ثم تطبيق البرنامج العلاجي خلال مرحلة التدخل (B)، ثم العودة الى الخط القاعدي مرة أخرى (A) لملاحظة مدى استمرارية التغير في سلوك الطفلة بعد انتهاء التدخل.

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

أدوات الدراسة:

1 - **المقاييس المعيارية:** تم استخدام مقياس *Bergman et al. (2008)* لتقييم 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. وتجد الإشارة إلى أن الباحثة قامت بترجمة المقياس بشكل واضح ودقيق، مع الحفاظ على المعاني الأصلية لبنوده، مما يضمن فهمه من قبل المشاركين ومناسبته لاستخدامه في بيئة 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 الصفية والمواقف الاجتماعية، مع التركيز على الظروف التي تُظهر أو تُقاوم سلوك الصمت الاختياري.

3 - **مقابلات منظمة وشبه مقننة:** أُجريت 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 المقابلات إلى استكشاف العوامل النفسية والاجتماعية والسياقية 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 فعالية 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 للكلمات 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:

للتحقق من صدق أدوات الملاحظة، تم عرض القائمة على ثلاثة محكمين متخصصين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس الارشادي، حيث أخذت ملاحظاتهم بعين الاعتبار لتعزيز صدق الأداة وصلاحياتها لقياس السلوك المستهدف في السياق التعليمي والبيئي المحيط بالطفلة. اما 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 ÷ أكبر عدد) × 100. طُبق هذا الأسلوب على المحاور الثلاثة: التواصل غير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي، عبر مراحل الدراسة الثلاث (الخط القاعدي الأول، مرحلة التدخل، الخط القاعدي الثاني). وكأحد الأمثلة التوضيحية، في مرحلة الخط القاعدي الأولى، رُصد سلوك "التواصل غير اللفظي" ٦٢ مرة من قبل الباحثة و58 مرة من قبل مساعدة المعلمة، مما نتج عنه نسبة اتفاق بلغت ٩٣,٥%. وقد تراوحت نسب الاتفاق في بقية المحاور والمراحل بين 96% و100%، 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 جلستين لجمع البيانات التمهيدية، حيث عُقدت الجلسة الأولى بتاريخ 15 سبتمبر 2024م، والجلسة الثانية بتاريخ 31 أكتوبر 2024م، مع والدة الطفلة ومعلماتها. تضمنت الجلستان مقابلات واستبيانات والمقياس المعياري "مقياس 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 الصفية والأنشطة اللاصفية.

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 اللفظي 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، وملاحظة قدرتها على تعميم المهارات الاجتماعية واللفظية 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 واللفظي في سياقات متنوعة.

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 والتعليمية.

نتائج تحليل البيانات:

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

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

من خلال المقياس الذي يتضمن (17) فقرة موجه إلى الوالدين، مقسمة إلى ثلاث أقسام رئيسية: في المنزل والعائلة، في المدرسة، في المواقف الاجتماعية خارج المنزل. تتراوح الدرجات في هذا المقياس من (17) الى (51)، مع العلم أن جميع الفقرات 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 يُشير الى 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، فإن 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، يُلاحظ أن هذه الدرجة ما تزال ضمن نطاق يشير إلى إمكانية وجود بعض التحديات في التفاعل اللفظي 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، والمواقف الاجتماعية خارج المنزل"، مما يشير بوضوح إلى وجود صعوبة شديدة في التفاعل الاجتماعي واللفظي 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 واللفظي في البيئات التي تتطلب التحدث مع الآخرين خارج نطاق المنزل والعائلة، مثل الروضة والمواقف الاجتماعية. تتوافق هذه النتائج مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 التي تتضمن تأثير الصمت الاختياري على الأداء الأكاديمي والاجتماعي وكذلك رفض التحدث في مواقف اجتماعية معينة رغم قدرة الطفل على التحدث في المنزل أو في بيئات مألوفة.

2 - 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 تُنص 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 التأناة المفاجئة والتي استمرت لمدة ثلاثة أشهر وتحسنت دون تدخل علاجي، لكن الصمت الاختياري بدأ بعد فترة قصيرة من تحسن التأناة. هذا التحسن المفاجئ دون تدخل علاجي قد يشير إلى أن المشكلة كانت مؤقتة ومرتبطة بمواقف 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 يقترن أحياناً باضطراب تواصل مثل التأناة أو اضطراب اللغة التعبيرية، ومع ذلك يفضل ألا يتم تبرير الصمت الاختياري بأي اضطراب تواصل.

بالنسبة للتاريخ العائلي، لا يوجد تاريخ مرضي نفسي أو صحي لدى الوالدين أو الاخوة، 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، فأن العوامل البيئية قد تزيد من احتمالية تطور القلق الاجتماعي او 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 يساهم 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 وتوفر احتياجات الطفلة النفسية والجسدية، مما يقلل من احتمال أن يكون هناك ضغط عائلي يؤثر في سلوكها. الاضطرابات النفسية الناتجة عن علاقة متوترة 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:

الطفلة تدرك تمامًا 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 اللفظي والاجتماعي. في هذا السياق، أثبتت الدراسات أن بعض الأطفال يمتلكون قدرة متقدمة لفهم الحالات العقلية للآخرين، هذا الوعي بالآراء 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 وتفسير حالاته النفسية الداخلية، مثل إدراكه لمشاعر الخوف أو القلق خلال التفاعلات الاجتماعية، مما يعزز تجنبهم للتفاعل الاجتماعي واختيار الصمت كآلية دفاعية.

الطفلة تظهر سلوكيات دفاعية أخرى، مثل التظاهر بالانشغال في المواقف الاجتماعية مثل وضع خصلات شعرها في فمها أو قضم أظفارها 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 يتجنبون التواصل البصري. كما أن أنماط سلوكها الواضحة في مقاومة ومحاولة التهرب من النوم بمثابة محاولة غير واعية لتأجيل مواجهة القلق وتجنب المواقف التي تثير 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. ويُعتقد أن هذه الأعراض ترتبط بمستويات عالية من النشاط العصبي في اللوزة الدماغية، وهي المنطقة المسؤولة عن معالجة إشارات الخوف. نتيجة لهذا النشاط العصبي الزائد، يميل هؤلاء الأطفال إلى تجنب المواقف التي تثير لديهم القلق أو مقاومتها.

• التفاعل مع البيئة التعليمية:

الطفلة تحضر للروضة فقط يومين إلى ثلاثة أيام أسبوعياً، وتظهر مقاومة شديدة لدخول مبنى الروضة، وهو ما يعكس الصعوبة العاطفية والنفسية التي تواجهها في مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب التفاعل اللفظي. 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 أشارا (*Omdal & Galloway, 2008*) إلى أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يستخدمون لغة الجسد وتعابير الوجه والإيماءات للتواصل في بيئات اجتماعية مثل المدرسة أو في مواقف معينة. 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 للتحدث كعلامة على الانطواء السلوكي، وهذا يُعتبر 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) أسابيع دراسية، أظهرت النتائج ما يلي:

• التعبير الجسدي للتواصل:

الطفلة تظهر تفاعلاً سلبياً مع محاولات معلماتها لدمجها في الأنشطة الجماعية، حيث تُظهر قلقاً واضحاً تجاه التفاعل الاجتماعي. على الرغم من اهتمامها بالمحتوى أو الأنشطة المعروضة، فإن استخدام الإيماءات فقط دون التفاعل اللفظي يعكس آلية دفاعية تهدف إلى تجنب الإحراج أو النقد المحتمل الذي قد ينتج عند التحدث أمام مجموعة. على الرغم من رغبتها في المشاركة، فإن عدم القدرة على التعبير اللفظي 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 بالتحدث، مما يعكس ارتباط السلوكيات غير اللفظية (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 اللفظي 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 تتسبب لها الشعور بالضغط أو الإحراج 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 الأنشطة الاجتماعية.

• السلوك العدواني كآلية دفاعية:

عندما تواجه الطفلة ضغوطاً اجتماعية أو عندما يشعرها الآخرون بالتهديد (حتى لو كان ذلك بطريقة غير مقصودة)، قد يظهر سلوكها العدواني كوسيلة للدفاع عن حدودها الشخصية أو محاولة للهروب من المواقف التي تثير القلق. هذا السلوك قد يكون ناتجاً عن عدم القدرة على التعبير عن مشاعرها بشكل لفظي، مما يدفعها لاستخدام العدوان كوسيلة لإدارة مشاعر القلق والضغط الناتج عن التفاعل مع الآخرين، وهو في الأساس محاولة لتجنب المواقف التي قد تتسبب في مشاعر الخوف أو الإحراج. ربطت *Diliberto (2014)* 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، كآلية 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 والحروف، أو عمل تجارب علمية في منطقة العلوم والطبيعة، أو الاحاجي ومكعبات الأرقام في منطقة الرياضيات والالعاب)، مما يجعل المعلمة تعتمد على هذه الأنشطة لتقييم أداء الطفلة. رغم أن الطفلة تُظهر إبداعاً أو قدرة عالية في هذه الأنشطة، فإنها تظل محدودة في التعبير عن نفسها شفويًا، 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 النقاشات الجماعية. هذا السلوك يعوق 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 شفوي يمكن أن يؤثر أيضاً على قدرتها على تطوير مهارات القراءة والتحدث، مما يعزز تأخرًا 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 الصفية. 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 الاقران 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 يُضعف مهارات الطفلة في التواصل الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين، علاوة على ذلك، الصعوبات التي تواجهها الطفلة في التعبير اللفظي 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، والسرديات القصصية، وذلك بهدف خفض أعراض الصمت الاختياري لدى الطفلة المستهدفة، وتعزيز تفاعلها اللفظي والاجتماعي في بيئة الروضة. وقد رُوعي في بناء الخطة طبيعة الصمت الاختياري بوصفه اضطراباً معقداً يتأثر بعوامل معرفية وانفعالية واجتماعية، مما استدعى تدخلاً شاملاً. وقد تم تنفيذ الخطة العلاجية خلال الفصل الدراسي الثاني، بواقع 8 أسابيع، وبتعاون بين الباحثة، ووالدة الطفلة، ومعلماتها، والاختصاصية النفسية. وُضعت الجلسات بما يتناسب مع جدول الأنشطة الصفية، مع التركيز على التدرج، والمرونة، وتعزيز التواصل. 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 (1). إجراءات الخطة العلاجية

التسلسل	الإجراءات العلاجية	الجهة المنفذة	الهدف من الإجراء	المدة التكرار
1	إجراء جلسة تعريفية مع الطفل بحضور الوالدة والمعلمة، وشرح الخطة العلاجية بشكل مبسط	الباحثة	بناء علاقة آمنة مع الطفلة وتقليل توترها تجاه التدخل.	جلسة واحدة في الأسبوع الأول
2	تهيئة البيئة الصفية عبر تقليل عدد الأطفال في المجموعة، واختيار ركن هادئ، وضبط المؤثرات الصوتية والبصرية	المعلمة بالتنسيق مع الباحثة	توفير بيئة داعمة تساعد على تقليل القلق الاجتماعي	مستمر طوال فترة البرنامج
3	استخدام لوحات تواصل بصري (بطاقات مشاعر، تعبيرات الوجه، إشارات اليد).	الباحثة والمعلمة	تعزيز قدرة الطفلة على التعبير غير اللفظي كمرحلة أولى.	ثلاث مرات أسبوعياً
4	التدرج في الاندماج الاجتماعي: البدء بالأنشطة الثنائية 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 تقدم
6	استخدام سرد القصص العلاجية ذات محتوى مشابه لحالة الطفلة (شخصية تعاني من الصمت الاختياري، القلق الاجتماعي)	الباحثة	تطوير التمثيلات المعرفية وتعزيز الثقة بالنفس	مرة واحدة أسبوعياً
7	جلسات فردية سلوكية معرفية: التحدث عن المخاوف، إعادة بناء الأفكار السلبية.	الاحصائية النفسية والباحثة	معالجة القلق الاجتماعي وتعديل الأفكار السلبية	مرتين أسبوعياً
8	العلاج باللعب: جلسات موجهة وغير موجهة باستخدام العرائس والدمى والتمثيل الرمزي والألعاب الإدراكية	المعلمة والباحثة	التعبير الانفعالي وتقليل القلق من خلال اللعب وتعلم الاندماج باللعب مع بقية الأطفال	الموجه: مرتين أسبوعياً لمدة ثلاث أسابيع. غير الموجه: مستمر بعد كل تقدم.
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 إرشادات، وتقييم مدى التطور لدى الطفلة.	الباحثة	تعزيز التعقيم وتكامل الدعم بين المنزل والروضة	مرة كل أسبوعين

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 ثنائية ثم التدرج للتوسع 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 يساهم 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 رداً لفظياً، مثل: "أين وضعتِ الكتب؟"، ثم الانتقال إلى جمل أكثر تعقيداً مع مرور الوقت مثل "أي منطقة من مراكز التعلم تفضلين، ولماذا؟". في هذه المرحلة، استمر رفض الطفلة للتفاعل اللفظي واكتفت بالتفاعل الاجتماعي والمشاركة باستخدام الإيماءات والاشارات. 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 يتوفر لهم بيئة 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 فمها. مع تكرار الطلب من قبل المعلمة في الأيام التالية، لاحظت الطفلة أن هذه المهام أصبحت جزءاً 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 الصف، 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 بيئة 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 رسمتين للطفلة وسألتها: "تفضلني بالإشارة إلى أي رسمة ترغبين في تلوينها"، مما اتاح للطبيعة غير اللفظية للتفاعل أن تكون خطوة أولى نحو بناء الثقة. هذا النوع من التواصل غير اللفظي يُعتبر خطوة تمهيدية لتقوية مهارات التواصل اللفظي تدريجياً، حيث يساعد الأطفال في بناء الثقة تدريجياً، ليشعروا بالراحة في بيئة الصف 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 جداً لأنكِ كتبتِ الحرف بشكل جميل، هل ترغبين في ورقة أخرى؟"، ثم انتظرت خمس إلى عشر ثوانٍ لسماع الرد. في الأسابيع الأولى، 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 لفظياً 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 بيئة 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:

يُعتبر 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 أمام 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 ساعدها 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 يساهم 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 تفوق 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، وأكدت 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 بيئة 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 والطفلة. 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 سكوتش 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 علناً أمام الأطفال الآخرين، وعلى المدح الخاص بين الطفل والمعلم عند حدوث التفاعل اللفظي لتجنب إحراج الطفل.

D. استخدام أسلوب السرد القصصي:

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

مع مرور الوقت، ومع الاستمرار في التشجيع والدعم وتكرار هذه الاستراتيجية، قامت المعلمة بطرح أسئلة بسيطة تشجع الطفل على تقديم رد لفظي، مثل كلمة أو جملة قصيرة. على سبيل المثال: "ماذا تعتقدين؟ هل سيفشل أم سينجح؟"، مما ساهم في تعزيزها 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 الطفل، مع التركيز على قصص تتناول الصمت الاختياري، ولكن دون التكرار المفرط. عرض هذه القصص مرة واحدة أو بشكل متقطع يعزز فهم الطفل 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 تساهم في تسهيل فهم الأطفال لمشاعرهم وتعزيز قدرتهم على التواصل بشكل أفضل في المستقبل (SMA, n.d.).

ساعدت هذه القصص الطفل 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 لمواقف مشابهة، هذا يساهم في تحسين وعيها الاجتماعي ويزيد من قدرتها على التفاعل مع أقرانها في مواقف مختلفة.

علاوة على ذلك، تساعد هذه القصص في توعية الأطفال في الصف 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. أسهم ذلك في تحسين فهمهم لتطبيق العلاج بفعالية.

- من الأسبوع الرابع إلى الأسبوع الثامن، تم بدء استخدام "التعرض التدريجي" من خلال تعريض 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 لتخصيص 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 الى إيجابية. تم تعليم الطفلة كيفية تعديل أفكارها السلبية مثل " سوف يضحكون على صوتي الخافت عندما اتحدث" إلى أفكار إيجابية مثل " صوتي ناعم لأنني فتاة، والفتيات أصواتهن قصيرة وناعمة"، أو "سأخطئ إذا تحدثت" الى فكرة ايجابية " من الطبيعي أن أخطأ أحياناً، فالجميع يرتكب أخطاء".

العلاج السلوكي، وخصوصاً التعرض التدريجي، هو علاج فعال للصمت الاختياري، وقد يكون مكماً 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 والغير موجه:

تم تصميم خطة علاجية شاملة لمعالجة الصمت الاختياري لدى الطفلة باستخدام تقنيات العلاج باللعب الموجه وغير الموجه، مع التركيز على بناء الثقة والأمان في بيئة 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 بيئة آمنة.

المرحلة الأولى: اللعب غير الموجه من الأسبوع الأول الى الأسبوع الثاني:

في هذه المرحلة، بحضور والدة الطفلة لجلسات اللعب، تم تمكين الطفلة من التعبير عن مشاعرها وأفكارها دون الحاجة للتفاعل اللفظي، من خلال تشجيع الطفلة على المشاركة في أنشطة اللعب الحر في منطقة اللعب الأيهامي. هذا النوع من اللعب يساعد الطفلة على التعبير عن مشاعرها وأفكارها من خلال الألعاب التخيلية، دون الضغط عليها للتحدث او التفاعل لفظياً مع الباحثة، مما ساهم في تقليل القلق وزيادة شعورها بالأمان والثقة في بيئة 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 الايماءات والإشارات إذا لم ترغب بالتحدث.

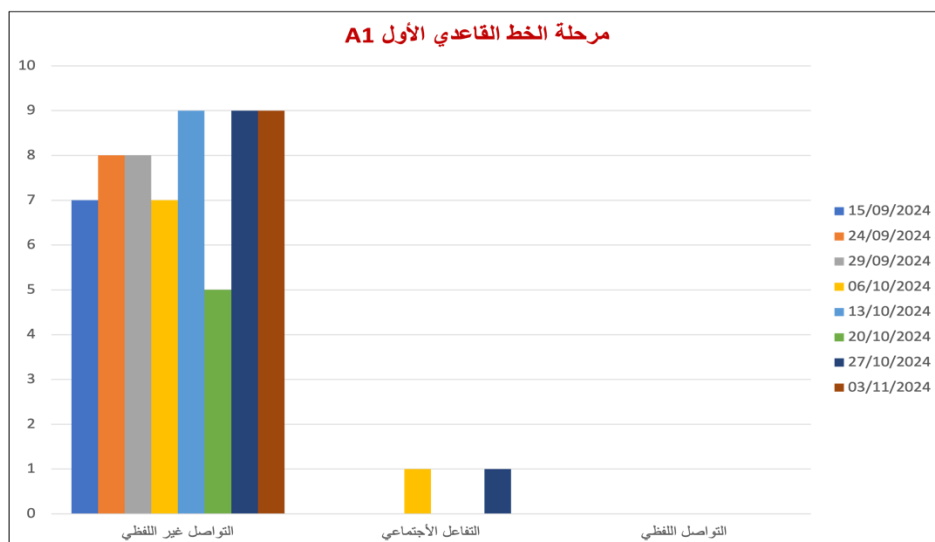
المرحلة الثانية: اللعب الموجه من الأسبوع الثالث الى الأسبوع الخامس:

مع تقدم العلاج، تم تقليل حضور والددة 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، مقتصرًا على الإيماءات وتعبيرات الوجه. كذلك، تم أيضاً استخدام لعبة مثل " هل تفضل؟" او لعبة "من أنا؟"، حيث تم طرح أسئلة غير معقدة 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 واستبانات الوالدين، مع تعديل الأنشطة حسب حاجة الطفلة.

أظهرت نتائج دراسة قام بها Huey et al. (2024) فعالية 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.

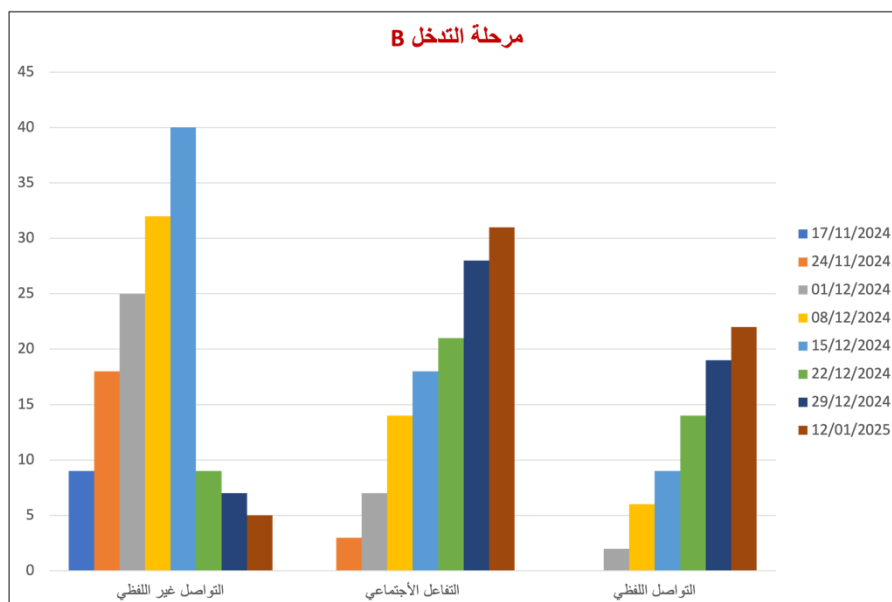
نتائج الدراسة:

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، الى 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 ثلاث مراحل رئيسية من نوع A-B-A، امتدت كل منها من 5 الى 8 أسابيع. وتم قياس مدى فعالية البرنامج العلاجي من خلال ثلاث محاور: التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي.



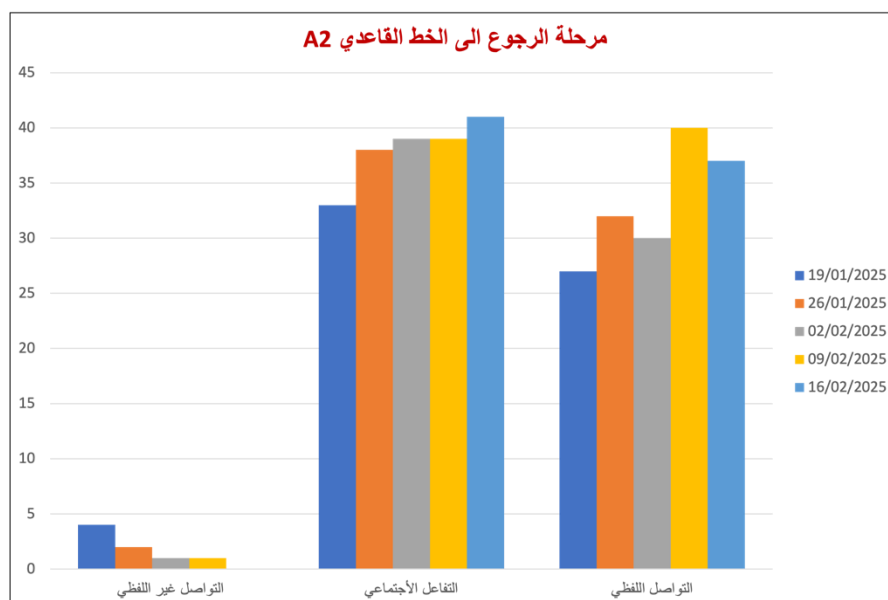
شكل (1): مرحلة الخط القاعدي الأول (A1)

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 امتنعت الطفلة تماماً عن استخدام اللغة المنطوقة، وكان معدل التفاعل الاجتماعي لا يتجاوز مرتين فقط خلال هذه المرحلة. كما تراوح معدل استخدام التواصل غير اللفظي ما بين 5-9 مرات اسبوعياً، 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 الايماءات والاشارات في البيانات 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. ويُعزى 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، بعدما كانت ترفض تماماً أي شكل من أشكال التفاعل، مكنتها 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 التواصل الفعّال، 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 27-39 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 ان النموذج العلاجي لم يكن فقط مؤقت الأثر، بل أدى الى تغيير سلوكي داخلي. بالإضافة، النتائج تعزز ما توصلت اليه *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 الصفية وغير الصفية، مما يدل على انتقال الطفلة من مرحلة القلق والانسحاب الى مرحلة التفاعل والمبادرة في بيئة صفية وأسرية داعمة ومتفهمة.

مناقشة النتائج:

أظهرت النتائج السابقة فاعلية استخدام نموذج علاجي متعدد الابعاد يجمع بين العلاج السلوكي، والتعزيز الإيجابي، والعلاج باللعب، والسرود القصصي، والتدخلات الاجتماعية، في التعامل مع حالة الصمت الاختياري لدى الطفلة. وقد انعكس هذا الأثر في التحسن التدريجي والملاحظ في مهارات التواصل اللفظي والاجتماعي، والانخفاض الكبير في مظاهر التواصل غير اللفظي المرتبط بالقلق الاجتماعي، مما يؤكد ما ذهبت اليه 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 بالتردد في الدمج الاجتماعي، فقد ساهم الانتقال والتدرج من التفاعل في المجموعة الثنائية الى التفاعل الجماعي في تسهيل تكيف الطفلة وتقليل حدة القلق الاجتماعي، حيث أصبحت تتفاعل ايجابياً مع أقرانها ومعلماتها. وفقاً لـ *Chatzinikolaou & Iliopoulou (2021)* فإن تقديم فرص تدريجية للتفاعل في بيئات داعمة يقلل من القلق الاجتماعي ويزيد من فرص استخدام اللغة تدريجياً. وقد شكّل 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 ومتصاعد. 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، الا ان استخدام إعادة الهيكلة المعرفية قد واجه بعض التحديات نظراً لصغر سن الطفلة. لهذا، تم تكييف 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)* الى أهمية تكييف العلاج المعرفي بما يتناسب مع القدرات النمائية للطفل، لاسيما في الفئة العمرية ما قبل المدرسة. أما اللعب الموجه وغير الموجه

فقد أثبت فاعليته في تقليل القلق الاجتماعي وتعزيز المبادرة اللفظية. فبينما ساهم اللعب غير الموجه في منح الطفل مساحة للتعبير العاطفي دون قيود، أتاح اللعب الموجه فرصاً 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 ان التحسن استمر في مرحلة A2 حتى بعد توقف التدخل، ما يشير الى تغيرات داخلية مستقرة في السلوك التواصل، ويدعم نتائج Cornacchio et al., (2019) حول أهمية بناء المهارات الذاتية لضمان استمرارية الأثر العلاجي وتقليل احتمالية الانتكاسة. وقد انعكس هذا التحسن المستمر على الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفلة، والذي تمثل في زيادة التفاعل مع الأقران والمشاركة في الأنشطة التعليمية، سواء داخل الصف او 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 وأكاديمية أكثر تعقيداً. تعزيز العلاقة الآمنة والداعمة مع المحيط يُعد من العوامل الجوهرية في تمكين الأطفال ذوي الصمت الاختياري من كسر دائرة الصمت والانخراط 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. اقتصرَت الدراسة على حالة فردية واحدة، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج على فئات أوسع. ورغم ذلك، يمكن اعتبارها انطلاقة أولية لتأطير 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. وعليه، 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، لتقييم مدى فعاليته في سياقات متنوعة وضمن بيئات تعليمية مختلفة داخل المملكة العربية السعودية.

التوصيات:

- 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 تدريبية 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 فعّالة 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. ع. عبد الباقي، 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 باللعب 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.

عبد اللطيف، فاطمة سيد. (٢٠١٨). فعالية برنامج تدريبي 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

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 multi-dimensional 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.