

الصمت الاختياري لدى الأطفال

أ.د. إيهاب عبد العزيز الببلاوي*
أحمد محمد شحاته سليم**

لمحة تاريخية عن الصمت الاختياري:

إن هذا الاضطراب قد تم وصفه للمرّة الأولى منذ أكثر من قرن من الزمان، حيث تصور الباحثون هذا الاضطراب بطرق متنوعة منذ بدايته في نهاية القرن التاسع عشر، تم تتبعها من خلال العديد من الدراسات (Cohan (2007); Davidson (2012); Diliberto (2014); Dillon (2016); Hoyne (2014); Mili (2015)

ففي عام 1877م، تم التعرف إلى الصمت الاختياري للمرّة الأولى من قبل الطبيب الألماني أدولف كيسمايل Adolf Kussmaul في أواخر القرن التاسع عشر، حيث صاغ هذا الاضطراب بفقدان القدرة على الكلام، وسمّاها الأفيزيا الاختيارية aphasia voluntaria لوصف الأطفال الذين رفضوا التحدث في مواقف معينة رغم أن لديهم قدرات طبيعية على الكلام واللغة، ويؤكد بذلك أن الامتناع عن الكلام طوعي إرادي، وليس لمشكلة صحية أو خلل في النطق، وأن الطفل اختار عدم التحدث. وبعد كيسمايل Kussmaul كُتب أربعة عشر مؤلفاً أوروبياً عن التحدّث الاختياري في الفترة من 1883- 1933.

بينما في عام 1934م قام مورتز ترامير Moritz Tramer، وهو طبيب سويسري، بإعادة تسمية هذا الاضطراب إلى Mutism Elective وهو البكم الاختياري؛ ليعني بذلك أنه يمكن للطفل استخدام اللغة بفعالية، ويوضح أيضاً أن الاضطراب في التواصل وليس في الكلام، وشدد "ترامير" Tramer مثل "كيسمايل" Kussmaul على الطبيعة التطوعية للصمت. وفي عام 1975م، قام "كارنر" Kanner بتعريف هذا الاضطراب على أنه: "نقص في التحدّث

* عميد كلية علوم الإعاقة والتأهيل، مصر.

** باحث دكتوراه - كلية علوم الإعاقة والتأهيل، مصر.

الطبيعي، والسلوكيات الصامتة تم وصفها بعدة مصطلحات؛ مثل: الخجل الكلامي، والرُّهاب الكلامي، وتجنُّب الكلام، والامتناع عن الكلام، والبُكم الانفعالي المنشأ، والبكم العُصابي". وفي عام 1979م، كان التصنيف الدولي للأمراض (الإصدار التاسع) (ICD- 9) في منظمة الصحة العالمية أول نظام تصنيف يتضمن فئة تشخيصية للصمت الانتقائي، حيث تم تصنيف الصمت الانتقائي على أنه اضطراب في العواطف الخاصة بالطفولة والمراهقة، وتضمَّن هذا التصنيف خاصية الاضطراب العاطفي للطفولة التي تضمنت الأعراض الرئيسة؛ مثل الانسحاب الاجتماعي، والحساسية المفرطة، والخجل.

ولم يظهر الصمت الاختياري في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM حتى عام 1980م (DSM- III)، حيث ظهر الصمت الاختياري مع اضطرابات الطفولة أو المراهقة، فكانت السمة الأساسية هي الرفض المستمر للتحدُّث في جميع الحالات، بما في ذلك المدرسة، على الرغم من امتلاكه القدرة على التحدث وفهم اللغة. في حين غُيِّر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المعدل DSM- III- R في عام 1987م، الميزة التشخيصية للصمت الاختياري لتصبح الرفض المستمر للتحدث في معظم المواقف، وليس في كل المواقف. وقد غُيِّر DSM- IV في عام 2000 مصطلح الصمت الانتقائي ليصبح الصمت الاختياري؛ لينتقل معيار التشخيص من الرفض المستمر للتحدث إلى الفشل المستمر في الكلام، حيث كان قرار التغيير من الانتقائي إلى الاختياري متوافقاً مع البحث الذي نتج عن تغيير السلوك. فهذه التغييرات تعني أن الطفل يفشل في الكلام بدلاً من الاختيار المتعمد (Wong, 2010). وهذا يشمل احتمال أن الأطفال لا يتحدثون في المواقف الاجتماعية؛ وذلك لأنهم يتفاعلون بقلق مع بيئتهم؛ ولهذا صُنِّف الصمت الاختياري في DSM- 5 تحت فئة اضطرابات القلق. (DSM- 5) (APA, 2013)

مفهوم الصمت الاختياري:

اختلف الباحثون في السنوات الماضية حول كيفية تحديد مفهوم يتناول حقيقة وطبيعة الصمت الاختياري، حيث توجد العديد من التعريفات للصمت الاختياري (Diliberto, 2014)؛ ومنها ما يلي:

عُرف الصمت الاختياري على أنه "اضطراب نفسي معقد غير معروف الأصل، حيث وُجد

اتفاق عام على أن الصمت الاختياري يتسم بعدم قدرة الطفل على التحدث في بيئات اجتماعية معينة، ورغم ذلك يكون لديه القدرة على التحدث في مواقف أخرى" (Camposano, 2011, p. 53).

كما عُرِّف بأنه "اضطراب، حيث أن الطفل لا يتحدث في مواقف اجتماعية محددة يتوقع فيها الكلام (على سبيل المثال، في المدرسة مع زملاء اللعب)، ولكن يتحدث عادةً في مواقف أخرى (على سبيل المثال، في المنزل مع والديه وأشقائه)" (Hung, Spence & Dronamraju, 2012). وأيضاً عُرِّف الصمت الاختياري بأنه "إحجام الطفل عن الحديث عمداً خلال مواقف اجتماعية معينة دون غيرها" (فاطمة النجار، 2015، ص 438). ويُنظر إليه أيضاً على أنه "حالة نفسية تحدث عادةً أثناء الطفولة، ويتسم بغياب الكلام في مواقف محددة يُتوقع أن يتحدث فيها الطفل (على سبيل المثال، مواقف مدرسية، مواقف اجتماعية)، بينما في حالات أخرى (على سبيل المثال، في المنزل)، فإن إنتاج الطفل من الكلام يبدو طبيعياً جداً" (Muris & Ollendick, 2015).

في حين أشارت إليه هناء الذهبي (2017) بأنه "هو أحد الاضطرابات النفسية التي يمتنع فيها الطفل بإرادته عن الحديث في المواقف الاجتماعية بما فيها المدرسة مفضلاً الصمت على الكلام، على الرغم من عدم وجود أي مشكلة تمنعه" (ص 385). كما عُرِّف في دراسة أكثر حداثة (Starke, 2018) على أنه "اضطراب يبدأ عادةً بين (4 - 3) سنوات، ويتسم بالفشل في الكلام في مواقف اجتماعية معينة أثناء التحدث مع الآخرين، حيث يتكلم الأطفال في المنزل عادةً ولكنهم يرفضون الكلام في المدرسة أو في حضور الكبار أو الغرباء" (p. 45).

كما يُعرف أيضاً بأنه: "اضطراب نادر نسبياً يحدث في فترة الطفولة ويتسم بالفشل المستمر في الكلام في مواقع محددة مثل المدرسة والمواقف الاجتماعية، بالرغم من الكلام بشكل طبيعي في مواقع أخرى مثل في المنزل مع أسرته" (Oerbeck, Overgaard, Stein, Pripp & Kristensen, 2018, p. 997).

ويُوصف أيضاً بأنه: "اضطراب نفسي نادر في الطفولة يتسم بالفشل الشديد في التحدث في سياقات محددة؛ مثل في المدرسة أو مع زملاء اللعب أو الغرباء حيث يُتوقع الكلام عادةً، على الرغم من السمع والتحدث في سياقاتٍ أخرى مع الآباء وأفراد الأسرة الآخرين" (Valaparla, Sahoo & Padhy, 2018, p. 39).

بداية ظهور الصمت الاختياري:

إن الصمت الاختياري لا يتم ملاحظته إلا إذا دخل الطفل الروضة أو المدرسة، وقتها من المتوقع منه أن يتحدث مع الأفراد خارج العائلة، حينئذٍ يحدث هذا الصمت الاختياري فيكون بمثابة الظهور الأول لهذا الاضطراب (DSM- 5: APA, 2013)، وهذا الاضطراب يحدث عادةً قبل سن 5 سنوات مع تقديرات تتراوح بين 2,7 سنة - 4,1 سنة (Ellis, 2015; Fernald, 2017). في حين قد يكون ظهور الصمت الاختياري في الفترة ما بين 6 - 2,7 سنوات (Diliberto, 2014).

بينما يكون ظهور الصمت الاختياري نادرًا جدًا في مرحلة المراهقة، DSM- 5: APA, 2013. وعلى الرغم من ظهور الأعراض في وقت مبكر فإنه لا تتم إحالته للتشخيص في العيادات النفسية أو إلى الباحثين إلا عند دخول الطفل الروضة أو المدرسة؛ شريطة أن يؤثر في أدائه الدراسي والأكاديمي وعلاقاته الاجتماعية (Fernald, 2017).

أنواع الصمت الاختياري:

في الثمانينيات والتسعينيات، كان هناك اتجاه للتمييز بين أنواع الصمت الاختياري فيما يتعلق بسمات شخصية الطفل، وستسمح هذه التصنيفات بفهم أكثر دقة للمشكلة وفي النهاية علاج أفضل، وأشار Fernald, (2017) إلى نوعين من الصمت الاختياري؛ وهما:

أ) الصمت الاختياري المعمم:

إن الصمت الاختياري المعمم يشمل معظم الناس أو الأماكن خارج المنزل، على سبيل المثال، لا يتحدث الطفل في المدرسة لأي شخص أو في الأماكن العامة، مثل المطاعم.

ب) الصمت الاختياري المحدد:

يقتصر الصمت الاختياري المحدد على أشخاص أو أماكن محددة، على سبيل المثال يتحدث الطفل إلى أقرانه في المدرسة وللآباء ولكن ليس للمعلمين.

النظريات المفسرة للصمت الاختياري:

تباينت النظريات المُفسِّرة لأسباب الصمت الاختياري على نطاقٍ واسع، وغالبًا ما تعكس وجهات النظر السائدة لفترة تاريخية معينة، حيث في الأصل كان الصمت الاختياري له تصور

من منظور التحليل النفسي الذي يفترض أن سبب هذا الاضطراب هو مشاكل تتمثل في الأبوة والأمومة، وعصبية الأسرة (Barterian, 2015). ومن بين هذه النظريات:

نظرية التحليل النفسي: Psychoanalytic Theory

تتضمن المفاهيم الرئيسية لنظرية التحليل النفسي المعتقدات التي تكون سبباً في الكثير من سلوكياتنا الناتجة عن دوافع اللاوعي، وتركز نظرية التحليل النفسي بشكل كبير على تجارب الطفولة المبكرة التي تشكل سلوكياتنا وأفكارنا ومعتقداتنا المستقبلية (Powers, 2017). وتؤكد نظرية التحليل النفسي أهمية التعامل مع حالات الأطفال ذوي الصمت الاختياري، باعتبار كل طفل حالة فردية يجب أن يُراعى من خلالها تاريخ الحالة المرضية، حيث تركز هذه النظرية على محاولة فهم الأحداث الماضية في حياة الطفل والصراع بين الطفل المضطرب والأسرة؛ لذا اهتمت هذه النظرية بالعلاج الأسري كأحد أهم الأساليب العلاجية والمقابلات العلاجية الفردية، وأيضاً العلاج الفردي باللعب، وغالباً ما تكون العلاجات الديناميكية النفسية طويلة الأمد، حيث تكون هذه العلاجات مفيدة كجزء من نهج متعدد الوسائط (Diliberto, 2014). وتفسر نظرية التحليل النفسي الصمت الاختياري على أنه غالباً ما يتعلق بحدثٍ مثيرٍ أو صدمةٍ تؤدي إلى أن الطفل يصبح صامتاً، ومع ذلك فقد أوضحت البحوث الحالية أن أغلب الأطفال الصغار الذين يعانون من الصمت الاختياري نتيجة صدمة في مرحلة الطفولة المبكرة أنها ليست سبب صمتهم (Murriss & Ollendick, 2015).

النظرية السلوكية Behavioral Theory:

إن الفرضية الرئيسية للنظرية السلوكية هي أن إدراك الشخص يُحدّد ويتنبأ بسلوكيات الفرد، وأوضحت هذه النظرية أن الأفراد يشكلون مفاهيم ذاتية تؤثر إيجاباً وسلباً على سلوكياتهم الفردية (Powers, 2017).

حيث قام (Beck, 2016) باختبار فرضياته ووجد أن الطريقة التي يفكر بها الشخص في نفسه تؤثر على أفكاره وأفعاله والبيئة التي يعيش فيها. ولذلك تنظر النظرية السلوكية إلى الصمت الاختياري على أنه تعلم للسلوك، الذي يتطور في كثير من الأحيان ليصبح إما للهروب من القلق الاجتماعي، أو كوسيلة لجذب الانتباه من الآخرين (Cohan et al., 2006).

ويوجد اعتقاد راسخ لدى أصحاب النظريات السلوكية بأن الأفراد إنما هم نتاج لسلوكياتهم، وأنه يمكن تعلُّم السلوكيات واكتسابها، وأيضاً عدم اكتسابها من خلال التعزيز الإيجابي والسلبي، وتُجسّد النظريات السلوكية استخدام الملاحظة المباشرة للسلوكيات بدلاً من السلوكيات الداخلية مثل التفكير، وغالباً ما تعتمد النظريات السلوكية اعتماداً كبيراً على حقيقة أنه يمكن قياس السلوكيات بطريقة علمية (McLeod , 2013).

نظرية معالجة المعلومات Information Processing Theory:

تعتمد هذه النظرية على فرضية أن لدى جميع البشر نظاماً فسيولوجياً يعالج المعلومات، هذا النظام يشبه أنواعاً أخرى من أنظمة الجسم؛ مثل: الهضم حيث يهضم الجسم العناصر الغذائية من الطعام للبقاء في قيد الحياة، حيث وجدت أن أدغة البشر تتكون من نظام لمعالجة المعلومات تستخلص تجاربنا الفردية أو عناصر متعددة من تجاربنا الفردية وتخزينها في شكل لا يُنسى ويمكن الوصول إليها، وتوصلت البحوث حول نظرية معالجة المعلومات إلى أن ذكريات الشخص تتصل بنظام من الشبكات يحتوي على أفكارنا وتخيلنا وأحاسيسنا وعواطفنا، ويحدث التعلم الجديد عندما يتم اتحاد تداعيات المعاني مع المواد المخزنة بالفعل في الذاكرة، حيث أنه عندما يخضع الشخص لحدثٍ عارضٍ أو مؤثرٍ للغاية على الدماغ، يصبح نظام معالجة المعلومات غير مكتمل بسبب المشاعر السلبية القوية أو انفصام العقل عن الحدث الذي يحدث، وعندما يحدث هذا يتم التخزين في ذاكرة الفرد بطريقة مختلة، وعندئذٍ يمكن أن تسبب الاضطرابات العصبية الوظيفية الأفكار الهوسية والدخيلة، التي تظهر غالباً في اضطرابات مثل اضطراب ما بعد الصدمة وأنواع أخرى من اضطرابات القلق (Shapiro, 2001).

انتشار الصمت الاختياري:

كان الصمت الاختياري يُعد حالة نادرة نسبياً في مرحلة الطفولة، لكن البحوث الحديثة أظهرت أن هناك زيادة بنسبة 3٪ في مجموع تشخيص الصمت الاختياري، حالياً يؤثر في ما يقرب من 0,7٪ من الأطفال (Powers, 2017). وربما يكون هذا نتيجة تغيير تصنيف الصمت الاختياري من اضطرابات الطفولة إلى اضطرابات القلق في DSM- 5، وهكذا فالصمت الاختياري ليس نادراً كما كان يُعتقد سابقاً على مدار السنوات العشر الماضية؛ وذلك لأن معدل

الانتشار يشبه معدلات الانتشار في الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة، مثل اضطرابات الهوس والاكتئاب الشديد (Muris & Ollendick, 2015). ويؤيد ذلك أنه في دراسة وجدوا أن معدل الانتشار بلغ طفلاً واحداً من بين كل 143 طفلاً في سن المدرسة ممن يعاني من اضطراب الصمت الاختياري؛ مما يجعلها أكثر شيوعاً من العديد من اضطرابات الطفولة الأخرى (Bergman, McCracken & Piacentini, 2002).

ومن ناحية أخرى، لاحظ Powers, (2017) أن معدل انتشار الصمت الاختياري بلغ 0,77٪ في أطفال الروضة باستخدام المعايير التشخيصية DSM- IV، وذكر أيضاً أن معدل انتشار هذا الاضطراب في عينة أطفال ما قبل الروضة هو 1,5٪. كما هو موضح من تقارير الوالدين، في حين أن الباحثين الذين يقومون بإجراء دراسات مجتمعية عادةً ما يشيرون إلى معدلات انتشار أعلى؛ وكذا الدراسات التي تستخدم معايير أقل صرامة من DSM-54- TR، وأيضاً الباحثون الذين أخذوا عينات من أطفال تتراوح أعمارهم بين 6 - 4 سنوات قد يكشفون عن نتائج ومعدلات انتشار أعلى؛ وذلك لأن هذا هو الوقت المناسب الأكثر وضوحاً لظهور الصمت الاختياري. وأيضاً قام باحثون بفحص عينات مدرسية فوجدوا نسبتها تتراوح بين 1,9 - 0,71٪، وهذه المعدلات المختلفة تعكس وجود معايير تشخيصية غير متناسقة وأيضاً الاستخدام التفاضلي لأنظمة التصنيف المختلفة (Diliberto, 2014).

الفروق بين النوعين في الصمت الاختياري:

أشارت الدراسات والبحوث السابقة إلى أن هذا الاضطراب ينتشر بين الإناث أكثر منه بين الذكور بنسبة 1:2 لصالح الإناث (Kotrba, 2015). وأيضاً، أظهرت دراسة أجريت على عينة من أطفال الصمت الاختياري أن نسبة الإناث إلى الذكور هي 1:2، لصالح الإناث، Diliberto (2014). وأيضاً، في دراسة تم تطبيقها على عينة للصمت الاختياري وجدت أن نسبة الإناث إلى الذكور هي 1:2,3 لصالح الإناث (Barterian, 2015). في حين أشار Dillon, (2016) في دراسة أجريت على عينة من الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، إلى أن نسبة الإناث إلى الذكور هي 1:1,5 لصالح الإناث. بينما أظهرت دراسة قام بها كل من Shott, & Warren (2011)، أنه لا توجد فروق في النوع بين الإناث والذكور في عينة لطلاب رياض الأطفال للصمت الاختياري، وشاركهما Camposano, (2011) أيضاً في أن هناك نسباً متساوية في أعداد

الذكور والإناث، في دراسة تناولت عينة من طلاب الصف الأول والثاني الابتدائي من الذين يعانون من الصمت الاختياري. وجاء أيضاً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة DSM- 5، أن الصمت الاختياري لا يختلف كثيراً من حيث النوع بين الإناث والذكور (DSM- 5: APA, 2013).

هذه النتائج جاءت مختلفة عن التقارير السابقة التي تشير عادةً إلى أن الصمت الاختياري يحدث في الإناث أكثر منه في الذكور، فهذه الاختلافات يُحتمل أن يكون سببها طبيعة الاضطراب وأحجام العينات الصغيرة المستخدمة في هذه الدراسات (Wong, 2010). بينما في الصورة التي تسبقها اقترحت (Kotrba, 2015) أن ارتفاع معدل الإناث مع الصمت الاختياري يعتمد جزئياً على التوقعات المجتمعية التي تميل أكثر نحو الإناث أكثر من الذكور، وأيضاً يمكن أن تُعزى الفرضيات المرتبطة بهذه الفروق بين النوعين باعتبار أن الصمت الاختياري سببه القلق الاجتماعي، إلى ما يلي:

1- الإناث أكثر شيوعاً في الإصابة بالقلق والاكتئاب، في حين أن الذكور أقل بالنسبة إلى هذه الاضطرابات (Barterian, 2015).

2- أظهرت الإناث إحصائياً في أغلب الأحيان أكثر من الذكور بسبب التشخيص الذكوري الضئيل، مقارنةً بتشخيص الإناث الأكبر من قبل المعالجين.

3- أشارت أيضاً الأدبيات إلى أنه نتيجة الأعراض المشتركة بين الصمت الاختياري والقلق، تميل الإناث إلى تلقي العلاج من اضطراب القلق الاجتماعي أكثر من الذكور؛ مما أدى إلى زيادة الإبلاغ عن الإناث المصابة بالصمت الاختياري.

المحكات التشخيصية للصمت الاختياري:

إن الصمت الاختياري قد يكون من الصعب تمييزه عن غيره من الاضطرابات؛ مثل: تأخر الكلام، واضطرابات النمو، والاضطرابات الفكرية، وغالباً ما تطول فترة التشخيص الدقيق، ومن أجل إجراء تشخيص بعد الإحالة الأولى يبدأ المعالج عموماً بإجراء تقييم شامل لتشخيص الحالة بدقة، واستبعاد الحالات المماثلة أو المرضية، ومن الممكن أيضاً أن تكون عملية التشخيص مفيدة للمعالج إذا قام بعرض شريط فيديو للطفل في بيئة مألوفة لديه، أو القيام بملاحظة الطفل قبل أن يقابله حتى لا يتأثر سلوك الطفل، وبمجرد إجراء التشخيص يوصي بإجراء تحليل سلوكي

وظيفي من أجل المساعدة في إنشاء خطة العلاج، وأيضاً المعلومات التي تم جمعها من المقابلات مع الوالدين، وقوائم مراجعة الوالدين، وينبغي أيضاً استخدام الملاحظات المباشرة لصياغة خطة علاجية. (Dillon, 2016)

ولقد قدم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات في إصداره الخامس 5-DSM، وصفاً واضحاً للمعايير التشخيصية للصمت الاختياري، حيث جاء ذلك في العديد من الدراسات، وعليه يمكن أن يساعد الباحثين والممارسين في تقييم الصمت الاختياري وعلاجه (DSM-5:APA, 2013; Bateriaian, 2015; Diliberto, 2014; Fernald, 2017; Hoyne, 2014)

وجاءت هذه المعايير على النحو التالي:

- 1- إن السمة الأساسية للصمت الاختياري هي الفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية محددة، وهي أكثر شيوعاً في الروضة أو المدرسة، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى.
- 2- إن هذا الاضطراب يتداخل سلباً مع التواصل الاجتماعي، والتحصيل الدراسي، أو المهني للشخص؛ لأن الإحجام عن الكلام والتحدث يؤثر سلباً على الفرد في مجالات التحصيل الدراسي، والتحصيل المهني والتواصل الاجتماعي، على سبيل المثال عندما يفشل الطفل في سؤال المعلم للتوضيح عندما لا يفهم محتوى الدرس، فقد ينتج عنه العجز الأكاديمي.
- 3- يجب أن تكون فترة الصمت على الأقل شهراً قبل الإقدام على تشخيص هذا الاضطراب، فالأطفال الذين لا يتحدثون خلال الشهر الأول من دخول الروضة أو المدرسة لا ينبغي تشخيصهم على أنه صمت اختياري؛ لأن هذا الوضع الاجتماعي الجديد قد يؤدي إلى الخلج الشديد الذي قد يُعالج بشكل تلقائي مع تقدّم السنة الدراسية والأطفال يصبحون أكثر تأقلاً مع وضعهم الاجتماعي الجديد؛ لذا يحتاج الممارسون إلى التمييز بين الخلج أو السلوكيات التجنّبيّة المرتبطة مع بداية العام الدراسي، وبين الصمت الاختياري الذي يدوم فترة طويلة من الزمن بشكل ملحوظ، وعليه ينتقص من التطور الأمثل.
- 4- الفشل في التحدث لا يُعزى إلى نقص في المعرفة أو عدم الراحة للغة التي يتحدث بها في المواقف الاجتماعية المختلفة، على سبيل المثال الأطفال المهاجرون إلى دول جديدة، والذين يتعلمون لغة ثانية قد يكون لديهم تردد في التحدث بهذه اللغة الجديدة.
- 5- لا يتم تشخيص اضطرابات التواصل؛ مثل: اضطراب الطلاقة في التحدث (مثل التلعثم) عند ظهورها عند الطفل على أنه صمت اختياري، وهؤلاء الأطفال الذين لديهم اضطراب في

التواصل ربما يتجنبون التحدث لخوفهم من تبعات عدم التحدث بشكل صحيح، وأيضاً لا يتم تشخيصه من خلال اضطراب التوحد أو الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر أو الإعاقة الفكرية، أو الاضطرابات المزاجية، وضعف السمع.

أعراض الصمت الاختياري:

يتسم الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري بالخجل المفرط، كما يُلاحظ تعبير الوجه الخالي من التعبيرات، والافتقار إلى الابتسام، والتحديق في الفضاء، والمظهر المتجمّد، ولغة الجسد القاسية غير المألوفة، فأطفال الصمت الاختياري الذين لديهم خوف من الإحراج الاجتماعي، قد لا يشاركون في تواصل العين، أو إيماءة الرأس، أو الابتسامة عند محاولة الإجابة على الأسئلة كجزء من هذا الاضطراب، وعليه قد يُظهر الطفل عزلةً وانسحاباً اجتماعياً، أو يكون خجولاً من أشخاص جدد أو حالات جديدة (Barterian, 2015).

وقد يكون أطفال الصمت الاختياري غير معتدلين إلى حدٍّ ما وغير مريحين في جميع المواقف الاجتماعية، أو لديهم سمات إلزامية مثل الاضطراب إلى اللعب بألعاب معينة أو في مناطق معينة، أو يكونون سلبيين بشأن أشياء كثيرة في الحياة، أو يُظهرون نوبات غضب بدلاً من الكلام، وغالباً ما يتم وصف هؤلاء الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري في العيادات الطبية والنفسية على أنهم قلقون، ومنقادون، وخجولون، ومتحفظون، ومكتئبون، ومُثبِّطون، وخائفون، ومنسحبون، واعتماديون (DSM- 5:APA, 2013; Diliberto, 2014).

كما وصفوا بأن لديهم صعوبة في الاستجابة والبدء شفهيّاً، وصعوبة التواصل اللفظي، وعادةً ذكاؤهم يكون من متوسط إلى فوق المتوسط، ويعانون الإدراك السلبيّ والحساسية المفرطة والتجمّد في حركات الجسم المخرجة عند القلق؛ مثل: تصلب وتوتر الكتفين، وتعبيرات الوجه المتوترة، وما إلى ذلك من سوء تواصل العين أو بطء في الرد (زمن انتقال طويل بين السؤال واستجابة الطفل له) (Kotrba, 2015).

وقد يعاني الأطفال الذين لديهم الصمت الاختياري عدداً من الاضطرابات المصاحبة، على سبيل المثال: اضطراب السلوك المعارض، واضطرابات اللغة والكلام، والاضطرابات النفسية، وهذه الاضطرابات المصاحبة تشير إلى أن كل طفل من أطفال الصمت الاختياري لديه اضطرابات أخرى معقدة خارج صمت الطفل، ينبغي تقييمها وأخذها في الاعتبار أثناء التقييم وعند وضع خطة العلاج الخاصة به (Fernald, 2017).

العوامل المسببة للصمت الاختياري:

لا يزال لدى الباحثين والأطباء أسئلة كثيرة تتعلق بالسبب والطبيعة المتعلقة بالصمت الاختياري، وتاريخياً تصور المنظرون للصمت الاختياري كرد فعل لديناميكيات الأسرة غير القادرة على التكيف والصراع الداخلي الذي لم يتم حله، وصدمة الطفولة المبكرة، وقد يرتبط أيضاً بمزاج مضطرب واضطرابات النمو، وافترض بعض الباحثين وجود صلة باضطرابات السلوكيات التخريبية، وعلى الرغم من أن هذه الأمراض المصاحبة قد تكون موجودة لدى بعض الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري؛ فإنه لم يكن هناك إجماع عام حول المسببات المرضية لسنوات عديدة، ومع زيادة الوعي للصمت الاختياري تم نشر المزيد من الدراسات لفحص مسبباته، وعليه نمت قاعدة من الأدلة لدعم فكرة أن الصمت الاختياري ليس فقط يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق، ولكن من المرجح جداً كما أشارت دراسة قام بها (Milić-2015) أنه أكثر شدة من القلق الاجتماعي، حيث يتم دعم مفهوم اضطراب القلق لدى الصمت الاختياري، من خلال الدراسات البحثية التي وجدت معدلات عالية من الاعتلال المشترك بينه وبين القلق الاجتماعي، أثناء استعراضهم للتداخل بين مسببات الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي (Masty, 2014). ويتم عرض هذه المسببات المتداخلة على النحو التالي:

العوامل البيولوجية والوراثية:

أظهرت البحوث أن العوامل البيولوجية تؤدي دوراً مهماً في تطور الصمت الاختياري، حيث أن القلق الفطري يؤثر على الدائرة الكهربائية داخل المخ؛ مما يؤثر على عدة عوامل والتي بدورها قد تؤدي إلى تطوير القلق الاجتماعي بما في ذلك الأعراض اللاإرادية، وتجنب التعلم، والإدراك السلبي، في حين أن العوامل البيولوجية والنفسية تتأثر بأشكال مختلفة من العلاج النفسي؛ مما يؤدي إلى الحد من القلق الاجتماعي والتي تشمل الآثار الفسيولوجية للقلق الاجتماعي والتقييمات السلبية، والتوقعات المتعلقة بالمواقف الاجتماعية وتجنبها. ولقد أثبتت البحوث ارتباط الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي بيولوجياً، وأن هناك العديد من أوجه التشابه بين الأسس المسببة للصمت الاختياري والقلق الاجتماعي؛ مثل: الحالة المزاجية التي تتسم بالكبت السلوكي، وهي متماثلة بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق والأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري (Barterian, 2015).

وأيضاً العامل الوراثي حيث أشارت العديد من الدراسات إلى وجود صلة وراثية محتملة بين القلق والصمت الاختياري، حيث أن الآباء الذين يعانون من الصمت الاختياري لديهم معدلات مرتفعة من اضطرابات القلق، بما في ذلك القلق الاجتماعي (Ellis, 2015).

حيث أشارت دراسة Chavira, Shipon- Blum, Hitchcock, Cohan & Stein, 2007 إلى أن اضطراب القلق الاجتماعي العام للوالدين واضطراب الشخصية المتجنبة ثلاثة إلى أربعة أضعاف، أكثر شيوعاً في الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري من اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، واضطراب الشخصية الفصامي.

وفي دراسة أخرى (Stein, Yang, Chavira, Hitchcock, Sung, Shipon Blum & Gelernter, 2011)، أشارت إلى تحليل الحمض النووي لـ (99) أسرة، شملت كل واحدة منها على طفل واحد على الأقل لديه الصمت الاختياري، حيث سلطت الدراسة الضوء على الجينات المرتبطة بهم، وأظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً قوياً بين العامل الوراثي والصمت الاختياري. وقد خلصت دراسة ثالثة (Muris & Ollendick, 2015)، مكونة من 45 طفلاً من أطفال الصمت الاختياري، إلى أن 9٪ من الآباء و 18٪ من الأمهات وأيضاً 18٪ من الأشقاء لديهم تاريخ مع الصمت الاختياري، وأيضاً 51٪ من الآباء و 44٪ من الأمهات أظهروا علامات الخجل الشديد.

العوامل النفسية والاجتماعية:

إن معظم حالات الصمت الاختياري مرتبطة بصدمة نفسية معينة. ويدعم ذلك أيضاً الدراسات التي أجريت على الصمت الاختياري، والتي يُعتقد من خلالها أن معظم الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري قد عانوا من بعض الصدمات النفسية في ماضيهم والتي قد أسهمت في تطوير هذا الصمت، وأيضاً قد سبق للمهنيين في مجال الصحة العقلية أن اعتقدوا بأن غالب ما يحدث من الصمت الاختياري يكون بعد صدمة كبيرة؛ إلا أنه في الوقت الحالي قد تم العثور على أدلة مخالفة لإنكار هذه المعتقدات السابقة التي تم تصوُّرها للصمت الاختياري بواسطة صدمات الطفولة المبكرة، وأثبتت هذه الأدلة أنه ليس من المرجح أن يكون الصمت الاختياري نتيجة لصدمة نفسية وقعت في الماضي (Muris & Ollendick, 2015).

وهكذا، فقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الأطفال الذين عانوا من صدمات كبيرة ليسوا أكثر عُرضة للصمت الاختياري، وأيضاً أن صدمات الطفولة المبكرة نادراً ما تكون المرتبطة

بتطوير الصمت الاختياري، وعليه قد اتجهت الأنظار إلى القول بأن القلق الاجتماعي من أهم العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للصمت الاختياري؛ فقد أظهرت البحوث والدراسات أن القلق هو المسئول الأساسي عن حدوث الصمت الاختياري (Powers 2017). وعلى الرغم من وجود عدم تجانس بين الأفراد مع الصمت الاختياري، فإن القلق لا يزال مستمرًا مع الملامح النفسية لجميع الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري (Shipon- Blum, 2015).

العوامل الأسرية:

إن الهيكل الاجتماعي للأسرة وأنماط التنشئة الاجتماعية داخل الوحدة العائلية، من العوامل التي تُسهم في تكتيف أو السماح بإبقاء اضطراب الصمت الاختياري، حيث إن ارتفاع معدلات الصراع الزوجي والطلاق أمر منتشر بين أسر الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري (Barterian, 2015)، ويُعتقد أيضًا أن هذا يرجع إلى الأسر التي تعيش في العزلة الاجتماعية، والآباء الذين لا يعترفون بالصمت الاختياري كمشكلةٍ تحتاج إلى تدخل، Dillon (2017).

ومما سبق نخلص إلى العديد من الأمور المهمة والتي تم وضعها في النقاط التالية:

- 1- أن هناك اتفاقاً عاماً حول تعريف الصمت الاختياري الذي يتضمن طبيعة الصمت الاختياري وخصائصه، حيث يُوصف بأنه اضطراب يمنع الطفل من التحدث في مواقف اجتماعية معينة، في حين أنه يتحدث في بيئات مألوفة لديه.
- 2- يحدث عادةً في مرحلة الطفولة المبكرة في عمر يتراوح بين 5 - 2 سنوات.
- 3- ينتشر هذا الاضطراب بين الإناث أكثر منه بين الذكور.
- 4- إن الصمت الاختياري نوعان: مُعمَّم يشمل معظم الناس وكذلك المواقف، وآخر مُحدَّد يشمل أشخاص ومواقف بعينها.
- 5- تم تناول بعض النظريات المهمة والمتعلقة بأسباب الصمت الاختياري، كنظرية التحليل النفسي والمتعلقة بالأحداث الماضية في حياة الطفل؛ وكذلك النظرية السلوكية المتعلقة بتعلم السلوك، وأيضاً نظرية معالجة المعلومات المتعلقة بذاكرة الطفل من حيث الأفكار والمشاعر، ويرى الباحث أن هناك ترابطاً وتكاملاً بين هذه النظريات.
- 6- تم تناول أعراض الصمت الاختياري حيث وُصف الأطفال بأنهم قلقون، وسليبيون، واعتماديون،

وعنيدون، وانسحابيون، وأيضاً يتداخل هذا الاضطراب سلباً مع التحصيل الأكاديمي، ويستخدم هؤلاء الأطفال لغة الجسد مثل الإيماء والإشارة عوضاً عن التواصل اللفظي... إلخ من الأعراض.

7- تناول العوامل المسببة للصمت الاختياري والمتداخلة مع القلق الاجتماعي، والتي تتوافق مع القول بأن الصمت الاختياري هو اضطراب متعلق بالقلق، وتتمثل هذه العوامل في عوامل بيولوجية وراثية، وأيضاً عوامل نفسية اجتماعية، وعوامل أسرية.

المراجع

- أبوهاشم، السيد محمد (2006). الخصائص السيكمومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام SPSS. كلية التربية، جامعة الملك سعود، السعودية.
- الحمداني، عبد الباري مايح (2013). بعض الخصائص السيكمومترية لمعايير اتحاد الجامعات العربية. كمقياس لاستخراج مؤشرات الجودة الشاملة. المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، كلية دي قار، العراق، 200 - 185، (16) 7.
- الذهبي، هناء مزعل (2017). بناء مقياس الصمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد، العراق (52)، 379 - 404.
- النجار، فاطمة محمد (2015). فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري: دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، مصر، 481 - 431، (162) 4.
- الأنصاري، محمد (2000). قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- ربيع، محمد شحاتة (2008). قياس الشخصية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- علام، صلاح الدين محمود (2015). القياس والتقويم التربوي والنفسي "أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة". الطبعة السادسة، دار الفكر العربي، القاهرة.
- محمد، زياني (2018). الخصائص السيكمومترية لمقياس قلق الامتحان لسارسون لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة مستغانم، الجزائر.

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 5th Edition (DSM- 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (1985). Standards for Educational and psychological tests, Washington D.C: Author.

- Barterian, J. A. (2015). Fluoxetine for the treatment of selective mutism with elevated social anxiety symptoms: a nonconcurrent multiple baseline design across five cases (Doctoral dissertation). Michigan State University, UMI Number: 3711013.
- Beck, A. (2016). What is Cognitive Behavioral Therapy. Retrieved July 28, 2016 from <https://www.beckinstitute.org/get-informed/what-is-cognitive-therapy/>.
- 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 & Adolescent Psychology*, 37(2), 456- 464.
- Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1,(1), 46- 56.
- Cohan S.L., Chavira D.A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Applied Disciplines*, 47(11), 1085–1097.
- Davidson, M. (2012). Selective mutism: exploring the knowledge and needs of teachers (Doctoral dissertation). Rutgers University- Graduate School of Applied and Professional Psychology.
- Diliberto, R. A. (2014). Oppositional and Anxiety Behavior Profiles in a Clinical Sample of Youth with Selective Mutism. (Master dissertation) University of Nevada, Las Vegas.
- Dillon, J. R. (2016). An examination of school professionals knowledge of selective mutism (Doctoral of Psychology). the St. John's University New York, ProQuest, N: 10139827.
- Ellis, C. (2015). Selective Mutism: A Survey of School Psychologists' Experience, Knowledge and Perceptions (Doctoral dissertation). Chapman University, ProQuest, N: 3721028.
- Fernald, J. R. (2017). Psychometric Properties of the Selective Mutism Sensory Processing Questionnaire (Doctoral dissertation). Fielding Graduate University. ProQuest, N: 10257465.
- Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., ...& Schwenck, C. (2018). Evaluation of a Novel Parent- Rated Scale for Selective Mutism.
- Helen, Y. X., Stroud, J., Jozanovic, R. K., Clucas, J., Son, J., Koo, B., ..., & Milham, M.P. (2018). Passive Audio Vocal Capture and Measurement in the Evaluation of Selective Mutism.
- Hoyne, B. (2014). Understanding, Identifying and Supporting Children and

- Young People with Selective Mutism (SM): Perspectives and Experiences of Key Stakeholders, University: Institute of Education, University of London
- Hung, S. L., Spencer, M. S., & Dronamraju, R. (2012). Selective mutism: Practice and intervention strategies for children. *National Association of Social Workers*, 34 (4), 222- 230.
 - Kotrba, A. (2015). *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators & Parents*. PESI publishing & Media.
 - 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. 1197- 1204.
 - Masty, J. K. (2014). *A Functional Assessment of selective mutism* (Doctoral dissertation). Fordham university, New York.
 - McLeod, S. A. (2013). Behaviorist Approach. Retrieved August 10, 2015 from www.simplypsychology.org/behaviorism.html.
 - Milić, M. I. (2015). *The nature of the anxiety in children with Selective Mutism* (Doctoral dissertation) .Macquarie University, Nsw, Australia.
 - Muris, P & Ollendick, T. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM- 5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1096, 1- 19.
 - Oerbeck, B.; Overgaard, K.; Stein, M.; Pripp, A. & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: a 5- year follow- up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
 - Powers, C. M. (2017). *Qualitative Multiple Case Study on Evidenced Based Treatment Options for Children with Selective Mutism* (Doctoral dissertation). Northcentral University, ProQuest 10638265.
 - Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, Vol. 74.
 - Shapiro, F. (2001). *Eye Movement desensitization reprocessing: Basic principles, protocols, & procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
 - Valaparla, V. L., Sahoo. S & Padhy. S.K. (2018). Selective mutism in a child with autism spectrum disorder: A case report and an approach to the management in such difficult to treat scenario in children. *Asian Journal of Psychiatry* 36 (2018) 39– 41.
 - Wong, P. (2010). Selective Mutism: A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. *Psychiatry*, 7(3), 23- 31.