

جامعة ابن خلدون-تيارت

University Ibn Khaldoun of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

Faculty of Humanities and Social Sciences

قسم علم النفس والفلسفة والأورطفونيا

Département of Psychologie, Philosophie, and Speech Thérapie

مذكرة مكملة لنيل شهادة استر الطور الثاني ل.م.د.

تخصص علم النفس العادي

العنوان

برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض حدة اضطراب الصمت الاختياري

عند أطفال الروضة

- دراسة ميدانية لحالة واحدة -

إشراف:

د. بن لباد أحمد

من إعداد:

مفتاح فاطمة

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا	أستاذ محاضر أ	د. قايد عادل
مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر أ	د. بن لباد أحمد
مناقشا	أستاذة محاضرة أ	د. بن سعدون فتيحة

الموسم الجامعي: 2024/2023

شكر و تقدير

الحمد لله السميع العليم ذي العزة العظيم والصلاة والسلام على المصطفى وعلى
اله وصحبه اجمعين، وبعد قوله تعالى " ولان شكرتم لازيدنكم" . اشكر الله
العلي التقدير الذ

بي انار لي درج العلم والمعرفة واثماني على إتمام هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر والامتنان الى الاستاذ " بن لباد احمد لقبوله الاشراف على
هذه الدراسة، الذي لم يبخل في تقديم النصيحة والتوجيه لي طيلة اجراء هذه
الدراسة من خلال ارشاده القيم وتوجيهاته في كل خطوات البحث.

كما أتقدم بالشكر والامتنان الى اساتذتي بكلية العلوم الاجتماعية، واتقدم
بالشكر الى عائلتي وكل من مد لي يد العون من قريب او بعيد وتشجيعهم
لي على انجاز هذا العمل.

والشكر أيضا الى الأساتذة المناقشين الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذه
الدراسة.

اهداء

وصلت رحلتي الجامعية الى نهايتها بعد تعب ومشقة، وها انا ذا اختتم
بذك تخرجي بكل همة ونشاط، وامتن لكل من كان له فضل في مسيرتي
وساعدني ولو باليسر.

الى صاحب السيرة العطرة، والفكر المستنير، صاحب الوجه الطيب
والافعال الحسنة، فلقد كان له الفضل الأول في بلوغي التعليم العالي (ابي
حبيبي) اطال الله في عمره.

الى من وضعتني على طريق الحياة وراعتني حتى صرت كبيرة (امي
الغالية) اطال الله في عمرها.

الى اخواتي (ايمان، انفال)، والى اخوتي (عبد القادر، عبد الباسط)
من كان لهم بالغ الأثر في كثير من العقبات والصعاب.

والى استاذي المشرف (بن لباد احمد)، والى جميع اساتذتي الكرام.
اقدم لكم هذا العمل وأتمنى ان يجوز على رضاكم.

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض من حدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة، فقد اعتمدت في هذه الدراسة على المنهج العيادي، و تكونت عينة الدراسة من حالة طفل عمره(4)سنوات يدرس في الطور التحضيري، وتم استخدام المقابلة ، والملاحظة، ومقياس الصمت الاختياري ل"وجدان عبد الأمير ثبيت الناشي" و"اشواق صبر ناصر"(2022)، و أيضا برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لخفض حدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة.

وقد اسفرت النتائج على ان للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة.

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي معرفي سلوكي، الصمت الاختياري، أطفال الروضة.

Studysummary:

The current study aimed to reveal the effectiveness of the proposed cognitive-behavioral treatment program in reducing the severity of voluntary silence disorder in kindergarten children. Only in this study relied on the clinical approach and the study sample consisted of a 4 years old child studying in the preparatory stage, And the interview, observation and the voluntary silence scale of Wujdan Abdul Amir and Ashwaq Sabr Nacer (2022), as well as a proposed cognitive-behavioral treatment program to the number of voluntary silence disorder in kindergarten children.

The result showed the CBT program is effective in reducing the severity of elective silence.

Keywords:

Cognitive-behavioral therapy, elective silence, kindergarten children.

فهرس المحتويات

شكر و تقدير

اهداء

ملخص الدراسة

أ..... مقدمة

الفصل الاول : مدخل للدراسة

- 4..... (1) إشكالية الدراسة :
- 5..... (2) الفرضية العامة:
- 5..... (4) أهمية الدراسة:
- 6..... (5) المفاهيم الاجرائية
- 6..... (6) الدراسات السابقة.

الفصل الثاني : اضطراب الصمت الاختباري

- 12..... تمهيد :
- 12..... 1. تعريف الصمت الاختباري
 - 13..... 2. معدل انتشار الصمت الاختباري.....:
 - 14..... 3. أعراض اضطراب الصمت الاختباري
 - 14..... 4. أسباب اضطرابالصمتالاختباري:.....
 - 15..... 5. النظريات المفسرة لاضطراب الصمت الاختباري
 - 16..... 6. معايير تشخيص اضطراب الصمت الاختباري:.....
 - 17..... 7. خصائص أطفال ذوي اضطراب الصمت الاختباري
 - 17..... 8. علاج اضطراب الصمت الاختباري
- 20..... خلاصة الفصل :

الفصل الثالث : العلاج المعرفي السلوكي

- 22..... تمهيد:
- 31..... 1. منهج الدراسة.....
 - 31..... 2. الدراسة الأساسية.....
 - 31..... 3. أدوات الدراسة.....

33 4. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح

38 خلاصة الفصل :

الفصل الخامس : عرض و مناقشة نتائج الدراسة

40 تمهيد:

40 1-تقديم الحالة:

42 3/2- عرض ملخص المقابلات

43 4-عرض ومناقشة نتائج الفرضية

46 خلاصة الفصل:

47 خاتمة

48 خاتمة :

49 قائمة المصادر والمراجع

50 مصادر عربية:

51 الملاحق

فهرس الجدول:

الصفحة	الجدول
50	الجدول رقم: 01
59	الجدول رقم: 02
61	الجدول رقم: 03

مقدمة

مقدمة:

يعد النمو الإنساني سلسلة متتابعة من التغيرات سواء الجسمية، أو الانفعالية، أو الاجتماعية، التي تتأثر بعوامل بيئية ووراثية. ويعد التفاعل بين الأبناء والآباء على وجه التحديد هو أحد أسس تحقيق النمو السوي، ولكن عندما يتعرض هذا التفاعل للمشكلات وتسوده الاضطرابات يترتب على ذلك تأثيرات سلبية تصيب الأبناء، ومن أهم سمات الفرد في مرحلة الطفولة المتأخرة تفاعله مع المجتمع وازداد مهاراته وحرصه على المشاركة الاجتماعية، ولكن عندما يكون صامتا لفترات طويلة ولا يتفاعل مع أقرانه بنفس الصورة الطبيعية والعادية لمن هم من نفس عمره يعد ذلك مؤشرا على ظهور اضطراب لديه ومؤشرا للنمو غير السوي (عمار: 2019، 74).

يعد اضطراب الصمت الاختياري من الاضطرابات السلوكية النفسية التي تعيق الفرد عن ممارسة حياته بصورة طبيعية ويصيب هذا الاضطراب نحو 2% من الأطفال والمراهقين، كما يشيع انتشاره بين الإناث أكثر من الذكور، وغالبا ما يحدث هذا الاضطراب قبل سن الخامسة وعند التحاق الطفل بالمدرسة، إلا أنه عادة ما يتم تشخيصه في مراحل الطفولة المبكرة، وقد يظهر في أي مرحلة تالية من مراحل الطفولة نتيجة لبعض الأسباب والضغوط التي يتعرض لها. (الطنطاوي، 2022، 87)

لم يحظ الصمت الاختياري بالاهتمام المطلوب على الرغم من وجوده في المجتمع وتأثيره السلبي على الأطفال، وقد ساهم في ذلك غياب معرفة الأهل والمربين لهذا الاضطراب، وغالبا ما يتم الخلط بين أعراض الصمت الاختياري وبعض اضطرابات اللغة على سبيل المثال فترة الصمت التي تمر ببعض الأطفال عند تعلم لغة ثانية، وغياب اللغة نتيجة الحبسة الكلامية أو الصمم، أو غياب اللغة المصاحب في بعض الأحيان لاضطراب طيف التوحد. والعرض الأساسي الفارق الذي يميز هذا الاضطراب عن الحالات المرتبطة هو أن الطفل المصاب باضطراب الصمت الاختياري عادة ما يتكلم بجرية في مواقف محددة ولكنه لا يتمكن من استخدام نفس مستوى جودة الحديث في مواقف أخرى. (نعيم كامل، 2013، 15).

إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الاختياري لا يظهرون ضعفا في فهم اللغة فمعظمهم يفهمون الكلمات والجمل في المستويات المناسبة لعمرهم على الرغم من أنهم لا يتحدثون إلا في مواقف محددة.

(الطنطاوي: 2022، 90)

فاستمرار وجود هذا الاضطراب لدى الطفل دون علاج قد يؤثر عليه اجتماعيا وأكاديميا ومهنيا، حيث يصبح لدى الطفل شعور ضعيف بالاستقلالية وتنعدم ثقته بنفسه (الهوري: 2022، 23)، فهناك العديد من التدخلات المقدمة لعلاج اضطراب الصمت الاختياري كالتدخلات النفسية والتدخلات السلوكية والتدخلات الدوائية، ومن بين العلاجات الفعالة لهذا الاضطراب العلاج المعرفي السلوكي، الذي يتضمن مجموعة من الأساليب

والفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد الطفل على التدرب الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وأيضاً على التدريب على التفاعل مع المواقف الضاغطة.

وانطلاقاً من هذا الجانب تسعى الدراسة الحالية الى محاولة الكشف عن فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة، حيث تم تقسيم هذا العمل الى جانبين: الجانب النظري الذي يحتوي على ثلاث فصول، الفصل الأول يتمحور حول الاطار العام للدراسة، اما الفصل الثاني كان بعنوان اضطراب الصمت الاختياري، والفصل الثالث تحدثنا فيه عن العلاج المعرفي السلوكي.

أما الجانب الميداني او التطبيقي فقد تضمن فصلين: الفصل الأول حول الإجراءات المنهجية للدراسة والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح، و الفصل الثاني كان فيه عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الاول : مدخل الدراسة

- الاشكالية
- فرضيات الدراسة
- اهداف الدراسة
- اهمية الدراسة
- المفاهيم الاجرائية
- الدراسات السابقة و التعليق عليها

(1) إشكالية الدراسة :

ينمو الطفل خلال السنوات الست الأولى في مرحلة الطفولة نمواً سريعاً، وذلك لأن دماغه وخلاياه العصبية تتطور بصورة أسرع في هذه المرحلة، كما أنه يتعلم في هذه السنوات أكثر مما يتعلمه في المراحل الأخرى

(عبد الطيف، 2018)

فإذا لم يحفز الطفل بالطريقة الصحيحة في هذه المرحلة المفصلية من حياته فلن يتمكن الدماغ من تأدية وظائفه بصورة صحيحة في السنوات اللاحقة. حيث يدوم ما يتعرض له الطفل خلال المراحل العمرية الأولى ويظهر في حياته المستقبلية عند الكبر، أي أن تأثير البيئات السعيدة والحزينة والداعمة للطفل هي تأثيرات طويلة المدى، ومن هذا المنطق يجب على الأهل الانتباه لسلوكياتهم، فالطفل يبدأ في التعرف على العالم من حوله منذ سن مبكرة جداً، وتؤثر تجاربه والروابط التي يشكلها مع والديه وخبراته التعليمية الأولى بعمق على نموه البدني والمعرفي والعاطفي والاجتماعي في المستقبل، وهذا يعني أنه يجب على الأهل الاعتناء بتشكيل هوية الطفل، والسماح لهم بخوض التجارب ومدحهم وتعزيزهم، لما يؤثر ذلك في تشكيل شخصيتهم.

قد تظهر على الطفل مجموعة من الاضطرابات النفسية الناتجة عن تأثير العوامل المحيطة به، فيعد الصمت ظاهرة من الظواهر المرتبطة بالاضطرابات النفسية عند الطفل، فيعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية والتكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، حيث يرفض الطفل التحدث مع أي شخص خارج نطاق الأسرة ويميل إلى العزلة والانطواء (أحمد عبد الستار: 2022). ومنه فإن الصمت الاختياري هو اضطراب سلوكي يلجأ له الطفل في الروضة، والذي هو حالة نفسية تحدث في مرحلة الطفولة تتميز بغياب الكلام في مواقف عامة محددة من المتوقع أن يتحدث فيها.

ويعتبر الصمت الاختياري من الاضطرابات المزمنة التي إذا تركت دون علاج فإنها تشكل قصوراً طويل الأمد في الإنجاز الأكاديمي والاجتماعي (الهاوي، 2022). ومن خلال ملاحظة المربين والمعلمين للأطفال ذوي الصمت الاختياري، وجد أنهم يعانون من ضعف في الأداء المدرسي والمجتمعي بسبب قلة الكلام، وأن لديهم قصور في التواصل الاجتماعي.

ومن هذا المنطلق وجب على المشتغلين في الميدان النفسي إيجاد برامج علاجية للخفض من شدة اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال. وفي طليعة البرامج العلاجية التي تتبنى المقاربة المعرفية السلوكية، نذكر العلاج المعرفي السلوكي الذي هو منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال تأثير على عملية التفكير لدى الفرد والذي يهدف إلى مساعدة الفرد للتغلب على اضطراباته وذلك بدمج فنيات سلوكية ومعرفية لإعادة البناء المعرفي للفرد. (صالح: 2020).

ويتم من خلال هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التعامل مع الاعراض المرضية لاضطراب الصمت الاختياري، والتي يتوقع ان يساعد في التخفيف من شدة هذا الاضطراب، وعليه قمنا بطرح التساؤل التالي:

- ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض شدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة؟

(2) الفرضية العامة:

- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض من شدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة.

(3) أهداف الدراسة: تهدف الدراسة التالية الى:

✓ الكشف عن مدى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض من شدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة.

✓ التعرف على خصائص أطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري.

✓ التعرف على مستوى الصمت الاختياري عند أطفال الروضة.

(4) أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية في أهمية الجانب الذي تتناوله وهي خفض شدة اضطراب الصمت الاختياري من خلال تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي، ولا شك في ان ذلك الجانب ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية او من الناحية التطبيقية.

✓ أولاً من الناحية النظرية: ترجع أهمية الدراسة الى ما يلي:

- معرفة أسباب الاضطراب وعلاماته وكيفية تشخيصه.

- أهمية توعية المعلمين بهذا الاضطراب والتشخيص المبكر له.

- تقديم الدعم النفسي للأطفال المضطربين.

✓ ثانياً من الناحية التطبيقية:

- الاستفادة من نتائج هذا البرنامج في ارشاد الوالدين والمربين، لمواجهة السلبيات وتنمية الإيجابيات نحو هذه الفئة من الأطفال.

- أهمية الفئة او المرحلة التي تتعرض لها وهم أطفال الروضة.

- إلقاء الضوء على اضطراب الصمت الاختياري وتأثيراته السلبية على جوانب النمو لدى الطفل.

✓ يرجع اختياري لهذا الموضوع للأسباب التالية:

- (1) لم يحظ الصمت الاختياري بالاهتمام المطلوب على الرغم من وجوده في المجتمع وتأثيره السلبي على الأطفال.
- (2) تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والاستفادة منه في المجال المهني.
- (3) معرفة مدى فاعلية هذه البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في مساعدة الأطفال ذوي الصمت الاختياري.
- (5) المفاهيم الإجرائية:

❖ **البرنامج العلاجي:** هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة التي تسير وفق تسلسل منطقي بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض .

❖ **البرنامج العلاجي المقترح:** هو برنامج علاجي معرفي سلوكي يتضمن فنيات و اساليب معرفية سلوكية خاصة بالطفل المصاب باضطراب الصمت الاختياري ، كفنية التمدجة الذاتية، التشكيل ،الاسترخاء، لعب الأدوار ،الواجبات المنزلية ،و التعزيز الإيجابي و ايضا فنية دحض الفكرة و منعها، بحيث يهدف هذا البرنامج لخفض حدة اضطراب الصمت الاختياري عند الأطفال.

❖ **العلاج المعرفي السلوكي:** هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي يستخدم اساليب وطرقا أكثر إيجابية عن طريق دمج فنيات العلاج المعرفي وفنيات العلاج السلوكي معا، مما يؤدي الى مساعدة الافراد على تطوير مهاراتهم المعرفية وإعادة بناء أفكارهم، وممارسة السلوكيات الإيجابية وتدعيمها محثا بذلك تغييرا فيكيفية رؤيتهم لذاتهم وللعالم وللمستقبل .

❖ **الصمت الاختياري:** هو جانب نفسي يتميز بفشل الطفل في التحدث في مواقف مختلفة مثل المدرسة بالرغم من قدرته على التحدث الطبيعي في مواقف أخرى. ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة عند بلوغ الطفل عمر السادسة وفي اغلب الحالات قد يستمر لبضعة أسابيع او شهور، والتي يترتب عليها توقف الطفل عن أداء ادواره الاجتماعية والمدرسية ، وهو الدرجة التي يتحصل عليها افراد العينة في مقياس الصمت الاختياري ل"وجدان عبد الأمير الناشر" و"اشواق صبر ناصر" .

(6) الدراسات السابقة:

❖ دراسة أنطوان جابي نعيم كامل (2013): بعنوان الصمت الاختياري لدى الأطفال، اعراضه، أسبابه ووسائل التعامل معه (دراسة حالة).هدفت الدراسة الى تحديد اعراض اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال، والتعرف الى العوامل السببية لهذا الاضطراب، ودراسة نوعية معمقة لحالات اضطراب الصمت الاختياري وذلك لوضع خطة علاج للحالات. استخدم الباحث المنهج العيادي كما استخدم تقنية الاستبانة الانشائية والمقابلة الشخصية على عينة تتكون من طفل وطفلة يعانون من الصمت الاختياري وقد كانت النتائج كما يلي: فاعلية تقنية الاستبانة الانشائية والمقابلة الشخصية في تحسين بعض الجوانب عند الحالتين.

❖ دراسة فاطمة الزهراء مُجد النجار(2015): بعنوان فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة اعراض الصمت الاختياري "دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية" هدفت الدراسة الى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة اعراض الصمت الاختياري لدى حالة طفلة بالمرحلة الابتدائية. استخدمت الباحثة أسلوب دراسة حالة القائم على وصف موضوع مفرد ودراسته بصورة مفصلة للكشف عن جوانبها للإفادة منها في التفهم والتدخل العلاجي لحالات مرضية مماثلة، وقد طبقت الدراسة على حالة طفلة بالمرحلة الابتدائية تعاني من اعراض الصمت الاختياري. استعانت الباحثة بالأدوات التشخيصية والعلاجية منها (تاريخ الحالة، المقابلة الإكلينيكية، مقياس التباكم الانتقائي موجه للآباء والمعلمين). وقد اسفرت النتائج على وجود أثر كبير للبرنامج العلاجي المقترح في تخفيف حدة الاعراض المرضية لاضطراب الصمت الاختياري،فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة خلال الجلسات العلاجية في تخفيف حدة القلق المصاحب للصمت الاختياري.

❖ دراسة فاطمة سيد عبد اللطيف (2018): بعنوان فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل لدى عينة من الأطفالهدفت الدراسة الى تصميم برنامج تدريبي يهدف الى خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال، والكشف عن فعاليته في خفض اضطراب الصمت الاختياري والتحقق من استمرارية فعالية هذا البرنامج المقترح. استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ومقياس الصمت الاختياري على عينة من الأطفال تتكون من (4) ذكور و(6) اناث، وكانت النتائج كالتالي: لعب البرنامج التدريبي دورا فعالا في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال المجموعة التجريبية، والتأكد من صلاحية البرنامج لكلا الجنسين الذكور والاناث، والتأكد من استمرارية فعاليته في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري داخل المدرسة وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي.

❖ دراسة وجدان عبد الأمير ثبيت الناشي، اشواق صبر ناصر(2018):

بعنوان قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائيةهدفت الدراسة الى بناء مقياس اضطراب الصمت الانتقائي، التعرف على نسب انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وايضا التعرف على مستوى هذا الاضطراب. استخدمت الباحثتان المنهج التجريبي وقامتا ببناء مقياس يتناسب مع المرحلة العمرية لأفراد مجتمع البحث وتم تطبيق المقياس على عينة تتكون من (500) تلميذ وتلميذة، وكانت النتائج كالتالي: اضطراب الصمت الانتقائي غير مرتبط بجنس الطفل فليس لنوع الجنس تأثيرا في احتمالية ظهوره لدى الأطفال، ارتفاع نسبة الإصابة بهذا الاضطراب عند التلاميذ في المدارس الابتدائية انما يدل على ضعف في الوعي الاسري في كيفية التعامل مع أبنائهم لتنمو شخصياتهم بشكل سليم.

❖ دراسة هدى امين عبد العزيز احمد(2020): بعنوان فعالية الجمع بين العلاج الفردي والاسري ومشاركة المعلمين في خفض حدة الصمت الاختياري "دراسة حالة"هدفت الدراسة الى اثبات فعالية استخدام العلاج متعدد المحاور (المتمركز على الطفل والاسرة والمدرسة) في علاج حالة الصمت الاختياري، وامداد العاملين في مجال المدرسة-من مدرسين واهصائيين نفسيين واجتماعيين-بالمعلومات اللازمة عن سمات الأطفال المصابين بالصمت الاختياري لإمكانية الكشف والتدخل المبكر لهذه الحالات.

❖ استخدمت الباحثة المنهج الاكلينيكي (الدراسة العميقة للحالة الفردية)، ومقياس "كمفورت" لمراحل التواصل الاجتماعي لدى حالات الصمت الاختياري وأيضاً استبيان الصمت الاختياري على حالة طفلة تبلغ من العمر 6 سنوات وكانت النتائج كالتالي:تحسن في حديث الطفلة مع زملاء الفصل والمشاركة في الأنشطة، زيادة التواصل مع افراد الاسرة والتعاون مع الام في القيام ببعض المهام المنزلية وأيضاً زيادة تعبير الطفلة عن الانفعالات التي تشعر بها والمواقف التي تسبب لها الضيق.

❖ دراسة زينة علي صالح (2021): بعنوان الصمت الاختياري وعلاقته بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي من وجهة نظر المعلمين هدفت الدراسة الى دلالة الفروق في الصمت الاختياري ودلالة الفروق في التكيف المدرسي وفقاً لمتغير الجنس لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي من وجهة نظر المعلمين، والعلاقة الارتباطية بين الصمت الاختياري والتكيف المدرسي. استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ومقياس الصمت الاختياري على عينة تتكون من معلمين الصف الأول الابتدائي البالغ عددهم (754) بواقع من (356) من المعلمين و(398) من المعلمات، وكانت النتائج كالتالي: هناك علاقة ارتباطية عكسية بين ضعف الصمت الاختياري والتكيف المدرسين.

❖ دراسة شاهندا جمال الدين عبد الرحيم الطنطاوي(2022): بعنوان الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة (كما تدركه الأمهات، والمعلمات) وعلاقته ببعض المتغيرات هدفت الدراسة الى التعرف على تأثير بعض المتغيرات (الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى الاجتماعي، والمستوى الثقافي) على اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال، التعرف على العلاقة بين درجات الصمت الاختياري لدى الأطفال في الروضة كما تدركه الأمهات، والمعلمات.

استخدم الباحث المنهج الوصفي، استمارة بيانات أولية، مقياس ستانفور-بنيه للذكاء، ومقياس الصمت الاختياري على عينة تتكون من (30) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة، وقد كانت النتائج كالآتي: هناك تقارب بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي لدى افراد عينة الدراسة.

❖ دراسة مروة مُجد ملوم عبد الحفيظ (2022): بعنوان برنامج قائم على استخدام استراتيجية (فكر-زواج-شارك) لخفض حدة الصمت الاختياري وتنمية بعض المهارات الحياتية لدى أطفال الروضةهدفت الدراسة الى

خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية بعض المهارات الحياتية لدى طفل الروضة، تصميم برنامج قائم على استخدام استراتيجية (فكر-زواج-شارك) لخفض حدة الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي والقياسات القبليّة والبعدية على عينة من أطفال الروضة حيث بلغ عددهم (400) طفل وطفلة، وقد أسفرت النتائج على وجود أثر لاستراتيجية (فكر-زواج-شارك) في أكساب المتعلمين المجالات المعرفية والمعلومات المختلفة.

❖ دراسة أسماء احمد عبد الستار (2022): بعنوان الكفاءة الاجتماعية لدى أطفال الروضة مرتفعي ومنخفضي الصمت الاختياري، هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة والكشف عن الفروق بين الكفاءة الاجتماعية لدى مرتفعي/منخفضي الصمت الاختياري من أطفال الروضة وأيضا التعرف على مسار العلاقة بين كل من الكفاءة الاجتماعية والصمت الاختياري لدى أطفال الروضة. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، مقياس الصمت الاختياري ومقياس الكفاءة الاجتماعية على عينة تكونت من (30) طفلا من أطفال الروضة، وكانت النتائج التالي: وجود علاقة بين الصمت الاختياري ونقص الكفاءة الاجتماعية وشدة القلق واضطراب السلوك

❖ دراسة شيماء محمود مُجد احمد الهواري (2022): بعنوان اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية هدفت الدراسة الى الكشف عن الاختلافات في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي التي يمكن ان تعزى الى (النوع، العمر، المستوى الاجتماعي، وترتيب الطفل في الاسرة)، حيث استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ومقياس تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي على عينة تكونت من (60) طفل (22) ذكر و (38) انثى، وقد أسفرت النتائج على وجود صلة بين المتغيرات الديموغرافية (العمر-الجنس-المستوى الاجتماعي- ترتيب الطفل في الاسرة) واضطراب الصمت الانتقائي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة ان جميعها كانت موجهة لنفس الفئة من الأطفال ذوي الصمت الاختياري كما انها تناولت النوعين (الذكور والاناث) وجميعها هدفت الى خفض حدة الصمت الاختياري، وأيضا طبق البرنامج في العديد من الدراسات على الأطفال في عمر الروضة والمرحلة الابتدائية.

من حيث العينة: معظم الدراسات المتناولة خصت في دراستها الأطفال ذوي الصمت الاختياري وتتراوح عدد العينة من (1) الى (500) طفل، ما عدا دراسة "زينة علي صالح" التي اعتمدت في دراستها على عينة تكونت من (754) معلم.

من حيث المنهج: معظم الدراسات ركزت على المنهج التجريبي من خلال ملاحظة النتائج الدراسية وأهدافها من خلال القياس القبلي والبعدي وكذلك التتبعي من خلال تطبيق برامج تدريبية، ارشادية، وعلاجية وأيضاً مقياس الصمت الاختياري.

من حيث النتائج: أكدت جل الدراسات السابقة على فاعلية برامجها (الارشادية، التدريبية، العلاجية) في خفض حدة الصمت الاختياري بحيث ان كل الدراسات اوجدت فروق دالة احصائيا ما بين القياس القبلي والبعدي وهذا ما يؤكد فاعلية البرامج العلاجية المطبقة على الأطفال ذوي الصمت الاختياري.

الفصل الثاني : اضطراب الصمت الاختياري

تمهيد

- تعريف الصمت الاختياري
- معدل انتشار الصمت الاختياري
- اعراض الصمت الاختياري
- أسباب الصمتالاختياري
- النظريات المفسرة للصمت الاختياري
- معايير تشخيصالصمت الاختياري
- خصائص أطفال ذوي الصمتالاختياري
- علاج الصمتالاختياري

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الصمت الاختياري اضطراب نفسي مثير للجدل حظى مؤخرا باهتمام كبير من قبل الدكاترة والباحثين، حيث ان الاطفاي ذوي اضطراب الصمت الاختياري يعانون من عدم التفاعل و التواصل لفظيا مع محيطهم في المنزل أو المدرسة، وقد يكون حيلة لا شعورية من الطفل او انفصالا عن الواقع الذي يعيش فيه ليعيش في خيالاته بعيدا عن واقع المجتمع او الصراع في الاسرة.

1 تعريف الصمت الاختياري:

وسمي هذا الاضطراب أيضا بمسميات عدة مثل: رهاب الكلام speech phobia, خجل الكلام speech shyness, الصمت النفسي psychological mutism, الصمت الانتقائي Elective mutism, وأيضا ببعض المصطلحات مثل: تباكم المواقف النوعية Situation specific mutism, البكم الوظيفي Functional mutism، الا ان تم تعديله الى مصطلح الصمت الاختياري Selective mutism في سنة 1994 واعتبر هذا المصطلح النهائي لهذا الاضطراب. (النجار:2015، 44).

هو اضطراب يبدأ في الظهور خلال مراحل الطفولة وقد يمتد الى مراحل متأخرة وتبدو مظاهره في الخجل الاجتماعي، والانفصال المتعمد عن المشاركة في المواقف الاجتماعية مع الاخذ في الاعتبار سلامة الطفل عضويا وعدم وجود إعاقة مصاحبة او اضطرابات في الكلام (عمار:2019، 15).

يعرف أيضا بأنه ظاهرة من الظواهر المهمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية عند الأطفال، وقد تكون حيلة لا شعورية من الطفل من اجل رفض الموقف الذي يعيش فيه وبالتالي يحاول الابتعاد عن الاسرة او المدرسة او المجتمع بشكل عام (جاي:2013، 18). ويعرفه (حمودة: 281،1991) على أنه فشل في التحدث في ظروف اجتماعية معينة بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى.

وقد أشار (Mûris, 2015: 161) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري احد اضطرابات القلق، الذي يتحدث فيه التلميذ في سياق ما، ولكنه لا يتحدث في سياق آخر.

هو أحد الاضطرابات السلوكية عند الطفل، حيث يرفض الطفل التحدث في المواقف التي يجب أن يتحدث فيها، يظهر بعد سن الخامسة أي عند التحاقه بالمدرسة، مع مراعاة عدم وجود أي اضطرابات عضوية او اضطرابات في اللغة.

2 معدل انتشار الصمت الاختياري:**1/2- بين الاعمار المختلفة:**

اضطراب الصمت الاختياري نادر نسبيا ويتراوح معدل انتشاره (0.03_1.1٪)، وقد أشار الكثير من الباحثين (مروة مُجد ملوم عبد الحفيظ، سعيد كمال عبد الحميد)، بانه مشكلة تحدث عادة في مرحلة الطفولة المبكرة قبل عمر (5) سنوات، ولكن قد تصبح الاعراض اكثر وضوحا عندما يدخل الطفل المدرسة لأول مرة، حيث تظهر زيادة في التفاعل ومهام الأداء مثل القراءة بصوت عال، ويظهر اضطراب الصمت الاختياري عند الصغار اكثر من المراهقين البالغين، فيصيب حوالي (1) من كل (150) طفلا اصغر سنا بداية من (3-8) سنوات، ويقل معدل الإصابة مع التقدم في العمر الى حوالي (1) من كل (1000) مراهق، ويقدر عدد البالغين بأكثر من (1) من كل (2400) شاب، وهذا ما يؤكد على وجوده في مرحلة الطفولة المبكرة بمعدل أعلى. (الهوري: 2022، 236).

2/2- بين الذكور والاناث:

أكدت بعض الدراسات ان اضطراب الصمت الاختياري اكثر انتشارا الى حد ما عند الفتيات منه بين الأولاد بمتوسط (1\2) الذكور الى الاناث، وأكدت عدة دراسات على انه اكثر شيوعا وان الإصابة تكون اكثر بشكل ملحوظ عند الفتيات بنسبة (1.9\1٪)، وهذا على عكس ما ذكر في (DSM_5، 2013) فقد ذكر انه لا يختلف باختلاف الجنس او العرق (الهوري: 2022، 237).

2/3- من حيث المستوى الاجتماعي:

تشير الدراسات كدراسة (كوثر كوجك) ان الصمت الاختياري قد يحدث عبر الثقافات، ويؤثر على الأطفال من جميع الطبقات الاجتماعية، و لكن اختلفت بعض الدراسات كدراسة (غادة سويفي) في هذا العامل فمنهم من يرى انه يكثر في الطبقة الدنيا بنسبة (54 ٪) ومنهم من يرى انه في الطبقة المتوسطة، ومنهم من قام بمقارنة بين مجموعتين ببحثة لإجمالي دخل الاسرة السنوي، ووجد ان متوسط الدخل بالنسبة لمجموعة الأطفال العاديين اعلى من تلك الخاصة بمجموعة أطفال الصمت الاختياري، وهذا بين ان الإصابة باضطراب الصمت الاختياري تكثر في الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة و العليا (الهوري: 2022، 238).

3. أعراض اضطراب الصمت الاختياري:

أشار (ovard furr, 2019) إلى أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري يكون لديهم بعض الاعراض تتمثل في:

- قلة الكلام في مواقف محددة.
 - استخدام التواصل غير اللفظي (كالإشارات، والإيماءات) لتلبية احتياجاتهم من الآخرين.
 - لديهم قصور في التواصل الاجتماعي.
 - لديهم صعوبة في التواصل اللفظي.
 - يعانون من ضعف في الأداء المدرسي والمجتمعي بسبب قلة الكلام.
 - يكون لديهم ذكاء متوسط الى اعلى من المتوسط.
 - ملامسة العين عند التفكير.
 - ضعف في اللغة سواء في المنزل او المدرسة.
 - لديهم أصدقاء اقل من معظم اقرانهم.
- كما يرى (Deborah, 2014) ان هناك اعراض أخرى تظهر على الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الاختياري وهي:

- همسات نادرة جدا الى احد اقران الصف الأول ومعلم اللغة (من روضة الأطفال الى الصف الثالث).
- التواصل عبر رسائل قصيرة مكتوبة، ورسائل نصية.
- لا يتحدث الى أي أحد فيما عدا الأقارب من الدرجة الأولى.
- التعرض للرفض من الاقران.

3 أسباب اضطراب الصمت الاختياري:

على الرغم من أن سبب الصمت الاختياري غير معروف الى حد ما فانه يعتقد ان هناك بعض العوامل المختلفة التي تسهم في هذا الاضطراب ومنها العوامل الوراثية، فقد يكون أحد الوالدين يعاني من القلق الاجتماعي، والرهاب الاجتماعي، ونوبات الخوف من الطفولة. (أبو الفضل واخرون: 2022، 92)

وقد أجمعت العديد من الدراسات كدراسة "أنطوان جابي نعيم (2013)" ودراسة "هناك مزعل الذهبي (2017)" وعدة دراسات أخرى على ان اغلب حالات الصمت الاختياري لا تنتج عن حوادث او مشكلات صحية او عضوية، وانما سببها الأساسي هو عامل نفسي، وقد تمثلت أسباب الصمت الاختياري فيما يلي:

- ضعف المستوى الدراسي .
- شعور الطفل الدائم بالقلق والتوتر الذي قد يعود الى عوامل وراثية .
- شعور الطفل الدائم بالخوف في المواقف الاجتماعية والمحيطين به .
- الضغط على الطفل بالصمت وعدم التحدث امام الغرباء .
- الخجل الشديد وعدم شعور الطفل بالاستقلالية .
- المعاملة القاسية من قبل الوالدين .
- سيطرة الام وحماتها الزائدة للطفل او الانفصال عنه .
- سيطرة المعلم وكثرة الانتقادات .
- الازمات والصراعات النفسية سواء المفاجئة او التراكمية .
- اضطرابات الكلام وما ينشأ عنها من سخرية الاخرين (عبد الرحيم: 2022، 112).

4 النظريات المفسرة لاضطراب الصمت الاختياري:

1.4 النظرية فطرية: ترى هذه النظرية ان اللغة ليست سلوكا يكتسب بالتعلم والتدرب والممارسة فحسب، كما يرى السلوكيون، بل هناك حقائق عقلية وراء كل فعل سلوكي، أي ان اللغة تعد تنظيمًا عقليًا معقدًا لأنها أداة تعبير وتفكير في آن واحد. (دافيدسون: 2012)

2.4 النظرية التحليلية: ينظر أصحاب هذه النظرية الى الصمت الاختياري باعتباره مظهر من مظاهر الصراع، ورفض الطفل ان يتكلم هو تعبير عن الغضب او الإحباط، او كرد فعل عن القلق المكبوت او الخوف من كشف اسرار الاسرة، وقد ترجع هذه المشكلة الى خلل في العلاقات الاسرية، او اتباع أساليب التنشئة الخاطئة كالحماية الزائدة او التعلق الزائد بالأم او الاعتمادية على الكبار او القسوة، وأيضا في كون الطفل ذو ولع مرضي اة رغبة جنسية فمية او شرجية او كطريقة لصب غضبه على احد الوالدين او يعاني من نكوص في المرحلة غير اللفظية خلال نشأته. (عبد الحفيظ: 2022، 252)

3.4 النظرية السلوكية: تركز هذه النظرية على السلوك اللغوي الذي يتحدد عن طريق استجابات يمكن ملاحظتها بشكل حسي وعلاقة هذه الاستجابات بالعالم الخارجي، كما ان السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز، وان التعزيز والتقليد يؤديان دورا في النمو اللغوي، و تقدم أيضا تفسيراً اخرًا للصمت الاختياري يتمثل

في التعلم المدعوم سلبا ويتم تفسير الفشل بالتحدث والكلام كاستراتيجية مكتسبة للتعامل مع البيئة وللاستجابة مع مختلف المحفزات الاجتماعية. (حمودة: 1991)

4.4 النظرية التفاعلية: يرى اتباع هذه النظرية ان أساس تعلم اللغة يعود الى التفاعل الاجتماعي الذي يؤثر في تطور المعرفة والتي أسسها (vygotisky) الذي يرى ان الانسان اجتماعي بطبعه، كما يركز على دور الاقران بنمو وتطور الطفل. (Justin: 2015، 256).

5.4 النظرية المعرفية السلوكية: يدمج أنصار هذه النظرية ما بين النظرية المعرفية والسلوكية، فهم يرون ان السلوك متعلم ومكتسب بالتقليد والمحاكاة، مع ضرورة تغيير الجوانب المعرفية السلبية عن الذات وعن الآخرين (عبد الحفيظ: 2022، 253).

6.4 نظرية التعلم الاجتماعي: يرى "ألبرت باندورا" مؤسس هذه النظرية ان معظم السلوك الإنساني متعلم باتباع نموذج او مثال حي وواقعي، كما تلعب المعرفة دورا أساسيا في التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة والنمذجة. (عبد العزيز: 2017، 97).

5. معايير تشخيص اضطراب الصمت الاختياري:

لا يعد الصمت الاختياري من الاضطرابات شديد الخطورة التي تحدث في مرحلة الطفولة مثل التوحد والاضطرابات الذهانية وغيرها من الاضطرابات، كما لا يعوق هذا النقص في الكلام التواصل الاجتماعي للتلميذ فحسب بل يمكن ان يضعف الأداء التعليمي حيث يصعب على المعلمين في كثير من الأحيان تقييم مهاراتهم الاكاديمية خاصة القراءة. (طوسون مجّد: 2014، 86)

وفي ضوء ذلك فقد حددت الجمعية الامريكية للطب النفسي عدة معايير لتشخيص اضطراب الصمت الاختياري وتمثل في:

- يتحدث الطفل في بعض المواقف الاجتماعية دون الأخرى، حيث يمتنع الطفل عن التحدث في مواقف اجتماعية يكون متوقع ان يتكلم فيها مثل (المدرسة).
- لا يعاني الطفل من اية اضطرابات أخرى مثل التوحد، فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- تدوم مدة الاضطراب حوالي شهر على الأقل.
- لا يعاني الطفل من اية اضطرابات لغوية.
- لا يرجع الصمت الاختياري نتيجة لنقص المعرفة او انخفاض الذكاء. (Downey ,Buss: 2011، 56)

5. خصائص أطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري:

يبدأ هذا الاضطراب قبل سن الخامسة او في السادسة، وفي اغلب الحالات يستمر لبضعة أسابيع او لبضعة شهور، ولكنه نادرا ما يستمر لعدة سنوات، ويترتب عنه توقف الطفل عن أداء ادواره الاجتماعية والمدرسية وقد يصاحب الصمت الاختياري اضطرابات في القيم. (عبد الحفيظ: 2022، 251).

هناك عدة خصائص يتسم بها لطفال اضطراب الصمت الاختياري منها خصائص "أكاديمية، اجتماعية، نفسية، لغوية"، نذكر منها:

- ضعف العلاقات الاجتماعية والمهارات، والكفاءة الاجتماعية.
- ضعف القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي في المواقف الاجتماعية.
- مستوى عال من الحساسية الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي.
- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي.
- قد يبدو على الطفل بعض الاعراض الجسدية ومنها توتر العضلات، سرعة التنفس، الغثيان، الدوار، احمرار الوجه، وغيرها من الاعراض التي تشبه نوبات الذعر وقد يصعب اكتشاف الاعراض.
- قد تصيب الطفل نوبات من الغضب او الصراخ إذا طلب منه التحدث في الأماكن العامة.
- استخدام الطفل للغة الجسد بدلا من الكلام اللفظي.
- الامتناع المتعمد عن الحديث في المواقف الاجتماعية.
- الاتيان ببعض السلوكيات غير السوية.
- صعوبة في تكوين صداقات.
- الميل الى العزلة والانطواء.
- كما أنهم يعانون من ضعف التواصل بالعين، والحساسية المفرطة للمثيرات والمواقف، بالإضافة الى ان ذكاءهم فوق المتوسط. (مجد عمار: 2019، 251).

5 علاج اضطراب الصمت الاختياري:

يؤثر الصمت الاختياري على أداء الأطفال الأكاديمي الاجتماعي، ولان مسببات الصمت الاختياري غير واضحة، فهناك خلاف بين الباحثين فيما يتعلق بأساليب العلاج الفعالة للصمت الاختياري (Mûris, 2015). ومن أجل علاج الصمت الاختياري يقوم الاخصائي بدراسة تاريخ عائلة الحالة، وكل ما يتعلق بالظروف المحيطة بها، لان طبيعة حياة الاسرة والمشكلات التي تواجهها تلعب دورا مهما في تحديد سبب

الصمت الاختياري وبالتالي وضع الحل المناسب له، والعمل مع جميع الأطراف عليه (نعيم:2013، 29). حيث تتم عملية علاج وإعادة تعديل سلوك حالات الصمت الاختياري بعد ان يتم التشخيص بصورة دقيقة، ويشترك في عملية العلاج فريق متكامل مكون من الوالدين، المعلمين، كما تتطلب بعض الحالات مشاركة الأصدقاء في تنفيذ البرامج العلاجية، والهدف الرئيسي للعلاج هو زيادة التواصل اللفظي للطفل، وكذلك تنمية الأداء الاجتماعي والاكاديمي له، والتقليل من اعراض الانسحاب. (عبد الحميد، 2015 : 264)

وقد تطورت البرامج العلاجية المقدمة بالتوازي مع فهم الأسباب المرضية للاضطراب ومن هذه التدخلات نذكر:

* **التدخلات النفسية:** الغالبية من استراتيجيات العلاج بالتحليل النفسي التي تستخدم مع الأطفال المصابين بالصمت الاختياري تفترض ان مصدر الاضطراب هو الصراع الداخلي ويكون هدف العلاج هو التعرف على هذا الصراع وحله ويستخدم هذا الاتجاه العلاج باللعب الذي عادة ما ينطوي على الاستخدام غير المنظم للألعاب والدمى لمساعدة الطفل على تحديد والتعبير عن مشاعره. هناك أيضا نموذج العلاج الاسري الذي يتمثل في اشراك الاسرة من خلال الارشادات والتوجيهات التي يمكن توجيهها لهم من اجل المساعدة في تطوير الطفل. (احمد: 2017، 398).

* **التدخلات السلوكية:** التدخلات السلوكية فعالة مع حالات الصمت الاختياري فهي تستخدم بنجاح لخفض القلق، ومن بين الفنيات السلوكية المستخدمة:

- الإطفاء الذي يستخدم عندما يكون الطفل في حالة استرخاء ويتحدث مع شخص مألوف _أحد الوالدين_ ويدخل شخص اخر الغرفة ويبقى على مسافة من الطفل وبالتدريج يقترب من الطفل واعتمادا على رد فعل الطفل يصبح هذا الشخص مألوف عنده ويكون هو المتحدث بدلا من الوالد.

- التشكيل وهو مكافأة أي صوت يصدر من فم الطفل مثل نفخ الفقاعات او تقليد أصوات الحيوانات وغيرها. فنقوم بتشجيع الطفل ببطء على التواصل أولا بشكل غير لفظي بنطق بعض الأصوات ثم الهمس وأخيرا يتكلم كلمة أو جملة.

- نموذج التعزيز الذاتي الذي يعتبر أحد التدخلات العلاجية التي تستخدم لعلاج الأطفال الصغار والبالغين المصابين بالصمت الاختياري، من خلال نمذجة الصوت حيث يتم تسجيل شريط سمعي للطفل في مواقف سماع صوته، وإعادة تشغيله امام الطفل عدة مرات. (الصبي: 2013، 92)

وغيرها من الفنيات كالتعرض المتدرج، تدريبات الاسترخاء، تدريبات التنفس. وقد تم الاعتراف بالتدخل السلوكي (العلاج السلوكي والمعرفي السلوكي) باعتباره التدخل الأكثر فعالية لعلاج الصمت الاختياري.

(عبد الحميد:2015، 75).

- التدخلات الدوائية: يتم استخدامها مع الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري مع مراعاة شدة ومدة الاضطراب والاستجابة للتدخلات النفسية الاجتماعية، ومع ذلك لا ينبغي الاعتماد على الادوية بمفردها في العلاج بل يجب ان يقترن بالعلاج النفسي، وحاليا لا توجد ادوية معتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الامريكية لاستخدامها مع الأطفال المصابين بالصمت الاختياري. حيث تستخدم مضادات الاكتئاب في شكل مثبطات إعادة امتصاص السروتونين الانتقائية ومثبطات أوكسيد احادي الأمين وهي من الادوية المنصوص عليها في علاج القلق، وعقار فلوفوكسامين والفلوكسين على وجه الخصوص (عبد الرحيم:2022، 97)

خلاصة الفصل :

وفي الأخير نستخلص ان الصمت الاختياري هو رفض الطفل للتحدث مع قدرته على ذلك وفي مواقف اجتماعية لابد ان يتحدث فيها، ومن بين اعراضه قلة الكلام في مواقف محددة واستخدام التواصل غير اللفظي كالإيماءات والاشارات، وأيضاً قصور في التواصل الاجتماعي وغيرها من الاعراض. ويحدث هذا الاضطراب نتيجة لمجموعة من الأسباب كضعف المستوى الدراسي وشعور الطفل بالقلق والتوتر والخوف في المواقف الاجتماعية والمحيطين به، وأيضاً الخجل الشديد والزمات والصراعات النفسية سواء المفاجئة او التراكمية. وقد فسرت العديد من النظريات هذا الاضطراب كالنظرية التحليلية والفطرية والسلوكية والمعرفية السلوكية وأيضاً نظرية التعلم الاجتماعي. وقد تطورت البرامج والعلاجات المقدمة بالتوازي مع فهم حالات الصمت الاختياري ومن بين هذه التدخلات: التدخلات السلوكية والتدخلات المعرفية والتدخلات الدوائية.

الفصل الثالث : العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
- فنيات العلاج المعرفي السلوكي
- اهداف العلاج المعرفي السلوكي
- استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي
- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة الفصل

تمهيد:

بدأ العلاج النفسي قديماً مع بدايه التعرف على الامراض النفسيه، وبطبيعته الحال اختلفت المدارس في العلاج فمنهم من ذهب الى الطرق الدوائيه ومنهم من التمس الطرق الكلاميه والتي خرج منها فيما بعد طرق عدده منها العلاج السلوكي والعلاج المعرفي واللدان عند مجال لاحقاً ليشكلا اشهر انواع العلاج النفسي الكلامي وهو العلاج المعرفي السلوكي. حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من العلوم الحديثه فقط خرج بدايه العلاج السلوكي والذي ينظر في السلوك والافكار والمشاعر التي تسببها، ويميل ايضاً للبحث في السلوكيات المكتسبه وكيفيه تاثير البيئه على هذه السلوكيات.

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

هو منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عملية التفكير لدى العميل.

(ملیكة: 18،1990).

ويعد اتجاهها علاجياً حديثاً نسبياً، يعتمد الى التعامل مع الاضطرابات المختلفه من منظور ثلاثي الابعاد "معرفياً، سلوكياً، انفعالياً"، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو السلوكي أو الانفعالي.

(عبد الله، 2000، 17)

يعرفه (نوفال 2012): بأنه المعالجة المعرفية السلوكية التي تهدف إلى مساعدة للتغلب على اضطراباته وذلك بدمج فنيات سلوكية وأخرى معرفية لإعادة البناء المعرفي للفرد بتصحيح وتغيير الأفكار والاتجاهات والمعتقدات العقلانية التي يتبناها المريض نحو نفسه والآخرين والعالم المحيط به، ومن ثم تتبدل الأفكار اللاعقلانية ويحل محلها الفكر العقلاني ومن ثم يتغير السلوك الوجداني السليبي وبالتالي تنخفض حدة الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد.

يعرفه أيضاً (عبد الفتاح عثمان 1997): بأنه المنهج الذي يقوم على علاج سلوك الإنسان من خلال تغيير أفكاره وأحكامه ومدركاته وآماله بالمنطق والعقلانية والمناقشة المفتوحة ومقاومة الحججة بالحجة، حتى يتخلص من مشكلاته مع نفسه ومع الآخرين.

كما عرفه (بيك 2000): بأنه أسلوب علاجي لتصحيح الأفكار والمعتقدات لدى المريض، وتحديد الأفكار المشوهة بتقنية تجريبية تعتمد على تغيير القواعد المعتمدة وصولاً الى الحالة الإيجابية، مستخدماً مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم، وهو محاولة لحل المشكلات السلوكية وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي. وبذلك يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أهم العلاجات لمساعدة الفرد، الذي ثبت فاعلية في التعامل مع الأفكار السلبية المشوهة والانفعالات غير المنضبطة والسلوكيات الخاطئة، ويهدف إلى تصحيح أفكار الفرد وتعديل سلوكه وربطه بالواقع والحاضر ليتفاعل بإيجابية في ضوء انفعالات وأفكار عقلانية وسلوك سوي .

2. الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي نتاج يداخل ثلاثة مداخل علاجية هي: "العلاج المعرفي"، "العلاج السلوكي"، "علم النفس الاجتماعي المعرفي"، ويركز على اطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura، حيث يرى أن عملية التعلم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم، من خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة، وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة، والأحداث التي تليها تسمى النتائج، ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية، والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد، وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك الذاتي، وتوضح لنا نظرية التعلم الاجتماعي كيف يمكن من خلال الأفكار والمشاعر أن نصل إلى السلوك المتوقع من الفرد. (المحارب: 2000، 9).

ومن مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي ارون بيك والبرت اليس. فبالنسبة إلى بيك فقد تدرّب على التحليل النفسي الفرويدي لكنه شعر بعدم الرضا من قله استخدام الدعم التجريبي لأفكار فرويد فلجأ إلى استخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية، فطور بيك طريقه علاجه لمساعدته المرضى على تحديد وتقييم الأفكار والمعتقدات التي تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف المؤقت أو الحدث ويؤدي بالتالي إلى استجابته وجدانيه، وذلك لتشجيع المرضى على التفكير بشكل أكثر واقعية، والسلوك بشكل أكثر فعالية، الشعور بالرضا نفسياً.

أما اليس فقد تدرّب أيضاً على التحليل النفسي الفرويدي مثل بيك، ولكنه تأثر كثيراً بالفرويديين المحدثين أمثال كارين هورني، ويؤكد المدخل العلاجي لاليس على العمليات المعرفية، ويبين أن دور المعالجين النفسانيين يتمثل في مساعدته المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية. (هوفمان، 2012)

3. فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

1.3 الفنيات السلوكية:

من الفنيات السلوكية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي نذكر:

– **جدولة النشاط:** جدول النشاط يساعد المرضى على التخطيط لأوقاتهم بفاعلية وتقدير إمكانات فعاليتهم الخاصة.

– **العلاج بالإتقان والسرور:** يسجل المرضى كل ما يقومون به من نشاط، يستعينوا بكل خبرة يمكنهم أن يسيطروا عليها بوضع حرف (ت) أمامها، وكل خبرة سارة ومفرحة بوضع حرف (س) أمامها كذلك، وبذلك يزدون من وعيهم بالخبرات الإيجابية.

-واجبات أو مطالب متدرجة (العلاج بنجاح): الهدف هو أن نعطي المريض سلسلة من نجاحات، ففي بعض الأحيان يسمى "العلاج بالنجاح" ويبدأ المعالج بواجب بسيط حيث يكون فيه قادرا على ان يحدد أنه يدخل في نطاق مقدرة المريض، وبالعامل معا يصمم المعالج والمريض أنشطة أكثر صعوبة في التعقد أو الاستمرار للنجاح في أداء الواجبات المتدرجة بغير مفهوم الذات لدى المريض.

- **الواجبات المنزلية:** تحدد الواجبات المنزلية عقب كل جلسة لمواجهة الاعراض الاكتئابية ويسجل المرضى المعارف السلوكية السلبية في عمود والاستجابات المعقولة في عمود مقابل من الصفحة.

(إبراهيم السيد: 2019، 264).

2.3 الفنيات المعرفية:

عند البدء في التخطيط للجانب المعرفي يجب تحديد مايلي:

- أولا تحديد الأفكار التلقائية: الأفكار التلقائية هي التي تجعل الشخص يفهم موقفا معينا بطريقه مختلفه عن شخص آخر فهذا الفهم فهذا الفهم يتعلق بالمعتقدات الداخليه التي تؤثر على إحساس الشخص والتي يعبر عنها بأفكار تلقائيه خاصه بالمواقف التي يتعرض له كما أنها تؤثر على انفعالاته وسلوكه وفي النهايه تؤدي إلى تغيير وظيفي للمريض إذا قرأ شيء قد تتكون لديه فكره تلقائيه تقول: (أنا لا أفهم) بسبب اعتقاده بأن ذكائه محدود ومن ثم يشعر بالقلق، كما أن الأفكار التلقائية تظهر بشكل عفوي ولا تقوم على النقد والتروي. وتصاحبها مشاعر معينه. (إبراهيم السيد: 2019، 262).

يمكن تحديد الأفكار التلقائية من خلال استخدام أحد الأساليب الآتية:

أ- **الاستدعاء:** يكون من خلال السؤال التقليدي أو المعطى (ماذا كان يدور في ذهنك؟) عندما يصف المريض موقف أشكال معين أو عند حدوث تغير وجداني للمريض يكون قد شعر بها بنفسه كما يقوم المعالج بمساعدته المريض غالبا بأن يطلب منه وصف تخيولي أكثر لذلك الذي حدث له.

ب- **التخييل:** إذا كان الوصف اللفظي للموقف غير كافي لتوضيح الأفكار التلقائيه فإن المعالج أن يطلب من المريض أن يتخيل ذلك الموقف كما لو كان أنه يحدث تماما الآن وأن يشجعه لتحديد أكثر تفاصيل ممكنه مستخدما الزمن الحاضر.

ج- **لعب الدور:** إذا ما وجد المريض صعوبه في تحديد أفكاره التلقائيه في موقف يتعلق بعلاقاته الشخصية فإن المعالج يستطيع المساعدة في إعادته بناء الموقف من خلال التحليل (لعب الدور) فيقوم المعالج نفسه بدور الشخص الآخر في الموقف.

د- **تقديم الفروض:** إذا كان المريض لا يزال غير قادر على التعبير عن أفكاره فإن المعالج عليه أن يعلمه بوضوح كيف يفترض أفكاره أن هذه الطريقة هي الخيار الذاتي لأن الاحتمال الأكبر أن المريض سيقدم تفسير آخر بدلا من أفكاره الحقيقية.

ثانياً الأسئلة السقراطية: هي الاسئلة المطروحه اثناء الجلسات العلاجيه وتساعد المريض على التوصل إلى الاستنتاج المنطقي وتركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات وتحديد الأفكار الكامنه وراء المشكلات وفحص معاني الأحداث لدى المريض وتقييم النتائج التي يمكن أن تنتج عن الإسقاط بالأفكار والسلوكيات، ومن الأسئلة التي تطرح أثناء الجلسات ما يلي:

- ما الدليل؟
 - ما هو الدليل الذي يدعم هذه الفكره؟
 - ما هو الدليل ضد هذه الفكره؟
 - هل هناك تفسير بديل؟
 - ما هو أسوء ما يمكن حدوثه؟هل يمكنني معاشته؟
 - ما هو أفضل ما يمكن حدوثه؟
 - ما هو أثر اقتناعي بالفكره التلقائيه؟
 - ماذا ينبغي أن أفعل حيالها؟
- بماذا سأخبر صديقا لو كان في نفس الموقف؟ (ابراهيم السيد:2019،264).

4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- مساعده العملاء على تغيير عملياتهم المعرفيه بطريقه تمكنهم من التغلب على مشكلاتهم حيث أن أفكار الفرد وإدراكاته الخاطئه تؤدي إلى اضطرابات المعرفيه والانفعاليه والسلوكية.
- تعديل الاتجاهات السالبة المرتبطة بالمعارف المشوهه لدى العملاء من خلال التفسير والتوضيح والمناقشة والاقناع والمواجهه وتقديم الاقتراحات خاصه عندما يؤثر ذلك على قدره الفرد على تحمل المسؤولية الذاتية والاجتماعيه والضبط الداخلي.
- إقلاع العملاء بأن معتقداتهم غير المنطقية وتوقعاتهم وأفكارهم السلبية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف.
- تغيير وجهه نظر العملاء عن الحياه واستخدام نماذج لأساليب جديدة من التفكير والفهم وإعطاء المعلومات والنصيحة وتوضيح الإرتباط بين تفكيرهم وما يرتبط به من أشياء. (احمد العوض:2013، 90).

5. استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على مجموعه من الاستراتيجيات اهمها:

1.5 استراتيجية التعارض المعرفي: تؤدي هذه الاستراتيجية إلى توليد تعارض معرفي لدى المتعلم، وبالتالي يتولد ميل قوي للرغبة في المعرفة، وهذا الميل يحدث صراعا في عقل المتعلم يكشفه بنفسه محاولا ان يتكيف مع عالمه ليساعده على بناء نظامه المعرفي.

2.5 استراتيجية الضبط الانفعالي: هي مجموعة من العمليات يسعى من خلالها الفرد إلى ضبط وتعديل الاستجابة الانفعالية وهذا وفقا لما يتطلبه الموقف أو المحيط من استجابات مقبولى اجتماعيا أو لتحقيق جملة من الأهداف.

3.5 استراتيجية تقوية ذات العميل: هي عملية محاكاة للعميل من خلال تطبيق نفس استراتيجية تعامله ابتداء من لغة الجسد مرورا بنبرة الصوت والانتهاه بأسلوب تواصله.

4.5 استراتيجية إعادة البناء المعرفي: هي عملية للتعرف على الأفكار غير المنطقية ومناقشتها مثل تفكير الكل أو الاشياء (الانقسام)، ويستعين بالعديد من الاستراتيجيات مثل الحوار السقراطي وتسجيل الأفكار.

5.5 استراتيجية تغيير السلوك: وتتكون من أربعة خطوات:

- تحديد وتعريف السلوك غير المرغوب فيه والمراد تقليله.

- تحديد فترة زمنية يفترض عدم حدوث السلوك غير المرغوب فيه فيها.

- ملاحظة السلوك اثناء تلك الفترة الزمنية.

- تعزيز الفرد بعد مرور تلك الفترة وذلك إذا لم يحدث السلوك المستهدف اثناءها.

6.5 استراتيجية تغيير البيئة المحيطة: وهي كل ما يحيط بالإنسان من ماء وهواء و يابسة وفضاء خارجي.

(سيد عبد المجيد: 2008، 157).

6. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيروره العمل العلاجي وذلك بالتعليم النفسي للمريض واقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللا عقلانية وما يعانیه من اضطراب، ويتم هذا في اطار علاقه تعاونيه مهنيه توجهها مجموعه من الضوابط تمثل مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وهي:

● ترتبط كل من المعرفة والسلوك مع بعضهما البعض.

● تعلم معظم البشريه يتم من خلال الجانب المعرفي.

● الاتجاهات والاسهامات المعرفيه هي محاور هامه في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من اجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجيه ناجحه.

- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- يعمل كل من العميل والاختصاصي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية، حيث يستطيع الكثيرون من الافراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومه وردود افعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة. (حجازي: 2019، 152)

خلاصة الفصل:

يركز العلاج المعرفي السلوكي على مساعدة الأفراد على تعلم أن يكونوا معالجين لأنفسهم وذلك من خلال التمارين في الجلسات العلاجية بالإضافة إلى تمارين الواجبات المنزلية خارج الجلسات، وأيضاً من خلال التقنيات المعرفية والتقنيات السلوكية كالتعرض ومنع الاستجابة ولعب الدور والتخيل وغيرها، ويتم مساعدة العملاء على تطوير مهارات التأقلم وحل المشكلات حيث يمكنهم تعلم تغيير تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكياتهم.

الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

- تعريف الدراسة الاستطلاعية
- اهداف الدراسة الاستطلاعية
- الاطار الزماني والمكاني للدراسة
الاستطلاعية
- منهج الدراسة
- الدراسة الأساسية
- الاطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجانب النظري لموضوع الدراسة الحالية، سوف نتطرق إلى الجانب التطبيقي بحيث يحتوي هذا الفصل على الإجراءات المنهجية للدراسة من المنهج المستخدم ومجتمع وعينة البحث إلى الأدوات المستخدمة المتمثلة في المقابلة والملاحظة ومقياس الصمت الاختياري وأيضاً البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

1. الدراسة الاستطلاعية:

1.1 تعريف الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية من الخطوات المهمة قبل

البدأ في أي بحث علمي، حيث يجب علينا القيام بالدراسة الاستطلاعية من أجل البحث على الحالات الملائمة أو الخاصة بموضوع الدراسة.

ويعرفها (بن مرسل، 2003) بأنها جملة من الشروط والخطوات المهمة في أي بحث علمي، ففي حالة تجاوزها يكون أثرها سلبي على كل مرحلة من مراحلها خاصة عند تحليل النتائج، حيث لها أهمية كبيرة بالنظر لما تقدمه للباحث من معطيات تمكنه من الإستمرار في معالجة بحثه بطريقة تستند إلى أدوات علمية كما تساعد على التحليل الجيد لمشكلة البحث.

2.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- تحديد عينة البحث
- تحديد منهج الدراسة المناسب
- التأكد من ملائمة أدوات البحث

3. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

1.3 الاطار الزمني :

من 2024/04/08 إلى 2024/04/09

2.3 الاطار المكاني:

تمت الدراسة الاستطلاعية في المؤسسة الابتدائية "عقيد شابو" المتواجدة في ولاية تيارت، بلدية عين دزاريت، حي عقيد شابو، تم افتتاح المؤسسة في 1984، وتقدر مساحتها بـ 471700م². حيث أن المؤسسة تحتوي على 10 حجرات و 09 أساتذة اللغة العربية و 02 أساتذة اللغة الفرنسية و 01 أستاذ اللغة الإنجليزية و 01 أستاذ التربية البدنية. ومجموع تلاميذها هو 268 تلميذ.

4.1 منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على أسلوب المنهج العيادي.

2. الدراسة الأساسية:

تعتبر أساس البحث التطبيقي، حيث تعد خطوة ميدانية يقوم بها الباحث من أجل تحديد حالات الدراسة ومكان إجراء الدراسة والأدوات المستخدمة.

1.2 الاطار الزمني والمكاني للدراسة الأساسية:**- الإطار الزمني:**

تم تحديد الدراسة الأساسية مباشرة بعد تحديد الحالات الملائمة ابتداء من 2024/04/08 إلى 2024/05/09

- الإطار المكاني:

تم إجراء الدراسة الأساسية في المؤسسة الابتدائية "عقيد شابو".

2.4 عينة الدراسة:

تم اختيار حالات الدراسة بمساعدة معلمة القسم التحضيري، حيث تناولت الدراسة الحالية حالة طفل عمره (4) سنوات بالصف التحضيري الابتدائي يعاني من اعراض اضطراب الصمت الاختياري.

3.4 أدوات الدراسة:

اعتمدت في الدراسة الحالية على أدوات بحث منهجية وعلمية تدرج ضمن أدوات المنهج العيادي، حيث تمثلت هذه الأدوات في دراسة الحالة، المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، مقياس الصمت الاختياري، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي.

*** دراسة حالة:**

وهي مجموعة من المعلومات المتراكمة حول الفرد حيث تحتوي على معلومات الاختبارات التي اجريت له، ومعلومات المقابلات التي تمت معه، ومعلومات الفحوصات والملاحظات التي تتعلق به. فهي تشمل المعلومات المتحصلة عن الحالة فيما يتعلق بماضيه وحاضره وما يمكن التنبؤ به من مشاريع في المستقبل (جاي نعيم: 2015، 85).

*** الملاحظة العيادية:**

هي إحدى أدوات البحث العلمي وهي عبارة عن جهد حسي وعقلي يقوم به الباحث لمراقبة سلوك ما أو ظاهرة معينة، ومن ثم يقوم بدراسة هذا السلوك للحصول على معلومات دقيقة يمكن من خلالها تشخيص هذا السلوك، وتتطلب الملاحظة من الباحث البصر.

(الناشي: 2018، 112)

* المقابلة العبادية نصف الموجهة:

تجري هذه المقابلة للتأكد من موضوع معين ومعروف مسبقا، ويريد المختص ان يستوضحه من الحالة، كما يعتمد المختص في هذا النوع من المقابلات على الأسئلة المفتوحة ويترك للحالة التعبير عنها بكل حرية، ولكن انطلاقا من الموضوع المقترح وفي اطاره فقط. (صالح: 2021، 66)

* مقياس الصمت الاختياري:

اعداد الباحثان "وجدان عبد الامير ثبيت الناشي" و"اشواق صبر ناصر"

وهو مجموعة من الفقرات تقيس وتشخص اضطراب الصمت الاختياري، والذي يتكون من أربعة مجالات أو معايير (عجز ثابت عن الكلام في مواقف إجتماعية محدد حيث يتوقع فيها الكلام مثل المدرسة، يؤثر الاضطراب في الانجازات العلمية أو المهنية في التواصل الاجتماعي، مدة الاضطراب هي على الأقل شهر، ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو الإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي)، أيضا يتكون من (28) فقرة.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

مفهوم الصدق يعني أن يكون المقياس ذو صلة وثيقة بالظاهرة التي يقيسها، وأن يكون المقياس قادرا على أن يميز بين المتغير أو الظاهرة المدروسة عن المتغيرات أو الظواهر التي يحتل بها أو تتداخل مع، وهو تجميع للأدلة التي نستدل بها على قدرة المقياس على قياس ما أعد لقياسه، وقد تم التحقق من صدق المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة، ومن خلال الصدق الظاهري وذلك من خلال عرض فقرات المقياس قبل تطبيقه على مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس وتعليماته وبدائله وطريقة تصحيحه.

ثبات المقياس:

يقصد بثبات المقياس الاتساق في النتائج، ويعد المقياس ثابتا إذا أعطى نتائج متسقة عند إعادة تطبيقه، وقد تم التأكد من ثبات المقياس بثلاثة طرق (حساب معامل ألفا، حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لسبيرمان/براون، طريقة جنمان).

حيث أوجدت العلاقة بين درجات التطبيقين باستعمال معامل بيرسون (0,92) وتعد هذه القيمة مقبولة لأغراض البحث العلمي. وقد بلغ معامل الثبات للمقياس باستعمال طريقة التجزئة النصفية لسبيرمان وبراون (0,92) وتعد هذه القيمة مقبولة موازنة بالدراسات السابقة.

طريقة تصحيح المقياس:

صيغت فقرات مقياس الصمت الاختياري بالاتجاه الذي يقيس اضطراب الصمت الاختياري، أما بدائل الإستجابة نحو مضمون الفقرة فهي (لا يعاني من المشكلة، يعاني من المشكلة بدرجة بسيطة، يعاني بدرجة شديدة)، وأعطيت الدرجات (1،2،3) لكل استجابة تنطبق على الفقرة، وعليه تكون نتائج المقياس محصورة بين 28 و84.

5. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

-وصف البرنامج:

هو برنامج علاجي معرفي سلوكي، يعتبر أداة أساسية من أدوات البحث التي تم استخدامها في هذا الدراسة لتحقيق أهدافها، حيث يشمل العديد من الفتيات والأساليب المعرفية والسلوكية التي تتوافق مع الطفل المصاب باضطراب الصمت الاختياري مثل:(الاسترخاء، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، الواجبات المنزلية، مراقبة دحض الأفكار ومنعها، التشكيل، النمذجة الذاتية، المحاضرة، لعب الادوار). فهو يقوم على تحديد الأفكار السلبية المشوهة والسلوكيات المختلفة وإعادة البناء المعرفي ثم إيجاد البدائل، ويهدف إلى أيضا إلى التدريب على المهارات الإجتماعية من أجل تدعيم المشاركة في مختلف المواقف الاجتماعية.

- أهمية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

● تكمن أهمية هذا البرنامج في الفتيات والأساليب التي يقوم عليها وفعاليتها في تخفيف حدة اضطراب الصمت الاختياري عند اطفال الروضة.

● تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي عند الأطفال.

● تقليل القلق والتوتر من خلال تعليم الأطفال تقنيات التحكم في القلق.

● تحسين الأداء الأكاديمي من خلال التواصل.

● بناء ثقة بالنفس للأطفال و تعزيز قدرتهم على التعبير بأنفسهم.

-اهداف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

● التخفيف من حدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة.

● تنمية القدرة على التواصل اللفظي.

● تدريب الأطفال على بعض التقنيات التي تساعدهم في التغلب على التوتر والغضب عن طريق الاسترخاء

- اكتساب الأطفال مهارات إجتماعية تمكنهم من التكيف الاجتماعي عن طريق لعب الأدوار (مسرحية داخل القسم)، القراءة بصوت مرتفع، والنمذجة.
 - تعزيز السلوكيات المرغوب فيها لدى الأطفال مما يشجعهم على تكرارها.
- الفنيات المعرفية السلوكية المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

- لعب الأدوار:

هو أسلوب من أساليب التعلم الهامة، يتضمن تدريب الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي من أجل إتقانها واكتساب المهارة فيها، وتتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفرغ الرغبات الظاهرة والمكبوتة، حيث تهدف إلى تعايش الفرد مع المواقف المختلفة.

-النمذجة :

نعني بها أن يقوم المعالج بعرض الإستجابة المرغوب فيها، مثال: يعرض المعالج في الجلسة استجابة توكيدية مناسبة ويقوم المريض بتقليدها.

- التشكيل :

هو عملية تعلم سلوك مركب حيث تتطلب هذه العملية تعزيز بعض أنواع السلوك وعدم تعزيز أنواع أخرى.

- مراقبة دحض الأفكار ومنعها:

هي طريقة علاجية يقوم بها المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي لعلاج مجموعة متنوعة من الإضطرابات، حيث تقوم هذه الطريقة على مواجهة المريض لمخاوفه وأفعاله اللاسوية والأفكار التلقائية التي تسبق مباشرة اي انفعال غير سار، والتوقف عن الاستجابة والتعرض المتكرر سواءا بالتخيل أو واقعيًا، فتساعد هذه الطريقة على إحداث تغير معرفي للمعتقدات المشوهة، واستبدال تلك الأفكار السلبية بأخرى إيجابية.

- الواجبات المنزلية:

تتمثل في الأنشطة والأعمال التي يطلب المعالج من المريض القيام بها بين الجلسات، حيث يتم نقل المعارف التي تعلمها أثناء الجلسة إلى البيئة الطبيعية عن طريق التكرار.

-التعزيز:

هو فنية من فنيات تعديل السلوك، يكون إما تعزيز إيجابي يتمثل في: المدح أو الثناء، تقديم هدايا، التصفيق، السماح له بالقيام بنشاط هو محبه، ويكون هذا التعزيز مباشرة بعد أداء السلوك المرغوب فيه، أما التعزيز السلبي فهو على تقوية السلوك من خلال إزالة مثير مؤلم بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة، فهو يساعد على زيادة السلوك المرغوب.

-الاسترخاء :

هو وسيلة حديثة في مجال العلاج النفسي، يمنح الفرد القدرة على التخلص من التوتر، فهو توقف كامل لماع الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

-الحوار والمناقشة:

هي فنية يتم من خلالها تبادل الرأي والتحاور حول موضوع المحاضرة، وتعديل الأفكار الخاطئة، وتشجيع المريض على المشاركة والتفاعل الإيجابي، إضافة إلى تعزيز التواصل والتفاعل.

جدول رقم: 01 يمثل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح

الهدف منها	الفنيات المستخدمة	طبيعة الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	رقم الجلسة
-التعرف على الحالة وعلى تاريخها والحالة الاجتماعية لها.	-المقابلة -الملاحظة	جلسة فردية (الحالة)	جلسة تعارف	30 دقيقة	الجلسة 01
-بناء علاقة ودية مع الحالة وكسب ثقته	-المقابلة -الملاحظة	جلسة جماعية (الحالة، الام، الاب، المعلمة)	كسب ثقة الحالة بطريقة غير مباشرة	30 دقيقة	الجلسة 02
عرض وتقديم فكرة على نوع العلاج مع الأهل والمعلمة والإتفاق على عدد الجلسات ومدتها وضرورة الالتزام بها. -التعريف باضطراب الصمت الاختياري للوالدين والمعلمين والأعراض التي تصاحبه، ومحاولة التعرف على بعض الإضطرابات من أحد أفراد الأسرة. -تقديم فيديوهات حول حالة مشابهة لديها اضطراب الصمت الاختياري.	-المقابلة -الملاحظة -المناقشة	جماعية (الحالة، الام، الاب، المعلمة)	التثقيف النفسي	45 دقيقة	الجلسة 03

الجلسة 04	25 دقيقة	القياس القبلي	جماعية (الام، المعلمة)	-المقابلة -الملاحظة -مقياس الصمت الاختياري	-شرح للمعلمة و الام الغاية من الاختبار و أنه مجرد كشف عن نتائج نريد أن نتوصل إليها مع شرح تعليمية المقياس
الجلسة 05	45 دقيقة	تشكيل التفاعل غير اللفظي	جماعية (الحالة، المعلمة، بعض الزملاء)	-التشكيل -التعزيز الإيجابي	-تفاعل الحالة مع أفراد يشعر اتجاههم بارتياح أقل (المعلمة، الزملاء في المدرسة) من خلال: التواصل البصري، هز الرأس، رفع اليد، الإشارة، و تعبيرات الوجه.
الجلسة 06	45 دقيقة	التفاعل عن بعد	فردية (الحالة)	-المقابلة -مراقبة دحض الأفكار ومنعها	-تخيّل الحالة لبعض المواقف الضاغطة و التفاعل مع الأفراد مثيري القلق لديه(زملاء في المدرسة).
الجلسة 07	45 دقيقة	تشكيل التواصل اللفظي بشكل هامس	جماعية (الحالة، الام، الاب، المعلمة)	-المقابلة -النمذجة الذاتية -التعزيز الإيجابي	-حث الحالة على الحديث بشكل هامس بالاستعانة بالنمذجة الذاتية الحالة أثناء حديثه بالمنزل في وجود الأسرة من خلال عرض فيديو خاص بالحالة. -تعزيز حديث الحالة الهامس. -التواصل مع المعلمة لتطبيق نفس الخطوة العلاجية داخل القسم.
الجلسة 08	50 دقيقة	تشكيل التواصل اللفظي بشكل مسموع	فردية (الحالة)	-المقابلة -النمذجة الذاتية -التعزيز الإيجابي -الاسترخاء -الواجب المنزلي	-تشكيًا التواصل اللفظي المسموع و تخفيف التوتر المصاحب للتواصل من خلال الاسترخاء والتعزيز وكذا التمذجة الذاتية. -تشجيع الحالة على التواصل مع أقرانه في المدرسة والإجابة على تساؤلات المعلمة. -تقديم واجب منزلي متمثل في حفظ أنشودة أو سورة قرآنية من أجل قراءتها بصوت مرتفع في الجلسة المقبلة.
الجلسة 09	40 دقيقة	التفاعل اللفظي داخل القسم	جماعية (الحالة، الام، المعلمة، الزملاء)	-المقابلة -التعزيز الإيجابي -لعب الدور -واجب	-تشجيع الأم لابنها على التواصل اللفظي مع الغرباء من خلال التعامل مع أفراد خارج نطاق الأسرة. -مناقشة الواجب المنزلي. -تمثيل مسرحية داخل القسم .

جدول يمثل جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

ولإعطاء فعالية أكثر للبرنامج يتوجب علينا منح مدة زمنية قدرها (15) يوما، بين آخر جلسة علاجية (الجلسة 09) و (الجلسة 10) لإعادة تطبيق مقياس الصمت الاختياري.

الجلسة 10	40 دقيقة	القياس البعدي	جماعية (الحالة، الام، المعلمة)	-المقابلة -المناقشة والحوار -مقياس الصمت الاختياري	-اعادة تطبيق مقياس الصمت الاختياري. -تهيئة الحالة على ان تكون الجلسة المقبلة هي الجلسة النهائية.
الجلسة 11	25 دقيقة	اختتامية	جماعية (الحالة، الام، الاب، المعلمة)	-الحوار و المناقشة	-شكر المعلمات و كذا الأهل على تعاونهم و تفاعلهم. -تقديم توصيات تساعدهم في التعامل مع الحالة إذا حدثت انتكاسة.

خلاصة الفصل :

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية المتعلقة بموضوع الدراسة، وكذلك المنهج العيادي المتابع الذي يعتمد بدوره علل ادوات عيادية من مقابلة عيادية، وملاحظة عيادية، واختبارات ومقاييس تساعد في التشخيص. ومن أهم هذه الأدوات المتعلقة بموضوع الدراسة مقياس الصمت الاختياري الذي يساعدنا في إثبات فعالية في التخفيف من حدة اضطرابات الصمت الاختياري عند أطفال الروضة. كما اعتمدت الدراسة الحالية علل برنامج علاجي معرفي سلوكي يضم جلسات علاجية، بحيث كل جلسة تتضمن تدخل معرفي سلوكي (فنيات معرفية سلوكية) و تقنيات خاصة باضطراب الصمت الاختياري.

الفصل الخامس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

تمهيد:

- تقديم الحالة
- عرض ملخص المقابلات
- عرض ومناقشة نتائج الدراسة
- نتائج القياس القبلي
- نتائج القياس البعدي
- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية والدراسات السابقة
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد هذا الفصل هو الفصل الأخير من الدراسة بعد التطرق الى الجانب النظري والجانب المنهجي، فسوف نقوم بعرض الحالة ثم محتوى المقابلات تحليل نتائج الدراسة الأساسية التي أجريت على حالة طفل يدرس في المرحلة التحضيرية وبعد ذلك مناقشة الفرضيات استنادا على النتائج المتوصل اليها

1-تقديم الحالة:

1- عرض الحالة :

البيانات الأولية:

الاسم: ي

اللقب: ب

الجنس: ذكر

العمر: 04سنوات

المستوى الدراسي: قسم التحضيري

عدد الاخوة: 02

الترتيب العائلي: الأصغر

الوالدين: على قيد الحياة

مكان المقابلات: المؤسسة الابتدائية "عقيدشابو"

الهيئة العامة للحالة:

البنية المورفولوجية: ذو بشرة سمراء طوله حوالي 1.25

ووزنه حوالي 30كغ.

اللباس: يرتدي ملابس متناسقة.

الملامح والايحاءات: يبدو على الحالة ملامح القلق والخوف والارتباك.

الاتصال: كان الاتصال مع الحالة جد صعب لعدم تكلمه ورفضه للإجابة.

اللغة: منطوي وكتوم.

النشاط الحركي: يتميز بجمود حركي ماعدا هز الراس.

الحالة الاجتماعية:

مع الاسرة: يتعامل بشكل طبيعي مع الاسرة، ولا يعاني من أي خوف او قلق.

مع المحيط: يتكلم مع اصدقاءه بشكل عادي ولكن مع المعلمة وداخل القسم لا يقوم باي رد فعل ولا يتكلم اطلاقا.

1.1_ المظاهر الأساسية للوضعية العائلية: تنتمي الحالة الى وسط اجتماعي متوسط و في عائلة متوسطة

1.2_ المظاهر الأساسية للوضعية الشخصية للحالة:

ولادة طبيعية للحالة، ولد بولاية تيارت "دائرة مهدية" لا يعاني الحالة من أي امراض عضوية او اضطرابات نفسية.

وفي مقابلة مع المعلمة ذكرت ان الحالة يجلس بمفرده ولا يقوم بأي حركات ولا يتكلم اطلاقا منذ دخوله المدرسة أي أكثر من ستة أشهر، حيث قالت (نعيا نهدر معاه ونسقي فيه ومايهدرش حتى اناكره ونتقلق منه ونقوله قعدني بلاصتك، ووليت ننسا وجوده في القسم). وقالت أيضا (معا صحابه يهدر عادي ويلعب ولكن خارج القسم فقط وكي يدخل للقسم يولي حجرة)، حيث صرحت قائلة (طلبت من زملائه ومن ابني انه يلاحظ تصرفاته كي يولي برا).

أما في مقابلة مع الام والاب صرحا بان ابنهما يتصرف بشكل طبيعي في المنزل ويتحدث معهم ومع اخوته ولا يعاني من أي اضطراب او خجل

1-3 جدول سير المقابلات:

رقم المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	2024/04/08	30 دقيقة	التعرف على الحالة وعلى تاريخها العائلي والاجتماعي، وبناء علاقة ودية معه.
الثانية	2024/04/09	30 دقيقة	تدعيم العلاقة الودية مع الحالة
الثالثة	2024/04/14	45 دقيقة	التعريف بالصمت الاختياري للأهل والمعلمة، وتقديم فكرة عن نوع العلاج، واخذ موافقة الوالدين والمعلمة للبدء في تطبيق البرنامج.
الرابعة	2024/04/15	25 دقيقة	تطبيق القياس القبلي (مقياس الصمت الاختياري)
الخامسة	2024/04/16	45 دقيقة	تدريب الحالة التفاعل غير اللفظي
السادسة	2024/04/17	45 دقيقة	تعليم الحالة التفاعل عن بعد
السابعة	2024/04/18	45 دقيقة	تدريب الحالة على التواصل بشكل هامس
الثامنة	2024/04/21	50 دقيقة	تدريب الحالة على التواصل بشكل مسموع
التاسع	2024/04/22	40 دقيقة	تدريب الحالة على التفاعل اللفظي داخل القسم
بعد 15 يوما من الانتهاء من العلاج			
العاشر	2024/05/08	40 دقيقة	تطبيق القياس البعدي (مقياس الصمت الاختياري)
الحادية عشر	2024/05/09	25 دقيقة	شكر الحالة والاهل والمعلمة.

2/3- عرض ملخص المقابلات:

المقابلة 1/4:

تم التعرف على الحالة حيث كان الطفل مرتكب وتظهر عليه علامات التوتر كاحمرار الوجه وسرعة التنفس، وعلى تاريخه العائلي والاجتماعي بعد القيام بمقابلة مع الحالة والمعلمة ومع الاموالاب (طلب منهم مدير المدرسة الابتدائية الحضور، وقد قبلوا الطلب دون أي مشكل). حيث تم شرح الصمت الاختياري لكل من الوالدين والمعلمة بتقديم فيديو يحتوي على حالة مشابهة للطفل، والاعراض المصاحبة لهذا الاضطراب وايضا تقديم فكرة للوالدين والمعلمة عن نوع العلاج والاتفاق على عدد الجلسات وعن مدتها وضرورة الالتزام بها. إضافة الى ذلك تطبيق مقياس الصمت الاختياري حيث تم شرحه للمعلمة والام لأن فقراته موجهة لهن.

المقابلة 4/2:

في هذه المقابلة تم البدأى تطبيق خطوات العلاج، حيث كانت اول خطوة هي تدريب الحالة على التفاعل غير اللفظي عن طريق استخدامه للإشارات والایماءات والتواصل البصري وأيضا هز الراس وتعبيرات الوجه، كذلك تدريبه على التفاعل مع افراد يشعر اتجاههم بارتياح اقل مثل المعلمة وزملاءه في القسم باستخدام فنية التشكيل والتعزيز. وبعد ذلك قمت بتدريبه على التفاعل عن بعد من خلال تخيله لبعض المواقف الضاغطة كتنمر زملاءه عليه في القسم، والتفاعل مع هذا الموقف باستخدام فنية دحض الفكرة ومنعها. ثم تدريبه على التواصل اللفظي من خلال طريقتين:

الطريقة الأولى تمثلت في تشكيل التواصل اللفظي بشكل هامس من خلال حث الحالة على التحدث بشكل هامس بالاستعانة بالنمذجة الذاتية له (طلبت من الوالدين تصوير فيديو له وهو يتحدث بطلاقة وبسهولة في البيت وعرضه امامه)، أيضا تعزيز حديثه الهامس بالتصفيق واعطاءه شكولاتة لأنه يحبها.

الطريقة الثانية تمثلت في تشكيل التواصل اللفظي بشكل مسموع من خلال تخفيف التوتر والقلق المصاحب للتواصل عن طريق الاسترخاء والتعزيز الإيجابي، وأيضا تشجيعه على التواصل مع زملاءه في القسم والاجابة على تساؤلات المعلمة. أما الخطوة الأخيرة كانت تتمحور حول التفاعل اللفظي داخل القسم من خلال الاستعانة بالأم في تشجيعها لابنها على التواصل مع الغرباء وافراد خارج نطاق الاسرة (كالمعلمة والزملاء)، وأيضا اعطاءه واجب كحفظ انشودة او سورة قرآنية وعرضها في القسم بصوت مرتفع، واستخدام فنية لعب الأدوار كتقديم مسرحية داخل القسم وان يكون هو البطل.

المقابلة 11/10:

بعد مدة 15 يوم وهي مدة تمنح لإعطاء فرصة للتأكد من فعالية البرنامج العلاجي المقترح، تم في المقابلة ما قبل الأخير إعادة تطبيق مقياس الصمت الاختياري، اما المقابلة الاخيرة تم فيها شكر الوالدين والمعلمة على تعاونهم وتفاعلهم وتقديم توصيات تساعدهم على التعامل مع الحالة إذا حدثت انتكاسة.

4- عرض ومناقشة نتائج فرضية الدراسة:

من خلال فرضية الدراسة المتمثلة في " للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في خفض شدة اضطراب الصمت الاختياري".

حسب نتائج القياسين القبلي والبعدي:

جدول رقم 03:

يمثل نتائج القياسين القبلي والبعدي لمقياس الصمت الاختياري:

المقياس	القياس القبلي	القياس البعدي	الفرق
الصمت الاختياري	58	23	25-

يتبين من خلال ان درجة القياس القبلي 58 وهي مرتفعة مقارنة بدرجة القياس البعدي التي كانت 23، بفارق بلغ 25 درجة وبالتالي نستطيع القول ان للبرامج العلاجية المعرفية السلوكية المقترحة فعالية في التخفيف من حدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة، وعليه فان الفرضية المطروحة قد تحققت.

ترجع هذه النتائج الى مساعدة و تفاعل المعلمة والوالدين مع الحالة واستخدام بعض الفنيات المعرفية السلوكية كالتشكيل والتعزيز الإيجابي حيث اصبح الحالة يتحدث في الأماكن العامة و مع معلمته وزملائه حيث اشترك في نشاط رياضي مع اخوته ومجموعة من زملاءه في القسم، تتوافق هذه النتيجة و دراسة هدى عبدالعزيز(2018) في دراستها حول فعالية الجمع بين العلاج الفردي والاسري ومشاركة المعلمين في خفض حدة الصمت الاختياري، والتي اشارت الى تحسن في حديث الحالة مع الزملاء والمشاركة في الأنشطة وزيادة التواصل مع افراد الاسرة ، وكذلك دراسة نعيم كامل(2013) ودراسة فاطمة سيد(2018) اللتان توصلتا الى وجود تحسن في بعض الجوانب عند الحالات وتحسن في درجة التفاعل الاجتماعي،

كما ترجع لالطالبة هذه النتيجة الى دور فنيتي النمذجة الذاتية و دحض الفكرة ومنعها التي من خلالها اصبح الحالة يجي يعبر عن انفعالاته التي يشعر بها والمواقف التي تسبب له الازعاج حيث انخفض لديه مستوى القلق والتوتر وزادت ثقته بنفسه، هذا وتتفق هذه النتيجة مع كل من دراسة أسماء عبد الستار(2022) ودراسة فاطمة النجار(2015) حيث توصلت النتائج الى وجود فعالية للاساليب العلاجية المستخدمة مثل الاسترخاء والعلاج بالرسم والتداعي الحر وأيضا تدريب الحالة على استراتيجيات المواجهة الفعالة للقلق خلال الجلسات العلاجية في تخفيف حدة القلق المصاحب للصمت الاختياري وعلى وجود علاقة بين الصمت الاختياري وشدة القلق واضطراب السلوك، كذلك فنية الاسترخاء والواجب المنزلي ولعب الأدوار حيث تقدم سلوك يجي من الإشارة والايحاءات الى الحديث بصوت مسموع ، حيث كان يتم متابعته في المنزل و المدرسة من خلال التقارير الوالدية وتقارير المعلمة، وكذلك ظهر تحسن في الأداء الاكاديمي للحالة حيث اصبح له دافعية في الكتابة على السبورة والقراءة بصوت مسموع وهذا من خلال تعزيزه ببعض الهدايا والتصفيق، وهذا ما ينطبق مع دراسة مروة الموم(2022) التي توصلت الى تنمية بعض الجوانب الحياتية عند أطفال الروضة.

ومزال الحالة في حاجة الى التدريب على الحديث مع الاخرين وهو مايتوقف على إحساس الطفل بالأمان في المنزل وتشجيعه على المشاركة في الأنشطة والتفاعلات الاجتماعية.

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل عرض الحالة وتحليل النتائج التي تحصلنا عليها، والتي اثبتت ان للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة اضطراب الصمت الاختياري عند أطفال الروضة، وقد ظهرت صحة هذه الفرضية في نتائج القياس البعدي التي كانت اقل من نتائج القياس القبلي.

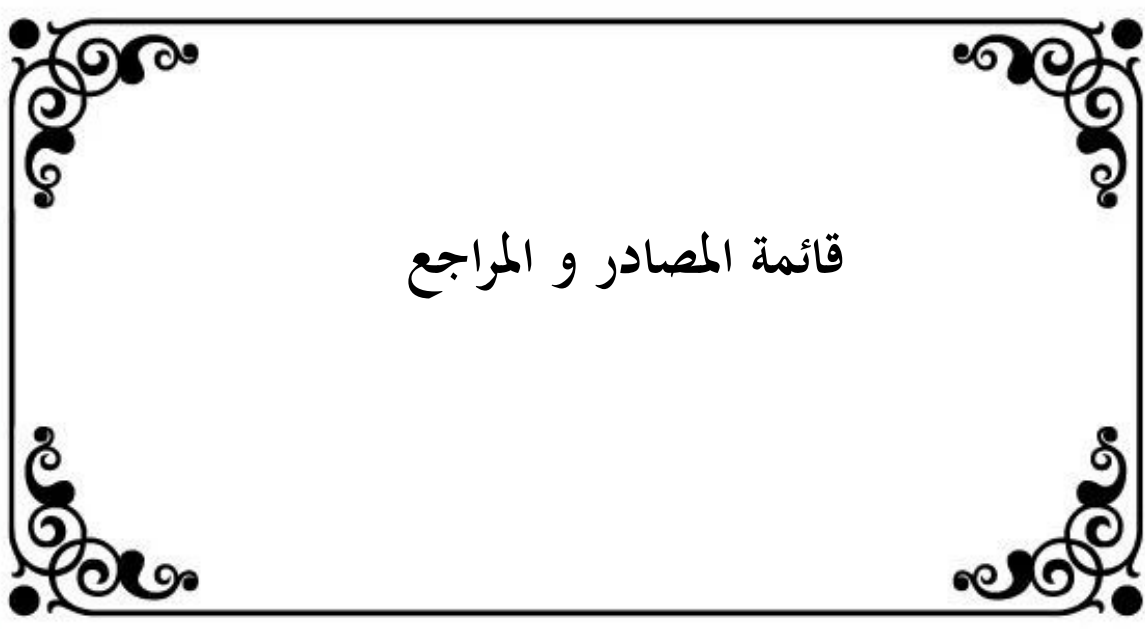
خاتمة

هدفت هذه الدراسة إلى لكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض من شدة اضطراب الصمت الاختياري، وكذا التعرف على خصائص أطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري وعلى مستوى هذا الاضطراب عند أطفال الروضة، حيث توصلت الدراسة الى وجود فعالية للبرنامج العلاجي المقترح من خلال الفرق بين نتائج القياس القلبي والقياس البعدي. وانطلاقاً من هذا تتجلى أهمية هذه الدراسة في أهمية الجانب الذي تناولاته وهي خفض شدة اضطراب الصمت الاختياري من خلال تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي، ومعرفة أسباب الاضطراب وعلاماته وكيفية تشخيصه، أيضاً الاستفادة من نتائج البرنامج العلاجي في ارشاد الوالدين والمعلمين لمواجهة السلبيات وتنمية الإيجابيات.

وفي الأخير فإن هذه الدراسة ماهي إلا محاولة للتعرف على فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للخفض من درجة الصمت الاختياري عند أطفال الروضة، فنتائجها تبقى نسبية غير نهائية محصورة في اطار حدودها البشرية والمكانية والزمانية المشار إليها سابقاً وتحتاج الى المزيد من البحث والدراسة.

على ضوء ما أسفرت عليه هذه الدراسة من نتائج يمكن تقديم التوصيات والاقتراحات الآتية:

- الاهتمام بموضوع اضطراب الصمت الاختياري عند الأطفال.
- التدخل وتقديم العلاج المبكر لحالات اضطراب الصمت الاختياري، فالتأخر عن العلاج يسبب عودة الاضطراب في مرحلة المراهقة.
- يجب على الاهل التواصل مع أطفالهم بشكل افضل واعطائهم الاهتمام المناسب.
- ضرورة توفر اخصائيين نفسانيين في المدارس، وزيادة وعيهم بمثل هذه الاضطرابات.
- ضرورة التواصل بين الوالدين والمعلمين والعاملين في المدرسة من اخصائيين و مشرفين.
- يجب على الأهل دمج أطفالهم في الأنشطة والمشاركات الاجتماعية لتنمية التفاعل الاجتماعي لديهم.



قائمة المصادر و المراجع

مصادر عربية:

- فاطمة سيد عبد اللطيف(2018)،فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال،المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد99، المجلد28.
- فاطمة الزهراء مُجَّد النجار(2015)، فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة اعراض الصمت الاختياري" دراسة حالة لطفلي بالمرحلة الابتدائية"، مجلة كاية التربية، جتمعة الازهر، العدد162، الجزء4.
- هدى امين عبد العزيز احمد(2018)، فعالية الجمع بين العلاج الفردي والاسري ومشاركة المعلمين في خفض حدة الصمت الاختياري:دراسة حالة، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، عدديونيو 2018.
- مرورة محمود مُجَّد عمار(2019)، الصمت الاختياري وتوهم المرض وعلاقتها بالحرمان العاطفي المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية دراسة سيكومترية_اكلينيكية، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، العدد2، الجزء1 .
- أنطوان جابي نعيم كامل(2013)، الصمت الاختياري لدى الأطفال،اعراضه،أسبابه ووسائل التعامل معه(دراسة حالة)، رسالة ماجستير، القدس_فلسطين.
- شاهندا جمال الدين عبد الرحيم الطنطاوي(2022)، الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة(كما يدركه الأمهات والمعلمات) وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، كلية ذوي الإعاقة والتاهيل_جامعة الزقازيق.
- مرورة مُجَّد ملوم عبد الحفيظ(2022)، برنامج قائم على استخدام استراتيجية(فكر،زواج،شارك) لخفض حدة الصمت الاختياري(التباكم) وتنمية بعض المهارات الحياتية لدى طفل الروضة، مجلة الطفولة والتربية، العدد50، الجزء2.
- أسماء احمد عبد الستار(2022)، الكفاءة الاجتماعية لدى أطفال الروضة مرتفعي ومنخفضي الصمت الاختياري، مجلة التربية الخاصة، العدد39، المجلد11.
- زينة علي صالح(2021)، الصمت الاختياري وعلاقته بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ الصف الأول ابتدائي من وجهة نظر المعلمين، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، العدد4، المجلد24.
- شيماء محمود مُجَّد احمد الهواري(2023)، اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، العدد9، المجلد16.
- مسعد إبراهيم الدسوقي علي يوسف(2019)، العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال وبرنامج مقترح لمواجهتها من منظور طريقة خدمة الفرد، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد16.

- وجدان عبد الأمير ثبيت الناشي، اشواق صبر ناصر(2018)، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد102، المجلد24.
- شيماء مُجَّد إبراهيم السيد(2019)، العلاج المعرفي السلوكي، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، جامعة المنصورة، العدد3، المجلد5.
- سمية حمدي عبد المولى(2022)، علاقة اضطراب الصمت الانتقائي باضطراب القلق لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين، المجلة العلمية بكلية الاداب، العدد48.
- خالد بن حمد الجابر(2017)، نظريات العلاج المعرفي السلوكي، جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية.
- حمدي حامد حجازي(2019)، العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد19.
- حمودة محمود(1991)، الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة.
- الصبي عبد الله(2013)، الصمت الاختياري-موقع أطفال الخليج- ذوي الاحتياجات الخاصة، مقال منشور بتاريخ 24 ايلول.
- سعيد كمال عبد الحميد(2015)، فعالية برنامج سلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري و تنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة والتاهيل، جامعة الزقازيق، العدد13.
- عبير طوسون مُجَّد (2014)، الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، الطبعة2، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة1، القاهرة، عالم الكتب.
- جمال مُجَّد الخطيب (2001)، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتاهيل، مركز التميز الأردني في التربية الخاصة، عمان.
- توفيق المرزوقي(2011)،العلاج باللعب الأكثر نجاعة لعلاج الصمت الاختياري عند الأطفال، صحيفة الوسيط، العدد3066.

- هشام سيد عبد المجيد واخرون(2008)، التدخل المهني مع الافراد والاسر في محيط الخدمة الاجتماعية، مكتبة الانجلو المصرية.
- ارون بيك (2000)، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، بيروت، دار النهضة العربية.
- ناصر المحارب (2000)، المرشد في العلاج المعرفي السلوكي، الرياض، دار الزهراء.
- مليكة،لويس كامل (1990)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- نوفل،فاطمة على مُجد (2012)، العلاج المعرفي السلوكي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- المراجع الأجنبية:

-pasta T_ Mendola M,longobardi C, Prino L,&Gastaldi F(2013)_ attribution style of children with and without specific learning disabilities and selective Mutism, Electronic journal of research in educational psychology.

-Lisa Kovac&JamiFurr (2019), what teacher should know about selective.

-Busse R.T. &Downey. (2011). Selective mutism: A three- Tiered Approach to prevention and intervention. Contemporary school psychology.

-Muris.p. Ollendick T.H.(2015). Children who are anxious in silence are view on selective mutism, The new anxiety Disorders in DSM5- clinical child and family psychology review.

-Fernald, j.R.(2017). Psychometric properties of the selective mutismsensory processing questionnaire (Doctoral dissertation, fielding Graduate University).

-Justin A.B. (2015).Fluoxetine for the treatment of selectivemutism.

-Metzke.W. Steinhausen, H, Watcher, M, Laimbock, K, (2008), A long term outcome study of selective mutism in childhood. Journal of child psychology and psychiatry.

الملاحق

الملحق رقم: 01

دليل المقابلة

دليل المقابلة:

البيانات الأولية:

- الاسم

- اللقب

- الجنس

- العمر

- المستوى الدراسي

- عدد الاخوة

الترتيب العائلي

الوالدين

المقابلة مع الام:

- هل يتحدث طفلك بشكل طبيعي في المنزل؟

- هل يطلب طفلك المساعدة من الاخرين؟

- هل لديه القدرة على المشاركة مع الاخرين؟

- هل تواصله الاجتماعي مع الاخرين ضعيف؟

- هل يتكلم مع الأطفال الاخرين بشكل مختلف؟

- هل يقاطع الاخرين في الحديث؟

المقابلة مع المعلمة:

- هل يتحدث الطفل معك بشكل طبيعي؟
- هل يتحدث مع زملائه في القسم بشكل طبيعي؟
- هل يستطيع القراءة بصوت مسموع؟
- هل يستطيع الإجابة على الأسئلة في السبورة؟
- هل يطلب منك المساعدة؟
- هل هو متعاون معك ومع المشرفين والمدير؟

مقياس الصمت الاختياري

ت	الفقرات	لا يعاني من المشكلة	يعاني بدرجة بسيطة	يعاني بدرجة شديدة
1.	يتحدث طفلي/ طفلاتي بشكل طبيعي في المنزل			
2.	يعجز طفلي/ طفلاتي عن التحدث بشكل طبيعي في المدرسة			
3.	لا يستطيع طفلي/ طفلاتي اعطاء إجابات صحيحة في الاختبارات التي تحتاج قدرة لفظية			
4.	يعجز طفلي/ طفلاتي عن الإجابة على الأسئلة في الصف			
5.	يعجز طفلي/ طفلاتي عن القراءة بصوت عال في الصف			
6.	لا يستطيع طفلي/ طفلاتي ان يسأل المعلم او المعلمة سؤالا أو يطلب المساعدة منها			
ت	الفقرات	لا يعاني من المشكلة	يعاني بدرجة بسيطة	يعاني بدرجة شديدة
7.	لا يستطيع طفلي/ طفلاتي ان يطلب المساعدة من الآخرين			
8.	يعجز طفلي/ طفلاتي عن التحدث بشكل طبيعي امام الطبيب			
9.	يتحدث طفلي/ طفلاتي بشكل طبيعي مع الاطفال الآخرين اثناء اللعب			
10.	يعجز طفلي/ طفلاتي عن العمل أو اللعب مع مجموعة			
11.	ليس لدى طفلي/ طفلاتي القدرة على البدء بمحادثة مع الآخرين			
12.	يعاني طفلي/ طفلاتي من تخلف دراسي			
13.	ليس لدى طفلي/ طفلاتي القدرة على المشاركة في العروض الرياضية او الموسيقية			
14.	التواصل الاجتماعي لـ طفلي/ طفلاتي مع الآخرين ضعيف			
15.	طفلي/ طفلاتي غير متعاون مع معلمية او المشرفين عليه			
16.	يفشل طفلي/ طفلاتي في تنظيم المهام وتنفيذها			
17.	يعاني طفلي/ طفلاتي من صعوبة في مجال التعلم			
18.	لاكثر من شهرين يعجز طفلي/ طفلاتي عن في المدرسة			

			19. رغم طفلي/ طفلتي يتكلم بشكل طبيعي لكنه لاكثر من شهر يعجز عن الحديث مع الغرباء
			20. يعجز طفلي/ طفلتي عن القراءة بشكل طبيعي لاكثر من شهرين
			21. يتكلم طفلي/ طفلتي بشكل مختلف عن الاطفال الاخرين من نفس العمر (تأتأة، بطريقة غير مناسبة لعمره اصغر من عمره)
			22. يجيب طفلي/ طفلتي عن السؤال قبل اتمامه
			23. يقاطع طفلي/ طفلتي الاخرين في الحديث
			24. يروي طفلي/ طفلتي قصصا غير حقيقية او كاذبة
			25. لا يستمع طفلي/ طفلتي او يصغي الى التعليمات التي تقدم اليه
			26. يتجنب طفلي/ طفلتي المهام التي تتطلب قدرة على التحدث
			27. يستجيب طفلي/ طفلتي لسماع الاغاني والقصص
			28. يستخدم طفلي/ طفلتي اصوات ساكنة ومتحركة لتلبية طلبه

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون - تيارت *

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

رقم القيد: 00/د. ق ع ن. أ. ف/ 2023

إلى السيد المحترم: ه.م. الكلي بملست الأبتد الله

"عفة شابو"

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار تلمين وترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة يشرفني أن أتمس من سيادتكم بالتريخيص لطلبة السنة الثانية ماستر ، تخصص علم النفس العيادي الأتية أسمائهم:

- هفناح خالمة ..

.....

.....

.....

بإجراء بحث ميداني تحت عنـــــــــــــوان:

برنامج علاجى .. معر .. سلوكى .. (خمين) .. فى ظروف الصمت الإختيارى

أ.أ. قال .. الروهبة ..

وفي الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير.

تيارت في: 2024/04/14





جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة



تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) ..
.....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :
.....

المسجل(ة) بكلية :
.....
و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....
.....

.....
.....

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية للنزاهة
الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ
.....

إمضاء الممضي

.....

منظر للمصادقة على امضاء
السيد(ة) :
.....
.....
.....
.....

21 05 2024

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
و يتشرف منحه
رئيس المصلحة
س. محجوبي

