



جامعة البحرين
كلية الآداب
قسم علم النفس
برنامج الماجستير في الإرشاد الأسري

فاعلية برنامج العلاج باللعب لعينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي لخفض مستوى القلق والتعلق غير الامن لديهم

رسالة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد الأسري

إعداد

مزنه أحمد الزامل

20190161

بإشراف

د. محمد حسن جاسم المطوع

الأستاذ المشارك لقسم علم النفس / جامعة البحرين

مملكة البحرين

إبريل 2024

صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم



جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

ناقشت الطالبة (مزنه احمد الزامل) رقم جامعي (20190161) الأطروحة التي استكمل بها الحصول على درجة الماجستير في (الارشاد الاسري) والمعنونة (فاعلية برنامج العلاج باللعب لعينة من الأطفال المصابين بالخرس الإنتقائي لخفض مستوى القلق والتعلق غير الآمن لديهم)، وذلك يوم الخميس الموافق (2024/05/09م).

وتوصي اللجنة بمنحها درجة الماجستير.

(لجنة المناقشة)

الاسم	التوقيع
د. محمد حسن المطوع	مُشرفاً ورئيساً
أ. د. عبد الناصر ذياب الجراح	ممتحناً خارجياً
د. توفيق عبد المنعم	ممتحناً داخلياً

الختم

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على مدى فاعلية برنامج العلاج باللعب لخفض مستوى القلق والتعلق غير الآمن لدى عينة من الأطفال المصابين باضطراب الخرس الانتقائي، كما هدفت الى التعرف على درجة مستوى الخرس الانتقائي لدى افراد العينة، وتشخيص نوع الخرس الانتقائي لدى افراد العينة في مستوى القلق والتعلق غير الآمن، كذلك هدفت الى التعرف على درجة التغيير في القلق والتعلق غير الامن بين الاختبار القبلي والبعدي لدى افراد العينة، كما هدفت الى التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستوى القلق والتعلق غير الآمن وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال داخل المدرسة، فقد استعانت الدراسة الحالية بالمنهج شبه التجريبي، اذ تكونت عينة الدراسة من خمسة عشر انثى، تتراوح أعمارهم بين (6-10) سنوات، يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي، تم استدعائهم الى مركز مساندة للطفل والاسرة في مملكة البحرين. استعانت الدراسة الحالية ببعض الأدوات منها: مقياس الخرس الانتقائي، مقياس القلق التفاعلي، مقياس التعلق غير الامن، البرنامج العلاجي باللعب والذي يحتوي على فنيات وتكنيكات العلاج النفسي باللعب كما يحتوي على بعض التدخلات التي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي. استغرقت مدة العلاج نحو (٤ أشهر)، وتوصلت نتائج الدراسة الى فاعلية جلسات البرنامج العلاجي في خفض مستوى القلق والتعلق غير الامن لدى افراد العينة والقدرة على الكلام في مختلف المواقف الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: الخرس الانتقائي – القلق- القلق التفاعلي - التعلق غير الآمن- العلاج باللعب.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ }

[سورة المجادلة - 11]

إهداء

الى والدي من مهد لي طريق العلم بعد الله..
الى والدتي من ذللت لي الصعاب بدعواتها الصالحة..
الى رفيق دربي من ألهمني وشجعني..
الى الدكتورة الفاضلة سهام الصويغ التي كان لها الفضل الكبير بعد توفيق من الله في تدريبي
وصقل مهاراتي في مجال العلاج النفسي والاسري وتزويدي بالعلم والمهارة والفنيات اللازمة.
شكراً من القلب الى كل القلوب البيضاء التي هيأت لي كل الظروف..
إليكم جميعاً أهدي هذا الجهد المتواضع.

شكر وتقدير

الحمد لله على تمام فضله وجميل احسانه، الحمد لله القائل في محكم كتابه (لئن شكرتم لأزيدنكم)،
والصلاة والسلام على أشرف خلقه سيدنا ونبينا محمد..

في البداية اشكر الله عز وجل الذي ساعدني على إتمام دراستي وتحمل المصاعب والتحديات في سبيل
ذلك، وبعد إتمام هذه الرسالة وابصارها النور، اود ان أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لكل من ساندني ودعمني
في رحلة اتمامها، واخص بالذكر استاذي الفاضل الدكتور محمد جاسم المطوع، الذي تفضل بالإشراف على
إتمام هذه الرسالة، حيث كان بحر العلم ونبع العلم والمعرفة.

كما أتقدم بالشكر والعرفان الى الأساتذة أعضاء هيئة التدريس في جامعة البحرين، أخص بالشكر
الدكتورة الفاضلة شيخة الجنيد رئيسة قسم علم النفس، التي ساعدت ويسرت كل أمور انجاز واكمال هذه
الرسالة، والدكتور الفاضل توفيق عبد المنعم رئيس الدراسات العليا والدكتور الفاضل أحمد سعد لتعاونهم
ودعمهم الدائم، والشكر موصول ايضاً الى كل أم كانت لها بصمة في هذه الرسالة. كذلك أخص بالشكر الدكتورة
سهام عبد الرحمن الصويغ التي لم تتوانى في تقديم الدعم اللازم لإتمام الرسالة، فلهم مني أسمى عبارات المحبة
والشكر والامتنان.

كما أتقدم بجزيل الشكر الى افراد عائلتي الكريمة، وأصدقائي، وزملائي في العمل الذين أكرموني
بالمساندة والدعاء.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم
ج	الملخص باللغة العربية
د	آية قرآنية
هـ	إهداء
و	شكر وتقدير
ز	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ي	قائمة الملاحق
	الفصل الأول: مدخل عام إلى الدراسة
2	المقدمة
3	مشكلة الدراسة
4	أسئلة الدراسة
5	أهداف الدراسة
5	أهمية الدراسة
6	حدود الدراسة
6	المصطلحات
	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
9	أولاً: الإطار النظري: مفهوم الخرس الانتقائي
13	الخرس الانتقائي في التاريخ
13	أسباب الخرس الانتقائي
14	معايير تشخيص الخرس الانتقائي
15	الخرس الانتقائي والبيئة التي يعيش فيها الطفل
16	النظريات المفسرة للخرس الانتقائي
20	مفهوم القلق
21	أنواع القلق عند الاطفال
22	أسباب القلق
22	أعراض القلق
23	اهم النظريات المفسرة للقلق
25	مفهوم اضطراب التعلق غير الامن
25	اعراض اضطراب التعلق غير الامن لدى الأطفال
26	النظريات المفسرة لاضطراب التعلق غير الامن
30	مفهوم اللعب
32	سمات اللعب
32	فوائد اللعب
33	وظائف اللعب
34	النظريات المفسرة للعب

35	مفهوم العلاج النفسي باللعب
35	خصائص العلاج النفسي باللعب
36	أساليب العلاج النفسي باللعب
37	وظائف العلاج النفسي باللعب
38	أنواع العلاج النفسي باللعب
40	حجرة اللعب في المراكز والعيادات النفسية
41	ثانياً: الدراسات السابقة
47	تعقيب على الدراسات السابقة
	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
50	منهج الدراسة
50	مجتمع الدراسة والعينة
52	أدوات الدراسة
54	إجراءات الدراسة
55	الأساليب الإحصائية المستخدمة
	الفصل الرابع: تفسير النتائج ومناقشتها
57	نتائج السؤال الأول
57	نتائج السؤال الثاني
58	مناقشة النتائج
60	الاستنتاجات الرئيسية
61	التوصيات
61	الدراسات المقترحة
	المراجع
62	العربية
65	الأجنبية
70	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	اسم الجدول	الصفحة
1	وصف العينة	51
2	دلالة الفروق بين المقياسيين القبلي والبعدي في مستوى القلق	57
3	دلالة الفروق بين المقياسيين القبلي والبعدي في مستوى التعلق غير الامن	58

قائمة الملاحق

الموضوع
ملحق (1) مقياس الخرس الانتقائي
ملحق (2) مقياس القلق
ملحق (3) مقياس التعلق غير الآمن
ملحق (4) البرنامج العلاجي
ملحق (5) الصور
ملحق (6) المحكمين
ملحق (7) ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

الفصل الأول

مدخل عام إلى الدراسة

- مقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أسئلة الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- حدود الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة:

يعتبر الخرس الانتقائي ظاهرة من الظواهر المهمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية عند الأطفال، إذ أن الطفل قد يستخدمه كحيلة لا شعورية من أجل رفض الموقف الذي يعيش فيه. وقد اتفقت الدراسات الحديثة في العقدين الأخيرين، ومن بينها التصنيف الخاص بجمعية الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association) على استخدام مصطلح "الصمت الاختياري" "selective mutism" بعد أن كان "الخرس الانتقائي" "elective mutism"، وهذا ما نجده في الكثير من الدراسات الحديثة (Barterian, 2015; Beideal & Bunnell, 2014; Beidel & Young, 2012).

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو في حياة الإنسان، كما أن للخبرات التي يمر بها الأطفال في هذه المرحلة دوراً مهماً في تشكيل شخصياتهم. إذ يمر الأطفال في مراحل حياتهم المختلفة بالكثير من المؤثرات التي تقودهم إلى مجموعة من التغيرات في الشخصية، منها ما هو إيجابي يساعد في بناء شخصية تتميز بالثقة والمرونة والثبات. كما يتعرض الأطفال في مراحل نموهم المختلفة إلى مجموعة من التحديات التي تخلق جواً من التوتر والارتباك مما يؤثر بشكل سلبي على كثير من جوانب نموهم وتطورهم، بحيث تظهر مجموعة من الأعراض النفسية التي تحتاج إلى الانتباه والرعاية والخضوع للتدخلات النفسية حتى يتمكن من التخلص منها، ومن بين هذه الاضطرابات ما يطلق عليه "الخرس الانتقائي"، وهو من أبرز الاضطرابات الناتجة عن التفاعل السلبي بين الطفل والبيئة التي يتواجد فيها كالمدرسة أو أماكن التجمع المتخلفة (Barterian, 2015; Barterian et al., 2018).

يُعد الخرس الانتقائي من الاضطرابات النفسية النادرة، ويتصف الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي برفض الكلام في المواقف الاجتماعية مثل المدرسة أو مع الغرباء بالرغم من قدرة الطفل المناسبة لعمره على الاستيعاب والكلام بطلاقة مع أسرته، ويتصف الأطفال المصابون بالخرس الانتقائي من قبل الأهل بأنهم قلقون، حساسون، وخجلون مع الغرباء، كما أنهم يظهرون عناداً وعصبية في المنزل (Barterian, 2015). وتظهر أعراض الاضطراب عادة في المرحلة التي تسبق المدرسة، إلا أن أغلب الحالات تحول للعلاج النفسي في المدرسة الابتدائية حين يصبح الاضطراب عائقاً أمام تقدم الطفل الأكاديمي، وحسب توصيف جمعية

الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association (2022) المتضمن في الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5 TR) فإن اضطراب الخرس الانتقائي يتضمن المعايير التشخيصية الآتية:

1. الفشل المستمر في الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث من المتوقع ان يتكلم الطفل فيها كالمدرسة مثلاً) بالرغم من القدرة على الكلام في مواقف أخرى.
2. عندما يؤثر الاضطراب على التحصيل التعليمي او التواصل الاجتماعي. أن يمضي على الاضطراب على الأقل شهر (لا يحتسب فيه الشهر الأول من دخول الطفل المدرسة).
3. ألا يكون سبب الفشل في الكلام متعلقاً بنقص المعرفة او الافتقار الى الالفة باللغة المطلوب التحدث بها في الموقف الاجتماعي.
4. لا يُعد الخرس الانتقائي ضمن اضطرابات التواصل (مثل اضطراب التأتأة) ولا يحدث في سياق اضطرابات النمو الشامل، او الفصام او الاضطرابات الذهانية الأخرى.

على الرغم من أن التعلق ظاهرة بيولوجية وان جميع الأطفال يولدون مزودين بالإمكانات النمائية الفطرية للتعلق، إلا أن انماط التعلق تتشكل اعتماداً على الخبرات المبكرة في حياة الطفل وكذلك طبيعة الرعاية ومدى الاستجابة لحاجات الأبناء وأساليب المعاملة مع الطفل، كما أن أنظمة الدماغ ومناطق الدماغ المسؤولة عن الانفعال لا تتطور بشكل سوي إلا إذا تعرض الطفل لبيئة غنية بالمثيرات الحسية وعلاقات اجتماعية آمنة خلال السنوات الأولى من حياة الطفل. كما يرى "بوبلي" أن الأطفال يولدون ولديهم حاجة للحب والأمن وإقامة علاقات حميمة وآمنة مع الأشخاص الذين يرعونهم ويمدونهم دوماً بمزيد من المساندة والتقبل فالتعلق حاجة أساسية لا يمكن إهمالها أو إهمال إشباعها والا اضطربت الشخصية وأعيق نموها (Bruce, 2018).

بناء على ما سبق تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على مدى فاعلية برنامج العلاج باللعب لخفض مستوى القلق التفاعلي والتعلق غير الآمن لدى عينة من الأطفال المصابين باضطراب الخرس الانتقائي.

مشكلة الدراسة:

لم يحظ الخرس الانتقائي بالاهتمام المطلوب على الرغم من وجوده في المجتمع العربي وتأثيره السلبي على الأطفال، وقد ساهم في ذلك غياب معرفة الأهل والمربين لهذا الاضطراب وخطئه بالقلق التفاعلي، وعدم

توافر الجهود في الأدبيات العربية لدراسة اضطراب الخرس الانتقائي بالطريقة الملائمة والكم الكافي لتحديد معالمه في داخل مجتمعاتنا، ومن هنا تأتي هذه الدراسة محاولة لسد جزء ولو بسيط من الثغرات سابقة الذكر، كما أن فكرة البحث قد نشأت من ملاحظة الباحثة للواقع في سوء تقدير وتشخيص حالات الخرس الانتقائي من قبل المرشدين بالشكل الصحيح. لذلك فقد قررت الباحثة إجراء هذه الدراسة للتعرف على الخرس الانتقائي وتحديد أعراضه (القلق، التعلق غير الآمن) وكيفية تخفيض مستواها لدى بعض الحالات وكيف يمكننا وضع خطة علاج مناسبة له. كما تبين بعض الدراسات بان الخرس الانتقائي للأطفال يوصف بان الطفل يكون في حالة قلق، وحساسية للمواقف الاجتماعية وخجول بشكل غير طبيعي او مبالغ فيه عند تواجد الغرباء عليه مثل المعلم، الجار (Emil 2010; Jennings & Holmwood, 2021).

كما تشير الدراسات الحديثة إلى أن نسبة حدوث الخرس الانتقائي لدى طلاب المرحلة الابتدائية المبكرة تتراوح بين (0.7 إلى 2%)، ولكن بسبب نقص المعرفة بالاضطراب فإن العديد من الباحثين يتفقون على أن معدلات الانتشار هذه قد تكون ممثلة تمثيلاً ناقصاً (Cunningham, McHolm & Boyle, 2006). كما أفاد الباحثين الى أن الخرس الانتقائي يحدث بشكل متكرر أكثر بين الاناث من الذكور (Cohen & Chavira, 2003; Dittmann, McNulty, Ross, & Burgess, 2006). وانه عادةً ما تظهر أعراض الخرس الانتقائي في سن الثالثة، لكن في الغالب لا يتم تحديده حتى يدخل الطفل المدرسة ويتم ملاحظة عدم التحدث لدى الطفل بشكل واضح ضمن البيئات المدرسية، اذ أن الدخول إلى البيئة المدرسية هو مؤشر بارز ونهائي للأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي (Cunningham, McHolm & Boyle, 2006; Cohen & Chavira, 2006; Sharkey & McNicholas, 2008).

أسئلة الدراسة:

- ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي باللعب لخفض مستوى القلق لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي في ضوء الاختبار القبلي والبعدي لدى افراد العينة؟
- ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي باللعب لخفض مستوى التعلق غير الآمن لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي في ضوء الاختبار القبلي والبعدي لدى افراد العينة؟

أهداف الدراسة:

- الكشف عن كيفية خفض مستوى القلق لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي.
- الكشف عن كيفية خفض مستوى التعلق غير الآمن لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي.
- تصميم برنامج العلاج باللعب لمساعدة أفراد العينة لخفض مستوى القلق والتعلق غير الآمن.
- التعرف على درجة التغير في القلق والتعلق غير الآمن بين الاختبار القبلي والبعدي لدى أفراد العينة.
- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج في خفض مستوى القلق والتعلق غير الآمن وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي للأطفال داخل المدرسة.
- التوصل إلى توصيات ومقترحات للعاملين والمتخصصين.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

- تكمن أهمية الدراسة في كونها تطرح موضوعاً جديداً في الساحة العلمية العربية فيما يتعلق بعلم النفس وهو اضطراب الخرس الانتقائي.
1. نقص الاهتمام على المستوى المحلي باضطراب الخرس الانتقائي وعدم القدرة على ادراكه بطريقة صحيحة حسب علم الباحثة.
 2. اثرء المكتبة العربية بالأدب النظري لاضطراب الخرس الانتقائي من حيث أعراضه وطرق علاجه.
 3. تزويد المكتبة العربية النفسية والعيادات السلوكية ببرنامج قائم على بعض فنيات النظرية المعرفية- السلوكية وفنيات العلاج النفسي باللعب.

الأهمية العملية:

1. تزويد المرشدين والتربويين بأساليب التعرف المبكر على طلبة اضطراب الخرس الانتقائي وأساليب التدخل العلاجي.
2. تطبيق الفنيات من خلال اللعب حيث يتناول أدوات ووسائل مبتكرة لخفض درجة اضطراب الخرس الانتقائي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال.
3. توضيح أهمية استخدام أسلوب اللعب في تعليم الطفل بدلاً من الطرق والأساليب الروتينية في التعامل معهم.

حدود الدراسة:

تحددت الدراسة الحالية بالحدود التالية:

الحدود الجغرافية: اقتصرَت الدراسة على مملكة البحرين.

الحدود الزمنية: تم تطبيق الدراسة في الفصل الدراسي الثاني (2022-2023).

الحدود البشرية: عينة من (15) طفلة في مملكة البحرين.

الحدود الموضوعية: عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي.

مصطلحات الدراسة:

• الخرس الانتقائي (Elective Mutism): يعرف الخرس الانتقائي بحسب الدليل التشخيصي

والاحصائي للاضطرابات العقلية في الطبعة الخامسة DSM-5 على أنه "اضطراب يحدث في مرحلة

الطفولة المبكرة، ويتسم بفشل ثابت في التحدث في المواقف الاجتماعية التي يتوقع فيها التحدث (على

سبيل المثال، المدرسة)؛ على الرغم من أن الفرد يتحدث بطلاقة في مواقف أخرى (مثل المنزل)

(American Psychiatric Association 2013).

التعريف الاجرائي للخرس الانتقائي: هو التقديرات التي تضعها الأمهات عند الإجابة على مقياس

الخرس الانتقائي.

• القلق: هو اضطراب يمتلك الانسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج،

والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب ومضطرباً. كما ان الشخص القلق

يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً عاجزاً عن البت في الأمور ويفقد القدرة على التركيز (Freud, 1938, in: Pokorski & Franckowiak, 2018, 104).

التعريف الاجرائي: هو التقديرات التي تضعها الامهات عند الإجابة على مقياس القلق.

• القلق عند الأطفال: هو شعور إنساني طبيعي يشعر به الكثير من الأطفال عند مواجهة المشاكل، أو قبل

إجراء اختبار، أو اتخاذ قرار مهم، ومع ذلك فإن اضطرابات القلق تكون مختلفة، ويمكن أن تسبب

مشكلة وتتعارض مع قدرة الطفل على عيش حياة طبيعية، فاضطراب القلق هو مرض نفسي مهم،

ويستجيب المصابون بهذا الاضطراب لأشياء أو مواقف معينة بالخوف والرغبة، وتظهر عليهم علامات

القلق الجسدية مثل: زيادة ضربات القلب، والتعرق (Freud, 1938, in: Pokorski & Franckowiak, 2018, 104).

● القلق التفاعلي: يشمل القلق التفاعلي مستويات عالية من القلق والخوف وتجنب المواقف التفاعلية بسبب الشعور بالإحراج والقلق من أن يُصدر الآخرون حكماً عليهم أو ينظروا إليهم بشكل سلبي (الجزائري، 2004).

التعريف الاجرائي: هو التقديرات التي تضعها الامهات عند الإجابة على مقياس القلق التفاعلي.

● البرنامج العلاجي (Therapeutic Program): عبارة عن أنشطة مخططة ومنظمة تعتمد على فنيات تعديل السلوك بهدف القدرة على التعبير والتنفيس وخفض مستوى القلق والتعلق غير الامن لدى الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي والذي يشمل المظاهر السلوكية والاجتماعية ويتم ذلك خلال فترة زمنية محددة (عبد المنعم وآخرون، 2016).

● العلاج النفسي باللعب (Play Psychotherapy): تعرف الجمعية الأمريكية للعلاج باللعب بأنه الاستخدام المنظم للعب لإقامة علاقة بين شخصية، في حين يوظف المعالج القدرة العلاجية للعب لمساعدة الطفل على التعامل مع التحديات الحالية التي تواجهه، والوقاية من مشكلات مستقبلية، لتحقيق نمو طبيعي في المظاهر النمائية كافة.

● التعلق غير الامن (In-Secure attachment): هو أحد أنماط العلاقة السلبية التي تنشأ بين الطفل والوالدين، او مقدمي الرعاية بشكل عام، والتي يفشل فيها الطفل في إظهار الثقة اتجاه مقدمي الرعاية، ويظهر أحياناً الضيق في غيابهم (VandenBos, 2013).

التعريف الاجرائي: هو التقديرات التي تضعها الامهات عند الإجابة على فقرات مقياس التعلق غير الامن.

● اللعب (Playing): اللعب هو النشاط الحركي الذي يعمل على نمو الفرد العقلي، فاللعب والنشاط الذي يقوم على الحركة والتمثيل الرمزي والتمثيل الخيالي والتصور الذهني والرسم يعتبر عملية اساسية لنمو العقل والذكاء عند الاطفال.

التعريف الاجرائي: هو نشاط لتعليم الطفل وتطوير قدراته ومهاراته، فهو نشاط طبيعي يمثل عمل الطفل ويمارسه في معظم أوقاته فيكسبه الكثير من الخبرات والمهارات من خلال التجريب والبحث والاكتشاف، كما يحقق الطفل من خلاله المتعة والتعلم معاً.

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري:

- مفهوم الخرس الانتقائي.
 - أسباب الخرس الانتقائي.
 - معايير تشخيص الخرس الانتقائي.
 - النظريات المفسرة للصمت الاختياري.
 - مفهوم القلق.
 - أنواع القلق.
 - أسباب القلق.
 - اعراض القلق.
 - علامات القلق.
 - النظريات المفسرة للقلق.
 - مفهوم اضطراب التعلق غير الامن.
 - مظاهر اضطراب التعلق غير الامن.
 - اعراض اضطراب التعلق غير الامن.
 - النظريات المفسرة لاضطراب التعلق غير الامن.
 - مفهوم اللعب.
 - النظريات المفسرة للعب.
 - أساليب العلاج النفسي باللعب.
- ### ثانياً: الدراسات السابقة:
- تعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإطار النظري للدراسة، حيث يتناول مفهوم الخرس الانتقائي وخصائصه. كما يتناول القلق، أنواعه، النظريات المفسرة للقلق. كذلك يتناول مفهوم القلق، أنواعه، مظاهره، خصائصه، والنظريات المفسرة له. كما يتناول مفهوم اللعب، سماته، فوائده، ووظائفه، كما يتناول مفهوم العلاج باللعب، ووظائفه، والتطور التاريخي للعلاج باللعب كأسلوب تدخل علاجي مع الأطفال.

أولاً: الإطار النظري:

يتناول الإطار النظري عدداً من المفاهيم المتعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية، بالإضافة الى بعض النظريات المفسرة لتلك المتغيرات.

• الخرس الانتقائي:

مفهوم الخرس الانتقائي:

بحسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5, 2013) هو عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة رغم الكلام في مواقف أخرى، كما ان الاضطراب يتداخل مع الإنجازات التعليمية او المهنية او في التواصل الاجتماعي. كما ان مدة الاضطراب هي شهر على الأقل (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة). لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة والإحساس بالراحة معها وهو الامر المطلوب في الموقف الاجتماعي. ولا يفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصل (مثل اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي) ولا يحدث حصراً في سياق اضطراب طيف التوحد او فصام او اضطراب ذهاني آخر.

فقد ورد مفهوم الخرس الانتقائي في DSM-5 (2013) مختلفاً في بعض النواحي عن مفهومه في (DSM-IV-TR, 1994)، فقد كان الاختلاف في ان التصنيف الخامس اعتبر الخرس الانتقائي جزء من القلق، اذ يتصف جميع الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي بالقلق والحذر الشديد مما حولهم، كما صنفته الجمعية الامريكية للأطباء النفسيين الخرس الانتقائي في التصنيف الخامس على انه اضطراب يحدث منذ سن الرضاعة وفي فترة الطفولة أو المراهقة. ولكن معايير التشخيص الخاصة بالخرس الانتقائي لم تختلف عن التصنيف الرابع، وهو ما سوف تطرأ اليه الباحثة فيما يلي من الدراسة الحالية.

تعرف الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (American Psychiatric Association, 2000) هذا المصطلح بأنه "الفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية محددة على سبيل المثال (في المدرسة، مع زملاء اللعب) حيث يكون التحدث متوقعًا، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى، وتصاحبه العلامات التالية: - فشل الطفل في الكلام بحيث قد يبدو غير قادر على السمع والتحدث - الخجل الزائد (excessive shyness) - الميل إلى العزلة وسيطرة المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي ((Social Anxiety, (SA). (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2000، ص 125).

كما يمكننا ان نلاحظ تطوراً واضحاً في مفهوم الخرس الانتقائي بحسب تصنيف الجمعية الامريكية للأطباء النفسيين، أولاً من حيث التسمية، ثانياً من حيث تحديد المفهوم والوصف، وذلك في الفترة ما بين عام 1980 حتى عام 2013، والجدول التالي يوضح ذلك:

اصدار DSM	التسمية التشخيصية	معايير التشخيص الاساسية
الثالث DSM-) 1980(III	الصمت الانتقائي	-استمرار رفض الحديث في اغلب المواقف الاجتماعية .
الثالث DSM-III-) 1987(TR	الصمت الانتقائي	-رفض الحديث في موقف او أكثر من المواقف الاجتماعية. -رفض الكلام غير مرتبط بأعراض الرهاب الاجتماعي .
الرابع DSM-) 1994(IV الرابع DSM-IV-) 2000(TR	الصمت الاختياري	-استمرار الفشل في التحدث في مواقف اجتماعية معينة. -لا يجب ان يكون الفشل في الكلام نتيجة لعدم القدرة على فهم اللغة او قصور في المعرفة او خلل وظيفي للنطق.
الخامس-(DSM 2013 (VI	الصمت الاختياري	انضم الخرس الانتقائي ضمن اضطرابات القلق وخضع لنفس الاعراض التشخيصية السابقة مع التأكيد على وجود اعراض القلق على الأطفال المصابين به.

ونلاحظ من الجدول السابق اختلاف المسمى الاصطلاحي للاضطراب ما بين الخرس الانتقائي (Elective Mutism) والصمت الاختياري (Selective Mutism)، حيث نلاحظ البدء في استعمال المصطلح الحديث بعد عام (1994)، بشرط عدم وجود أي قصور معرفي او وظيفي لدى الطفل المصاب به، وفي الدليل التشخيصي الخامس الصادر عام (2013)، تم تصنيف الخرس الانتقائي ضمن دائرة القلق، بوصفه

أحد الاضطرابات المتعلقة به. كما ميّز هذا التصنيف بين اعراض الخرس الانتقائي واعراض مشاكل التواصل بأن سبب عدم قدرة الطفل على التواصل لا تعود الى مشكلات صحية او مشكلات في النطق، كما ميّز بين اعراض الخرس الانتقائي واعراض الاضطرابات المصاحبة له، مثل الخوف والخجل، والتي ليست بالضرورة ان تصاحبه بل يمكن ان تكون وحدها، ولكنها في غالب الامر موجودة لدى الأطفال المصابين باضطراب الخرس الانتقائي (American Psychiatric Association, 2013).

يرى (Beidel & Bunnell, 2014) ان اضطراب الخرس الانتقائي (Elective Mutism Disorder): هو أحد اضطرابات القلق والذي يتسم بالفشل المستمر في التحدث في سياقات محددة مثل المدرسة بالرغم من التحدث على نحو طبيعي في سياقات أخرى مثل المنزل.

يعرّف (Cunningham & McHolm & Boyle 2008) الخرس الانتقائي بأنه فشل الطفل في التحدث في ظروف معينة، بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى، وهذا ما اتفقت عليه المفاهيم والتعريفات التي تم العثور عليها في الدراسات العربية والأجنبية، وكذلك في المراجع المختلفة، اذ اعتبره البعض شكل من اشكال القلق الاجتماعي، بحيث يتفاعل الطفل بشكل طبيعي في المنزل، ولكن لا يكون تفاعله على ما يرام في الأماكن الأخرى كالمدرسة أو النادي (شيتون، 2020؛ Galloway, 2008) وهو ما اكدت عليه الجمعية الامريكية للأطباء النفسيين (American Psychiatric Association, 2013). ويرى كل من (Keller & Bergman, 2008) الخرس الانتقائي على انه اضطراب في سلوك الطفل ينتج عنه الفشل في الحديث في مواقف اجتماعية محددة.

كما تعرفه (Blum, 2018) بأنه اضطراب قلق معقد يحدث في مرحلة الطفولة يتسم بعدم قدرة الطفل على الكلام والتواصل بشكل فعال في وضعيات اجتماعية مختارة.

ويمكن للباحثة ان تخرج مما سبق بتعريف شامل يتناسب مع خصائص الخرس الانتقائي، وهو ان الخرس الانتقائي عبارة عن فشل الطفل في الحديث في مواقف اجتماعية محددة، وقدرته في الحديث في مواقف أخرى مألوفة، بحيث يكون هذا الفشل غير ناتج عن خلل وظيفي في النطق ولا نقص معرفي في اللغة.

الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي: هم الأطفال الذين غالبًا ما ينخرطون ويتفاعلون ويتواصلون لفظيًا في محيط مريح، مثل المنزل أو مع أقران موثوق بهم. هؤلاء الأطفال قادرون على التحدث وفهم لغتهم الأم. ومع ذلك، عندما يتم وضعهم في بيئات اجتماعية منظمة مثل المدرسة، فإنهم يكونون صامتين ومنعزلين اجتماعيًا (American Psychiatric Association, 1994, 2000, 2013).

ونظراً لإمكانية ان يكون الخرس الانتقائي مشكلة نمائية يستطيع الطفل التغلب عليها خلال تطور نموه الطبيعي. يذكر (Powell & Dailley, 1995) ان من الضروري التأكد من وجود الاضطراب من خلال القيام بمجموعة من الاحترازات لتحديد الاضطراب. ومن ثم معالجته ويقترح الباحثان نموذجاً من أربع خطوات يتضمن الاتي:

1. تحديد عمر الطفل والمدة الزمنية واستمرارية حدوثه في مواقع اجتماعية مختلفة ومدى تأثيره على الطفل.

2. معرفة إذا كان اضطراب الخرس الانتقائي مرحلياً ام ثابتاً، ويمكن اعتباره مرحلياً إذا كان الطفل أصغر من خمس سنوات، ومدة ظهور الاضطراب تقل عن ست شهور، بالإضافة الى كونه غير ثابت ويظهر في موقع اجتماعي واحد فقط. اما إذا تعدى عمر الطفل الخمس سنوات ومضى على وجود الاضطراب أكثر من ستة شهور وهو يحدث بصورة ثابتة ومستمرة وفي مواقع اجتماعية عدة، فيمكن اعتباره اضطراباً يتطلب العلاج النفسي.

3. تقييم الحالة ويتضمن الاتي:

أ. الفحص الطبي

ب. فحص مستوى لغة الطفل وقدرته على الكلام من خلال الاستماع الى تسجيل صوتي للطفل.

ج. لتشخيص النفسي الذي يمكن ان يشمل قياس النمو العقلي والعاطفي والسلوكي.

د. ملاحظة الطفل في المدرسة والمنزل.

هـ. إجراء المقابلات الشخصية مع والدي الطفل ومعلماته ومعلميه.

4. العلاج والتدخل ويتضمن ما يلي:

أ. توضيح اضطراب الخرس الانتقائي للوالدين والمعلمين.

ب. استخدام نموذج العلاج النفسي المناسب للطفل.

هـ. الاجتماعات مع الوالدين والمعلمين للاستشارات ومتابعة تطور الطفل.

يمكن أن يوفر العلاج النفسي باللعب بيئة آمنة يتم فيها إنشاء علاقة الإرشاد الآمنة بين الطفل والمعالج دون الضغط على الطفل للتحدث. وفي أثناء وصف فوائد استخدام العلاج النفسي مع الأطفال القلقين، أن العلاج الفعال لاضطرابات القلق مثل الخرس الانتقائي لن ينجح حتى يتم بناء علاقة ثقة وأمان بين المعالج والطفل. كما يوفر العلاج بالفرن للطفل طريقة غير لفظية للتعبير عن مشاعره ومخاوفه، كما أن العلاج بالفرن يوفر "نقطة انطلاق للتواصل اللفظي" (Crenshaw, 2014). في حين أن التدخلات تزود المعالج بفرصة لبناء علاقة

وخلق بيئة آمنة وجذابة للطفل. كما تشير الأبحاث الى ان العلاج النفسي باللعب يعتبر أحد طرق العلاج الفعالة، ويشير الادب النفسي الى ان العلاج باللعب الفردي مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (5-10) سنوات كان فعالاً في تعزيز قدرة الأطفال على الكلام في غرفة اللعب ثم تعميم الكلام في المواقف الاجتماعية الأخرى مثل المدرسة والنادي وغيرها (Crenshaw, 2014).

الخرس الانتقائي في التاريخ:

وصف الاخصائي النفسي (Adolf Kussmaul, 1877) في القرن التاسع عشر اضطراباً لدى الأطفال بحيث لا يتكلمون في بعض الحالات بالرغم من وجود قدرة على الكلام لديهم، و يؤكد بذلك ان الامتناع عن الكلام ارادي وليس بسبب وجود خلل في النطق او وجود مشكلة صحية أخرى. كما ان الاعراض ظهرت مره أخرى في عام 1934 واطلق عليها ترامر (Tramer) اسم "البكم الاختياري" اذ ان هؤلاء الأطفال يختارون بأن لا يتحدثون ، وفي عام ١٩٦١ قام (Leonard) بدراسة عشرين حالة تعاني من " الخرس الاختياري" كما كان يسمى في ذلك الوقت، وفي عام (1984) بإعادة دراسة هذه الظاهرة على عينة من الأطفال بعد مرورهم بخبرات مؤلمة رفضوا بعدها الكلام، اذ اعتبرت وقتها ان الأطفال يلجؤون للصمت كحيلة لا شعورية لعدم رضاهم عن شيء ما (in:Mulligan, 2012).

أظهرت التقارير الطبية في العيادات النفسية أن الخجل والقلق والخوف والتعلق والحساسية هي الصفات البارزة في الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي، وفي المقابل أظهرت بعض التقارير التي تصفهم بالعدوانية والعند والغضب والمعارضة والسيطرة (Mulligan, 2012)، وهذا ما يسبب الإشكالية والصعوبة في تحديد صفات الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، فعدم وجود صفات موحدة بينهم تؤدي إلى صعوبة تحديد مدى وجود الاضطراب من عدمه، وبالتالي فإنه لا بد من التعمق أكثر في دراسة حالة الطفل، من أجل تحديد المواقف والأماكن التي يلجأ فيها إلى الصمت .

أسباب الخرس الانتقائي:

لا تزال أسباب الخرس الانتقائي ليست معروفة بشكل واضح، ولكن من خلال البحث والاطلاع، نرى ان الحماية المفرطة من الوالدين في رعاية الطفل تصنف كأحد أسباب هذا الاضطراب، ايضاً إصابة الطفل بمرض ما، ودخوله الى المستشفى وبقائه لفترة معينة، كذلك يمكن ان يحدث الخرس الانتقائي نتيجة التعرض لصدمة، او الانفصال عن الام قبل بلوغ الثلاث سنوات، كذلك الشعور بالعجز عن التعبير الصحيح

في موقف يشعر فيه الطفل بالضغط النفسي (سليمان، 2001؛ الشربيني، 2000؛ Cengher et al., 2021؛ Cunningham et al., 2006).

كما قد يعزو البعض العوامل الوراثية كأحد أسباب الإصابة باضطراب الخرس الانتقائي، لكن لابد ان نشير الى ان الدراسات العلمية لم تؤكد على العامل الوراثي في هذا الاضطراب، ولكن تشير الدراسات التي أجريت على مرضى القلق الاجتماعي بأن معظم أطفالهم يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي (Koskela et al., 2020; Stein et al., 2010).

وترى الباحثة ان الخرس الانتقائي يقع نتيجة لشعور الطفل بالعجز وعدم القدرة على مواجهة موقف معين، فيلجأ الطفل الى الصمت ليتخلص من وطأة الشعور.

معايير تشخيص الخرس الانتقائي:

من العناصر الأساسية عند تشخيص الخرس الانتقائي هو الفشل في الكلام في مواقف يتطلب فيها الكلام كالمدرسة، وبالرغم من أن الطفل يتكلم بشكل طبيعي في أوضاع أخرى كالبيت مثلاً. مع العلم بأنه لا توجد فحوصات مخبرية أو إشعاعية لتشخيص هذا الصمت، ويراعى للتشخيص الدقيق لهذه الحالة ان لا يكون الصمت نتيجة عدم شعور الطفل بالراحة مع اللغة السائدة في المكان الذي يصمت فيه، وأن لا يكون الصمت بسبب اضطرابات في النطق كالتأتأة أو الفصام أو اضطرابات النمو كالتوحد. وبناء على ذلك؛ يقع الدور الأكبر في اكتشاف هذه المشكلة على عاتق المعلمين والمربين في المدرسة. اذ يشترك أولياء الأمور والمعلمون والمربون داخل المدرسة في عناصر العلاج، وتتعدد أساليب تشخيص الخرس الانتقائي ومعايره، تماماً كما تتعدد الأسباب، وطريقة التشخيص مرتبطة إلى حد كبير بالسبب، لأنه من الضروري فهم الأسباب التي تؤدي إلى امتناع الطفل عن الكلام، والتزام مجموعة من الاعتبارات والمعايير التي تفرق بين الخرس الانتقائي وغيره من الاضطرابات النطقية والكلامية (American Psychiatric Association, 2013; Cengher, Clayborne, Crouch & O'Conner, 2021; Fisak, 2020).

فقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5) للاضطرابات الذهنية أربعة معايير يمكن من خلالها تشخيص الطفل بأنه يعاني من اضطراب الخرس الانتقائي، وهي على النحو الآتي (American Psychiatric Association, 2013):

1. الفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية محددة (والذي يتوقع التحدث فيها مثل المدرسة) بالرغم من القدرة على التحدث في مواقف أخرى.

2. يعيق هذا الاضطراب الإنجاز التعليمي أو المهني أو التواصل الاجتماعي. •المدة الزمنية لهذا الاضطراب هو شهر واحد على الأقل (لا تقتصر على الشهر الأول من المدرسة).

3. الفشل في التحدث ليس بسبب انعدام في معرفة اللغة المحكية المطلوبة في الموقف الاجتماعي.

4. هذا الاضطراب لا يعتبر اضطرابا في التواصل مثل التأتأة ولا ينحصر حدوثه خلال مسار اضطراب النمو المتقشي مثل الانفصام في الشخصية أو أي اضطراب ذهاني آخر.

يمكننا مما سبق ملاحظة ان معايير تشخيص الخرس الانتقائي لا يجب ان تكون ناتجة عن أي خلل في النطق او الكلام، فالطفل قادر على الكلام في مواقف مختلفة، لكنه يمتنع عنه بإرادته ضمن مواقف وظروف معينة، من اجل تقادي بعض الأشخاص او المواقف. فالخرس الانتقائي يجب ان يحدث في موقف اجتماعي، ولا يمكن ان يحدث وحده، اذ ان لا علاقة له باضطرابات النطق، لذلك على من يشخصه ان يدرس قدرة الطفل على النطق والكلام بعناية، والبيئة التي يعيش فيها، وطريقة المعاملة التي يتلقاها الطفل في مختلف المواقف الاجتماعية من اجل تحديد ما ان كان الطفل غير قادر على الكلام في الوضع الطبيعي، او ان الامتناع عن الكلام يحدث في مواقف محددة.

الخرس الانتقائي والبيئة التي يعيش فيها الطفل:

للبيئة التي يعيش فيها الطفل الأثر الكبير على مستوى تفاعله مع من حوله، ومع الاحداث والمواقف المختلفة، ولذلك فإن طبيعة ردة فعل الطفل ترتبط بشكل كبير بالمتغيرات الموجودة حوله، كما ان لظهور الاضطرابات النفسية المختلفة ارتباط وثيق بالمتغيرات من حوله. ولذلك من الضروري النظر الى البيئة كعامل مهم عند تشخيص الخرس الانتقائي من خلال دراسة خصائص البيئة وكيفية تفاعل الطفل معها. فعلى سبيل المثال فإن الضغط الاسري وعدم الشعور بالاستقرار داخل البيت من العوامل المؤثرة في الخرس الانتقائي. فعلى سبيل المثال الطفل الذي يعاني من الخرس الانتقائي ولديه الكثير من التغيرات والتقلبات في المنزل، فإن ذلك يؤثر على مستوى الخرس الانتقائي لديه، بسبب ان تلك الاسرة تعاني من عدم السيطرة على طبيعة الحياة داخلها مما يؤثر على عدم قدرتهم على التحكم بالنواحي المختلفة للأبناء (Kristensen, 2000; Kessler, 1988; Keville, Zomati, Shahid, Osborne, & Ludlow, 2023).

وعلى سبيل المثال عندما تنتقل الاسرة من بلد الى بلد آخر، يرفض بعض الأطفال التحدث الى الغرباء في بداية الامر، بسبب عدم معرفتهم لهم، ونقص المعرفة باللغة المنطوقة في تلك البلد، ففي هذه الحالة لا يتم

اعتبارهم في خانة اضطراب الخرس الانتقائي، اما إذا استمر رفض هؤلاء الأطفال الكلام لمدة تزيد عن شهر بالرغم من معرفتهم الجيدة باللغة المطوقة والافراد، فإن ذلك يعتبر ضمن اضطراب الخرس الانتقائي، وفي هذه الحالة يستدعي الامر الى ان يكون هناك نوعان من التشخيص؛ وهما تشخيص الفارق، وتشخيص الاعراض (Brody, 2016; Hou & Major, 2016; Starke, 2018; Reitman, Reitman & Xu, 2024).

النظريات المفسرة للخرس الانتقائي:

يعتبر (Tramer, 1934) اول من أطلق مصطلح (الخرس الانتقائي) على مجموعة صغيرة من الاطفال الذين لا يتحدثون الا مع الاشخاص المقربين جدا منهم ويرفضون الحديث مع الاشخاص الغرباء. وجاء من بعده (in:Sluken and Jehu, 1969) وسموه الصمت التطوعي او الاحتباس الكلامي التطوعي المرادف للخرس الانتقائي، ويعتبر بعض الباحثين الخرس الانتقائي شكل من اشكال الرهاب الاجتماعي، وبالتالي لا يصنف كمرض نفسي مستقل، بل يندرج ضمن اشكال الرهاب الاجتماعي، والبعض الاخر يعتبره نوعا من انواع الحاجات الخاصة، وبالتالي يتم تصنيف الطفل الصامت اختيارياً ضمن تلك الفئة (الذهبي، 2017، ص381).

تباينت النظريات المفسرة لأسباب الخرس الانتقائي على نطاق واسع، وغالباً ما تعكس وجهات النظر السائدة لفترة تاريخية معينة، اذ ان الخرس الانتقائي كان له في الأصل تصور من منظور التحليل النفسي الذي يفترض ان سبب هذا الاضطراب يعود الى مشاكل تتمثل في الامومة والابوة، وعصبية الاسرة (Cohan, Chavira 2015; Muris & Ollendick, 2006; Stein, 2006). كما ان هناك العديد من النظريات المفسرة للخرس الانتقائي كما أوردها (Wong, 2010, Kearney & Rede, 2021):

1 - نظرية الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي (Theory of Social Phobia and Social Anxiety):

تم تفسير الخرس الانتقائي ضمن سياق الرهاب الاجتماعي وهو عبارة عن نوع من الرهاب الاجتماعي يتميز بالقلق الاجتماعي المبالغ به وان البالغين الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يسجلون نسب ودرجات كبيرة من تفادي وتجنب التحدث والكلام علناً مع اظهار السلوكيات المتوافقة مع الخرس الانتقائي في مرحلة الطفولة، وحسب هذه النظرية يكون الرفض المستمر للكلام عبارة عن أحد اعراض القلق، وبهذا فان الخرس الانتقائي ينتمي الى طيف الكلام والكبت واضطرابات القلق الاجتماعي في مرحلة الطفولة.

2 - نظرية الأنساق العائمة (Theory of Floating Systems):

ان هذه النظرية تستند على الملاحظة التي تؤكد بان العديد من الاطفال يعانون من علاقات عصابية مع ابائهم ، وبشكل عام يظهر الاباء حاجة مفرطة للسيطرة على ابنائهم والمتزامنة مع الاعتمادية والازدواجية وبالنتيجة سيظهر الاطفال تعلق شديد وغير صحي يتميز بالاعتمادية المتبادلة المتطرفة والخوف وعدم اظهار الثقة بالعالم الخارجي والخوف من الغرباء ، وصعوبات في اللغة والاستيعاب مع كبت الكلام، وبالواقع يلعب كل من الأسلوب الابوي وطبيعته (علاقة الوالد – الطفل) دورا في العديد من السلوكيات المكبوتة والقلقة في مرحلة الطفولة ومنها الخرس الانتقائي ولقد تم الاثبات بان الاعتمادية المفرطة ترتبط بتطوير الخرس الانتقائي، وان علاقة الوالد – الطفل غير الطبيعية تسفر عن المفهوم الخاطئ وهو ان الطفل يحتاج الوالد لمواصلة الحياة وبذلك تعمل حالة غياب الوالد على تحفيز الرهاب الشديد والذي يتجلى في الصمت وتمتد جذور هذه النظرية في الكبت السلوكي وهي سمة تعمل على وصف ميل الطفل في الانسحاب والبحث عن الوالد مع كبت النطق والكلام عند المواجهة مع الافراد والاحداث غير المألوفة ويمكن ان تتطور حالة تكرار الكبت السلوكي الى حالة تعود في تفادي المواقف الجديدة والمتمثلة في الانسحاب والصمت، والعلاج في هذه النظرية يشتمل على كافة افراد العائلة ويكمن هدف هذه المعالجة في مساعدة العائلة على المستوى التنظيمي والتعامل مع الاسرة كوحدة وتركز على تغيير الحوارات والتفاعلات داخل العائلة للتوجه نحو الطفل الذي يعاني من الخرس الانتقائي، واعتماد الوسائل الخاصة بتشجيع الآباء والارشاد والنمذجة امام الأطفال.

3 - نظرية الشخصية التفككية الفصامية (Theory of Dissociative Personality):

لقد تم البحث في الخرس الانتقائي ضمن سياق واضطراب الشخصية التفككية (الفصامية) فان الشخصيات المتعددة تحول دون قيام الاطفال بالتحدث مع الآخرين خوفا من ان يصبحوا مكشوفين لما يتمتعون به من شخصيات مختلفة وان هذه الحالات غير عادية، غير انها تكشف عن وجود افراد ظلوا صامتين بشكل اختياري لسنوات عدة وان العمر النموذجي لإظهار هذا السلوك يكون قبل الخامسة.

4 - نظرية الضغوط ما بعد الصدمة (Post-traumatic Stress Theory):

لقد تم التوصل الى ان اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) ذو الخصائص الفصامية عامل مهم للخرس الانتقائي وعلى الرغم من كونه تفسير غير عادي للخرس الانتقائي الا ان مختلف الحالات عن الاطفال الذين خاضوا تجارب الاساءة الشديدة والصدمية تتطابق مع تصنيف الخرس الانتقائي، وان معظم

الأطفال الذين يعانون من الأعراض التالية: أفكار استحواذية وسلوكيات صدمية واحلام مرتبطة بالصدمة واسترجاعات للماضي، كما يظهر هؤلاء الأطفال أيضاً أعراض تجنبية مثل أفكار ومشاعر التجنب المرتبطة بالصدمة والتي تقود نحو فقدان الذاكرة الاختياري، وضعف الاهتمام بالنشاطات وفقد المهارات التطورية المكتسبة مثل مهارات الاتصال. وإن الامتناع عن الكلام مع العالم الخارجي يكون عبارة عن آلية تعامل داخلية عند الطفل مع الحدث الصدمي، وفي مثل هذه الحالات يظهر الطفل بأنه منفصل بشكل غير ارادي كنتيجة للدفاع عن النفس وجود أعراض (PTSD) ذو الخصائص التفكيرية، وكبت الكلام وإظهار مشاعر محدودة والتي يتميز بها الأطفال ذوي الخرس الانتقائي.

5 - نظرية المرض النفسي التطورية (Evolutionary Theory of Psychopathology):

إن الفرضية الجديدة للخرس الانتقائي مستندة على نظرية علم المرض النفسي التطورية والتي تؤكد على أن المتغيرات المتعددة تتفاعل مع نزعات القلق عند الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي، كما تذكر هذه النظرية بأن الأطفال الذين يعانون من عيوب في النطق أو اللغة يكونون غير مدركين لتلك العيوب وعند دخولهم المدرسة سيواجهون المضايقات من الأطفال الآخرين الذين يتمتعون بمهارات اللغة المناسبة، وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من نزعات القلق، تعمل مضايقة الأطفال الآخرين لهم على تفعيل حالة التجنب وإظهار الصمت، كما توصلت هذه النظرية على كون سلوك التفادي أو التجنب المتمثل في الخرس الانتقائي عبارة عن سلوك تجنب بدلاً من كونه اضطراباً.

6 - نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):

تحتوي المفاهيم الرئيسية لنظرية التحليل النفسي المعتقدات التي تكون سبباً في الكثير من السلوكيات الناتجة عن دوافع اللاوعي، كما تركز نظرية التحليل النفسي بشكل كبير على تجارب الطفولة المبكرة التي تشكل سلوكيات الفرد وأفكاره ومعتقداته في المستقبل. وتؤكد نظرية التحليل النفسي على أهمية التعامل مع حالات الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي باعتبار كل طفل حالة فردية يجب أن يتم مراعاة تاريخ الحالة المرضية، إذ تهتم هذه النظرية بمحاولة فهم الأحداث الماضية في حياة الطفل والصراع بين الطفل المضطرب وإسرته (Freud, 1938, in: Pokorski & Franckowiak, 2018, 107). لذلك اهتمت هذه النظرية بالعلاج الاسري كأحد أهم الأساليب العلاجية، كما أنها اهتمت بالعلاج النفسي الفردي باللعب، كما أن نظرية التحليل النفسي تربط اضطراب الخرس الانتقائي بحدث مثير أو صدمة أدت إلى أن الطفل يصبح صامتاً، ومع ذلك فقد بينت بعض الأبحاث أن بعض الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي لم يكن

نتيجة لتعرضهم لصدمه سببت صمتهم (Murris & Ollendick, 2015). كما تنتظر النظرية النفسية الى الخرس الانتقائي على انه مظهر من مظاهر الصراع النفسي الذي يعاني منه الطفل، وتعتبر رفض الطفل للكلام ما هو الا وسيلة للتعامل مع الغضب، او الإحباط، او كرد فعل على حدث اليم والذي يطلق عليه القلق المكبوت، او الخوف من كشف الاسرار امام الآخرين (Kumpulainen, 2002;).

7 - النظرية السلوكية (Behavioral Theory):

تنتظر النظرية السلوكية الى اضطراب الخرس الانتقائي على انه تعلم للسلوك الذي يتطور ليصبح اما للهروب من القلق الاجتماعي او وسيلة لجذب انتباه الآخرين (Cohan, Chavira & Stein, 2006). كما يوجد اعتقاد راسخ لدى النظرية السلوكية بأن الافراد نتاج لسلوكياتهم، وانه يمكن اكتساب السلوكيات وعدم اكتسابها من خلال التعزيز الإيجابي والسلبي (McLeod, 2013; Busse & Downey, 2011).

8 - نظرية تنظيم الانفعالات (Emotional Regulation Theory):

تركز نظرية تنظيم الانفعالات او العواطف على توفير العاطفة المناسبة في الظروف المناسبة (Cole, 1994). وتركز ايضا على كيفية تأثير الأفراد على المشاعر التي لديهم، ومتى يشعرون بها، وكيف يتم اختبار هذه المشاعر والتعبير عنها. ومحاولتنا كيفية التحكم في استجاباتنا العاطفية لمواقف الحياة المختلفة. كما توضح نظرية تنظيم الانفعالات الى انه عندما يتعرض الفرد لحدث مؤثر للغاية على الدماغ، فإن ذلك يؤثر على نظام معالجة المعلومات ويجعله غير مكتمل بسبب المشاعر السلبية القوية، وعليه فإن ذلك يظهر على الفرد على شكل اضطرابات. ولهذه النظرية دوراً هاماً في التعبير عن سلوكيات الاطفال ذوو الخرس الانتقائي. فعلى سبيل المثال، أظهرت الأبحاث أن استخدام استراتيجيات تنظيم الانفعالات غير القادرة على التكيف يمكن أن تساهم في تطوير العديد من حالات الصحة العقلية، بما في ذلك القلق والخجل واضطراب الشخصية الحدية (Tamir, Vishkin & Gutentag, 2020).

وبعد استعراض هذه النظريات خلصت الباحثة الى النقاط التالية:

1. تفسر نظرية الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي الخرس الانتقائي بأنه نوع من أنواع الرهاب الاجتماعي والذي يتميز فيه الفرد بالقلق الاجتماعي المبالغ فيه، حيث يكون الرفض المستمر للكلام أحد اعراض القلق.

2. تشير نظرية الأنساق العائمة الى ان الأسلوب الابوي وطبيعته (علاقة الوالد – الطفل) يلعب دوراً في العديد من السلوكيات المكبوتة والقلقة في مرحلة الطفولة ومنها الخرس الانتقائي ولقد تم الاثبات بان الاعتمادية المفرطة ترتبط بتطوير الخرس الانتقائي لدى الطفل.
 3. تفسر نظرية الشخصية التفككية (الفصامية) ان الشخصيات المتعددة تحول دون قيام الاطفال بالتحدث مع الآخرين خوفاً من ان يصبحوا مكشوفين لما يتمتعون به من شخصيات مختلفة.
 4. توضح نظرية الضغوط ما بعد الصدمة ان الامتناع عن الكلام مع العالم الخارجي، واطهار مشاعر محدودة والتي يتميز بها الاطفال ذوي الخرس الانتقائي هو عبارة عن آلية تعامل داخلية عند الطفل مع الحدث الصدمي.
 5. تنظر نظرية المرض النفسي التطورية على كون سلوك التفادي او التجنب المتمثل في الخرس الانتقائي عبارة عن سلوك تجنب بدلاً من كونه اضطراباً.
 6. تفسر نظرية التحليل النفسي الخرس الانتقائي على انه في الغالب يتعلق بحدث مثير او صدمة تؤدي الى ان الطفل يعاني من اضطراب الخرس الانتقائي.
 7. تنظر النظرية السلوكية الى الخرس الانتقائي بأنه سلوك تم اكتسابه وتعلمه لوسيلة للفت نظر الآخرين او للهروب من القلق الاجتماعي.
 8. توضح نظرية تنظيم الانفعالات انه عندما يتعرض الفرد لحدث مؤثر للغاية على الدماغ، فإن ذلك يؤثر على نظام معالجة المعلومات ويجعله غير مكتمل بسبب المشاعر السلبية القوية، وعليه فإن ذلك يظهر على الفرد على شكل اضطرابات.
- وعليه ترى الباحثة ان هذه النظريات تتكامل وتتداخل فيما بينها، ولذلك تتبنى الباحثة هذه النظريات في حالات الخرس الانتقائي.

• القلق:

مفهوم القلق:

ذكر كل من (عبد المعطي, 1996, ص17) و(الجزائري, 2004, ص9) أن القلق هو خبرة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفسيولوجية. مثل ازدياد ضربات القلب وزيادة

التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة التعرق والارتعاش في الأيدي والأرجل، كما يتأثر أيضاً إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق .

كما عرّف (Noyes, et al, 1998, p.1) القلق انفعال مؤلم يرتبط عادة بالتعب الجسدي. على عكس الاكتئاب الذي يكون استجابة للفقد ويكون موجهاً نحو الماضي، فإن القلق استجابة للتهديد وموجهاً للمستقبل. فالقلق خبرة عامة وجزء من الوجود الإنساني. حيث يعمل كنظام تحذير بيولوجي ينشط بواسطة الخطر. والقلق الطبيعي يعد الفرد للمواجهة وللإستجابة الوقائية التي تحميه من الخطر. فالمستويات المنخفضة من القلق هامة ومفيدة لمواجهة الظروف الصعبة، أما المستويات المرتفعة تسبب الاعتلال وعدم التنظيم .

وصف (زهران, 1997) القلق بأنه توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية. ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً. وهذا ما يعرف باسم عصاب القلق أو القلق العصابي أو رد فعل القلق وهو يعتبر من حالات العصاب الأكثر شيوعاً .

وقد عرف (Davison and Neale, 1998, p179) القلق بأنه عبارة عن حالة مزاجية سلبية تتصف بأعراض جسمية ونفسية، مثل التوتر الجسدي، والخشية من المستقبل. وهو صفة بارزة لكثير من الاضطرابات النفسية، وخصوصاً الاضطرابات النفسية التي تسمى باضطرابات العصاب .

ويمكن للباحثة ان تستخلص مما سبق أن للقلق نوعان طبيعي وبدوره يساعد الفرد على المواجهة والاستجابة الوقائية، وقلق غير طبيعي قد يكون بسبب الخوف من كل ما هو جديد مما يترك أعراض جسدية ونفسية سلبية، فيؤدي لعدم القدرة على التأقلم والتفاعل مع البيئة المحيطة ويكون عرضة للاضطرابات النفسية الشائعة.

أنواع القلق عند الأطفال كما اقترحها (Aisnworth, 1978; Bowlby, 1982):

1. اضطراب القلق العام:

يشعر الأطفال المصابون باضطراب القلق العام بالارتباك والتوتر الشديد تجاه جميع الأشياء المحيطة بهم، مثل المدرسة والأسرة والأصدقاء، الأمر الذي يجعلهم مائلين للعزلة وأكثر خوفاً من المستقبل.

2. اضطراب التعلق غير الامن:

يعاني كثير من الأطفال من التعلق غير الامن ولكن بدرجات متفاوتة، ويرجع السبب إلى التدليل الزائد أو زيادة التعلق بالأبوين أو حدوث المشاكل الأسرية أمامهم.

3. الرهاب الاجتماعي

يشعر الطفل المصاب بالرهاب الاجتماعي بالتوتر والخوف والخجل من التعامل مع معلميه واصحابه في المدرسة اذ يعتبر القلق من السمات الشخصية للطفل المصاب بالرهاب الاجتماعي، لذلك قلما يشارك الطفل الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي في الأنشطة الاجتماعية.

أسباب القلق :

وضح (على , 2009 , ص 60) أن للقلق عدة أسباب منها :

- 1 - الاستعداد الوراثي في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- 2 - الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.
- 3 - الطفولة المبكرة والشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت.
- 4 - البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم وموقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الامن واضطراب الجو الأسري وتفكك الاسرة والوالدان العصائيان القلقان أو المنفصلان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.
- 5 - الطرق الخاطئة في تنشئة الاطفال مثل القسوة والتسلط والحرمان والمبالغة في التدليل والحماية الزائدة.

أعراض القلق:

يحتاج الأطفال الذين يعانون من القلق إلى تلقي الطمأنينة بصفة مستمرة من والديهم والقائمين على رعايتهم. ونظراً لأنهم قد يتكتمون على مشاعرهم ويحرصون على إرضاء والديهم فمن الممكن أن تفوت الوالدين ملاحظة وجود هذه الحالة لدى الطفل، لذا يجب على الوالدين الانتباه جيداً للعلامات الدالة على القلق لكي يتمكنوا من طلب المساعدة والاعتناء بحالة طفلهم في وقت مبكر إذا اقتضى الأمر. فقد قسم هولمز (Holmes, 1994) أعراض القلق الى:

- 1 - الأعراض المزاجية: وتشمل: القلق، والتوتر، والخوف من خطر مرتقب، والشعور بتشاؤم من المستقبل

- 2 - الأعراض المعرفية: وتشمل: توقع الفرد لقدر مشؤوم، أو لخطر وشيك الحدوث، وتشتت الانتباه، وصعوبة التركيز.
- 3 - الأعراض الجسمية: وتشمل: التعرق، وجفاف الفم، والتنفس الضحل، وتسارع نبضات القلب، وزيادة ضغط الدم، وآلام الرأس، والصداع، وارتعاش الأطراف، وخفقان القلب، وآلام الصدر، وعسر الهضم.
- 4 - الأعراض الحركية: وتشمل: عدم الاستقرار، والتلمل، والقيام بالنشاط الحركي المتكرر.

ومن أبرز الأعراض التي وضحها (الشناوي، 2000، ص360):

- ضيق التنفس أو الصداع أو الشعور بالدوار .
- تسارع في نبضات القلب .
- الشعور بالعصبية أو الارتجاف .
- الشعور بغثيان في المعدة – أو تشنجات أو إسهال أو تكرار الذهاب إلى الحمام .
- صعوبة في الخلود إلى النوم أو قلة الشهية .
- جفاف في الفم أو التعرق الزائد.

النظريات المفسرة للقلق:

1 - نظرية التحليل النفسي:

يعتبر فرويد Freud أول من اقترح أساس نفسي للقلق، فهو يرى أنه يخدم الإشارات والمطالب الصادرة عن الأنا، وللصراعات اللاشعورية دور في ظهوره، كما اعتبر القلق يظهر أصلاً كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي قد تواجه الشخص، فاذا انتهت هذه الحالة انخفضت أو تلاشت أعراض القلق ولكنها إذا عادت إلى الفرد ظهرت أعراض القلق مرة أخرى (العناني، 2000، ص116).

كما صنف فرويد القلق إلى ثلاث تصنيفات وهذه الأنواع الثلاثة تتشابه في أنها حالات وجدانية غير سارة، لكنها تختلف في مصادر الخطر فيها (Freud, 1938, in: Pokorski & Franckowiak, 2018, 105):

- أ. قلق الواقع أو القلق الموضوعي: هو خبرة انفعالية مؤلمة ترجع لإدراك الفرد خطراً ما في الواقع أو البيئة، أي يعني ارتباط القلق بمثير موضوعي خارجي مثل الخوف من حيوان شرس يهاجم الطفل.
- ب. ثانياً: القلق العصابي: هو قلق شديد يبدو على شكل الخوف من المجهول، ومصدره "الهو" أي من الداخل، أي ان القلق يحدث في الانا لا شعورياً بعيداً عن الادراك كأن يقوم "الهو" بإطلاق موضوع غريزي لا يلقى الموافقة وعدم قدرة "الانا" من السيطرة عليه.
- ج. ثالثاً: القلق الأخلاقي: إن مصدر القلق يكمن في قيام الفرد بأفعال أو التفكير في مواقف تتنافى مع ضميره فيخاف من عقاب ضميره لقيامه بأفعال وأفكار تتنافى مع معايير الأنا الأعلى.

2 - النظرية السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد، وهي وجهة نظر متباينة للتحليلية، إذ ان السلوكيين لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ، أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورته منظومات ثلاث ، "الهو" ، "الانا" ، "والانا العليا" كما فعل التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراك الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعنى أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير الأصلي المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف على انه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور (Carpenter et al., 2018).

3 - النظرية الإنسانية:

إن أصحاب النظرية الإنسانية يرون أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر به من أحداث تهدد وجود الإنسان أو كيانه الشخصي، فالقلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث وليس ناتجاً عن ماضي الفرد، ويرى هؤلاء أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وان الموت قد يحدث في أي لحظة، وان توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (الشناوي , 2000 , ص365).

• اضطراب التعلق غير الامن (In-Secure Attachment Disorder):

يعرفه الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V, 2013, Table 4-5) بأنه خوف مفرط وغير مناسب تطورياً يتعلق بالابتعاد عن البيت او عن الأشخاص الذين يتعلق بهم، كما يتجلى بثلاثة أو أكثر مما يلي:

1. انزعاج مفرط متكرر عند توقع او حدوث الانفصال عن البيت او الأشخاص الذين يتعلق بهم بشده.
2. خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان او حدوث اذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض او الموت.
3. خوف مستمر ومفرط من ان حادثاً مشؤماً مثل الضياع، التعرض للخطف، حصول حادث، المرض سيسبب الانفصال عن شخص يتعلق به بشده.

والقلق لدى طفل بعمر من (2-6) سنوات ويدوم أكثر من اسبوعين فهذا يستدعي الاهتمام لأنه يؤثر على نمو الطفل وجوانب شخصيته المختلفة (Pace, et al., 2022).

أعراض اضطراب التعلق غير الامن لدى الأطفال كما اوردها (DSM-V, 2013; Pace et al., 2022):

1. أعراض جسدية فسيولوجية: يمتنع الأطفال الذين يعانون من التعلق غير الامن من البقاء لوحدهم في المكان، فهم يتمسكون بشدة بالشخص المتعلق به، كما ان البعض عندما يتوقعون حدوث الانفصال يشكون من الام في البطن والصداع والغثيان، بالإضافة الى احمرار الوجه او اصفراره، وصعوبة التنفس، والتعرق، كذلك قد يعانون من شهية ناقصة او زائد.
2. أعراض انفعالية: يشعر الطفل بقلق وضيق مستمر، كما تشغل تفكيره مخاوف حول احتمالية ان يحصل له او لوالديه حادث او ان يتعرض للاختطاف.
3. أعراض اجتماعية: يرفض بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق غير الامن من الذهاب الى حفلات الميلاد او غيرها من المناسبات بسبب قلقهم إزاء انفصالهم عن والديهم، ويشمل (الخوف والارتباك الذي يظهر على الطفل في المواقف الاجتماعية المختلفة، وظهور الخجل الشديد في وجود الغرباء، وتفضيل البقاء وحيدا منعزلا عن الآخرين، عدم الرغبة في الاشتراك في أنشطة أو حفلات جماعية).

4. أعراض سلوكية: ان الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق غير الامن يجدون صعوبات في النوم بمفردهم بسبب شعورهم بالخوف من تعرضهم لكوابيس. كما يمكن ان يكون التعلق غير الامن سبباً في ظهور عادات سيئة مثل قضم الاظافر وتبليل الفراش، بالإضافة الى البكاء المستمر، والسلوك العدوانى، والغضب والعصبية التي لا تتناسب مع الموقف.

النظريات المفسرة لاضطراب التعلق غير الامن:

اختلفت آراء علماء النفس والتربية والمهتمين بدراسة الطفل حول تفسيرات التعلق غير الامن، حيث قدم كل منهم عدد من التفسيرات والآراء مع إعطاء براهين على ذلك، ومن اهم هذه النظريات :

1 - نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):

تصف هذه النظرية التعلق بانه "سلوك متعلق بموضوع الحب (الام) والذي يعتبرها مصدر لإشباع حاجات الطفل الأولية، والذي يتعلق بها لتحقيق الاشباع، للوصول الى الارتياح بعد حدوث اشباع لتلك الحاجات. كما قدم فرويد تفسير للقلق عند الأطفال، وقد ربط بين اعتماد الطفل على والديه بشكل زائد وبين وجود القلق لديه ويرى بأن الاعتماد العاجز للطفل الصغير على حب ورعاية والديه يجعله مستهدفاً للتعلق غير الامن، كما يرجع فرويد التعلق غير الامن لصدمة الميلاد نتيجة انفصال الطفل عن جسم الأم، كما أن الذهاب إلى المدرسة يثير لديه القلق فهو يتضمن انفصلاً عن الأم، وبذلك يمكننا تلخيص اهتمام فرويد باضطراب القلق لدى الأطفال من ناحيتين: الأولى اعتماد الطفل على حب ورعاية والديه يجعله معرضاً للتعلق غير الامن عندما يترك الطفل وحيداً او مع اشخاص غرباء او في المواقف التي يغيب فيها موضوع التعلق الذي يستمد منه الطفل الإحساس بالأمان والدعم. الناحية الثانية هي ان القلق نتيجة لصراع لا شعوري بين الهوية والقيود المفروضة عليه بواسطة الانا والانا العليا (Freud,1938, in: Pace et al., 2022).

2 - النظرية السلوكية (Behavioral Theory):

فسرت النظرية السلوكية اضطراب التعلق غير الامن على انه يحدث نتيجة لحرمان الطفل من المعززات، الامر الذي قد يشعره بعدم الإحساس بالأمان، وكذلك من شعوره بالدفء والحنان والتدليل والرعاية من قبل الأم، كما وضحت أن التعلق يزداد ويستمر بين الطفل ووالديه وخاصة مع امه إذا اتبع بمجموعة من

المعزرات، فعندما يبكي الطفل ويحصل على الطعام والشراب أو على بعض الألعاب من قبل الأم فإن ذلك يؤدي إلى استمرار وتطور سلوك التعلق (Carpenter et al., 2018).

3 - نظرية التعلق والارتباط (Attachment Theory):

فسرت نظرية بولبي التعلق على انه حاجة إنسانية أساسية، فكل طفل يميل الى إقامة علاقة قريبة مع الأشخاص الأكثر أهمية بالنسبة له وهم غالباً ما يكونوا الوالدان، اذ ان ذلك يعتبر حاجة أساسية لنموه. فقد اهتمت نظرية التعلق والارتباط بدراسة العلاقة بين الطفل ووالديه وطبيعة العلاقة بينهما وأثرها على الصحة النفسية والجسمية والانفعالية والعقلية للطفل في المراحل العمرية اللاحقة. ويعد بولبي Bowlby من رواد هذه النظرية فقد اهتم بدراسة سلوك التعلق لدى الطفل نظراً لأهميته وتأثيره على نفسيته، ويؤكد بولبي أن سلوك التعلق لدى الطفل يستمر طيلة حياته، فالطفل يتعلق بأمه من خلال القرب الجسدي بينهما خلال فترة الطفولة الأولى فهو لا يبتعد عنها، ويبدأ في الابتعاد عنها مع تقدم العمر تلبيةً لحاجة الاستقلالية واكتشاف الذات إلا انه لا يلبث أن يعود إليها، عندما يشعر بخطر ضمن البيئة المحيطة فهي مصدر الأمان والطمأنينة والحب. كما يرى بولبي انه لا يمكن اعتبار استجابة الخوف لدى الطفل عند ابتعاده عن امه استجابة غريزية بشكل مطلق، اذ انه اعتبر ان جزء كبير منها يعتمد على التعلم، اذ يعتبر التعلم أساس لتطور أنواع السلوك لدى الطفل في سبيل التكيف مع الأوضاع الجديدة، والذي يعتبر انفصال الطفل عن امه أحدها، حيث ان الطفل يتعلم بأن وجوده بالقرب من امه يشعره بالأمان والحب والطمأنينة، ويزول ذلك الشعور عند غيابها، وذلك يتم من خلال التعلم الارتباطي حيث يربط الطفل بين غياب امه وشعوره بالخوف والقلق. فمن خلال تلك العلاقة المتبادلة بين الطفل ومصدر التعلق الام وتفاعلاتها المختلفة تتشكل أنماط التعلق لدى الطفل والتي يستمر تأثيرها على سلوكه طوال مراحل حياته المختلفة وعلى تفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين. كما أشار الى وجود نظام سلوكي تعلق (Behavioral Attachment System) يتضمن منظومة من أنماط السلوك وردود الأفعال الانفعالية تهدف الى تحقيق القرب من موضوع التعلق والذي في الغالب ما يكون الام (Bowlby,1982).

كما وضع (Bowlby,1982) انه يوجد أربعة مراحل للتعلق وهي كالتالي:

أ. المرحلة الأولى: التوجه والاشارة غير المتمركزين:

حيث تستمر هذه المرحلة من ولادة الطفل الى عمر الثلاثة أشهر، اذ يفضل الطفل فيها الوجوه والاصوات البشرية عن غيرها من الموضوعات، كما يحب النظر اليها لكنه يكون غير قادر على

التمييز بينها، اذ ان الطفل في هذه المرحلة يظهر اشكالا متنوعة من الاستجابة للأفراد مثل الابتسامة، ولا تظهر ابتسامة الطفل تفضيلاً لشخص معين وانما يبتسم الطفل لأي وجه حتى لو كان نموذج وجه على ورقة كرتونية.

ب. المرحلة الثانية: التركيز على الأشخاص المألوفين:

تستمر هذه المرحلة من عمر ثلاثة أشهر الى ستة أشهر من عمر الطفل، وفيها يفضل الطفل وجوه المقربين منه والتفاعل معهم، حيث تصبح استجابته الاجتماعية أكثر انتقائية حيث يبدأ الطفل تدريجياً في التمييز بين الأشخاص المألوفين وغير المألوفين.

ج. المرحلة الثالثة: تكوين التعلق:

تمتد هذه المرحلة من شته اشهر وحتى ثلاثة سنوات من عمر الطفل، حيث يبدأ سلوك التعلق بالظهور عندما يتم الطفل الستة اشهر، ثم يتطور ليأخذ شكل العلاقات الانتقائية وخصوصاً مع موضوع التعلق (الام)، ويتطور التعلق خلال العامين الثاني والثالث من عمر الطفل، ونتيجة للتفاعلات المتبادلة بين الطفل والام والتي يتأثر بها، تختلف وتتمايز أنماط التعلق لديه وتصبح اما تعلق امناً لموضوع التعلق (Secure Attachment)، او يتطور تعلق غير امن لموضوع التعلق (Insecure Attachment)، كما كشف قياس اينزورث عن وجود نمط ثالث يسمى بنمط التعلق التجنبي (Avoidant Attachment) اذ ينشأ هذا النمط لدى الطفل عندما يتجنب مقدم الرعاية والتي في الغالب ما تكون الام التواصل وكبت مشاعر الطفل، اذ يتم انكار عواطف الطفل ومشاعره وبذلك لا يستطيع الطفل الشعور بالأمان، وبذلك يصعب على الطفل شعوره بالثقة والأمان بل يشعر بعدم الارتياح بالقرب من الآخرين ويفضل البقاء بعيداً ليتجنب الم الرفض او النقد.

د. المرحلة الرابعة: تكوين علاقة متبادلة:

تمتد هذه المرحلة من عمر الثلاث سنوات حتى نهاية الطفولة، حيث يكتسب الطفل في هذه المرحلة رؤية عميقة من خلال علاقته بموضوع التعلق (الام)، وبناءً على تلك العلاقة يتكون سلوك المشاركة لديه وتتطور علاقته مع الآخرين، ويصبح سلوكه أكثر مرونة، اذ يكون لديه الوعي بمشاعره وأهدافه وتتطور صورته عن العالم ومن ثم تتطور عملية المشاركة لديه.

4 - نظرية (Ainsworth, 1990):

ترى (Ainsworth) أن طبيعة اربطة التعلق لدى الانسان في الحياة المبكرة (مرحلة الطفولة تؤثر على النمو خلال مراحل الحياة، والتي يمكن ان تتحدد من خلال استجابات الام لطفلها وتقديم الاهتمام والحماية

والمساعدة. فقد أجريت العديد من البحوث لدراسة العلاقة بين أساليب التعلق والتنظيم الوجداني والكفاءة الاجتماعية وتبين من خلالها وجود ادلة تدعم فرضية الاستمرار (ابو جادو، 2007:266). كما وتعرف الباحثة أنماط التعلق بأنها الطريقة التي يرتبط فيها الطفل مع الام او من يقوم مقامها والتي يستمر تأثيرها عبر مراحل النمو التالية. واعتمدت هذه النظرية على تصنيف أنماط التعلق في الطفولة إلى أربعة أنماط رئيسية كما أوردها (ابو جادو، 2007):

النمط الاول: التعلق الآمن (Secure Attachment):

وهو عندما ينشأ الطفل مع مقدم رعاية متجاوب وسريع الاستجابة لحاجاته ورغباته ويعمل على اشباعها، ويحرص مقدم الرعاية على الاقتراب البدني وتقبيل الطفل وتشجيعه على اللعب الاستكشافي، والتعبير عن المشاعر، والمحافظة على التواصل الكلامي مع الطفل بنغمة القبول، ونتيجة لذلك يشعر الطفل بالأمان ويرى انه الملاذ الامن الذي يمكنه ان يلجأ اليه عندما يحتاج الى المساعدة، وان يكون لديه الثقة الكبيرة بأنه سيكون متجاوباً ومتاحاً له، الامر الذي يدفعه للاستكشاف والتعلم. ومن خلال تلك العلاقة المتبادلة والمشاعر الإيجابية بين الطفل ومقدم الرعاية يتكون لدى الطفل التعلق الامن والذي من خلاله يكتسب الطفل مهارات التعامل الإيجابي ويدرك الطفل نفسه والآخرين بشكل إيجابي ويصبح أكثر ثقة بنفسه عند مواجهة التفاعلات الاجتماعية وأكثر قدرة على حل مشكلاته.

النمط الثاني: العنيد شديد المقاومة (Resistant Attachment):

هو عندما ينشأ الطفل مع مقدم رعاية غير متواجد بشكل منتظم، فهو كثير ما يغيب لفترة ثم يعود، فيكون الطفل منزعج الى درجة كبيرة وأكثر احباطاً عندما يعود مقدم الرعاية بعد فترة غياب، فيكون سلوك الطفل مضطرب وييدي من خلاله مشاعر الاستياء والغضب، مع العلم بأن الطفل يريد ان يشعر بالراحة لعودة مقدم الرعاية، ولكنه في الوقت نفسه يرغب في عقابه ومقاومته حين يحاول احتضانه، ونتيجة لذلك ينتج لدى الطفل التعلق العنيد او شديد المقاومة.

النمط الثالث: المتجنب أو المنسحب (Anxious Avoidant Attachment):

هو عندما ينشأ الطفل مع مقدم رعاية لا يستجيب دائماً لمحاولاته في طلب الرعاية والاهتمام والعناية، ويلبي احتياجات السلامة الجسدية دون ادنى قدر من التواصل العاطفي، بل يعمل على منع الثناء والتعبير

العاطفي وكبت المشاعر مع الطفل، ولذلك لا يستطيع الطفل الاعتماد عليه كقاعدة امنية للاستكشاف والتعلم، فيتعلم الطفل ان ما يحتاجه او يرغب فيه لا يتم الاهتمام به، ونتيجة لذلك يتشكل لدى الطفل التعلق التجنبي، وفيه ينظر الى نفسه وللآخرين بشك وعدم ثقة، ولا يكون لديه القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ويفضل ان يبقى بعيداً عنهم ليتجنب ألم الرفض او النقد.

النمط الرابع: التعلق المتناقض-غير المنتظم (Anxious-Resistant / Ambivalent Attachment):

هو عندما ينشأ الطفل مع مقدم رعاية لا يستجيب لاحتياجاته بطريقة منتظمة، فيكون سلوكه متناقض وغير متناسق، كما انه يشعر دائماً بالقلق وعدم الارتياح حتى في وجود مقدم الرعاية، ويشعر بالحزن لمجرد ابتعاده عنه، ومع ذلك فهو لا يشعر بالراحة او السعادة عندما يتواجد معه، فهو يستمر في الشعور بعدم الأمان والقلق تجاه استجابة مقدم الرعاية له عندما يحتاج اليه، ومن خلال تلك العلاقة غير الثابتة والتي لا يحظى فيها الطفل بالرعاية المستمرة يتشكل لديه التعلق غير الامن(المتناقض) والذي يشعر فيه الطفل بالقلق والرفض تجاه علاقاته المختلفة.

• اللعب (Playing):

مفهوم اللعب:

حسب النظرية المعرفية فان اللعب هو النشاط الحركي الذي يعمل على نمو الفرد العقلي، فاللعب والنشاط الذي يقوم على الحركة والتمثيل الرمزي والتمثيل الخيالي والتصور الذهني والرسم يعتبر عملية اساسية لنمو العقل والذكاء عند الاطفال. كما ان للعب عدة تعريفات وان اختلفت العبارات الا ان مضمونها واحد، ومن هذه التعريفات:

هو عبارة عن مجموعة من الانشطة العقلية والحركية الهادفة التي يتم ممارستها بصورة فردية أو جماعية بهدف خفض الشعور بالقلق لدى الطفل الذي يعاني من الخرس الانتقائي (Fernandez & Sugay, 2016).

كما انه استغلال طاقة الجسم الحركية في جلب المتعة للفرد ولا تتم عملية اللعب الا بطاقة ذهنية او حركة جسمية (عدس ومصلح، ١٤١٦هـ، ص١٣٣).

كذلك هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة المتنوعة التي يقوم بها الطفل لإشباع حاجاته النفسية والجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وتفرغ طاقاته بحيث يجد المتعة واللذة، وهو في اللعب يكون مدفوعاً بدوافع كثيرة مثل حب الاستطلاع والاستكشاف (Woders & Alfee, 2024).

كما انه نشاط موجه وغير موجه يقوم به الأطفال لتنمية سلوكهم وقدراتهم العقلية والجسمية والوجدانية ويحقق في نفس الوقت المتعة والتسلية وأسلوب التعلم وهو استغلال للأنشطة المختلفة في اكتساب المعرفة وتوسيع آفاقهم المعرفية (Barnowski, 2019).

كذلك يعني التخيل والاختراع فالطفل يستخدم مهارته في الاختراع وهو يلعب، فيجعل ألعابه تبكي وتضحك وتتكرر وتموت، أو يبعث فيها الحيوية والحركة من خلال تخيلاته واختراعاته، فيبدأ بتخيل الألعاب الأكثر قرباً من الواقع (Fernandez & Sugay, 2016).

وعرف بياجيه (Piaget) اللعب: بأنه تطور معرفي يتعلم الطفل من خلاله ويصقل مهاراته الضرورية لنموه المعرفي، كما انه اعتبر اللعب عملية تعمل على تحويل المعطيات الواردة من الخارج لتلائم حاجات الطفل ورغباته، وتصبح جزءاً من خبرته كما اعتبر اللعب مظهر من مظاهر النمو الاجتماعي والتطور العقلي (Woders & Alfee, 2024).

كما يعرف جود (Good) اللعب بأنه نشاط موجه او غير موجه يقوم به الأطفال من اجل تحقيق المتعة والتسلية، كما يسهم في تنمية سلوكهم وشخصياتهم بأبعادها المختلفة الجسمية والعقلية والوجدانية (Woders & Alfee, 2024).

كثرت التعاريف التي تناولت اللعب فقد عُرف اللعب بأنه ذلك النشاط الذي يقوم به الانسان ليروح عن نفسه ويحصل عن طريقه على الإحساس بالمتعة (سليمان، ١٩٩٤م)، ويعرف علماء النفس اللعب بأنه كل نشاط موجه يقوم به الأطفال لتنمية سلوكهم وقدراتهم العقلية والوجدانية والجسمية، ويحقق في القدر ذاته المتعة والتسلية (عبدات، ٢٠٠٣)، فاللعب هو نشاط حر يقوم به الناس افراد وجماعات صغار وكبار بقصد الاستمتاع دون أي دافع اخر في بعض الأحيان (في لطف الله، ١٩٩٨م).

وعلى الرغم من الاختلافات البسيطة بين العلماء في تعريف اللعب الا انه يعتبر دافع فطري يسيطر على معظم نشاطات الطفل الحركية والعقلية واللغوية والحسية والمهارية والاجتماعية والانفعالية ورغباته

التلقائية الطفولية. كما يُعد اللعب بالنسبة للأطفال بمثابة قاموسهم اللغوي، يعكسون من خلاله أفكارهم، وحاجاتهم ومشاعرهم. كما ان اللعب يعتبر وسيط تربوي هام يعمل على تكوين لشخصية الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، فاللعب ظاهرة سلوكية مهمة في حياة الطفل وحاجة من حاجات الطفل الأساسية ومظهر هام من مظاهر سلوكه.

سمات اللعب:

اللعب هو عالم الطفل وملاذه واسعد لحظات حياته ذلك الوقت الذي يقضيه مع لعبته، يحكي لها حكاية، يشكو لها مشاكله ومواجهه، يضربها، يبعثرها، يفكها ويعيد تركيبها، يتخيلها اشخاصاً امامه. يمكن ان يتعلم الطفل الكثير من خلالها مثل: النظام والنظافة، نطق الحروف، الحساب والعد، اكتساب خبرات جديدة، ظهور مواهب جديدة، تكوين الكلمات، تعلم فن الحكاية، تكوين الصور، بناء ثقته بنفسه، اطمئنانه لمن حوله فتتمو شخصيته نمواً سليماً. فالطفل من خلال اللعب يجرب ويخطئ، ينجح ويفشل، يلاحظ ويكتشف (Barnowski, 2019)

ويمكن استخلاص بعض السمات المميزة للعب وهي ان اللعب (Barnowski, 2019):

1. يتيح فرص كثيرة للتعلم.
2. شيء ممتع، فالطفل يختار نشاطاته بحرية.
3. يمكن التوقف عنه دون التعرض للوم.
4. يسبب الشعور بالسعادة ويخفف التوتر.
5. يتمكن الطفل القيام من المحاولة والمخاطرة وأداء حركات جديدة، مع المحافظة على امانه الشخصي اذا تم في اطار بيئة خاضعة للإشراف.

فوائد اللعب:

من خلال اللعب يتم بناء الوظائف العقلية والحركية والجسمية والنفسية والاجتماعية لدى الطفل، وهي حاجات داخلية ملحة تفقد الطفل الى الحركة والنشاط، كما يتم من خلاله تعبير الطفل عن ذاته والتغلب على مخاوفه. اذ يعتبر اللعب أداة مهمه ونشاطاً هادفاً يساعد على نمو الأطفال بشكل طبيعي، كما يساهم في تطوير عمليات التعلم واكتساب الخبرات الجديدة وممارسة نشاطات تسهم في تحقيق المتطلبات الاكاديمية او الحياتية على حد سواء (Fernandez & Sugay, 2016).

ومن فوائد ممارسة اللعب التي تعود على الطفل (Barnowski, 2019):

1. تنمية عضلات الطفل من خلال اللعب النشط، وتنمية مهارات الاكتشاف وتجميع الأجزاء، فكها وتركيبها.
2. يفسح المجال للطفل كي يتعلم الكثير، ويتعرف على الأشكال والاحجام، ويتعلم مهارات التجميع والتصنيف.
3. الحصول على خبرات كثيرة لا يستطيع الحصول عليها من مصادر أخرى.
4. يتعلم الطفل إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وكيفية التعامل الصحيح الناجح، ويتعلم أساليب التعامل مع الكبار من خلال لعب الأدوار.
5. يعبر الطفل من خلال لعبه عن طاقاته البناءة، فيطبق الأفكار التي تدور في رأسه، من خلال الرسم ولعب الأدوار يقوم بتنمية قدرته على الابداع.
6. يكتشف الطفل أمور كثيرة عن نفسه وعن ذاته من خلال اللعب، كما يتعرف على حدود قدراته ومشكلاته وكيفية التغلب عليها.
7. يتخلص الطفل من خلال اللعب من التوتر الذي ينشأ لديه نتيجة القوانين والقيود وغيرها سواء في المنزل او المدرسة.
8. يتعلم الطفل كيفية التكيف من خلال الاستجابات الجديدة اثناء لعبه.

ولذا يجب علينا ان لا نعتبر اللعب مضيعة للوقت بل اللعب يعتبر ضرورة لنمو الطفل بشكل سليم وصحي.

وظائف اللعب:

يتصل اللعب اتصالا مباشرا بحياة الطفل حتى انه يُشكّل محتوى حياته وتفاعله مع البيئة، وهو أداة نمو وتكوين لشخصية الطفل وسلوكه، حيث يعمل بدرجة هائلة على تشكيل سلوك الطفل في هذه المرحلة التكوينية الحاسمة من النمو الإنساني. فاللعب عند الطفل هو أسلوب تربوي ينمي الشخصية بجوانبها وابعادها المختلفة (العقلية، النفسية، الجسمية، الاجتماعية، الانفعالية). كما يؤدي اللعب للطفل العديد من الوظائف والمهام الى جانب انه وسيلة للترويح والتسلية ومنها (Fernandez & Sugay, 2016):

1. وسيلة للطفل للتعبير عن ذاته.
2. يساعد الطفل على نمو شخصيته.
3. يساهم في إقامة العلاقات الاجتماعية.
4. وسيلة لتنمية الاستعدادات.
5. يساعد على تنمية الذكاء الوجداني.

1 - نظرية الاستعادة (Inheritance Theory):

وضع هذه النظرية (Stanley Hall) ويرى ان الماضي هو الاساس ومفتاح اللعب عند الاجيال وذلك لان اللعب ينتقل من جيل إلى جيل اخر حيث أصبح جزءاً لا يتجزأ من ميراث كل فرد، وذلك لتكرار كل مجتمع الاشكال الرئيسية للألعاب التي استخدمها القدماء وخاصة ما أصبح جزءاً أساسياً في حياة الناس اليومية لأجيال كثيرة جداً مثل الجري والرمي والتسلق والوثب وحمل الاثقال وهذا يعني بأن الألعاب الحديثة صورة متطورة لهذه الألعاب القديمة (العناني، 2018).

2 - نظرية الغريزة (Instinct Theory):

يقودها (Groos) حيث يرى ان اللعب للكائن الحي هو عبارة عن وظيفة بيولوجية هامة، فاللعب يمرن العضلات وبذلك يستطيع الطفل ان يسيطر سيطرة تامة عليها ويستعملها استعمال حر في المستقبل. كما ان هذه النظرية تفيد بأن لدى البشر اتجاهاً غريزياً نحو النشاط في فترات متعددة من الحياة فالطفل يتنفس ويصرخ ويضحك وينصب قامته ويقف ويمشي ويرمي ويجري في فترات متعددة ومتعاقبة من نموه وهذه تدل على انها غريزية ولهذا يرى بأن اللعب ظاهرة طبيعية للنمو والتطور من دون تخطيط أو هدف معين بل ويعتبره من التكوين العام للإنسان (العناني، 2018).

3 - نظرية الطاقة الزائدة (Excess Energy Theory):

أكد الفيلسوف (Friedrich Schiller) على أهمية اللعب وشيوعه في فترات النمو، وقد تأثر الفيلسوف (Herbert Spencer) بأفكار (Schiller) وقال أن اللعب عبارة عن تعبير عن الطاقة الزائدة، إذ أن اللعب مهمته التخلص من الطاقة الزائدة فالحوان مثلاً اذا توفرت لديه طاقة تزيد على ما يحتاجه للعمل فانه يصرف هذه الطاقة في اللعب , واذا طبقنا ذلك على الأطفال نرى أن الأطفال يحاطون بعناية أوليائهم ورعايتهم فيقدمون لهم الغذاء ويعتنون بنظافتهم وصحتهم دون أن يقوم الأطفال بعمل ما فتولد لديهم طاقة زائدة يصرفونها في اللعب (العناني، 2018).

• العلاج النفسي باللعب:

مفهوم العلاج النفسي باللعب:

تعرف الجمعية الأمريكية للعلاج باللعب العلاج باللعب بأنه "الاستخدام المنظم للنماذج النظرية لإقامة علاقة بين شخصية بين المعالج والطفل، بحيث يوظف المعالج القدرة العلاجية للعب لمساعدة الطفل على التعامل مع التحديات الحالية التي تواجهه، والوقاية من مشكلات مستقبلية، لتحقيق نمو طبيعي في المظاهر النمائية كافة (Association for Play Therapy, 2023).

لقد تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم العلاج باللعب، وأخذ كل باحث يعرفه من إطار النظرية التي يتبناها، ولكن بشكل عام يمكننا ان نعرف العلاج باللعب بأنه "عملية بين المعالج والطفل، حيث يقوم المعالج المدرب فيها بشكل منظم باستخدام القدرة العلاجية للعب مثل (لعب الدور، التواصل، التفرغ، الرسم، التلوين وغيرها من الفنيات والتقنيات) لمساعدة الطفل على التعامل مع المشكلات النفسية التي تواجهه، والوقاية من مشكلات قد تواجهه في المستقبل. ويستخدم المعالج باللعب مجموعة من الأساليب والتقنيات والفنيات التي لها دور في تحديد كيفية استخدام وسائل اللعب من أجل ضمان الاستخدام العلاجي المناسب لها.

خصائص العلاج النفسي باللعب كما أوردها (Guerney, 2003):

إن من خصائص العلاج باللعب التي تسهل عملية لوصول الى عالم الطفل الصامت:

1. إن العلاج باللعب لا يتطلب التفاعل اللفظي، اذ من الممكن بناء علاقة ثقة وقبول بين المعالج والطفل باستخدام مهارات التواصل باللعب دون الاعتماد على الكلام واللغة.
2. العلاج باللعب ينقل للطفل ان الرسم والحركة الجسمانية وأدوات اللعب الأخرى يمكن ان تكون وسيلة للتواصل.
3. يتصف الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي بالعناد ورفض الكلام، ويعتبر اللعب من أفضل الطرق للتغلب على مقاومة الطفل للعلاج.
4. يعتبر اللعب بحد ذاته متعة تزيد من المشاعر الإيجابية وتساعد الطفل في مواجهة القلق والتوقعات السلبية من الآخرين.

5. شعور الطفل بالقبول وتوفير الفرص للاختيار تزيد من شعور الطفل بالثقة بالنفس والقدرة، وهي من اهم ما يحتاج اليه الطفل الصامت ليقرر اختيار الكلام بدلاً للصمت.

6. من الضروري عدم الضغط على الطفل او توقع الكلام ف أي جلسة من جلسات العلاج، فالطفل سوف يتكلم عندما يكون مستعداً نفسياً وقادراً على التغلب على صمته.

اساليب العلاج النفسي باللعب:

يتضمن العلاج النفسي باللعب اسلوبين هما:

1. العلاج النفسي باللعب الموجه (Directive Play Therapy):

تقع مسؤولية العلاج على المعالج في اختيار الاستراتيجيات والتقنيات والتوجيهات المناسبة بناءً على ما لديه من معلومات عن مشكلة الطفل، ويُستخدم هذا الأسلوب مع الأطفال الذين لديهم خبرات أزمة واضحة مثل الموت، او الطلاق، وغيرها، فهو أسلوب فعال للتفاعل وبناء علاقة مع الأطفال الكبار الذين يرفضون اللعب الحرفي بداية الجلسات، كما يتم استخدام أسلوب العلاج النفسي المعرفي باللعب (Cognitive-Behavioral Play Therapy) ضمن العلاج النفسي باللعب الموجه للأطفال الكبار ما فوق (7) سنوات لمساعدتهم في التعبير عن مشكلاتهم والتبصر فيها والعمل معهم على تخطيها. (Knell, S. 1993; Lowenstein, E. 2016).

2. العلاج النفسي باللعب غير الموجه (Nondirective Play Therapy):

وهو ما يُطلق عليه العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل (Child Centered Play Therapy) تقع مسؤولية المعالج في تسهيل عملية النمو الإيجابي للطفل باستخدام أساليب ومهارات العلاج، يتميز العلاج المتمركز حول الطفل بأنه يوفر فرصة للطفل للتعبير عن نفسه دون ضغوط او تقييم، اذ ان الطفل عندما يُعبر عن مشاعره وهمومه عن طريق اللعب، فهو يُخرج هذه المشاعر الى السطح ويواجهها ويتفاعل معها، ويتعلم كيف يتحكم فيها، ويدرك بذلك القوة الكامنة لديه لينمو وينضج نفسياً.

ويتفرع من العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل، العلاج النفسي العائلي باللعب (Filial Play Therapy)، ويختلف هذا الأسلوب عن غيره من أنواع العلاج النفسي للأطفال، اذ ان الاهل (الام، الاب) هم

الذين يطبقون جلسات العلاج بتوجيه من المعالج النفسي وتدريب منه، كما يذكر (Guerney, 2003) انه عندما يتدرب الوالدان على هذا الأسلوب يطوران مهارات مهمة تساهم في تقوية العلاقة مع الطفل والوقاية من حدوث مشكلات أخرى في المستقبل اذ يُصبح فهمهما لحاجات الطفل النفسية أفضل. كما تُشير (Van-Fleet, 2013) الى ان تدريب الوالدين كشركاء في عملية العلاج باللعب يتكون من خمسة مستويات:

1. حضور وملاحظة جلسات العلاج.
2. تدريب الوالدين على مهارات العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل.
3. جلسات العلاج النفسي العائلي بإشراف المعالج.
4. انتقال تطبيق جلسات العلاج النفسي العائلي الى منزل الوالدين بإشراف المعالج.
5. الإغلاق و الانهاء (التأكد من فهم الوالدين لكيفية تطبيق العلاج النفسي باللعب مع طفلهم بشكل صحيح).

ان الاختلاف الأساسي بين العلاج الموجه وغير الموجه يكمن في ان أسلوب العلاج غير الموجه يسمح للطفل بأن يكون القائد لعملية العلاج ضمن الحدود المقبولة، والمعالج يتجاوب مع أسلوب الطفل في التعبير من خلال اللعب، اما العلاج الموجه فهو يعتمد على ما يحضره المعالج من تكتيكات وانشطة تبعاً لحالة كل طفل واحتياجاته النفسية. فالأسلوب غير الموجه هو الاسلوب الأمثل مع الأطفال الصغار من هم دون (7) سنوات.

وظائف العلاج النفسي باللعب

تشير الأدبيات المرتبطة بعلاج الأطفال إلى أن العلاج باللعب له ثلاثة وظائف أساسية تبدو مهمة في العملية العلاجية وهذه الوظائف هي (Russ, 1995):

• اللعب وسيلة لخلق الاستبصار والوعي:

حيث ترى النظرية السيكوناميكية بأن حل الصراعات الانفعالية والخبرات الصادمة يُعد أساسياً في علاج الأطفال، فالأطفال غالباً ما يكررون الصراعات النمائية أو الأحداث الصادمة التي عاشوها، وأن العديد من هذه الخبرات يتم التعبير عنها من خلال اللعب، إذ إن اللعب يُعيد ويكرر خبرات الطفل غير السارة حتى تصبح هذه الخبرات ضمن نطاق السيطرة الذاتية.

• اللعب نشاط تعبيرى طبيعى:

حيث يشير شيتيك (Chethik, 1989) إلى لغة اللعب، فالأطفال يستخدمون اللعب كلغة للتعبير عن أفكارهم وعواطفهم وانفعالاتهم الشخصية، فاللعب يعكس حياة الأطفال الداخلية على عالمهم الخارجي. لذا فإن الأطفال يستخدمون اللعب ليعبروا عن عواطفهم الانفعالية النفسية الداخلية.

• اللعب نشاط تواصل:

من الضروري أن يفهم المعالج أن الهدف من هذا التواصل هو تطوير العلاقة العلاجية بينه وبين الطفل، فعلى المعالج أن يتعاطف مع الطفل ويساعده على الشعور بأن مشاعره مقبولة، فالتعاطف من قبل المعالج يساعد الطفل في حدوث تغير إيجابي في الوظائف النفسية، والاجتماعية، والبيئية الشخصية.

أنواع العلاج النفسي باللعب كما وضحاها (Russ, 1995):

أ- اللعب التمثيلي (الدرامي):

يتعلم الأطفال من خلال اللعب التمثيلي التعبير عن مشاعرهم المختلفة من غضب، حزن، قلق وغيرها، إذ يتيح لهم اللعب فرصة للتفكير بصوت عالي حول تجارب قد تكون إيجابية أو سلبية، كما يعتمد اللعب الدرامي على تعاون بين الجسم والعقل إذ يستخدم الطفل حواسه وجسمه أثناء اللعب، ونجد أن ركن المنزل وركن الطبيب والمدرسة والدكان وغيرها من المراكز لها أهمية كبيرة لإتاحة الفرصة للطفل للتمثيل ولعب الأدوار المختلفة، مما يتيح الفرصة للطفل لفهم نفسه وفهم العالم من حوله بطريقته الخاصة. إذ أن الطفل يعبر عن مشاعره وأفكاره وانفعالاته من خلال لعبه فيخطط لمواقف ذات علاقة به أو بعائلته أو بالبيئة المحيطة به، مما يكسبه مهارة التخطيط وحل المشكلات، كما يتعلم العديد من المهارات الاجتماعية كالتعاون والمساعدة والمشاركة.

فوائد اللعب التمثيلي:

1. يساعد اللعب التمثيلي الطفل على فهم وجهات نظر الآخرين من خلال تمثيله لدورهم، كأن يقوم بدور الاب أو الطبيب.
2. يعتبر من الألعاب الابداعية كما أن له دور هام لتنمية التفكير الابداعي عند الأطفال، فهو ينطوي على الكثير من الخيال والتخمين والتساؤلات والاستكشاف.
3. يؤدي اللعب التمثيلي في حياة الطفل وظيفة تعويضية، تتمثل في تنمية قدرة الطفل على تجاوز حدود الواقع وتلبية احتياجاته بصورة تعويضية، فاذا مثل هذا اللعب يكون بديلاً للواقع والشعور بالافتقار.
4. ينمي اللعب التمثيلي قدرة الطفل على تجاوز حدود الواقع وتلبية احتياجاته بصورة تعويضية.

5. يساعد اللعب التمثيلي الطفل على فهم الشخصية التي يلعب دورها، مما يساهم في تغلبه على مخاوفه، فمثلا عندما يلعب الطفل دور الطبيب فان ذلك يساعده في تغلبه على خوفه من زيارة الطبيب.
6. يعتبر اللعب التمثيلي متنفسا لتفريغ مشاعر التوتر، القلق، الخوف والغضب.
7. يكتسب الطفل مهارة التخطيط وتوزيع الادوار وحل المشاكل.
8. يتعلم الطفل خلال اللعب العديد من المهارات الاجتماعية كالمشاركة والمساعدة والاصغاء والانتظار.
9. يساعد اللعب التمثيلي الاطفال في فهمهم للعالم من حولهم، فهم يقومون بفحص واكتشاف بيئتهم بشكل مستمر، فعلى سبيل المثال اللعب في سماعه الطبيب توفر الفرصة للأطفال للاستماع الى دقات القلب، والاستماع الى اصوات موجودات اخرى في بيئتهم، كما ان وجودها يثير لديهم تساؤلات عدة حول كيفية عملها .

ب- اللعب التعبيري (الفني):

تتمثل الالعاب الفنية في النشاطات التعبيرية الفنية، حيث يمارس الطفل أنشطة فنية مختلفة كالرسم والتلوين، والموسيقى، حيث تتيح هذه الأنشطة للطفل فرصة التعبير عن مشاعره بحرية وابداع دون قيود .

فوائد اللعب التعبيري:

1. يمنح اللعب التعبيري الطفل الفرصة والوسيلة للتعبير عن الذات، ويفسح المجال امامه للتنفيس عن ذاته وتفريغ طاقاته، كما قد يكون وسيلة للكشف عن مشاكل كبيرة يعاني منها الطفل .
2. يساعد الطفل على اكتشاف خصائص المواد والخامات المختلفة مثل الطين، المعجون الألوان وغيرها من خلال استخدامها واللعب بها.
3. تزداد ثقة الطفل بقدراته عندما ينجز نشاطه الفني ويعرضه على اللوحة المخصصة لعرض اعمال جميع الاطفال.
4. هذه الألعاب والأنشطة تفسح للطفل فرصة التعبير عن مشاعره بحرية وابداع وتعزز صورته الايجابية عن ذاته .
5. اللعب يساعد الطفل في تنمية عضلاته الصغيرة، وبالتالي يصبح أكثر استعدادا لعملية الكتابة .

ج- اللعب التركيبي البنائي

ينمو اللعب التركيبي مع مراحل نمو الطفل المختلفة، فهو في البداية يقوم بعملية التركيب، ويشعر بالسعادة عندما يشكل نموذجاً مألوفاً، ويتطور اللعب التركيبي لديه ليصبح نشاطه أكثر تنوعاً وتعقيداً.

فوائد اللعب التركيبي:

1. يساعد هذا النوع من اللعب على تنمية قدرة الطفل على التخطيط، حيث ان هذه الالعاب تساعد الطفل على الانتقال من مرحلة البناء العشوائي الى مرحلة التخطيط.
2. يتعلم الطفل من خلاله مهارات ذات علاقة لتنمية تفكيره العلمي مثل: التنبؤ، الملاحظة والتحليل، التوازن. كذلك يميز الطفل التشابه والاختلاف بين الاشكال ويتيح للطفل ابتكار انماط من البناء.
3. يتعلم الطفل مفاهيم أساسية في الرياضيات، مثل التصنيف، التسلسل، الاطوال، المساحة، الاعداد والاجزاء.
4. يسهم في النمو اللغوي والاجتماعي للطفل، فتزيد مقدراته اللغوية وتتطور مهارته في المحادثة والحوار.
5. شعور الطفل بالإنجاز أثناء اللعب ينمي ثقته بنفسه ويعزز صورته الايجابية عن ذاته.

حجرة اللعب في المراكز والعيادات النفسية كما وصفها (Russ, 1995):

تضم حجرات اللعب في العيادات النفسية العاباً متنوعة الشكل والحجم والموضوع وتمثل الأشخاص والأشياء المهمة في حياة الأطفال والتي توجد في مجالهم السلوكي.

محتويات حجرة اللعب:

- العرائس والدمى التي تمثل أعضاء الأسرة والأفراد التي يتعامل معها الطفل (مثل) الأب، الأم، الأخوة، الجد، الجدة، المدرسة، الأصدقاء في المدرسة، الجيران، الدكتور، المعلم، ساعي البريد، الشرطي)
- الالعاب التي تمثل الحيوانات المختلفة (القط، الكلب، الفأر، الحصان، الحمار، الارنب، الزرافة، الحمار الوحشي، الديناصور، وغيرها من الحيوانات)
- قطع خشبية ومعدنية على شكل منزل.

- قطع الأثاث المنزلي.
- بنادق ومسدسات .
- زي الشرطي وادواته
- زي الطبيب وادواته
- كيس هوائي لتفريغ الغضب.
- مطبخ مع أدوات المطبخ.
- كاشير ومقاضي
- قطع قماش تمثل الملابس والمفروشات.
- لعب تمثل وسائل المواصلات المختلفة.
- مجسمات تمثل الأشجار والجبال .
- طين وصلصال .
- أقلام وألوان وورق للرسم
- مسرح عرائس
- ملابس شخصيات (costumes).

ثانياً: الدراسات السابقة:

استهدفت دراسة (Stone, Kratochwill, Sladeczek & Serlin 2002) تحديد طرق العلاج المناسبة للخرس الانتقائي عند الأطفال، وقد أخذت عينة من الاطفال اللذين يعانون من الخرس الانتقائي من خلال تشخيصهم طبياً، وتوصلت الدارسة إلى أربعة أنواع من العلاجات وان المعالجة المتجهة نحو السلوك هي خير من عدم العلاج وتتمثل الانواع الاربعة في الديناميكية النفسية، وعلاج النظم الاسرية، والسلوكية، والبيولوجية. وان الاكثر شيوعا العلاج النفسي والمعالجات المتعددة الجوانب والتي يمكن دمجها داخل نظرية علاج المجموعة والتي يكون الهدف منه تعليم الاباء وتقديم المعالجة للأبناء ضمن السياق الاجتماعي.

هدفت دراسة (سليمان، 2003) بعنوان فعالية برنامج إرشادي لخفض التعلق غير الامن لدى أطفال الروضة الى التعرف على فعالية برنامج إرشادي لخفض التعلق غير الامن لدى أطفال الروضة، واستخدمت

الباحثة المنهج التجريبي ذو المجموعات المتكافئة، وقد استخدمت مقياس التعلق غير الامن، لخفض التعلق غير الامن، وطبقت على عينة من الأطفال قوامها (32) طفلاً وطفلة، وعينة من الأمهات والمعلمات وقد طبقت في روضة مركز الخدمات المتكاملة (الطفل السعيد) بمدينة الزقازيق، وتوصلت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم وهو الإرشاد السلوكي المعرفي في خفض التعلق غير الامن لدى أطفال الروضة، حيث أثبتت النتائج أن معظم أطفال الروضة يمكنهم النجاح، والتكيف الاجتماعي بالروضة، وتقبلهم الانفصال عن والديهم، عندما يتم تدريبهم وتوجيههم باستخدام الإرشاد السلوكي المعرفي.

تناولت دراسة (Shamir-Essakow , G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M, 2005) العلاقة بين الارتباط غير الآمن والتثبيط السلوكي والقلق لدى عينة معرضة للخطر من أطفال ما قبل المدرسة. كما تم تقييم العلاقة بين قلق الأم وقلق الطفل. كان المشاركون (104) طفل تتراوح أعمارهم بين (3-4) سنوات وتم تقييمهم من حيث التثبيط السلوكي والارتباط بين الأم والطفل (باستخدام إجراء الوضع الغريب). تم استخدام معايير (DSM-IV) لتقييم اضطرابات القلق لدى الأطفال. كان الارتباط غير الآمن والتثبيط السلوكي مرتبطين بشكل مستقل بقلق الطفل، حتى بعد التحكم في تأثير قلق الأم. وارتبط قلق الأم أيضاً بقلق الطفل. حددت هذه الدراسة العوامل الدستورية والبيئية المرتبطة بالتعبير عن القلق لدى الأطفال الصغار. علاوة على ذلك، فإن أعلى مستويات القلق ظهرت لدى الأطفال الذين كانوا مكبوتين سلوكياً ومرتبطين بشكل غير آمن والذين كانت أمهاتهم أيضاً قلقات.

هدفت دراسة (Young, 2005) بعنوان أثر أنشطة الفنون ونظريات الإرشاد النفسي في خفض التعلق غير الامن الى التعرف على أثر استخدام أنشطة الفنون البصرية لخفض التعلق غير الامن لدى عينة من أطفال الروضة، وقد اقترحت هذه الدراسة على المعلمين خاصة في مرحلة الروضة استخدام أدب الطفل كبداية لاستخدام أنشطة أخرى تركز على القلق في القصص مع إعطاء الأطفال حرية التعبير اللفظي عن أفكارهم ومشاعرهم، وكذلك إعطاءهم حرية الرسم، والتعبير عما بداخلهم، وقد توصلت النتائج إلى فاعلية هذه الأنشطة، والفنون البصرية في خفض التعلق غير الامن لدى أطفال الروضة.

هدفت دراسة (Kearney and Vecchio, 2006) الى تقييم الخرس الانتقائي عند الأطفال (خلاصة بالخصائص والتقييم والمعالجة) ، وقد تم تطبيق الاختبارات غير اللفظية لتقييم الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي وقام بأجراء الحوارات مع الآباء والمدرسين والآخرين ذوي المعرفة بوضعية الطفل واستخدم الباحث المقاييس التالية: المقابلة التشخيصية المنتظمة والأدوات المعتمدة على الأب والأم والملاحظات السلوكية

والأداء اليومي واستخدام مقياس خاص بالمقابلة حول اضطرابات القلق المعروفة والمقياس التشخيصي الوظيفي المعدل من أجل الخرس الانتقائي ، وتم اخضاع كافة الالباء وثلاث عدد الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي عن طريق استجابتهم غير الكلامية اثناء المقابلة، وتوصلت الدراسة الى عدد من المعلومات عن الخرس الانتقائي مثل المواقف التي تعبر عن الصمت وطول الفترة التي يعاني خلالها الطفل من الصمت، والظروف الخاصة التي ترافق كل حالة واستجابة الآخرين لصمت الطفل.

هدفت دراسة الشافعي (2011) إلى بحث العلاقة بين اضطرابات النطق وكل من القلق ورهاب الكلام والاكنتاب والقبول والرفض الوالدي، وتكونت العينة من (726) من طلاب المرحلة الابتدائية والمتوسطة، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات النطق والكلام ورهاب الكلام والقلق، وعلاقة سلبية مع الرفض الوالدي، وكان للقلق ورهاب الكلام والرفض الوالدي القدرة على التنبؤ باضطرابات النطق والكلام.

هدفت دراسة النفيعي (2012) الى التعرف على السلوك التكيفي لأطفال ذوي الخرس الانتقائي بالصفوف الأولية و اقراهم العاديين بمكة المكرمة ، تكونت عينة البحث من (51) (طالب بالصفوف الأولية منهم (25) طالب يعانون من الخرس الانتقائي و(25) طالب عادي كانت اعمارهم بين (6-9) سنوات، واستخدم مقياس السلوك التكيفي الذي اعدده (النفيعي 1998) وقائمة خصائص الطفل ذو الخرس الانتقائي الذي اعدده الباحث، وتوصلت النتائج الى ان مستوى السلوك التكيفي لأطفال ذو الخرس الانتقائي اقل كفاءة من مستوى السلوك التكيفي لدى العاديين، واوصت الدراسة بتقديم التدخل العلاجي لذوي الخرس الانتقائي حال اكتشافهم من قبل المعلمين في المدارس، وتوفير فرص تفاعل اجتماعي للأطفال بصورة عامة ولذوي الخرس الانتقائي بصورة خاصة لزيادة قدراتهم على اكتساب السلوك التكيفي وكسر حاجز الانسحاب الاجتماعي، وتوفير برامج ارشادية تهدف الى زيادة قدرة الطفل على اكتساب السلوك التكيفي.

هدفت دراسة (Anandari, 2015) الى تقصي أسباب القلق المرتبط بالإخراج الكلامي للغات الأجنبية (الانجليزية) لدى الطلاب الاندونيسيين، بالإضافة إلى الكشف عن الأنشطة التي من الممكن أن تساعد هؤلاء الطلاب في خفض هذا النوع من القلق. وقد تم جمع البيانات الخاصة بالدراسة من مجموعة من الطلاب المشاركين في أحد المقررات التدريبية على التحدث مع العامة، والذين استجابوا على مقياسين من أجل الكشف عن أسباب ما ينتابهم من قلق التحدث مع العامة وكذلك مدركاتهم نحو عملية التدريب على مهارات التحدث

أمام الجمهور. أشارت نتائج تلك الدراسة عن كون الخوف، الخجل، عدم الشعور بالارتياح أسباباً للقلق المرتبط بالتحدث باللغات الأجنبية، وعن فعالية التأمّلات الذاتية في مساعدة هؤلاء الطلاب في التعامل مع قلق التحدث باللغات الأجنبية.

هدفت دراسة (محمد، 2018) الى التعرف على فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الخرس الانتقائي، وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الذين يعانون خرساً انتقائياً داخل المدارس، وقد تم استخدام بعض الفنيات المعرفية السلوكية، وبعض الفنيات السلوكية طبقاً لشروطها، ولخصائص عينة الدراسة، والمراحل العمرية التي يمرون بها. وقد تم استخدام الإجراءات المناسبة لاختيار العينة الاساسية المكونة من (10) أطفال (6 من الإناث و4 من الذكور) يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي، والعجز عن التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، حيث تم تقسيمهم الى مجموعتين، الأولى تجريبية تضم (3 من الاناث و 2 من الذكور) يطبق عليها البرنامج، والثانية ضابطة تضم (3 من الاناث و 2 من الذكور) ولا يطبق عليها البرنامج، تتراوح أعمارهم بين (6.5 – 8) سنوات. وقد تم استخدام وتطبيق الأدوات التالية: مقياس الخرس الانتقائي (صورة الوالد – صورة المدرس) من اعداد الباحثة، مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة من اعداد الباحثة، مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي (إعداد: البحيري، 2002)، مقياس ستانفورد – بينيه (الصورة الخامسة). وقد كان للبرنامج التدريبي دوراً فعالاً في خفض درجة اضطراب الخرس الانتقائي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال العينة التجريبية، وقد استمرت فعالية البرنامج بعد توقفه بشهرين في خفض حدة اضطراب الخرس الانتقائي داخل المدرسة، وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

هدفت دراسة (الفارسي، 2018) للكشف عن العلاقة بين التعلق غير الامن لدى طلاب الصف الاول الاساسي في محافظة مسقط وسمات شخصية أمهاتهم. وقد بلغت عينة الدراسة (621) طالباً واماً موزعة بالشكل التالي (16) طالباً وطالبة و (16) امأ. وقد تم استخدام مقياس التعلق غير الامن المتكون من (63)فقرة والذي كان من اعداد الباحثان د. عايذة صالح د. نجاح السميري (2002)، ومقياس سمات الشخصية لا يزك والذي قام بترجمته وتعريبه ميخائيل. وقد قامت الباحثة بتطبيق المقياسيين على عينة الدراسة على شكل مقابلة فردية للطلاب والأمهات في البيئة العمانية وحصولها على دلالات صدق وثبات عالية، فقد توصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج منها : ان نسبة شيوع التعلق غير الامن وانتشاره جاء بنسبة 44% من اجمالي النسبة سواء كانت للذكور أو للإناث وهذا يدل على وجود التعلق غير الامن، كما توصلت الدراسة الى ان سمة الشخصية الأكثر شيوعاً بين الامهات في المرتبة الاولى هي سمة الانبساطية والمرتبة الثانية جات سمة الكذب والمرتبة

الثالثة جات سمة الذهانية والمرتبة الرابعة سمة العصابية من اجمالي نسب الابعاد, وانه يوجد فروق دالة بين الاطفال (الذكور والاناث) في التعلق غير الامن لصالح فئة الاناث . كما انه اظهرت النتائج انه يوجد علاقة بين التعلق غير الامن وبين بعد العصابية. بالإضافة الى عدم وجود فروق بين متوسطات استجابة الامهات في السمات الشخصية تبعاً لمتغير العمر.

أجرى كل من عدنان ومعين (2020) دراسة للكشف عن الخرس الانتقائي لدى اطفال الرياض، والكشف عن الخجل لدى اطفال الرياض، والكشف عن العلاقة بين الخرس الانتقائي والخجل لدى اطفال الرياض. وقد قامت الباحثة باختيار عشوائي لما يعادل (10%) من رياض الأطفال لكل مديرية من مديريات تربية بغداد بجانب الكرخ والرصافة وقد بلغ عدد الرياض المختارة (17) روضة اي ما يعادل (170) طفل وطفلة) واستخدم مقياسين (الخرس الانتقائي والخجل). وتوصل البحث الحالي إلى النتائج الآتية: (1) وجود خرس انتقائي لدى اطفال الرياض (عينة البحث). (2) لا يوجد الخجل لدى اطفال الرياض (عينة البحث). (3) وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة بين الخرس الانتقائي والخجل لدى اطفال الرياض.

بينت دراسة (Cengher, Clayborne, and O'Connor, 2020) بأن أكثر من 60% من الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بالخرس الانتقائي تم تشخيصهم أيضاً باضطراب طيف التوحد. أثبتت الأبحاث السابقة أن التدخلات السلوكية فعالة في زيادة الكلام لدى الأطفال المصابين بكلا التشخيصين. ومع ذلك، أجريت دراسات قليلة تقيّمات لتحديد المتغيرات البيئية التي تمنع الكلام، وهذه التقييمات ضرورية لتطوير علاجات فعالة وكفؤة. تصف دراسة الحالة هذه تقيماً قام بتقييم وظيفة (وظائف) الخرس الانتقائي. أكدت النتائج أن المشارك لم يتحدث لتجنب التفاعل الاجتماعي وأن الصمت حدث بشكل أساسي في وجود العديد من الأشخاص غير المؤلفين. ركز العلاج الأول على زيادة التسامح مع التفاعل الاجتماعي، ويتجلى ذلك من خلال زيادة إنتاج الكلام في وجود أشخاص غير مؤلفين. ركز العلاج الثاني على زيادة الجوانب النوعية لخطاب المشارك (أي الاستجابات والمبادرات). أخيراً، تم تعليم أولياء الأمور المشاركين تنفيذ العلاج في البيئات الطبيعية، وأظهر المشارك تعميماً لتأثيرات العلاج عبر الأشخاص والأماكن. تمت مناقشة الآثار المترتبة على الممارسة السريرية والبحوث المستقبلية.

هدفت دراسة صالح (2021) الى التعرف على الخرس الانتقائي وعلاقته بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ الصف الاول الابتدائي من وجهه نظر المعلمين وبلغ عدد أفراد العينة (200) معلمة اختيروا بالطريقة العشوائية

البسيطة ذات التوزيع المتساوي. ولغرض قياس هذا الهدف تم بناء مقياس الخرس الانتقائي، ومقياس التكيف المدرسي، وقد استخرجت الباحثة دالتا البحث شروط تحليل الفقرات والصدق والثبات. وتشير أهم نتائج الدراسة، الى أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين ضعف الخرس الانتقائي والتكيف المدرسي.

أكدت دراسة (Vogel, Reichert, and Schwenck, 2022) بأن الصمت في مواقف معينة يمثل العرض الأساسي للخرس الانتقائي. ومع ذلك فمن غير الواضح ما هي الأعراض الإضافية التي تشكل جزءاً من هذا الاضطراب. على الرغم من أن المعرفة بالأعراض ضرورية للتشخيص والتدخل، فإنه لا يوجد حتى الآن سوى عدد قليل من الابحاث حول الأعراض المحدودة للخرس الانتقائي. نظراً للتداخل الكبير بين الخرس الانتقائي (EM) واضطراب القلق الاجتماعي (SAD)، ولا يزال من غير الواضح أيضاً أي الأعراض يمكن أن تفرق بين كلا الاضطرابين.

أظهرت دراسة (Keville, Zormati, Shahid, Osborne, and Ludlow, 2023) بأن الخرس الانتقائي والتوحد كثيراً ما يحدثان معاً، مما يؤدي إلى تفاقم عجز التواصل الاجتماعي والقلق المرتبط به. ومع ذلك، يفتقر المتخصصون إلى تشخيص الخرس الانتقائي والتوحد معاً، مما يجعل الحاجة إلى فهم تجارب الوالدين لرعاية الطفل المصاب بالخرس الانتقائي والتوحد أمراً بالغ الأهمية. استخدمت الدراسة الحالية تحليل الظواهر التفسيرية (Interpretative Phenomenological Analysis) لاستكشاف خبرة الوالدين في رعاية الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي والتوحد. أجريت المقابلات شبه المنظمة مع إحدى عشر أم وأب واحد لأطفال تتراوح أعمارهم بين (5 و13) سنة. تم تشخيص جميع الأطفال بالخرس الانتقائي ويقومون حالياً بعملية تشخيص الأطفال إذا كانوا يعانون من التوحد. نتج عن التحليل عدد من التعقيدات من القضايا المشتركة بين الخرس الانتقائي والتوحد، والتأثير الكبير للخرس الانتقائي. أدت الأحكام وتقليل الأعراض من أنظمة التعليم والرعاية الصحية إلى تفاقم التأخير في التشخيص مما منع التدخل المناسب. كما أدت تعقيدات رعاية الطفل المصاب بالخرس الانتقائي والتوحد، إلى جانب سوء الفهم إلى تفاقم إجهاد الوالدين مما أثر على الأسرة. أتاحت الدعوة الأبوية والبيئات الآمنة فرصاً للأطفال لإدارة الخرس القائم على السياق بشكل أفضل، كما أن التحسينات في تحديد الهوية والرغبة في الفهم الصحيح من خلال إشراك الوالدين كأصحاب مصلحة رئيسيين ضرورية لتحسين هذا الوضع.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث العينة:

تبين من خلال الدراسات السابقة ان العينات تختلف فئاتها العمرية حسب نوع الدراسة، فكانت اغلب الدراسات طُبقت على عينات تتراوح عمرياً بين (6-9) سنوات كما في دراسة (النفيعي، 2012) ودراسة (محمد، 2018)، وهو ما سوف تنهجه الباحثة في دراستها الحالية، حيث سوف تطبق دراستها على عينة تتراوح عمرياً بين (6-10) سنوات من الاناث.

من حيث الأهداف:

تتمحور اهداف معظم الدراسات السابقة حول تحديد طرق العلاج والتدخلات المناسبة في خفض درجة الخرس الانتقائي، وقد اتفقت الباحثة مع الدراسات السابقة في أهمية استخدام الأساليب العلاجية المبتكرة مثل العلاج باللعب والفنون الى جانب التدخلات السلوكية والمعرفية السلوكية لتخفيف حدة الاضطراب كما في دراسة (Young, 2005).

من حيث الادوات:

تبين من خلال الدراسات السابقة تعدد الأدوات المستخدمة في الدراسات، ففي دراسة (Kearney and Vecchio, 2006) تم استخدام مقاييس المقابلة التشخيصية المنتظمة والأدوات المعتمدة على الاب والام والملاحظات السلوكية والأداء اليومي واستخدام مقياس خاص بالمقابلة حول اضطرابات القلق المعروفة والمقياس التشخيصي الوظيفي المعدل من اجل الخرس الانتقائي. اما في دراسة (النفيعي، 2012) استخدم الباحث مقياس السلوك التكيفي الذي أعده (النفيعي، 1998) وقائمة خصائص الطفل ذو الخرس الانتقائي الذي أعده الباحث. اما في دراسة (محمد، 2018) فقد استخدم الباحث مقياس الخرس الانتقائي (صورة الوالد، صورة المدرس) من اعدا الباحثة، مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة من اعداد الباحثة، ومقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي من اعداد (البحيري، 2002)، ومقياس ستانفورد- بينيه (الصورة الخامسة). وسوف تستخدم الباحثة في الدراسة الحالية مقياس الخرس الانتقائي ومقياس التعلق غير الامن اعداد (أبو

عريش، 2010) ومقياس القلق التفاعلي من اعداد (Cheek, and Melichor, 1985) حيث سوف تطبق الباحثة المقاييس على عينة البحث لاستخلاص النتائج.

من حيث المنهج:

اعتمدت اغلب الدراسات السابقة على المنهج التجريبي مثل دراسة (سليمان، 2003 ، وسوف تعتمد الباحثة في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة لدراسة اثر التدخلات العلاجية على الأطفال ذو اضطراب الخرس الانتقائي.

من حيث النتائج:

أوضحت نتائج الدراسات السابقة ما يلي:

- فاعلية الأنشطة والفنون البصرية في خفض التعلق غير الامن لدى أطفال الروضة كما أكدته دراسة (Young, 2005).
- وجود علاقة بين التعلق غير الامن بعد العصابية كما اظهرته دراسة (الفارسي، 2018).
- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين ضعف الخرس الانتقائي والتكيف المدرسي كما ظهر في دراسة (صالح، 2021).
- استمرار فاعلية البرنامج العلاجي بعد توقفه بشهرين في خفض حدة اضطراب الخرس الانتقائي داخل المدرسة وتحسين التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة كما ظهر في دراسة (محمد، 2018).
- فاعلية التأملات الذاتية في مساعدة الطلاب الذين يعانون من الخوف والخجل وعدم الشعور بالارتياح لتخفيف الشعور بالقلق المرتبط بالتحدث كما اظهرتها دراسة (Anandari, 2015).

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- إجراءات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصف للمنهجية المتبعة في الدراسة، وعينة ومجتمع الدراسة، بالإضافة الى الإجراءات التي تمت لبناء أدوات الدراسة، وهي تطبيق مقياس القلق ومقياس التعلق غير الامن للأطفال. كما يحتوي هذا الفصل على وصف للمعالجات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات واستخراج النتائج وتفسيرها.

منهج الدراسة:

تم اتباع المنهج شبه التجريبي؛ لدراسة الصمت الانتقائي وأثره على القلق والتعلق غير الامن لدى عينة الأطفال في مملكة البحرين.

مجتمع الدراسة والعينة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي في مملكة البحرين. وتتكون عينة الدراسة من (15) طفلة تتراوح أعمارهم بين (6-10) سنوات. حيث تم اختيار افراد العينة بناءً على تقارب نتائجهم عند تطبيق مقياس الخرس الانتقائي، اذ اتضح ان متوسط درجة الصمت لديهم (2.11) من مقياس ثلاثي بوزن نسبي (70.4).

وبالنسبة للمقاييس الثلاثية التي تكون فيها الدرجات متدرجة من (1) الى (3) درجات، يتم أولاً حساب طول مدى المتوسطات الحسابية على النحو الآتي:

$$\text{طول مدى المتوسطات الحسابية} = (3-1) = (2)$$

$$\text{طول المدى لكل مستوى من المستويات الثلاثة} = (3/2) = (0.67)$$

$$\text{وبالتالي يكون مدى درجات المستوى الأول} = (1+0.67) = (1.67)$$

وبالتالي يتم تقسيم المستويات كما يلي:

$$\text{- المستوى المنخفض} = \text{مدى الدرجات من } (1.00) \text{ الى أقل من } (1.67).$$

$$\text{- المستوى المتوسط} = \text{مدى الدرجات من } (1.67) \text{ الى أقل من } (2.34).$$

$$\text{- المستوى المرتفع} = \text{مدى الدرجات من } (2.34) \text{ الى } (3.00).$$

وبالتالي يتضح أن افراد العينة يقعون في أعلى الفئة الخاصة بالمستوى المتوسط (1.67 – 2.34).

وصف العينة: تكونت عينة الدراسة من (15) طفلة تتراوح أعمارهم بين (6-10) سنوات، تم اختيارهم بطريقة قصدية بعد ان تم توزيع مقياسي القلق والتعلق غير الأمن على والدات الأطفال (العينة) للإجابة. والجدول التالية توضح توزيع افراد العينة على متغيرات الدراسة الحالية (العمر، المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي) حيث تم اعتبار المستوى الاقتصادي منخفض اذا كان الدخل (اقل من 500) دينار بحريني، ومتوسط اذا كان الدخل بين (500 الى 1000) دينار بحريني، و مرتفع اذا كان الدخل اكثر من (1000) دينار بحريني.

جدول (١)

وصف العينة

المتغير	العدد	%
الفئة العمرية		
30-25	6	40
35-31	5	33.3
أكبر من 35	4	26.7
المستوى التعليمي		
ثانوي	2	13.3
جامعي	8	53.3
دراسات عليا	5	33.3
المستوى الاقتصادي		
منخفض	2	13.3
متوسط	7	46.7
مرتفع	6	40

أدوات الدراسة:

للإجابة على أسئلة الدراسة، والكشف عن مدى صدق وفاعلية البرنامج العلاجي، تم استخدام الأدوات

التالية:

1 - مقياس القلق التفاعلي:

تم تطبيق هذا المقياس الذي قام بإعداده (Cheek, and Melichor, 1985) لقياس عناصر القلق الثلاثة العواطف، الشخصية، والصحة النفسية، خلال ندوة عقدت في المؤتمر السنوي لجمعية علم النفس الأمريكية، والمكون من (20) بنداً، باستجابة مكونه من (1) أبداً، 2 نادراً، 3 أحياناً، 4 غالباً، 5 دائماً) وقد قامت الباحثة بترجمته وإعداده على البيئة البحرينية، كما تم التحقق من صدق المحتوى لمقياس القلق التفاعلي من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين (انظر الملحق رقم 6) بهدف ابداء الرأي في فقراتها من حيث شموليتها، ومدى سلامة الفقرات، ووضوح صياغتها ومدى انتماء الفقرات لموضوع الدراسة التابعة لها وأهميتها، وحذف أو تعديل فقرات الاستبانة. وبعد الاطلاع على اقتراحات المحكمين قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أشاروا إليها، وبناءً على الملاحظات التي أبدوها تم حذف (5) بنود ليتلاءم مع بيئة الدراسة الحالية، وبذلك أصبحت أداة الدراسة في صياغتها النهائية مكونة من (15) فقرة قابلة للقياس، ثم قامت الباحثة بعرضها على المشرف حتى أصبحت الاستبانة في صورتها النهائية قابلة للتطبيق في البيئة البحرينية.

2 - مقياس التعلق غير الامن:

تم تطبيق هذا المقياس الذي قامت بإعداده الباحثة (ابوعريش، 2010) في دراستها بعنوان (التعلق العاطفي لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقته بالخوف من وجهة نظر الأمهات) والتي هدفت الى التعرف على مستوى التعلق العاطفي لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقته بالخوف من وجهة نظر الأمهات في منطقة شمال الخليل والى معرفة فيما إذا كان هناك فروقاً في التعلق العاطفي والخوف لدى أطفال ما قبل المدرسة من وجهة نظر الأمهات في منطقة شمال الخليل تعزى للمتغيرات (جنس طفل الام، عمر الام، مهنة الام). فالمقياس مكون من (32) بنداً و بجانب كل بند يوجد سلم مكون من ثلاثة أرقام (1، لا، 2 أحياناً، 3 نعم)، حيث يتم الإجابة من خلال وضع دائرة حول الرقم في المربع الذي يعبر بالشكل المطلوب عن الطفل. تم التحقق من صدق المحتوى لمقياس التعلق غير الامن من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين (انظر الملحق رقم 6) بهدف ابداء الرأي في فقراتها من حيث شموليتها، ومدى سلامة الفقرات، ووضوح صياغتها ومدى انتماء الفقرات لموضوع الدراسة التابعة لها وأهميتها، وحذف أو تعديل فقرات الاستبانة. و بعد الاطلاع على اقتراحات

المحكمين قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أشاروا إليها، وبناءً على الملاحظات التي أبدوها تم حذف (12) بنداً ليتلاءم مع بيئة الدراسة الحالية، وبذلك أصبحت أداة الدراسة في صياغتها النهائية مكونة من (20) فقرة قابلة للقياس، ثم قامت الباحثة بعرضها على المشرف حتى أصبحت الاستبانة في صورتها النهائية قابلة للتطبيق في البيئة البحرينية.

3 - البرنامج العلاجي (من إعداد الباحثة):

برنامج العلاج النفسي باللعب هو أحد أنماط العلاج النفسي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (3) الى (11) عاماً حيث يسمح لهم باللعب في بيئة آمنة ومنظمة بالألعاب وتدخلات وفنيات يقدمها المعالج والذي بدوره يلاحظ سلوك الطفل وتأثير اللعب عليه، كما يدخل المعالج في بعض الأحيان في نقاش مع الطفل حول أفكاره، اعتقاداته، ومشاعره بالإضافة الى اوهامه المختلفة.

تم اعداد البرنامج من قبل الباحثة والمكوّن من خمسة عشر جلسة حيث تم في الجلسة الأولى التعارف وبناء العلاقة الارشادية بين المعالجة والطفلة. والجدول المرفق في الملاحق يبين البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، كما يبين اهداف كل جلسة، والأسلوب العلاجي والفنيات المستخدمة بالإضافة الى موضوعات وحيثيات كل جلسة على حدى.

يمكن تلخيص تطبيق البرنامج في أربع مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: بداية البرنامج

تنطلق البداية مع خطوة التعرف على أم كل طفل على حدى واجراء المقابلة لجمع المعلومات عن كل طفل وفهم المشكلة بشكل صحيح، وتعريف الام بالعلاج باللعب وأهدافه وأهميته التي تلبي احتياجات طفلتها، كما يتم تطبيق المقياس القبلي لمقارنته بالمقياس البعدي بعد خضوع الطفل للبرنامج العلاجي.

المرحلة الثانية: تطبيق البرنامج

يتم في هذه المرحلة تنفيذ الجلسات المحددة وفق البرنامج العلاجي، مع مراعاة تطبيق الفنيات والتدخلات التي تتناسب مع حالة كل طفل، والحرص على تحقيق الهدف من كل جلسة وتعزيز استفادة الطفل من التدخلات والفنيات المستخدمة اثناء الجلسة.

المرحلة الثالثة: تقييم البرنامج

في هذه المرحلة يتم التأكد من الأهداف التي تم تحقيقها خلال تطبيق البرنامج ومدى فاعلية البرنامج في خفض القلق والتعلق غير الامن لدى عينة الدراسة، وذلك من خلال تطبيق المقياس البعدي ومقارنته بالمقياس القبلي الذي تم تطبيقه في بداية البرنامج.

المرحلة الرابعة: متابعة البرنامج

خلال هذه المرحلة سوف يتم تطبيق قياس تتبعي للتأكد من فاعلية البرنامج وأثره على الأطفال في خفض القلق والتعلق غير الآمن والقدرة على الكلام في مختلف المواقف الاجتماعية بعد أربعة أشهر.

إجراءات الدراسة:

- 1 - تم التسجيل في برنامج العلاج النفسي باللعب في مركز (The Play Therapy Training Institute, 2015) من اعداد الدكتورة هايدي كادسون (Heidi Kaduson)، كما تم التسجيل في برنامج العلاج باللعب لتعزيز ثقة الطفل بنفسه (Play Therapy to enhance self-esteem) من اعداد الدكتورة نفسها.
- 2 - تم حضور جلسات العلاج باللعب في مركز مساندة والمراقبة قبل القيام بالجلسات كمعالجة.
- 3 - تم الاطلاع على بعض الادبيات المرتبطة بالبرنامج، كما تم اختيار التدخلات المناسبة للحالات الخاضعة للدراسة.
- 4 - تم تطبيق البرنامج العلاجي على عينة مكونة من طفلة واحدة (n=1) بعدد جلسات (10) وبسبب ظروف خارج عن إرادة الباحثة تم وقف البرنامج ثم إعادة تطبيقه على (15) طفلة.
- 5 - تم التواصل مع المعلمين والمرشدين في مدارس الأطفال وجمع المعلومات عن وضع كل طفل في المدرسة.
- 6 - تم اعداد أدوات المقاييس وارسالها لأمهات الأطفال للإجابة عنها.
- 7 - تم تطبيق المقاييس أولاً على عينة استطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس (القلق التفاعلي، التعلق غير الآمن) على عينة مؤلفة من طفلة واحدة ووالدتها، وقامت الباحثة باختيار العينة الاستطلاعية من خارج العينة الأساسية للدراسة.
- 8 - تم تطبيق المقياس من خلال المقابلة الفردية لكل ام على حدة، كما تم الحرص على اتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات وشرح طريقة الإجابة على المقاييس والتأكد من فهم الأمهات لطريقة الإجابة.
- 9 - تم تحكيم البرنامج بعد عرضه على المحكمين (انظر الملحق 6).

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

من أجل الإجابة عن أسئلة الدراسة، تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية:

1 - التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية.

2 - اختبار ولكسون (Wilcoxon).

الفصل الرابع

تفسير النتائج ومناقشتها

- نتائج السؤال الأول.
- نتائج السؤال الثاني.
- مناقشة النتائج.
- الاستنتاجات الرئيسية.
- التوصيات.
- الدراسات المقترحة.

الفصل الرابع

تفسير النتائج ومناقشتها

يتكون هذا الفصل من استعراض شامل لنتائج الدراسة التي توصلت لها الباحثة من خلال تحليل بيانات الدراسة الميدانية، حيث هدفت هذه الدراسة للتعرف على الخرس الانتقائي وعلاقته بالقلق والتعلق غير الآمن لدى عينة من الأطفال في مملكة البحرين.

سؤال الدراسة الأول: "ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي باللعب لخفض مستوى القلق التفاعلي لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي؟"
للإجابة على سؤال الدراسة الأول تم استخدام اختبار ويلكسون (Wilcoxon) للتعرف على دلالة الفروق بين المقياسين القبلي والبعدي في مستوى القلق، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢)

نتائج اختبار ولكسون للتعرف على دلالة الفروق بين المقياسين القبلي والبعدي في مستوى القلق التفاعلي

ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	دلالة Z
15	8.00	120	-3.415	.001
0	0	0		

ويتضح من الجدول السابق ان قيمة (Z) كانت دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.001) لصالح القياس البعدي، مما يدل على انخفاض مستوى القلق لدى افراد العينة، الامر الذي يؤكد على فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية.

سؤال الدراسة الثاني: "ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي باللعب لخفض مستوى التعلق غير الامن لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي؟"

للإجابة على سؤال الدراسة الثاني تم استخدام اختبار ويلكسون (Wilcoxon) للتعرف على دلالة الفروق بين المقياسين القبلي والبعدي في مستوى التعلق غير الآمن والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٣)

نتائج اختبار ويلكسون للتعرف على دلالة الفروق بين المقياسين القبلي والبعدي في مستوى التعلق غير الآمن

الرتب السالبة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	دلالة Z
الرتب الموجبة	0	0	0	-3.420	.001

ويتضح من الجدول السابق ان قيمة "Z" كانت دالة احصائياً عند مستوى دلالة (.001) لصالح القياس البعدي، مما يدل على انخفاض مستوى التعلق غير الآمن لدى افراد العينة، الامر الذي يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية.

مناقشة النتائج:

تمت مناقشة النتائج في ضوء اسئلة الدراسة كالتالي:

السؤال الأول والذي ينص على: "ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي باللعب لخفض مستوى القلق التفاعلي لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي؟"

يوضح جدول رقم (4) انخفاض مستوى القلق التفاعلي لدى افراد العينة دالاً احصائياً عند مستوى دلالة (.001). اذ يلاحظ من خلال النتائج ان هناك علاقة موجبة بين المتغيرين، كلما زاد القلق التفاعلي لدى الطفل كلما زادت حدة اضطراب الخرس الانتقائي لديه. وتتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (محمد، 2018) التي هدفت الى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الخرس الانتقائي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي داخل المدارس، اذ توصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الخرس الانتقائي لصالح المقياس البعدي، كما استمرت فعالية البرنامج بعد توقيفه بشهرين في خفض حدة اضطراب الخرس الانتقائي وتحسين التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة الشافعي (2011) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين اضطرابات النطق وكل من القلق ورهاب الكلام والاكتئاب والقبول والرفض الوالدي، إذ توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات النطق والكلام ورهاب الكلام والقلق، وعلاقة سلبية مع الرفض الوالدي، وكان للقلق ورهاب الكلام والرفض الوالدي القدرة على التنبؤ باضطرابات النطق والكلام. كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (النفيعي، 2012) إذ توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى السلوك التكيفي للأطفال ذو الخرس الانتقائي أقل كفاءة من مستوى السلوك التكيفي لدى الأطفال العاديين. وكذلك توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Anandari, 2015) والتي هدفت إلى تقصي أسباب القلق المرتبط بالإخراج الكلامي للغات الأجنبية (الانجليزية) لدى الطلاب الاندونيسيين، بالإضافة إلى الكشف عن الأنشطة التي من الممكن أن تساعد هؤلاء الطلاب في خفض هذا النوع من القلق، إذ أشارت نتائج الدراسة عن كون الخوف، الخجل، وعدم الشعور بالارتياح أسباباً للقلق المرتبط بالتحدث باللغات الأجنبية، وعن فعالية التأملات الذاتية في مساعدة هؤلاء الطلاب في التعامل مع قلق التحدث باللغات الأجنبية.

السؤال الثاني: "ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي باللعب لخفض مستوى التعلق غير الآمن لدى عينة من الأطفال المصابين بالخرس الانتقائي؟"

يوضح جدول رقم (5) انخفاض مستوى التعلق غير الآمن لدى أفراد العينة دالاً احصائياً عند مستوى دلالة (0.001) إذ يلاحظ من خلال النتائج أن هناك علاقة موجبة بين المتغيرين، كلما زاد التعلق غير الآمن لدى الطفل كلما زادت حدة اضطراب الخرس الانتقائي لديه. وتتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (الفارسي، 2018) حيث توصلت إلى مجموعة من النتائج منها: وأنه يوجد فروق دالة بين الأطفال (الذكور والإناث) في التعلق غير الآمن لصالح فئة الإناث. كما أنه أظهرت النتائج أنه يوجد علاقة بين التعلق غير الآمن وبين بعد العصابية. بالإضافة إلى عدم وجود فروق بين متوسطات استجابة الأمهات في السمات الشخصية تبعاً لمتغير العمر. كما توافقت الدراسة الحالية مع دراسة (سليمان، 2003) إذ توصلت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم وهو الإرشاد السلوكي المعرفي في خفض التعلق غير الآمن لدى أطفال الروضة، حيث أثبتت النتائج أن معظم أطفال الروضة يمكنهم النجاح، والتكيف الاجتماعي بالروضة، وتقبلهم الانفصال عن والديهم، عندما يتم تدريبهم وتوجيههم باستخدام الإرشاد السلوكي المعرفي. كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Young, 2005) إذ توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية هذه الأنشطة والفنون البصرية في خفض التعلق غير الآمن لدى أطفال الروضة.

الاستنتاجات الرئيسية:

بعد مناقشة النتائج بالنظر الى الأهداف ومن خلال الإجابة على أسئلة البحث، فإن أبرز الاستنتاجات هي كما يلي:

1. اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في خفض مستوى القلق بمقارنة القياس القبلي والبعدي.
2. اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في خفض مستوى التعلق غير الامن بمقارنة القياس القبلي والبعدي.
3. البرنامج العلاجي المعد من قبل الباحثة قابل للتطبيق.

التوصيات:

من خلال نتائج الدراسة، فإن الباحثة توصي بما يلي:

1. الاستفادة من الدراسة الحالية في وضع رؤية لبرامج إرشادية هادفة لخفض مستوى اضطراب الخرس الانتقائي لدى الأطفال ومحاولة تجربتها بالتعاون مع الأمهات.
2. الاستفادة من الفنيات والأنشطة المستخدمة في البرنامج العلاجي في خفض مستوى القلق والتعلق غير الامن لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي.
3. توعية المعلمين والمرشدين باضطراب الخرس الانتقائي نظراً لأهمية التشخيص المبكر والتدخل العلاجي الفعال.
4. عقد ورش عمل للمرشدين في المدارس المحلية من أجل مساعدتهم في كشف حالات الخرس الانتقائي.
5. تدريب المرشدين النفسيين والاختصاصيين النفسيين على استخدام العلاج باللعب مع الأطفال لما له اثر كبير في مساعدة الطفل في التعبير والتنفيس.

الدراسات المقترحة:

1. اجراء دراسات عن الخرس الانتقائي وربطها بمتغيرات أخرى غير القلق والتعلق غير الامن.
2. اجراء دراسات عن الخرس الانتقائي تعتمد على برامج العلاج باللعب العائلي واختبار مدى فاعليتها.
3. اجراء دراسات حول دور الوالدين والمعلمين في تقييم اضطراب الخرس الانتقائي.
4. تطوير مقاييس وأدوات لدراسة الخرس الانتقائي فالمكتبة العربية تفتقر لها.

المراجع:

أ- المراجع العربية:

- ابو جادو، صالح محمد علي. (2007). علم النفس التطوري. الطبعة الثانية. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبوزيد، م. (2009). علم نفس الطفل والخوف والرهاب لدى الأطفال. الجزء الثاني. دار المعرفة الجامعية.
- ابوعريش، اريج محمود. (2010) التعلق العاطفي لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقته بالخوف من وجهة نظر الأمهات. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس.
- الجزائري، خلود حسين عبد الرزاق (2004) المناخ الأسري وعلاقته بالقلق في مرحلة الطفولة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر .
- زهران، حامد عبد السلام (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة .
- سليمان، عبد الرحمن (2002)، اضطراب الخرس الانتقائي: التباكم لدى الأطفال. مجلة كلية التربية، 16(63)، 32-45.
- سليمان، علي (1994). دور الاسرة في تربية الأبناء. شركة سفير.
- سليمان، ميار محمد علي. (2003). فعالية برنامج إرشادي لخفض التعلق غير الامن لدى اطفال الروضة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- الشافعي، إبراهيم. (2011). بعض المتغيرات المرتبطة باضطرابات النطق والكلام لدى طلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة بالمملكة العربية السعودية: دراسة تنبؤية مقارنة.
- الشربيني، زكريا. (2000). المشكلات النفسية عند الأطفال. الطبعة الأولى. دار الكتاب العربي.
- الشناوي، محمد محروس (2000)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة .
- شهبو، سامية. (2018). فعالية برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الشعور بالخجل لدى عينة من أطفال الروضة، مجلة الطفولة، 1(30)، 235-289 .
- شيتون، اليسا. (2020). الخرس الانتقائي (ترجمة: عدنان الحاجي). مكتبة جرير.
- صالح، زينة علي. (2021). الخرس الانتقائي وعلاقته بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ الصف الاول الابتدائي من وجهة نظر المعلمين. مجلة القادسية للعلوم الانسانية، 24(4)، 221-234.
- الصويغ، سهام (2018). العلاج النفسي باللعب: نافذة الى عالم الطفل. دار المسيرة
- عبد المعطي، السعيد عبد الخالق (1996) القلق لدى الوالدين وعلاقته بالقلق والتحصيل بالأكاديمي لدى المراهقين من طلبة المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر .

عبد المنعم، منى وزيدان، عصام وإبراهيم، ماجدة والمرسى، وديع (2016). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب وأثره في خفض مستوى القلق لدى الطفل التوحدي. مجلة بحوث التربية النوعية، 2016(44)، 23-42.

عدس، محمد عبد الرحيم ومصلح، عدنان عارف (1416هـ). مدخل الى رياض الأطفال. دار الفكر. عدنان، سمر ومعين جوري. (2020). الخرس الانتقائي وعلاقته بالخلل لدى أطفال الرياض. دراسات نفسية وتربوية، 13(1)، 472-493.

العتار، محمد محمود (2003). أطفالنا واللعب في مرحلة الطفولة المبكرة. مجلة الطفولة والتنمية (القاهرة. المجلس العربي للطفولة والتنمية)، 3(12)، 187 - 203.

العتار، محمد محمود. (2021). اللعب في مرحلة ما قبل المدرسة في ضوء نظريات علم النفس وتطبيقاته التربوية في رياض الأطفال (دراسة نظرية). مجلة التربية (جامعة الأزهر)، 40(190)، 292 - 330. علي، السيد فهمي (2009)، علم نفس الصحة (الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، القاهرة .

عمار، مروة. (2019). الخرس الانتقائي وتوهم المرض وعلاقتهما بالحرمان العاطفي المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية دراسة سيكومترية - كينيكية. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا المجلد 73، 640-693.

العناني، حنان عبد الحميد (2000). الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن. العناني، حنان عبد الحميد (2018). اللعب عند الأطفال الأسس النظرية والتطبيقية، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الفارسي، إيمان (2018) التعلق غير الامن لدى أطفال الصف الأول الأساسي وعلاقته بالسمات الشخصية لأمهاتهم في محافظة مسقط. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة نزوى.

لطف الله، عفاف (1998). أوراق تربوية في مشكلات الأطفال الناشئة. اشبيلية للدراسات والنشر والتوزيع. محمد، فاطمة سيد عبد اللطيف (2018). فاعلية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الخرس الانتقائي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال. 28(99)، 371 - 424.

النفيعي، خالد بن سمطان مشعل. (2012). السلوك التكيفي للأطفال ذوي الصمت لاختياري، بالصفوف الأولية واقرانهم العاديين بمكة المكرمة: دراسة مقارنة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة ام القرى، المملكة العربية السعودية.

يوسف، مسعد ابراهيم. (2019) العوامل المرتبطة بمشكلة الخرس الانتقائي لدى الأطفال وبرنامج مقترح لمواجهتها من منظور طريقة خدمة الفرد. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الفيوم، 16(16)، 628 – 679.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-V*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2018). *APA Dictionary of psychology*. APA Press
- Anandari, C. (2015). Indonesianefl students 'anxiety in speech production: possible cause and remedy. *Teflin Journal*, 26 (1), 1-16.
- Association for Play Therapy (APT), (2023). *Play therapy Training*. USA.
- Barnowski, A. (2019). *Selective mutism: What it is and approaches to intervention*.
- Barterian, J. A. (2015). *Fluoxetine for the treatment of selective mutism with elevated social anxiety symptoms: A nonconcurrent multiple baseline design across five cases*. PhD. Dissertation, University of Michigan, USA.
- Barterian, J. A., Sanchez, J. M., Magen, L., & Siroky, A. (2018). An examination of fluoxetine for the treatment of selective mutism using a nonconcurrent multiple-baseline single-case design across five cases. *Journal of Psychiatric Practice* 24(1), 2-14
- Beidel, D. C., & Bunnell, B. E. (2014). Assessment and treatment of social anxiety disorder and selective mutism in children and adolescents. *Direction in Psychiatry*, 34(1), 55-62)
- Bergman, L. R., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Childand Adolescent Psychology*, 7(2), 456-464.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. 2nd. Edition. Routledge.
- Brody GH (2016) Siblings' direct and indirect contributions to child development. *Current Directions in Psychological Science* 13 (3), 124–126.
- Bruce, P. (2018). Bonding and attachment in maltreated children: Consequennces of emotional neglect in childhood.
- Busse, R. T., & Downey, J. (20110. Selective mutism: A three-tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53-63
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive-behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502–514.
- Cengher, M., Clayborne, J. C., Crouch, A., E., & O'Connor, J. T. (2021). Assessment and treatment of selective mutism in a child with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Case Studies*, 20(3), 248-264.

- Cheek, J.M., & Krasnoperova, E.N. (1999). Varieties of shyness in adolescence and adulthood. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 224-250). Oxford University Press.
- Cohan, S., L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from (1990-2005). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097.
- Crenshaw, D. A. (Ed.). (2014). *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice*. Guilford Press.
- Cunningham, E., McHolm, A., & Boyle, M. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 245-255
- Davison, G. and Neale, J. (1998), *Abnormal Psychology*, (7th ed), John Wiley & Sons, INC.
- Ditommaso, E., McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills, and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 303-312.
- Emil, B. (2010). Psychodynamic aspects of selective mutism. *Kinderanalyse*, 18(2), 131-153
- Fernandez, K. T. G., & Sugay, C. O. (2016). Psychodynamic play therapy: A case of selective mutism. *International Journal of Play Therapy*, 25(4), 203-209.
- Fisak, L. M. (2020). A controlled single- case treatment of severe long-term selective mutism in a child with mental retardation. *Behavior Therapy*, 39(4), 313-321.
- Galloway, H. (2008). Including children with selective mutism in mainstream schools and kindergartens: Problems and possibilities. *International Journal of Inclusive Education*, 12(3), 301-315.
- Guerney, L., & Vanfleet, R. (Eds.). (2003). *Casebook of Filial therapy*. Play Therapy Press.
- Harris, S., Mayes, J., Miller, M., Singer, D. (2023). *Interpersonal psychoanalytic theory for the 21st Century: Evolving self*. Lexington Books.
- Henderson, L., Zimbardo, P., & Rodino, E. (2011). *Painful shyness*. American Psychological Association.
- Holmes, D. (1994), *Abnormal Psychology*, (2nd ed.), Harper .48 College Publ.

- Hopko, D. R., Stowell, J., Jones, W., & Armento, M. E. A. (2005). Psychometric properties of the revised cheek and buss shyness scale. *Journal of Personality Assessment* 84(2),185-92
- Huo, A., & Major, N., (2016). Selective mutism. *Current Opinion Pediatrics*, 28(1), 114-120.
- Jennings, S., & Holmwood, C. (Ed.). (2021). *International handbook of play therapeutic play and play therapy*. First Edition. Routledge
- Kaduson, H., Cangelosi, D., Schaefer, C. (1997). *The Playing Cure*. Aronson.
- Kearney, C. A., Gerthoffer, A., Howard, A., & Diliberto, R. (2018). Etiology and phenomenology of specific anxiety disorders. Cambridge University Press.
- Kearney, C. A., & Rede, M. (2021). The heterogeneity of selective mutism: A primer for a more refined approach. *Frontier Psychology: Psychology for Clinical Settings*, 12, 700-715.
- Kessler, J. (1988). *Psychopathology of childhood*. Second Edition. Prentice Hall.
- Keville, S., Zormati, P., Shahid, A., Osborne, C., & Ludlow, A. K. (2023). Parent perspectives of children with selective mutism and co-occurring autism. *International Journal of Developmental Disabilities*, doi.org/10.1080
- Kidshealth Pediatrics. (2023). Shame definition Glendale. <https://www.kidshealth.org/pediatrics.com/>
- Knell, S.M. (1993). *Cognitive -Behavioral Play Therapy*. Jason Aronson.
- Koskela , M., Chudal , R., Luntamo , T., Suominen , A., Steinhausen , H., & Sourander , A. (2020). The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism: A nationwide population-based study. *BMC Psychiatry*. 20(Article number, 221. 1-15.
- Koskela, M., Ståhlberg, T., Azam, W. M., Sourander, A. (2023). Long-term outcomes of selective mutism: A systematic literature review. *BMC Psychiatry* 23, Article number: 779, 1-15.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *Drugs*, 16(3), 175-180.
- Leo, M., & Scholar, M. (2014). *Quality of peer relationship among Children with selective mutism*. Graduation Project, department of Psychology, University of Nevada, Las Vegas.

- Lowenstein, L. (2016). *Creative interventions for children with anxiety*. Champion Press.
- McLeod, J. (2013). *An Introduction to counselling*. Open University Press.
- Melchior, L.A., & Cheek, J.M. (1985). *Shyness and anxious self-preoccupation during a social interaction*. Communication, cognition, and anxiety (Special issue). *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 117- 130. (Reprinted by Sage in book form, 1991).
- Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M. Walitza, S. (2022). Emotion regulation in selective mutism: A comparison group study in children and adolescents with selective mutism. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 710-715.
- Mulligan, C. A. (2012). *Selective mutism: Identification of subtypes and influence on treatment*. PhD. Dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. USA
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159–167.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (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*, 18(2), 151-169.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 24(2), 294- 325.
- Noyes R.; et al. (1998) *Anxiety disorders*. Pergamon - press. Newyork.
- Pace, C. S., Muzi, S., & Vizzino, F. (2022). Family drawing for assessing attachment in children: Weaknesses and strengths. *Frontier Psychology*, 13, <https://doi.org/10.3389>
- Plomin, R., & Daniels, D. (1998). Genetics and shyness. Report (Springer). *Emotions, Personality, and Psychotherapy (EPPS)*, 63-80
- Pokorski, M., & Franckowiak, W. M. (2018). Psychoanalysis: When speaking is an obstacle *Estudos de Psicanálise*, 50, 107-113.
- Powell & Dailley, 1995). When to intervene in selective mutism: The multimodal treatment of a case of persistent selective mutism. *Psychology of School*, 32(2), 114-123.
- Reitman, I., Reitman, A., & Xu, N. (2024). Supporting your child with selective mutism: A practical guide for school, home, and in the community. First Edition.
- Russ, S. (1995). Play psychotherapy research: State of the science. In T. Ollendick & R. Prinz (Eds.). *Advances in clinical child psychology* (pp. 365–391). Plenum.

- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Second ed. Guilford Press.
- Shipon-Blum, E. (2018). *Understanding selective mutism: A guide to helping our teachers understand*. Selective Mutism Center.
- Slobodin, O. (2023). Beyond the language barrier: A systematic review of selective mutism in culturally and linguistically diverse children. *Transcultural Psychiatry*, 60(2), 313-331.
- Starke A (2018) Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorder*, 74, 45–60
- Steains , S. Y., Malouff , J. M., & Schutte , N. S. (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child: Care, Health, and Development*, 47(6), 771-781.
- Stein, M. B., Yang, B., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Song, S. C. ... et al., Gelemter, J. (2010). A Common Genetic Variant in the Neurexin Superfamily Member CNTNAP2 is Associated with Increased Risk for Selective Mutism and Social Anxiety-Related Traits. *Biological Psychiatry*. 69(9), 825–831.
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*, 20(1), 115–119.
- VandenBos, G. R. (2013). APA dictionary of clinical psychology. American Psychological Association.
- Van-Fleet, R. (2013). *Strengthening parent-child relationships through play*. Third Edition. Play Therapy Press.
- Vogel, F., Reichert, J., & Schwenck, C. (2022). Silence and related symptoms in children and adolescents: a network approach to selective mutism. *BMC Psychology*, 10, Article number: 271, 1-70
- Wiener, J. M., & M. K. (Eds.). (2003). *Textbook of child and adolescent psychiatry*. The American Psychiatry Publishing.
- Willes, D. E. (1998). Longitudinal analysis of mothers and fathers' responses on the maternal separation anxiety scale. *Merrill-Palmer Quarterly*, 44(2), 216-233
- Woders, L. L., & Alfee, M. L. (2024). Play therapy treatment planning with children and families: A guide for mental health professionals. Francies & Tylor.
- Young, M. (2005). *Counseling methods and techniques: An eclectic approach*. Macmillan Publishing Company.

الملاحق

ملحق (1) مقياس الخرس الانتقائي

ملحق (2) مقياس القلق التفاعلي

ملحق (3) مقياس التعلق غير الآمن

ملحق (4) البرنامج العلاجي

ملحق (5) الصور

ملحق (6) قائمة المحكمين

ملحق (7) الملخص باللغة الإنجليزية

ملحق (1)

مقياس الخرس الانتقائي لدى عينه من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي

****تعليمات:** يرجى قراءة كل عنصر بعناية وتحديد الى أي مدى هو سمة من سمات مشاعر طفلك وسلوكه. بجانب كل جملة يوجد سلم مكون من ثلاثة ارقام، عليك وضع دائرة حول الرقم الذي يعبر بالشكل المضبوط. مع العلم ان الاستبيان هو لاستكمال رسالة الماجستير، والمعلومات محاطة بالسرية، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، ولا داعي لذكر الاسم او ما يشير لك.

الرقم	العبرة	لا يعاني من المشكلة	يعاني من المشكلة	يعاني بدرجة كبيرة
1.	لا يتحدث طفلي بشكل طبيعي في المنزل.	1	2	3
2.	يعجز طفلي عن التحدث بشكل طبيعي في المدرسة.	1	2	3
3.	يعجز طفلي عن الإجابة لفظياً على الأسئلة في الصف.	1	2	3
4.	لا يستطيع طفلي ان يطلب المساعدة من الآخرين.	1	2	3
5.	يتحدث طفلي بشكل طبيعي مع الأطفال الآخرين اثناء اللعب	1	2	3
6.	يعجز طفلي عن العمل او اللعب مع المجموعة.	1	2	3
7.	ليس لدى طفلي القدرة على البدء بمحادثة مع الآخرين.	1	2	3
8.	يعاني طفلي من تخلف دراسي.	1	2	3
9.	ليس لدى طفلي القدرة على المشاركة في العروض الرياضية او الموسيقية.	1	2	3
10.	التواصل الاجتماعي مع الآخرين ضعيف	1	2	3
11.	طفلي غير متعاون مع معلميه او المشرفين عليه.	1	2	3
12.	يفشل طفلي في تنظيم المهام وتنفيذها.	1	2	3
13.	يعاني طفلي من صعوبة في مجال التعلم.	1	2	3
14.	لأكثر من شهرين يعجز طفلي عن التحدث في المدرسة.	1	2	3
15.	رغم انه يتكل بشكل طبيعي في المنزل لكنه لأكثر من شهر يعجز عن الحديث مع الغرباء	1	2	3
16.	يتكلم طفلي بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من نفس العمر (التأتأة بطريقة غير مناسبة لعمره أصغر من عمره).	1	2	3

3	2	1	17. يقطع طفلي الآخرين في الحديث.
3	2	1	18. يروي طفلي قصصاً غير حقيقية او كاذبة.
3	2	1	19. لا يستمع او يصغي طفلي الى التعليمات التي تقدم اليه.
3	2	1	20. يتجنب طفلي المهام التي تتطلب قدرة على التحدث.

ملحق (2)
مقياس القلق التفاعلي لدى عينه من الأطفال
الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي

المتغيرات الديموغرافية:

-الجنس:

1- ذكر

2- انثى

-العمر:

1- 25 - 30

2- 31 - 35

3- 35 +

-المستوى التعليمي:

1- ثانوي

2- جامعي

3- دراسات عليا

-المستوى الاقتصادي والاجتماعي: 1 - منخفض

2- متوسط

3- مرتفع

****تعليمات:** يرجى قراءة كل عنصر بعناية وتحديد إلى أي مدى هو سمة من سمات مشاعر طفلك وسلوكه. بجانب كل جملة يوجد سلم مكون من خمسة ارقام، عليك وضع دائرة حول الرقم الذي يعبر بالشكل المضبوط. مع العلم ان الاستبيان هو لاستكمال رسالة الماجستير، والمعلومات محاطة بالسرية، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، ولا داعي لذكر الاسم او ما يشير لك.

1 = أبداً

2 = نادراً

3 = أحياناً

4 = غالباً

5 = دائماً

الرقم	العبارة	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
1.	يشعر ابني بالتوتر عندما يكون مع أشخاص لا يعرفهم جيداً.	1	2	3	4	5
2.	أثناء المحادثات مع معارف جديدة، يخشى ابني أن يقول شيئاً غيبياً.	1	2	3	4	5
3.	يشعر ابني بالحرص اجتماعياً إلى حد ما.	1	2	3	4	5
4.	يشعر ابني بعدم الراحة في كثير من الأحيان في الحفلات والتجمعات الاجتماعية الأخرى.	1	2	3	4	5
5.	عندما يكون ابني في مجموعة من الناس، يجد صعوبة في التفكير في الأشياء الصحيحة للحديث عنها.	1	2	3	4	5
6.	يشعر ابني بالراحة حتى في المواقف الاجتماعية غير المألوفة.	1	2	3	4	5
7.	يصعب على ابني التصرف بشكل طبيعي عندما يقابل أشخاصاً جدد.	1	2	3	4	5

5	4	3	2	1	8. يشعر ابني بالخجل الشديد عندما يكون بالقرب من غرباء.
5	4	3	2	1	9. يشعر ابني بالثقة من مهاراته الاجتماعية.
5	4	3	2	1	10. أبني عادة هو الشخص الذي يبدأ المحادثة.
5	4	3	2	1	11. لا يجد ابني صعوبة في التحدث إلى الغرباء.
5	4	3	2	1	12. يشعر ابني بالقلق بشأن مدى حسن التعامل مع معارف جديدة.
5	4	3	2	1	13. يشعر ابني بالخجل عند مقابلة شخص من الجنس الآخر.
5	4	3	2	1	14. لا يستغرق الأمر وقتاً طويلاً ليتغلب ابني على الخجل في وضع جديد.
5	4	3	2	1	15. يشعر ابني بالضيق في المواقف الاجتماعية.

ملحق (3)
مقياس التعلق غير الامن لدى عينه من الأطفال
الذين يعانون من اضطراب الخرس الانتقائي

المتغيرات الديموغرافية:

-الجنس:
1- ذكر
2- انثى

-العمر:
1- 25-30
2- 31-35
3- 35+

-المستوى التعليمي:
1- ثانوي
2- جامعي
3- دراسات عليا

-المستوى الاقتصادي والاجتماعي:
1- منخفض
2- متوسط
3- مرتفع

****تعليمات:** يرجى قراءة كل عنصر بعناية وتحديد الى أي مدى هو سمة من سمات مشاعر طفلك وسلوكه. بجانب كل جملة يوجد سلم مكون من ثلاثة ارقام، عليك وضع دائرة حول الرقم الذي يعبر بالشكل المضبوط. مع العلم ان الاستبيان هو لاستكمال رسالة الماجستير، والمعلومات محاطة بالسرية، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، ولا داعي لذكر الاسم او ما يشير لك.

1= لا

2= أحياناً

3= نعم

الرقم	العبارة	لا	احياناً	نعم
1.	ابني يخاف التكلم امام الآخرين.	1	2	3
2.	ابني يخاف عندما يبتعد عن البيت	1	2	3
3.	ابني يشعر بصداغ في رأسه	1	2	3
4.	ابني يبكي عند كتابة الواجب.	1	2	3
5.	ابني يصرخ بشده عند رؤية أي حيوان.	1	2	3
6.	ابني يخاف اذا مشى لوحده في الشارع.	1	2	3
7.	ابني يرفض الذهاب الى المدرسة.	1	2	3
8.	ابني يخاف من وجود غرباء في المنزل.	1	2	3
9.	ابني يرتعد إذا انطفئ النور فجأة.	1	2	3
10.	ابني يشعر بالضيق حين نخرج انا ووالده من البيت ونتركه.	1	2	3
11.	ابني يحزن عندما يذهب للسريير للنوم.	1	2	3
12.	ابني يخاف عندما يركب سيارة.	1	2	3
13.	ابني يخاف من ناس يعرف انهم لا يسيئون الى أحد.	1	2	3
14.	ابني يخاف من جميع الحيوانات.	1	2	3
15.	حينما يدخل ابني دورة المياه يترك الباب مفتوحاً والضوء مضيء حتى في النهار.	1	2	3
16.	ابني يحترس من كل الناس.	1	2	3

3	2	1	ابني يصرخ حينما يمشي في أماكن مزدحمة بالناس.	17.
3	2	1	ابني يرفض اللعب مع الأصدقاء لوحده.	18.
3	2	1	ابني كثير التوتر.	19.
3	2	1	ابني يصرخ عندما يسمع طائرة في الجو.	20.

ملحق (4)

البرنامج العلاجي

رقم الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	أهم أهداف الجلسة	موضوعات وحيثيات الجلسة	الأسلوب العلاجي والفنيات المستخدمة
الجلسة الأولى (التمهيدية) 45 دقيقة	التعارف وبناء العلاقة الارشادية بين المعالجة والطفل.	-بناء علاقة قبول وثقة من خلال توفير البيئة الملائمة لذلك. -استخدام مهارات التواصل باللعب دون الاعتماد على اللغة. -الحرص على ان يشعر الطفل بأنه مقبول، والشعور بالحرية الكاملة في التعبير عن مشاعره. - ان يشعر الطفل بالقوة والتحكم والتمكين في الجلسة اذ انه القائد والمتحكم في غرفة اللعب.	-الترحيب والتعارف بين المعالجة والطفل. - ترك المجال للطفل ليقود عملية اللعب واختيار الألعاب وفقاً لحاجاته. - بناء الارتباط العاطفي من خلال إدراك المعالجة لمشاعر الطفل التي يعبر عنها في لعبه والتعبير عنها بكلمات تصف تلك المشاعر بطريقه تساعد الطفل في التبصر بسلوكه.	- استخدام المعالجة أسلوب العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل (Childe Centered Play Therapy). - استخدام أدوات التعبير الفني كالرسم والتشكيل بالعجين. -توفير مختلف الالعاب ليتمكن الطفل من الاختيار (المطبخ، المنزل، الكاشير، الدمى، وغيره).

الجلسات (2 الى 3) 45 دقيقة	توثيق العلاقة الارشادية وبناء ثقة الطفل بنفسه.	-تقوية العلاقة بين المعالجة والطفل. -بناء ثقة الطفل بنفسه -بناء ثقة الطفل بالمعالجة.	-تعريف الطفل لأفراد أسرته من خلال استخدام مهارة الرسم وتوضيح العلاقة في الاسرة. -قبول طريقة الطفل بالتعريف بهم دون الحاجة الى الكلام	-استخدام المعالجة أسلوب العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل. - استخدام أدوات التعبير الفني كالرسم والكولاج. -توفير مختلف الألعاب ليتمكن الطفل من الاختيار.
الجلسات (4 الى 6) 45 دقيقة	العلاج النفسي باللعب الموجه	-تبادل المعلومات بين المعالجة والطفل للتعرف على بعض أكثر. -تعزيز ورفع ثقة الطفل بنفسه من خلال انجاز تدخلات تعمل على زيادة ثقة الطفل بنفسه.	- تقع مسؤولية العلاج على المعالجة اذ هي التي تقود العملية الارشادية. -اختيار المعالجة للتدخلات التي تساعد الطفل في التعرف على المعالجة والتعريف عن نفسه (Learning about each other) -استخدام تدخلات تعمل على تعزيز	-استخدام أسلوب العلاج النفسي باللعب الموجه (Directive Play Therapy). -توفير التدخلات المناسبة لحالة كل طفل. - استخدام أسلوب العلاج المتمركز حول الطفل.

		وزيادة ثقة الطفل بنفسه ومنها Bingo, self- esteem Bingo)			
الجلسات (7 الى 11) 45 دقيقة	العلاج السلوكي المعرفي باللعب	-تعديل السلوك بالتعزيز الإيجابي. -مساعدة الطفل في سلب الحساسية من المواقف الاجتماعية التي يصمت فيها مثل الصف الدراسي. -تطوير مدارك الطفل وإحداث تحول في رؤيته لذاته. -خفض التوتر وزيادة الشعور بالراحة من خلال اللعب بحوض الرمل. -مساعدة الطفل في التعبير عن مشكلاته والتبصر فيها والعمل على تخطيها.	-استخدام المجاز او الاستعارة في سرد القصص. -استخدام حوض الرمل لسرد القصص المجازية. -اللعب بالدمى المتحركة (Puppets) لما لها من دور في التشجيع على الكلام، اذ يشعر الطفل بأن المتكلم هو الدمية وليس هو. استخدام تدخلات تعتمد على أسلوب العلاج السلوكي المعرفي ومنها فراشات في بطني وهو تدخل يجعل الطفل أكثر وعي	-استخدام المعالجة أسلوب العلاج السلوكي المعرفي باللعب (Cognitive - Behavioral Play Therapy) - استخدام الدمى المتحركة. استخدام حوض الرمل. -استخدام مهارات المجاز والاستعارة في سرد القصص.	

		بمخاوفه وقلقه، ويساعده في إيصال المشاكل الأكثر إلحاحاً. تدخل الكروت الحمراء والسوداء لمساعدة الطفل في استكشاف المشاعر الإيجابية أولاً لتسهيل دخوله في النشاط، واستخدام النقاط والجوائز لتشجيعه على الانفتاح. -تدخل الأفكار المساعدة وهو تدخل يساعد الطفل في استبدال الأفكار السلبية الهدامة بأفكار إيجابية بناءه.	-استبدال الأفكار السلبية الهدامة بأفكار إيجابية بناءه.		
الجلسات (12 الى 14) 45 دقيقة	العلاج النفسي العائلي باللعب	-تنقيف الوالدين عن اضطراب الخرس الانتقائي.	-استخدام الالعاب التنافسية (لعبة رمي السهام، العاب الطاولة (Board	-استخدام العلاج النفسي العائلي باللعب وذلك من خلال ادماج	

	الوالدين في العملية العلاجية.	games)، لعبة كيس الهواء، وغيرها التي بدورها تسهم في بناء الشعور بالفوز والتمكن لدى الطفل.	-توعية الوالدين بأهمية إظهار القبول للطفل كما هو/هي. -تعليم الوالدين كيفية اللعب مع الطفل لتعزيز ثقته بنفسه وإدخال الفرح والبهجة في العلاقة -تنبيه الوالدين بتجنب المقارنة بينه وبين الآخرين. -زيادة مشاعر الامن في علاقته بوالديه. -تعبئة مقياس القلق لمعرفة مستوى التحسن لدى الطفل.		
الجلسة (15) الختامية 45 دقيقة	الإنهاء (Termination)	-التأكد من قدرة الطفل على تعميم الكلام في مختلف المواقف الاجتماعية.	- استكمال تدخل الاحتفال بإنجازات الطفل الذي يعمل على تعزيز وتأكيد قدرات الطفل التي تساعد في التغلب على قلقه ومخاوفه.	-استخدام تدخل الاحتفال بإنجازات الطفل.	

ملحق (5) الصور



ملحق (6)
قائمة المحكمين

الرتبة	الجهة	اسم المحكم
المؤسس والمدير	مركز مساندة لاستشارات الطفل والاسرة	د. سهام الصويغ
أستاذ مشارك في الارشاد النفسي والاشراف الاكلينيكي	مركز سمت للإرشاد النفسي والاسري	د. عبير الرشيد
اخصائية نفسية مرخصة	مركز مساندة لاستشارات الطفل والاسرة	أ. ريم تركي

Abstract

The current study aimed to identify the effectiveness of the play therapy program to reduce the level of shyness and insecure attachment among a sample of children with Elective Mutism Disorder (EMD). The study aimed to identify the degree of the level of elective mutism among the sample members, and to diagnose the type of elective silence among the sample members in terms of the level of anxiety and insecure attachment. Moreover, it is aimed to identify the degree of change in anxiety and insecure attachment between the pre-test and the post-test among the sample members, in addition, it aimed to verify the continued effectiveness of the therapeutic program in reducing the level of anxiety and insecure attachment and improving the degree of social interaction among children within school. The current study used the quasi-experimental design, as the study sample consisted of fifteen females, aged between (6-10) years, suffering from Elective Mutism Disorder, they were brought to “Mosanada Child Care and Family Center” in the Kingdom of Bahrain. The current study implemented three scales: The Elective Mutism Scale (EMS), the Social Anxiety Scale (SAS), the Insecure Attachment Scale (IAS), and the play therapy program, which contains the techniques of play psychotherapy and also contains some interventions that rely on cognitive-behavioral therapy. The treatment period lasted for about (4 months), and the results of the study revealed the effectiveness of the therapeutic program sessions in reducing the level of anxiety and insecure attachment among the sample members and the ability to speak in various social situations.

Keywords: Elective mutism - anxiety - social anxiety - insecure attachment - psychological play therapy.

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Art

Department of Psychology

Family Counselling Master Program



The effectiveness of a play therapy program for a sample of children with elective mutism to reduce their level of anxiety and insecure attachment

A Thesis Submitted in Partial of the Requirements for the Master's
Degree in Family Counselling.

Submitted by:

Mizna Ahmad AlZamel

20190161

Supervision by:

Dr. Mohammed Jassim AlMutawa

Professor, Department of Psychology University of Bahrain