

الفصل الرابع

الصمت الاختياري

• خلفية نظرية وبحثية

يُعد الصمت الاختياري من الاضطرابات النفسية النادرة، ويتصف الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري برفض الكلام في المواقف الاجتماعية مثل المدرسة أو مع الغرباء بالرغم من قدرة الطفل المناسبة لعمره على الاستيعاب والكلام بطلاقة مع أسرته، ويوصف الأطفال المصابون باضطراب الصمت الاختياري من قبل الأهل بأنهم قلقون، حساسون وخجلون مع الغرباء، كما أنهم يظهرون عنادًا وعصبية في المنزل.

وتظهر أعراض الاضطراب عادة في المرحلة التي تسبق المدرسة، إلا أن أغلب الحالات تُحول للعلاج النفسي في المدرسة الابتدائية حين يصبح الاضطراب عائقًا أمام تقدم الطفل الأكاديمي، وحسب توصيف جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV, 1994) فإن اضطراب الصمت الاختياري يتضمن المعايير التشخيصية الآتية (Cook, J.in Kaduson, et al, 1997, P. 84-85):

- أ. الفشل المستمر في الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث من المتوقع أن يتكلم الطفل فيها كالمدرسة مثلاً) بالرغم من القدرة على الكلام في مواقف أخرى.
- ب. عندما يؤثر الاضطراب على التحصيل التعليمي والمهني أو التواصل الاجتماعي.
- ج. أن يمضي على الاضطراب على الأقل شهر (لا يحتسب فيه الشهر الأول من دخول الطفل المدرسة).
- د. ألا يكون سبب الفشل في الكلام متعلقاً بنقص المعرفة أو الافتقار إلى الألفة باللغة المطلوب التحدث بها في الموقف الاجتماعي.
- هـ. لا يُعدُّ الصمت الاختياري ضمن اضطرابات التواصل (مثل اضطراب التأتأة) ولا يحدث في سياق اضطرابات النمو الشامل، أو الفصام أو الاضطرابات الذهانية الأخرى.

وتشير الدراسات (Cook, 1994; Spasaro & Schaefer, 1999) إلى وجود جدل بين علماء النفس في تشخيص الصمت الاختياري من حيث اعتباره شكلاً مختلفاً من أشكال الرهاب الاجتماعي، بينما اعتبره الآخرون من السمات المرتبطة بالشخصية المتصفة بالقلق والاكْتئاب، كما أنه يظهر لدى الأطفال المتصرفين بالسلوك التلاعب

- المعارض (manipulative-oppositional). كذلك تذكر الأبحاث (Cook, J.in Koduson, et al, 1997) أن هناك علاقة بين شخصية الطفل الصامت اختياريًا وعائلته، إذ تشير العديد من الأبحاث إلى وجود نمط من عدم الكلام في الأسرة كوجود أخ/ أخت أو والد خجول.

ونظرًا لإمكانية أن يكون الصمت الاختياري مشكلة نمائية يستطيع الطفل التغلب عليها خلال تطور نموه الطبيعي، يذكر (Powell & Dalley, 49-50 in Spasaro & Schaefer, 1999) أن من الضروري التأكد من وجود الاضطراب من خلال القيام بمجموعة من الاحترازمات لتحديد الاضطراب، ومن ثمّ معالجته، ويقترح الباحثان نموذجًا من أربع خطوات يتضمن الآتي:

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

2. معرفة إذا كان اضطراب الصمت الاختياري مرحليًا أم ثابتًا، ويمكن اعتباره مرحليًا إذا كان الطفل أصغر من خمس سنوات، ومدة ظهور الاضطراب تقل عن ست شهور، بالإضافة إلى كونه غير ثابت ويظهر في موقع اجتماعي واحد فقط. أما 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 الآتي:

أ. الفحص الطبي.

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

ج. التشخيص النفسي الذي يمكن أن يشمل قياس النمو العقلي والعاطفي والسلوكي.

د. ملاحظة الطفل في المدرسة والمنزل.

هـ. إجراء المقابلات الشخصية مع والدي الطفل ومعلماته/ معلميه.

4. العلاج والتدخل، ويتضمن ما يأتي:

أ. توضيح اضطراب الصمت الاختياري للوالدين والمعلمين.

ب. استخدام نموذج العلاج المناسب للطفل والمعالج مثل نموذج العلاج ذي الأربع مراحل (Projes's, 1992) وفقاً لنظرية التعلم أو العلاج النفسي باللعب.

ج. الاجتماعات مع الوالدين والمعلمين للاستشارات ومتابعة تطور الطفل.

ويذكر Spasaro & Schaefer في كتاب Refusal to Speak (P. 6-11, 1999) (عددًا من طرق العلاج التي استخدمت في معالجة الصمت الاختياري، مثل: التحليل النفسي الذي يلتقي المعالج فيه مع الطفل أسبوعيًا ويتواصل معه عن طريق الرسم والكتابة واللعب والحركات الجسمانية. ويشير الكاتبان إلى أن هذا العلاج قد يكون مرهقًا بالنسبة للطفل وأسرته، إذ يتطلب مدة زمنية طويلة تصل إلى سنوات عدة، وبالنسبة للعلاج السلوكي، فإنه يعتمد على تعديل السلوك بالتعزيز الإيجابي واستخدام أسلوب سلب الحساسية من المواقف الاجتماعية التي يصمت فيها الطفل مثل الفصل الدراسي.

ويطلب العلاج السلوكي إدماج الوالدين والمعلمين في عملية العلاج، أما العلاج بالنظام العائلي، فإنه يخضع الطفل ونظام العائلة للعلاج، ويُعدُّ تعريض الأم للعلاج جزءًا أساسيًا في عملية الشفاء، حيث إن العلاقة الاعتمادية بين الأم والطفل والتي يعتمد فيها الطفل على أمه في التعبير عنه يجب أن تتغير ليتمكن الطفل من التغلب على المشكلة. كذلك تشير الأبحاث إلى العلاج النفسي باللعب كأحد طرق العلاج الفاعلة؛ إذ تشير

(Cook, J. in Kaduson, 1997) إلى أن العلاج باللعب الفردي مع أطفال في عمر 5 و6 سنوات كان فاعلاً في قدرة الأطفال على الكلام في غرفة اللعب ثم تعميم الكلام في المواقف الاجتماعية الأخرى مثل المدرسة.

• العلاج النفسي باللعب واضطراب الصمت الاختياري:

استناداً إلى ما يشير إليه الباحثون، وبالإضافة إلى خبرتي في استخدام العلاج النفسي باللعب مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الاختياري، سنذكر فيما يأتي بعض خصائص العلاج باللعب التي تسهل عملية الوصول إلى عالم الأطفال الصامت:

1. إن العلاج النفسي باللعب لا يتطلب التفاعل اللفظي، ومن الممكن بناء علاقة قبول وثقة بين المعالج والطفل باستخدام مهارات التواصل باللعب دون الاعتماد على اللغة.
2. العلاج باللعب ينقل للطفل أن الصمت والحركة الجسمانية والرسم وأدوات اللعب الأخرى يمكن أن تكون وسيلة للتواصل.
3. من الضروري عدم الضغط على الطفل أو توقع الكلام في أي جلسة من جلسات العلاج؛ فالطفل

سيتكلم عندما يكون نفسياً ونمائياً مستعداً وقادراً على التغلب على صمته.

4. شعور الطفل بالقبول وتوفير الفرص له / لها للاختيار تزيد من الشعور بالثقة بالنفس والقدرة، وهي من أهم ما يحتاجه الطفل ليقرر اختيار الكلام بدلاً من الصمت.
5. يتسم الأطفال الذين لديهم اضطراب الصمت الاختياري بالعناد ورفض الكلام، ويعدُّ اللعب من أفضل الطرق الملائمة للتغلب على مقاومة الطفل للعلاج.
6. اللعب بحد ذاته متعة تزيد من المشاعر الإيجابية وتساعد الطفل في مواجهة القلق والتوقعات السلبية من الآخرين.

• تكنيكات العلاج:

بناء على خبرة الكاتبة في العمل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الاختياري الذين بلغ عددهم 9 أطفال (اثنا عشر ذكور والباقي إناث)، وحيث إن لغة التواصل مع هؤلاء الأطفال وخاصة في بدء العلاج تعتمد على اللعب، فقد استخدم أسلوب العلاج النفسي المتمركز حول الطفل الذي يوفر حرية اللعب ويترك المجال للطفل ليقود عملية اللعب واختيار الألعاب وفقاً لحاجاته، لذا فإن فترة العلاج تعتمد على حاجات الأطفال الفردية، وقد تراوحت مدة العلاج من ثلاثة شهور إلى

سنة وأربعة شهور، علماً بأنه حدث انقطاع لمدة ثلاثة أسابيع خلال فترة الصيف مع الحالات التي تطلبت وقتاً أطول من تسعة شهور. وقد تمكن جميع الأطفال الذين حصلوا على العلاج من التغلب على الاضطراب والكلام بصورة فردية مع المعالجة أو المعلمة أو أحد الزملاء في بداية تطور العلاج، ثم تعميم الكلام في المدرسة والمواقف الاجتماعية الأخرى.

وتضمنت تكتيكات العلاج توفير أدوات التعبير الفني كالرسم والدهن والكولاج والتشكيل بالعجين، إذ يسهم التعبير الفني في التغلب على مشاعر القلق والتوتر وتيسير التواصل وتحسين العلاقة مع الطفل والتغلب على مقاومته للعلاج. وكثيراً ما يؤدي استخدام الألوان والرسم وكتابة الحروف إلى معرفة أسماء أهل الطفل وأصدقائه وقبول طريقتة بالتعريف بهم دون الحاجة إلى الكلام، أما أدوات اللعب الأخرى مثل المطبخ وأدوات الأكل والطعام ومنزل الأسرة ولعبة الرضيع والرضاعة وشنطة الطبيب والأقنعة والتليفونات وألعاب العنف فقد أسهمت في توفير الفرص للعب الخيالي والتعبير عن المشاعر وتطوير مشاعر القدرة والتمكن وإضافة الشعور بالمتعة والراحة.

كما تضمنت الألعاب عدداً من الدمى المتحركة (Puppets) التي كان لها دورها في التشجيع على الكلام، إذ

يشعر الطفل بأن المتكلم هو الدمية وليس الطفل مما يخفض من مشاعر القلق والتوتر ويزيد من ارتباط الكلام بالمرح والمشاعر الإيجابية، كذلك تم توفير بعض الألعاب التي تسهم في بناء الشعور بالفوز والتمكن مثل بعض ألعاب الطاولة وكيس الهواء ولعبة السهام (Dart Game) الآمنة والمناسبة للأطفال.

وتشير (Cook, J. P. 100 in Kaduson, et al, 1997) إلى أهمية استخدام المجاز أو الاستعارة في سرد القصص، إذ إن لها دورها في تغيير مدارك الأطفال وإحداث تحول في رؤيتهم لذاتهم. وتذكر على سبيل المثال الأفكار الآتية للقصص المجازية:

- كانت هناك سمكة تسبح تحت الماء طوال الوقت، تعلمت هذه السمكة كيف تخرج رأسها من الماء وتنتظر حولها ثم تعود للسباحة تحت الماء. ومع مرور الوقت أصبحت قادرة على الطيران خارج الماء.
- كان هناك فأر أبيض مختلف طوال الوقت، تعلم هذا الفأر كيف يخرج ويقوم بحيل مضحكة للحيوانات ثم يخفي مرة أخرى، وبعدها قرر الخروج واللعب مع الحيوانات الأخرى.
- بقيت هذه السلحفاة 100 سنة تحت قشرتها الصلبة. وأخيراً لبست نظارة وأخرجت رأسها ونظرت حولها وقالت: «أوووه من المؤكد أنني أخذت وقتاً طويلاً لأخرج».

ونظراً لأهمية اللعب بالرمل ودوره في خفض التوتر والشعور بالراحة، استخدمت الاختصاصية حوض الرمل لسرد بعض القصص المجازية.

ومن السلوكيات المرتبطة بالصمت الاختياري الخجل واضطراب الارتباط العاطفي، مما يجعل بعض الأطفال يرفضون الدخول إلى غرفة اللعب، وفي هذه الحالة يُطلب من الأم الدخول في الجلسة الأولى، وفي الغالب يوافق الأطفال على الدخول لوحدهم في الجلسات التي تليها، ما عدا طفلة واحدة اضطرت الأم إلى البقاء معها في الغرفة في الثلاث جلسات الأولى.

• عرض الحالات:

تم اختيار حالتين مختلفتين من ناحية النوع الجنسي والمدة الزمنية في العلاج، وذلك لعرض التشابه والاختلاف في تطور العلاج ولتوضيح أن عملية العلاج وتطور قدرة الطفل في اختيار الكلام بدل الصمت هي حالة فردية وقرار يتخذه الطفل عندما يكون جاهزاً للقيام به.

• الحالة (1):

كان عمر هيثم 5 سنوات وشهرين عندما أحضرته والدته لجلسة العلاج الأولى، توقف هيثم عن الكلام بعد دخوله

الروضة في عمر الأربع سنوات، وقد أمضى سنته الأولى دون أن ينطق بكلمة بالرغم من مشاركته في أنشطة الفصل وكتابة ما يعرفه من أرقام وحروف والإجابة بتحريك رأسه بنعم ولا. وقد اضطرت الأم إلى نقله إلى روضة أخرى لعدم تفهم المعلمات والإدارة لحالة هيثم وإصرارهم على إعادته السنة في الفصل نفسه بالرغم من قدراته التحصيلية المناسبة لعمره.

هيثم حسب وصف والديه، طفل خجول وهادئ ولا يتكلم مع أحد خارج أفراد أسرته، كما أنه يتبول لا إرادياً في أثناء النوم 3-4 مرات في الأسبوع. انتقلت أسرة الطفل إلى المدينة منذ ثلاث سنوات وعلاقات الأسرة الاجتماعية بالمجتمع المحيط محدودة جداً. ولهيثم أخت توأم تختلف عنه من ناحية الشكل والسمات الشخصية، إذ إنها أطول وأكبر حجماً منه بالإضافة إلى أنها اجتماعية لا تخجل من الغرباء وتتكلم معهم في المواقف الاجتماعية المختلفة. وكثيراً ما يعلق الآخرون على صمت هيثم ويقارنونه بأخته على مسمع منه، كذلك ذكرت الأم أنها كانت تعاني من الصمت الاختياري في طفولتها ولم تتكلم في المدرسة إلا بعد بلوغها الثامنة، وأضافت أنها ما زالت تشعر بالخجل وتفضل البقاء في المنزل على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

ولتقييم حالة هيثم، قامت الاختصاصية بالآتي:

- طلبت من والدي الطفل تسجيلاً لصوت هيثم وهو يتكلم مع والدته، وبالاستماع إلى التسجيل تبين عدم وجود اضطرابات في النطق. وكان كلام هيثم ومقدرته على الحوار متناسباً مع مرحلته العمرية.
- ملاحظة هيثم في الفصل وفي الساحة الخارجية. وكان هيثم صامتاً طوال فترة الملاحظة التي امتدت إلى 60 دقيقة. كما اقتصرت مشاركته في الفصل على الإيماء برأسه دون النطق بأي كلمة، كما كان يدور ويلعب لوحده في الساحة الخارجية.
- وبالنسبة لنمو هيثم الصحي، ذكر الولدان أن نموه طبيعي ولا يعاني من أي مشكلات في النطق، ما عدا مشكلة التبول اللاإرادي والتي بدأت معه منذ سنة تقريباً مع دخوله الروضة.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة قبول مع هيثم وتوفير البيئة الآمنة والألعاب والأدوات التي تسهم في توفير فرص التواصل والتعبير عن المشاعر دون الحاجة إلى الكلام.
- توفير الألعاب والتدخلات الملائمة للتغلب على مقاومة الطفل للعلاج.

- قبول ما يصدر من محاولات هيثم للتواصل عبر الكتابة والرسم وحركة الجسم والتنبه للتحسن والتعليق عليه.
- مساعدة هيثم في التغلب على القلق بتوفير ألعاب وتدخلات تدعم الشعور بالأمن وبناء الثقة في النفس.
- تثقيف الوالدين عن اضطراب الصمت الاختياري وأنه من الاضطرابات التي تتطلب تفهماً وصبراً، وقد يتطلب العلاج مدة طويلة تختلف من طفل إلى آخر.
- توعية الوالدين بأهمية إظهار القبول لهيثم كما هو، وتجنب المقارنة وتنبيه الآخرين بعدم الضغط عليه أو مقارنته بأخته.
- تثقيف إدارة المدرسة ومعلمات هيثم عن اضطراب الصمت الاختياري وتوضيح دورهم في مساعدة الطفل للتغلب على مشكلته.

جلسات العلاج النفسي باللعب:

تعدُّ المدة الزمنية التي استغرقها علاج هيثم قصيرة بالنسبة لمتوسط المدة التي يحتاجها الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الاختياري، إذ بلغت جلسات العلاج 18 جلسة بما فيها 5 جلسات للعلاج النفسي العائلي (Filial play therapy)، كما تضمن العلاج اجتماعين مع والدي الطفل واجتماعين مع معلماته.

الجلسات من ١ إلى ٥ :

تكونت المرحلة الأولى من علاج هيثم من خمس جلسات كان الهدف منها بناء علاقة قبول من خلال توفير البيئة المناسبة لذلك، وقد رفض هيثم الدخول بمفرده في الجلسة الأولى، فطلبت المعالجة من الأم حضور الجلسة على أن تجلس جانباً دون أن تتدخل.

توجه هيثم إلى حوض الرمل، فأحضرت له المعالجة حاويات الألعاب وبدأ في تنظيم السيارات وتصنيفها إلى مجموعات حسب اللون، ثم انتقل إلى منزل الدمى وبدأ بنقلها بين أرجاء المنزل وإخفائها تحت الأثاث، ثم انتقل بعدها لعمل أشكال مختلفة من العجين. وكان هيثم صامتاً ومنتجنباً النظر إلى المعالجة، وقد كان لانتباه المعالجة وجلسها بجانب هيثم ووصفها للعب دور في شعور الطفل بالقبول في الجلسة الأولى.

وفي الجلسة الثانية دخل هيثم غرفة اللعب دون مرافقة أمه التي أكدت له أنها ستنتظره في غرفة الاستقبال، وتميز لعب هيثم بالتنوع ما بين تصنيف الألعاب في حوض الرمل (الصورة رقم 11 ص 145) ورسم الحروف والأرقام (الصورة رقم 12 ص 145) وكتابة اسمه واسم أخته وأمه وأبيه، مما يشير إلى رغبته في التواصل مع الاختصاصية وإظهار قدراته

الأكاديمية، كما كان يلعب بالرضاعة والرضيع بجانب تحريك الدمى بين غرف منزل الدمى وتغطيتها بالأثاث، بالإضافة إلى اللعب في المطبخ وتقديم الطعام للمعالجة. ويبدو أن لعب هيثم في منزل الدمى والمطبخ والطفل الرضيع يشير إلى أن تكرار اللعب في موضوع الرعاية يلبي احتياجاً له للشعور بالأمن، وقد يكون تكرار تغطية الدمى الصغيرة بالأثاث تعبيراً عن معاناته في التعامل مع الاضطراب.

الاجتماع الأول مع الوالدين:

كان الهدف من الاجتماع مناقشة التغيير الذي لاحظته الوالدان بعد حضور هيثم 5 جلسات من العلاج باللعب، وذكرت الأم أنها لاحظت تحسناً في ثقة هيثم بنفسه، حيث أصبح أكثر جرأة ومبادرة إلى ركوب ألعاب الترفيه بمفرده في المجمعات التجارية. وبالرغم من أنه ما زال صامتاً في المدرسة والمواقف الاجتماعية الأخرى، إلا أن عدد مرات التبول اللاإرادي تقلصت إلى مرة واحدة في الأسبوع، وذكر والده أنه أصبح أكثر توكيداً ودفاعاً عن نفسه في لعبه مع أخته التوأم، كما تم في الاجتماع مناقشة الطرق المختلفة لمساعدة هيثم من خلال القيام بالآتي:

- تثقيف الوالدين في كيفية التعامل مع شجار الأبناء
بعدم التدخل أو الدفاع عن هيثم وإظهار ثقتهما في

قدرة الأبناء على حل مشكلاتهم كما هو موضح في دليل الوالدين (التدريب المنتظم للتربية الفعالة).

- أن يقضي كل والد مدة 30 دقيقة أسبوعياً من اللعب الفردي غير الموجه مع هيثم بهدف إظهار القبول وتحسين شعور هيثم بالثقة والأمان في علاقته مع والديه، والتنبيه أن يقضيا وقت اللعب نفسه مع أخته التوأم حتى لا تشعر بتفضيل هيثم عليها.

- التواصل مع المعلمات لتحديد طفل لطيف في فصل هيثم والتنسيق مع والدة الطفل لزيارة هيثم في منزله.
- عدم الضغط على هيثم ودفعه للكلام أمام الآخرين وتنبيه الآخرين بعدم مقارنته بأخته.

الاجتماع الأول مع المعلمات:

كان الهدف من الاجتماع مع معلمات هيثم التعريف باضطراب الصمت الاختياري وتوضيح دورهن المهم في مساعدة هيثم في الخروج من صمته من خلال تقبل هيثم وعدم الضغط عليه أو إحراجه بدفعه إلى الكلام أمام الأطفال، وأوضحت المعالجة أن المعلمة التي تبدأ علاقتها بالطفل الذي يعاني من الصمت الاختياري بتوقع الكلام والضغط على الطفل، ستسهم دون أن تقصد بتأخير خروج الطفل عن صمته، إلا أن المعالجة

أكدت على أهمية عدم إهمال هيثم وتوقع المشاركة منه ومدحه على انفراد، ومتابعة التحسن حتى وإن كان بسيطاً. كما طلبت تعاون الإدارة بالاكْتفاء بتصوير الوالدين لهيثم وسماع صوته لتقييم الأداء الأكاديمي الشفهي مثل القراءة وغيرها. وقد أشارت المعلمات إلى ملاحظتهن بعض التحسن في مبادرة هيثم للمشاركة وخاصة في الأنشطة الحركية، كما علّقت إحدى المعلمات أن عيني هيثم تتكلم ووجهه أصبح أقل جموداً وأكثر تعبيراً عن المشاعر.

الجلسات من ٦ إلى ١٣:

تمثل هذه الجلسات المرحلة المتوسطة من العلاج، ومع استمرار هيثم في اللعب الإيهامي في المطبخ وتقديم الطعام للمعالجة، إلا أن تغييراً حدث في اختياره للألعاب التي تدعم شعوره بالفوز والقوة والتحكم، إذ زاد لعب هيثم في ألعاب الطاولة مثل لعبة التقاط الأعواد (Pick up the sticks)، كما تكرر لبسه لقفازات الملاكمة وضربه لكيس الهواء.

وفي الجلسة الثامنة أظهر اهتماماً بألعاب العنف ولبس رداء الرجل القوي (Superman)، وبدأ بإطلاق الأسهم البلاستيكية على كيس الهواء وعلى نواح مختلفة من الغرفة، كما كان يضع قيد التوقيف في يد المعالجة ويأمرها بالجلوس

في زاوية الغرفة، ويستمر في الحركة في أرجاء الغرفة وإطلاق الأسهم البلاستيكية من المسدس، ثم يعود ويفك القيد من يد المعالجة. وتكرر في هذه الجلسات اللعب الخيالي في مخزن التسوق وإحضار بعض الخضراوات إلى المطبخ وطبخها وتقديمها للمعالجة.

وبالرغم من صمت هيثم إلا أنه بدأ يصدر بعض الأصوات تقليدًا لصوت الرصاص وألعاب العنف الأخرى، ويبدو أن تحولاً حدث في رؤية هيثم لنفسه، إذ بدأ أكثر ثقة في حركات جسمه وفي تنقله بين الألعاب التي تمده بشعور القوة والتمكن.

وفي الجلسة الحادية عشر حدث اختراق مفاجئ خلال لعبة التسوق، حيث ذهبت الاختصاصية ومعها لعبة الهاتف إلى زاوية في الغرفة وأدارت ظهرها لهيثم ثم استخدمت الهاتف قائلة: «ألو هيثم.. هل أنت في السوق؟» فرد هيثم قائلاً: «نعم»، وسألته: «ماذا يوجد في السوق؟ أريد بعض الأشياء»، وتكلم هيثم معدداً بعض أسماء الفواكه والخضار، ثم طلبت منه أن يحضر بعض الخضار. وأكملت الاختصاصية اللعب مع هيثم دون تعليق على سماعها لصوته. واستمر هيثم بعد هذه الجلسة بالكلام وتكرار اللعب في موضوعات تزيد من مشاعره بالأمان والقدرة والتمكن.

الاجتماع الثاني مع الأهل:

علقت الأم على تأثير جلسات اللعب على هيثم بأنه أصبح أكثر ثقة بنفسه وأنه تخلص تقريباً من مشكلة التبول اللاإرادي الليلي، كما أظهر تحسناً من الناحية الاجتماعية وخاصة بعد مجيء أحد زملاء المدرسة لزيارته في المنزل. كذلك لاحظت أنه بدأ يتكلم مع الأطفال في أماكن اللعب في مجمعات التسوق. وذكرت أن معلماته لاحظن اندماجه ولعبه مع الأطفال في الساحة الخارجية. وتم في هذه الجلسة تعريف الأم بالعلاج النفسي العائلي وتدريبها على مهارات اللعب ومن ضمنها مهارات الاستماع المتعاطف واللعب الإيهامي/ الخيالي والطلب منها قراءة كتاب (العلاج النفسي العائلي باللعب: دليل الوالدين، تأليف فان فليت وترجمة الصويغ، 2016). وكان الهدف من إدخال الأم أو الأب إلى جلسات اللعب التدريب على كيفية اللعب بطريقة تساهم في زيادة مشاعر الأمن وتحسين العلاقة مع هيثم.

الاجتماع الثاني مع المعلمات:

كانت معلمات هيثم سعيدات ومتحمسات لذكر التغيير الذي حدث خلال الأسابيع الماضية، إذ ذكرن أن هيثم بدأ بالكلام في الباص المدرسي، وبدأ بتكوين صداقات مع الأطفال

الذين في عمره في الباص، كما لاحظت أنه يتكلم معهن خلال اللعب في الساحة الخارجية، وبالرغم من تحسن مشاركة هيثم في الفصل، إلا أنه بقي على سكوته، وقد ذكرت إحدى المعلمات أن تغيراً مفاجئاً حدث لهيثم عندما سألته سؤالاً وكان ينظر في عينيها وكأنه يغالب نفسه للكلام، فأحنت المعلمة رأسها وطلبت منه أن يهمس الإجابة في أذنها. وكانت هذه الحركة بمثابة البداية ليتكلم هيثم منفرداً مع هذه المعلمة ثم المعلمات الأخريات خارج الفصل. أما أم هيثم التي كانت نادراً ما تضحك عندما توصل ابنها أو تأخذه، فقد لاحظت المعلمات تغييراً في سلوكها، حيث بدت منشرحة، حتى إنها كانت تلعب مع هيثم لعبة القطار وهي خارجة معه من المدرسة. وكان أهم ما تم الاتفاق عليه في الاجتماع عدم الضغط على هيثم، حيث إنه سيتكلم في الفصل حين يكون مستعداً لذلك. وبعد أسبوعين من الاجتماع، اتصلت المرشدة النفسية لتخبرني بأن هيثم أصبح يتكلم في الفصل مع المعلمات وبعض الأطفال.

الجلسات من ١٤ إلى ١٨ :

كان الأسلوب المتبع في الخمس جلسات الأخيرة هو العلاج النفسي العائلي باللعب، وقد تم إدماج الوالدين لمساعدة هيثم في التغلب على مشاعر القلق وزيادة مشاعر الأمن في

علاقته بوالديه، كذلك كانت الأم بحاجة إلى تعلم كيفية اللعب مع أطفالها لإدخال البهجة والفرح في العلاقة، فالأم بطبيعتها هادئة تميل إلى السكوت وتكتفي بمراقبة أطفالها وهم يلعبون دون المشاركة في اللعب. وقد حضرت الأم خمس جلسات بينما اعتذر الأب لانشغاله، وكان هيثم سعيداً بدخول أمه الغرفة، إذ كان ينتقل بين الألعاب موضعاً لها كيفية اللعب، وكان صوته منخفضاً في الجلسة الأولى. أما الأم فكانت متجاوبة وإن بدت في بداية الجلسات غير واثقة في كيفية التفاعل مع هيثم، إلا أنها تطورت تدريجياً في أسلوب اللعب، كما أظهرت قلقها تجاه لعب هيثم بألعاب العنف، وقد حرصت الاختصاصية على التحدث مع الأم هاتفيًا في نفس يوم الجلسة للتعليق على كيفية اللعب والإجابة على تساؤلاتها وإرشادها في تطبيق مهارات العلاج النفسي العائلي باللعب.

التعليق:

بناء على الاجتماع مع الوالدين، فإن هناك عددًا من العوامل التي أدت إلى اضطراب الصمت الاختياري لدى الطفل، فهيثم توأم لأخت تفوقت عليه في حجمها الجسماني وقدراتها الشخصية، مما جعله عرضة للمقارنة، ومن ثم الشعور بالدونية وضعف الثقة بالنفس، كذلك هدوء الأم وكونها عانت

من اضطراب الصمت الاختياري في طفولتها يعد عاملاً آخر، إذ تشير الأبحاث إلى وجود علاقة في حدوث الاضطراب داخل أسرة الطفل أو لدى أحد أقربائه المقربين مثل العم أو الخال، إضافة إلى أن الأسرة انتقلت حديثاً إلى المدينة مما جعلها تفتقد علاقات الأسرة الممتدة وتعيش في شبه عزلة اجتماعية.

وبالرغم من هذه العوامل إلا أن العلاج تطور بطريقة جيدة وأسرع مما هو متوقع في علاج حالات الصمت الاختياري، وقد استخدمت المعالجة أسلوب النموذج المتعدد للعلاج الذي تضمن العلاج باللعب الفردي مع الطفل والعلاج النفسي العائلي بدخول الأم غرفة اللعب، بالإضافة إلى تقديم الاستشارات إلى معلمات الطفل. وخلال جلسات اللعب تمكن هيثم من التعبير عن قلقه ومشاعره تجاه علاقته بأسرته، بالإضافة إلى التعبير عن قدراته الأكاديمية بالرسم والكتابة، مع ملاحظة تكرار موضوعات الرعاية والتحكم والقوة والطيب مقابل الشرير وغيرها من الموضوعات التي أسهمت في مساعدة هيثم على بناء مشاعر القدرة والثقة بالنفس. ولا شك أن مشاركة الأم في العلاج أسهم في تغيير أسلوب تعاملها مع أطفالها وزيادة مشاعر الأمن لدى هيثم ومساعدته في تعميم الكلام إلى المواقف الاجتماعية الأخرى، وكان من المخطط إدخال أخت هيثم إلى غرفة اللعب ودخول المعالجة لوقت قصير ثم الخروج منها بهدف

سلب الحساسية وتشجيع الطفل على الكلام، إلا أن استعداد هيثم للخروج من صمته في منتصف مرحلة العلاج أجل إشراك الأخت. وتجدر الإشارة إلى أن الأطفال يختلفون في اختيارهم للمكان والطريقة التي يخرجون فيها من صمتهم، وقد بدأ هيثم الكلام في الباص أولاً ثم غرفة اللعب وتعميم الكلام من الباص إلى الساحة الخارجية في المدرسة إلى الكلام الفردي مع المعلمات إلى المشاركة والكلام في الفصل.

• الحالة (٢):

كان عمر رانية 4 سنوات وثمانية شهور عندما حضرت لجلسة العلاج الأولى. وبناء على المعلومات التي تم الحصول عليها في الاجتماع الأول مع الوالدين، فإن رانية توقفت عن الكلام في عمر الأربع سنوات بعد دخولها الروضة. وقد كانت تتكلم في أماكن معينة مثل اجتماعات الأقارب، وتصمت في أماكن أخرى مثل حفلات الأطفال كأعياد الميلاد وغيرها، ثم تطور الوضع وأصبحت ترفض الكلام في الروضة وفي جميع المواقف الاجتماعية.

ويذكر والدا رانية بأنها طفلة ذكية، صحتها العامة جيدة ولم تعان من مشكلات صحية خلال فترة نموها، وهي تشارك في جميع الأنشطة المطلوب منها القيام بها في الفصل ولكن

دون أن تتكلم، وتذكر والدتها أن رانية تعرف الحروف والأرقام وجميع الأناشيد التي تتعلمها في الروضة، كذلك وصفها والداها بأنها خجولة في المواقف الاجتماعية، إلا أنها في المنزل عنيدة، سريعة الغضب، ومتسلطة على أختها التي تصغرها بسنة ونصف. وتشير الأم إلى أن التوقف التدريجي عن الكلام بدأ مع ولادة أختها وأصبح أكثر وضوحاً بعد دخولها الروضة في عمر الأربع سنوات، كذلك ذكر والد رانية أنها قليلة الكلام، وما زالت تميل إلى الهدوء وقلة المشاركة في المواقف الاجتماعية. بالإضافة إلى الاجتماع مع والدي الطفلة، ولتقييم حالة الصمت الاختياري لدى رانية، تم القيام بالآتي:

- زيارة الروضة وملاحظة سلوك الطفلة في الفصل مدة ساعة، حيث بدت رانية متجاوبة ومشاركة في الأنشطة واللعب، إلا أنها كانت صامتة وتتجنب التواصل بالنظر مع المعلمات والأطفال خلال حضورها في الفصل، والأمر نفسه تكرر خلال ملاحظتي للعبها في الساحة الخارجية حيث كانت تلعب غالباً وحدها.
- استناداً إلى الفحص الطبي الدوري لرانية، ذكر الوالدان أن صحة رانية جيدة ونموها طبيعي ولا تعاني من مشكلات في النطق.

- تم الاستماع إلى تسجيل صوتي لرانية وهي تتحدث مع أمها، وكان كلامها طبيعيًا وملائمًا لخصائص نمو الأطفال في عمر 4-5 سنوات.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة قبول مع رانية وتوفير البيئة الآمنة لها لتشعر بأنها قادرة على التواصل دون الحاجة إلى الكلام.
- توفير البيئة التي تساعد رانية في التعبير عن مشاعرها من خلال اللعب والتعبير الفني.
- توفير الألعاب والأنشطة الملائمة للتغلب على مقاومة الطفلة للعلاج.
- قبول ما يصدر من محاولات رانية للتواصل عبر الكتابة والرسم وحركة الجسم دون الضغط عليها للتكلم.
- بناء ثقة رانية في نفسها وتقديم ألعاب وتدخلات تسهم في شعور رانية بالقدرة والتحكم.
- تثقيف الوالدين عن اضطراب الصمت الاختياري وأنه من الاضطرابات التي تتطلب صبرًا، وأن الاضطراب يتطلب مدة طويلة من العلاج قد تصل في بعض الحالات إلى السنتين.

- توعية الوالدين بأهمية إظهار قبولهم لرانية كما هي، وعدم الضغط عليها لتتكلم أمام الآخرين في المواقف الاجتماعية.
- تثقيف الوالدين في كيفية التعامل مع سلوك العناد ونوبات الغضب التي قد تصدر من رانية.
- تثقيف معلمات رانية عن اضطراب الصمت الاختياري وأهمية الصبر وإظهار القبول وعدم الضغط عليها لتتكلم، وفي الوقت نفسه عدم إهمال رانية وتوفير الفرص لها للمشاركة في أنشطة الفصل.

جلسات العلاج النفسي باللعب:

بلغت جلسات العلاج مع رانية 29 جلسة، بواقع جلسة لعب واحدة في الأسبوع، مع فترات انقطاع مؤقتة خلال الإجازات، كما تضمن العلاج 3 اجتماعات مع الوالدين واجتماعين مع المعلمات بالإضافة إلى المكالمات الهاتفية.

الجلسات من ١ - ٦:

تعد هذه الجلسات المرحلة الأولى من العلاج، حيث كان الهدف بناء علاقة قبول من خلال توفير البيئة المناسبة لذلك، وقد قبلت رانية الدخول بمفردها منذ الجلسة الأولى، وبدأت في الجلسة الأولى باللعب في حوض الرمل، ثم انتقلت إلى الرسم

ومزج الألوان باستخدام الفرشاة، وكانت رانية صامته ومتفادية النظر إلى المعالجة، وكان اللعب وتعليق المعالجة هو وسيلة الوصول إلى عالم رانية، مما أسهم في التغلب على مقاومتها وإشعارها بالقبول منذ الجلسة الأولى.

وفي الجلسة الثانية أظهرت رانية ارتياحًا واستعدادًا أكثر للنظر إلى المعالجة والابتسام في أحيان أخرى، وطلبت من المعالجة رسم أسرتها وكتابة الحروف الأولى من أسمائهم. واتسمت الجلسات التي تلت ذلك بمبادرة رانية إلى اللعب في الرمل من خلال ترتيب وتنظيم وتصنيف الألعاب، وقد تكرر هذا النوع من اللعب مع جميع الأطفال الذين عملت معهم، مما يشير إلى رغبة الأطفال في إظهار قدرتهم المعرفية للمعالجة بالرغم من صمتهم، كذلك تكرر لعب رانية في الألعاب التي تظهر تمكنها وقدرتها على الفوز، وفي أحيان قليلة كانت تبسم وتضحك بصوت منخفض لدى شعورها بالفوز والتمكن.

كما كررت رانية رسم أفراد أسرتها ورسمت أختها الصغرى تلعب مع أبيها وأمها، في محاولة منها للتعبير عن مشاعرها تجاه علاقتها بأختها الصغرى، وفي أثناء لعبها في بيت الدمى، أخرجت رانية جميع قطع الأثاث وأعدت ترتيبها مرة أخرى، ثم جمعت أفراد الأسرة ووضعتهم متلاصقين على السرير في غرفة النوم.

الاجتماع الأول مع الوالدين:

كان الهدف من الاجتماع الاستماع إلى الوالدين ومناقشة التطور الذي حدث بعد حضور رانية 6 جلسات من العلاج باللعب، وذكرت الأم أنها لاحظت تحسناً في مشاركة رانية في اجتماعات العائلة، وبالرغم من أنها ما زالت صامتة في المواقف الاجتماعية إلا أن هناك تحسناً واضحاً في تغلبها على الخجل وزيادة في مشاركتها اللعب في حفلات الأطفال. كذلك أشار والدها إلى خفض مستوى العناد والغضب لديها عندما لا يحقق الوالدان رغباتها، إذ أصبحت أكثر استعداداً للانتظار وتأجيل الرغبات، كما نُوقشت في الاجتماع الطرق المختلفة لمساعدة رانية من خلال القيام بالآتي:

- تثقيف الوالدين في كيفية التعامل مع السلوك الخاطئ باستخدام أسلوب عواقب السلوك كما هو موضح في دليل الوالدين (التدريب المنتظم للتربية الفعالة).
- أن يقضي كل والد مدة 30 دقيقة أسبوعياً من اللعب الفردي غير الموجه مع رانية بهدف إظهار القبول وتحسين شعورها بالثقة والأمان في علاقتها مع والديها.
- توفير الفرص لرانية لحضور المناسبات الاجتماعية دون الضغط عليها ودفعها إلى الكلام أمام الآخرين.
- التنسيق مع المدرسة والوالدة إحدى زميلات الفصل لزيارة رانية في منزلها.

الاجتماع الأول مع المعلمات:

كان الهدف من الاجتماع مع ثلاثة من معلمات رانية التعريف باضطراب الصمت الاختياري وأهمية التعاون معهن في مساعدة رانية في التغلب على مشكلتها، وتمت مناقشة أهمية إظهار القبول لرانية كما هي، وعدم الضغط عليها وإحراجها أمام الأطفال، وفي الوقت نفسه توقع المشاركة منها في جميع الأنشطة ومدحها بصورة فردية على تفاعلها حتى وإن كان محدوداً مثل الابتسامة.

ولمتابعة الأداء الأكاديمي الشفهي مثل القراءة وغيرها، تم الاتفاق مع المعلمات بالاكْتفاء بتصوير الأم لرانية وهي تقرأ أو تتشد أو غيرها من المتطلبات الأكاديمية، وقد كانت المعلمات متعاونات إلا أن إحداهن عبرت عن شعورها بالإحباط تجاه رفض رانية الكلام بالرغم من محاولات التشجيع، ووضّح في الاجتماع أن التعامل مع الطفل الذي يعاني من اضطراب الصمت الاختياري يتطلب صبراً وقتاً وانتبهاً للتحسن، وإن كان طفيفاً جداً مثل الابتسام والنظر في العين وحركة الجسم، كما تم التنسيق مع المعلمات ومكتب الإرشاد النفسي بالمدرسة على ملاحظة رانية وهي تلعب في الساحة الخارجية لرصد التغيير الذي قد يحدث خارج الفصل.

الجلسات من ٧ - ٢١ :

تشكل هذه الجلسات المدة المتوسطة من مراحل العلاج، وتميزت الجلسات بمبادرة رانية للعب في ألعاب تشعرها بالفوز والتمكن مثل اللعب المتكرر بلعبة قذف الأسهم على الهدف، ولعبة التقاط الأعواد (Pick up the sticks)، وكذلك التعبير الواضح عن المشاعر بالضحك العالي وبعض الحركات العنيفة مثل الضرب المتكرر لكيس الهواء، أو إطلاق الأسهم البلاستيكية من المسدس على كيس الهواء. وتكرر أيضاً استخدام رانية التعبير بالفن من خلال الدهن بالفرشاة ورسم سماء وأشجار وطفلة مبتسمة بالإضافة إلى اللعب بالعجين.

وفي الجلسة الثانية عشرة استخدمت القصة المجازية -من تأليف المعالجة- عن الأرنب الصغير المختبئ الذي بقي مدة طويلة يشاهد الحيوانات وهي تلعب ويتمنى اللعب معها. وفي يوم من الأيام اقترب الديناصور الأزرق من الأرنب وتحدث معه ولعب معه. وأخبره عن قوة ترديد العبارة (أنا أستطيع)، وتعلم الأرنب أن يقول: (أنا أستطيع.. أنا أستطيع)، وبعدها قرر الأرنب الخروج واللعب مع الآخرين.

وقد لاحظت المعالجة تأثير هذه القصة على إدراك رانية، حيث بادرت بعد سماعها القصة إلى التعبير بالرسم عن

تأثرها بالقصة، ومن الواضح أن القصة المجازية بالإضافة إلى أنشطة اللعب الأخرى قد أسهمت في عملية تحويل إدراك رانية لقدراتها الكامنة.

وفي الجلسة التي تلت سرد القصة أحضرت رانية كاميرة تصوير، ثم ذهبت إلى حوض الرمل مباشرة، وعملت مشهداً مماثلاً للمشهد السابق للأرنب الصغير مختبئاً، وأضافت أرنباً بحجم أكبر بجانبه وبقربهم الديناصور الأزرق، ووضعت الأشجار والحيوانات الأخرى في الجهة المقابلة، ثم صورت المشهد بكاميرتها ووضعتها جانباً وأكملت الجلسة باللعب مثل الجلسات السابقة.

استمرت رانية في اللعب بالحماس نفسه مع التحسن التدريجي في التفاعل والتجاوب مع الاختصاصية دون أن تتكلم، فعلى سبيل المثال استخدمت الدمى المتحركة لفتح حوار مع رانية عن أسماء أفراد أسرتها وصديقاتها، وكانت تستجيب بفتح فم الدمية بيدها وتحريك شفيتها بذكر الأسماء دون صوت. وقد ظهر عليها بعض التوتر مما دفع المعالجة إلى إصدار أصوات مضحكة من الدمى لإضفاء المرح على الحوار وسماع صوتها وهي تضحك. وفي إحدى الجلسات أحضرت رانية لعبة السجن ووضعتها في حوض الرمل، ثم وضعت دمية الطفلة داخل السجن،

ووضعت صفًا من الدمى الصغيرة؛ أطفالاً ونساءً ورجلاً، وأبقت طفلاً رضيعاً خارج لعبة السجن، وبعدها ذهبت إلى طاولة الفن ورسمت طفلة ولونها بالدهان الأسود. مما يشير إلى أن رانية في صراع مع مشكلة صمتها وتشعر أنها مازالت سجيناً هذا الاضطراب.

و في الجلسات من 17 إلى 21 تكرر لعب رانية بألعاب تشعرها بالتمكن والقدرة، كما كانت تقضي وقتاً يمتد أحياناً إلى النصف ساعة في التعبير الفني باستخدام الفرشاة والدهن وكتابة (أنا أحب ماما) أو (أنا أحب..). ووضعت اسم المعالجة في الرسمة، مما يشير إلى شعور رانية بالأمن والقبول في غرفة اللعب. ولا بد من الإشارة هنا إلى أنه من الممكن أن تشعر المعالجة بالإحباط أحياناً عندما تطول مدة سكوت الطفل، إلا أنه من الضروري الصبر والاستمرار في إظهار القبول ورصد التحسن بدقة، حتى وإن كان طفيفاً وتوقع أن الطفل سيتكلم عندما يكون جاهزاً.

الاجتماع الثاني مع الأهل:

أصبحت رانية تشارك بحماس في أنشطة الفصل وتبتسم للمعلمات والأطفال، كما أنها تتكلم مع بعض زميلات فصلها في مواقف اجتماعية خارج المدرسة، وكذلك أصبحت أقل عناداً وأكثر قبولاً لتأجيل رغباتها، وتطوراً في قدرتها على

التحكم بنوبات الغضب. وتم في هذا اللقاء تشجيع الوالدين على قراءة بعض القصص لبناء الثقة بالنفس مثل:

- Alborough, Jez. (1993). Cuddly Duddly.
- Meiners, Cheri (2014). Have Courage.

الاجتماع الثاني مع المعلمات:

كان الهدف من الاجتماع معرفة ما لاحظته المعلمات على سلوك رانية بعد مضي ما يزيد عن عشرين جلسة، وذكرت المعلمات أنهن لاحظن تحسناً في مشاركة رانية في الفصل، بل إنها بادرت مرات عدة برفع إصبعها للكتابة على السبورة، كما أنها ردت على سؤال إحدى معلماتها وهما خارج الفصل. كذلك لاحظت المرشدة النفسية في المدرسة أن رانية لم تعد تلعب وحدها في الساحة، وهي تتكلم عندما تلعب بمفردها مع صديقتها المفضلة، إلا أن رانية ما زالت ترفض الكلام في الفصل، لذا تم الاتفاق مع المعلمات وبالتنسيق مع المرشدة النفسية بوضع خطة لسلب الحساسية من بيئة الفصل وذلك ببقاء رانية في نهاية الدوام في الفصل تقرأ قصة مع والدتها أو والدها. وتدرجياً تدخل إحدى المعلمات لدقيقة أو دقيقتين لإحضار شيء في الفصل دون إعاقة أي انتباه لرانية، ثم تزداد مدة حضور المعلمة في الفصل، وقد ذكرت المرشدة النفسية أن الأسلوب أسهم في أن تتكلم رانية مع معلماتها بصورة فردية بعد خروج الأطفال من الفصل.

الاجتماع الثالث مع الأهل:

وقد كان الهدف من الاجتماع، معرفة مدى التطور الذي حدث بعد تطبيق أسلوب سلب الحساسية، من خلال دخول أحد الوالدين 2-3 مرات أسبوعياً الفصل بعد انتهاء الدوام مدة 10 دقائق، والجلوس مع رانية للتحديث معها والقراءة بصوت عال. وخلال هذه المدة تدخل المعلمة الفصل لأخذ غرض وسماع صوت رانية ثم الخروج بعد دقائق على أن تزيد مدة وجود المعلمة تدريجياً. وذكر الوالدان أنه بعد تطبيق الأسلوب لأربع مرات، تكلمت رانية بمفردها مع إحدى معلماتها بعد خروج الأطفال من الفصل. ثم تدريجياً بدأت بالكلام بصوت منخفض مع المعلمات وبوجود الأطفال. كذلك ذكرت الوالدة أنه بعد التطور المفاجئ الذي حدث في الجلسة التي تكلمت فيها في غرفة اللعب، أصبحت رانية أكثر استعداداً لتعميم الكلام في المواقف الاجتماعية المختلفة وأهمها المدرسة.

الجلسات من ٢٢-٢٩:

تم في الجلسة 22 اللعب بالكرة ذات الإرشادات (Lowenstein, L. ed, 2008) وهي عبارة عن كرة يكتب عليها مجموعة من الإرشادات، وتتبادل المعالجة مع الطفل قذف الكرة ويقوم كلاهما بتنفيذ الطلب الذي يقع تحت الإبهام. وقد

تجاوبت رانية بعمل الحركات الجسمانية المطلوبة بالإضافة إلى الهمس والضحك بصوت عال. كما رسمت الطفلة في هذه الجلسة والجلسات التي تلتها رسوماً عدة تمثل قوس قزح بالطباعة بالإصبع.

وفي الجلسة 24 لعبت رانية كعادتها في الألعاب التي تشعرها بالتمكن والقدرة، ثم وبعد مرور 20 دقيقة حاولت رانية من خلال حركة جسمها إعلام الاختصاصية برغبتها في الذهاب إلى الحمام، إلا أن الاختصاصية تظاهرت بعدم الفهم، مما دفع رانية إلى الكلام وبصوت واضح قائلة: (أريد الذهاب إلى الحمام)، وبالرغم من فرحة المعالجة بالاختراق والتطور المفاجئ بخروج رانية عن صمتها، إلا أنها تصرفت بطريقة طبيعية وأرشدتها إلى الحمام، وبعد عودتها استمرت رانية بالكلام وكأن ما حدث شيء طبيعي.

وفي الجلسات 25 إلى 29 استمرت رانية في الكلام واللعب في الألعاب المتوافرة، مع تطور اللعب الخيالي الذي كانت تبادر به سواء باختيار الموضوع أو تحديد الأدوار، مثل: لعبة الطبيب، أو المطعم، أو التسوق. كما تم التركيز على استخدام بعض التدخلات التي تدعم بناء الثقة بالنفس مثل كتابة الأشياء التي تستطيع القيام بها على أوراق ملونة ولصقها على صورة جسم

طفلة. كما تكرر لبسها للأقنعة المخيفة ومحاولة إخافة المعالجة، ثم الضحك بصوت عال.

وفي جلسة الإغلاق الأخيرة طلبت المعالجة من رانية أن تذكر الأشياء التي أحببت اللعب بها في الغرفة، ثم أحضرت خرزاً وخيوطاً للضم الخرز وعمل (إسواره القوة) التي يمكن أن تلبسها رانية كلما احتاجت إلى أن تمتلك الشجاعة للكلام أمام الآخرين، وقامت كل من رانية والاختصاصية بعمل إسواره القوة وأهدت كل واحدة إسوارتها للأخرى ليتذكرا الأوقات التي قضياها معاً في التواصل واللعب داخل الغرفة.

التعليق:

يمكن اعتبار حالة رانية من الحالات التي تطلبت وقتاً وجهداً مضاعفاً مقارنة بالحالات الأخرى التي تعاملت معها المعالجة، إذ بلغت جلسات العلاج مع رانية 29 جلسة. وكان لتعاون الوالدين وتفهم المعلمات دوراً مهماً في مساعدتها في التغلب على الاضطراب. وقد تمكنت رانية خلال جلسات اللعب من التعبير عن مشاعر القلق المرتبطة بولادة أختها، كما أظهرت عن طريق الرسم قدراتها الأكاديمية بالإضافة إلى التعبير عن مشاعرها المختلفة.

وبالرغم من التطور التدريجي في شعور رانية بالتمكن والثقة بالنفس، إلا أنه قد يحدث أن تشعر أحياناً بأنها ما زالت

حبيسة صمتها الذي عبرت عنه بوضع دمية الطفلة داخل القفص، ووضع الآخرين صفًا خارجه ثم رسم طفلة باللون الأسود، مما يشير إلى قلقها وربما شعورها بالإحباط نتيجة ضغط الآخرين وتوقعهم الكلام منها. كذلك لا بد من الإشارة هنا إلى أن خروج الطفل من صمته يتطلب وقتًا طويلاً مما قد يشعر المعالج بالإحباط أحياناً. ومن المهم أن يتحلى جميع من يتعامل مع الطفل من معلمين وأهل بالصبر والدقة في رصد التحسن وإن كان بطيئاً، والثقة بأن الطفل الصامت هو الذي يقرر الكلام عندما يكون مستعداً له. وتجدر الإشارة إلى أنه بعد حدوث الاختراق المفاجئ بخروج رانية عن صمتها، استُخدمت العديد من التدخلات التي تتطلب الكلام والتي ساعدت رانية في التعبير عن مشاعرها وبناء ثقته بنفسها، ومن ثمّ تعميم الكلام في المواقف الاجتماعية الأخرى.

References

- Buzzella, B. Ehrenreich, M. and Pincus, D. (2011). Comorbidity and Family Factors Associated with Selective Mutism, Child Development Research <https://www.hindawi.com/journals/cdr/2011/909508/>
- Cook, J. (1997). in Kaduson, H., Cangelosi, D. and Schaefer, C. eds. The Playing Cure, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Lowenstein, L. ed. (2008). Assessment and Treatment Activities for Children, Adolescents, and Families, Canada: Hignell Book Printing.
- Powell, S. and Dalley, M. (2004). When to Intervene in Selective Mutism: The Multimodal Treatment of a Case of Persistent Selective Mutism in
- Projes, M. (1992). Intervention with the Selectively Mute Child, Psychology in the Schools 29: 367-376.
- Shu-Lan Hung, M. Spencer, D. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children, Children & Schools, Volume 34, Issue 4, 1 October 2012, Pages 222–230.
- Spasaro, S. & Schaefer, C. (1999). Refusal to Speak, USA: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Children's Books:
 - Alborough, J. (1993). Cuddly Dudley, Massachusetts: Scholastic Inc.
 - Jeffer, O. (2006). Lost and Found, UK: HarperCollins Children's Books.

