

# الإسهام النسبي للقلق الاجتماعي في التنبؤ بالصمت الانتقائي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

*The relative contribution of social anxiety  
in predicting selective mutism  
in children with autism spectrum disorder*

أ. دعاء عبد الحميد محمد يونس (\*)

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث العلاقة بين كل من الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبحث المكونات العاملة لكل من قائمتي ملاحظة الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي، وبحث مدى إمكانية التنبؤ بالصمت الانتقائي من خلال القلق الاجتماعي كدرجة كلية، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (49) طفلاً مشخصين باضطراب طيف التوحد (ASD) والذين تم تشخيصهم باضطراب الصمت الانتقائي (SM) والقلق الاجتماعي (SAD)، بعدد من مراكز تعديل السلوك الخاصة بمحافظة الغربية، تراوحت أعمار العينة ما بين (6-12) سنة بمتوسط حسابي (7,9) سنة، وانحراف معياري (1,8) وكانت نسبة ذكائهم المسجلة في سجلات تلك المراكز تتراوح ما بين (65-85) على مقياس ستانفورد بينيه، بمتوسط حسابي (75,2)، وانحراف معياري (6,84)، ولتحقيق هدف الدراسة استخدمت الباحثة قائمة ملاحظة الصمت الانتقائي (إعداد الباحثة)، وقائمة ملاحظة القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة)، أسفرت نتائج التحليل العاملي عن وجود ثلاثة عوامل للصمت الانتقائي وعامل عام واحد فقط للقلق الاجتماعي، كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أوضحت إمكانية التنبؤ بالصمت الانتقائي من خلال القلق الاجتماعي.

**Abstract:**

*The current study aimed to investigate the relationship between selective mutism and social anxiety in children with autism spectrum disorder, and to examine the factorial components of each of the two observation lists for selective mutism and social anxiety for people with autism spectrum disorder, and to examine the extent to which selective*

(\*) ماجستير في التربية (تخصص تربية خاصة)، قسم بحوث ودراسات التربية، معهد البحوث والدراسات العربية، جمهورية مصر العربية.

*silence can be predicted through social anxiety as a total score. For people with autism spectrum disorder, the study was conducted on a sample of (49) children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) who were diagnosed with selective mutism disorder (SM) and social anxiety (SAD), in a number of behavior modification centers in Gharbia Governorate. The ages of the sample ranged Between (6-12) years old, with a mean of (7.9) years, and a standard deviation of (1.8), and their IQ recorded in the records of these centers ranged between (65-85) on the Stanford Binet scale, with a mean of (75, 2), and a standard deviation (6.84), To achieve the aim of the study, the researcher used the Selective Mutism Observation List (prepared by the researcher), and the Social Anxiety Observation List (prepared by the researcher). The results of the factor analysis resulted in three factors for selective mutism and only one general factor for social anxiety. It also showed the existence of a positive significant correlation between selective silence and social anxiety in children with autism spectrum disorder. It also demonstrated the possibility of predicting selective silence through social anxiety.*

الكلمات الدالّة:

[اضطراب الصمت الانتقائي- اضطراب القلق الاجتماعي- اضطراب طيف التوحد].

\*

مقدمة:

يواجه الأطفال في عمرهم المبكر العديد من المشكلات النفسية والتربوية والاجتماعية والتي تؤثر سلباً وعمق على شخصياتهم، وتستهلك وجهداً ووقتاً من الآباء والمربين والمعالجين من أجل إزالة هذه الآثار السلبية الناجمة عن تلك المشكلات التي تؤثر على جوانب مختلفة في شخصية الطفل، حيث لحظ في السنوات الأخيرة زيادة عدد الأطفال المصابين بكثير من الاضطرابات النفسية، ومن بين هذه الاضطرابات اضطراب الصمت الانتقائي وهو ما يعرف بـ«الدورة الصامتة أو التباكم»؛ حيث يعد اضطراب الصمت الانتقائي (SM) من الاضطرابات النادرة التي تحدث في مرحلة الطفولة بمتوسط عمري تراوح من (2-5) سنوات (الجمعية الأمريكية للطب النفس [APA]، 2000)، حيث تعيق الطفل عن ممارسة حياته بشكل طبيعي وتسبب له العديد من المشكلات الاجتماعية والأكاديمية ومن ثم مشكلات مهنية فيما بعد، ومما يزيد الأمر أهمية أن الصمت الانتقائي (SM) لا يأتي منفرداً في أغلب الأحيان وإنما

يكون ملازمًا لاضطرابات أخرى وأهمها القلق الاجتماعي، كما أوضحت العديد من الدراسات أن عددًا من الأطفال الذين يعانون (SM) استوفوا معايير طيف التوحد (Steffenburg et al, 2018)؛ (Muris & Ollendick, 2021)؛ (Panasiuk, 2019)، مما يجعل التشخيص المبكر لهذا الاضطراب من الصعوبة بمكان، ومما يزيد الأمر سوءًا إنكار أولياء الأمور إصابة طفلهم باضطراب الصمت الانتقائي نظرا لطبيعة الاضطراب الخادعة لوالدي الطفل والمقربين إليه؛ حيث يتفاعل الطفل معهم داخل المنزل بشكل مختلف تماما عن تفاعله مع كل الآخرين في المحيط الخارجي كالمدرسة وأي من المواقف الاجتماعية الأخرى التي تتطلب منه التواصل والكلام.

ويعزى اكتشاف اضطراب الصمت الانتقائي إلى الطبيب الألماني (Kussmaul) عام 1877، الذي وصفه بأنه: «حبسة طوعية»، ولكن هذا الوصف قد يحمل شيئا من عدم الدقة، فالمعنى الأكثر منطقية هو «الغياب الطوعي للكلام»؛ حيث إن الأطفال الذين يعانون (SM) اختاروا بوعي أن يكونوا صامتين، وذلك لما يتسمون به من خصائص تحول بينهم وبين التحدث في الأوساط الاجتماعية الغريبة التي يشعرون فيها بالخوف والقلق، وهناك دراسات تم فيها تصنيف الأطفال الذين يعانون (SM) على أنهم سلبيون، وعدوانيون، وعنيدون، ومتلاعبون، ومعارضون، ومسيطرون، في حين وصفهم آخرون (Tramer) بأنهم خجولون بشكل مفرط، واعتماديون، وقلقون أو شديدو الحساسية (Driessen et al., 2020).

وفي عام 1934 اقترح رائد آخر في مجال اضطرابات النطق وهو طبيب نفسي للأطفال (Tramer 1882-1963) مصطلح "Elective Mutismus" كمصطلح مناسب لهذا الاضطراب، ثم أصبح الصمت الاختياري "Elective Mutismus" كيانًا راسخًا بسبب نشر الطبيب السويسري Tramer عام 1934 في «الدليل التشخيصي والإحصائي

للأمراض العقلية والاضطرابات» نتائج بحثه لإظهار أن الصمت كان اختيارًا حرًا للشخص، وألقى (Tramer) الضوء على الآليات المتوقعة أنها وراء الإصابة بهذا الاضطراب، فبدأ بالعوامل الوراثية والمراحل المتأخرة من نمو الطفل الطبيعي، ثم أشار إلى العوامل النفسية (مثل الخجل، وفرط الحساسية)، والعوامل الاجتماعية (مثل: القلق الاجتماعي، وصدمات الطفولة المبكرة، والسلوك المكتسب كردة فعل للضغوط الخارجية)، والعوامل الجسدية (كالجراحات)، والأمراض النفسية الرئيسة (مثل الفصام والتخشب)، ومن الناحية العلاجية كان (Tramer) أول من اقترح العديد من التقنيات السلوكية لعلاج (SM).

وقد يتداخل وجود اضطراب الصمت الانتقائي (SM) المصحوب بالقلق مع اضطراب طيف التوحد عند بعض الأطفال؛ حيث أظهرت النظريات النفسية المفسرة للتوحد أن التركيز كان على الضعف الاجتماعي باعتباره السمة الرئيسة لاضطراب طيف التوحد، وتسعي النظريات جاهدة لشرح ثلوث الإعاقة في التواصل والتنشئة الاجتماعية والخيال من حيث واحد أو أكثر من أنواع العجز النفسي، ويفترض أن إهمال السمات الأخرى للتوحد مثل (السلوكات النمطية، ونقص تعميم المهارات) يركز على التوسع في التركيز على النمط المعرفي للأفراد المصابين بالتوحد (APA, 2016).

هذا وقد يظهر اضطراب الصمت الانتقائي مصاحباً لاضطراب طيف التوحد الذي يعد أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وله أثر جسيم على خصائص الطفل وقدراته، وذلك في ثلاثة جوانب أساسية هي: اللغة والتواصل، التفاعل الاجتماعي، السلوكات المتكررة، ويؤدي إلى قصور كبير في تلك الجوانب الثلاثة، وما يترتب عليها من ظهور الأعراض الخاصة بهذا الاضطراب، ومن أهم هذه الأعراض الخاصة باضطراب طيف التوحد ضعف القدرة على التواصل مع الآخرين، والتفاعل الاجتماعي (إبراهيم الزريقات، 2014).



## إشكالية الدراسة:

لحظت الباحثة من خلال مطالعتها للأبحاث الخاصة باضطراب الصمت الانتقائي أنه غالباً ما يظهر مصاحباً للقلق الاجتماعي ويزيد على ذلك احتمالية ظهور (SM) مقترناً باضطرابات أخرى كاضطراب طيف التوحد وهذا يبرز تضارباً بين ما أقرته المراجعة العاشرة للتصنيف الأوربي للأمراض (ICD-10(1999)، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصورة الخامسة (DSM-5(2013)، حيث يستبعدان تشخيص الصمت الانتقائي لدى الأطفال المصابين باضطرابات أخرى تتشابه أعراضها مع أعراض (SM)، ومن بين هذه الاضطرابات اضطراب طيف التوحد، وبين ما أظهرته دراسات عديدة، ومن بينها دراسة (Valaparla, 2018)؛ (Panasiuk, 2019)؛ (Cengher et al, 2020)؛ (Muris et al, 2021) التي أظهرت أن الطفل الناطق الذي لديه اضطراب طيف التوحد واضطرابات نمو أخرى تسبب قيوداً في التواصل خاصة إذا ما تعرض لصدمة في الاتصالات الاجتماعية، وبالتالي يؤدي إلى حدوث الصمت الانتقائي.

ومما سبق فإن إشكالية الدراسة تتمثل في:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الصمت الانتقائي كأبعاد أو كدرجة كلية من ناحية والقلق الاجتماعي كأبعاد أو كدرجة كلية من ناحية أخرى لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
- هل يوجد عامل عام يجمع أبعاد كل من الصمت الانتقائي بمفرده والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
- هل يمكن التنبؤ بالصمت الانتقائي من خلال القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد؟

## أهداف الدراسة:

- 1- التحقق من العلاقة الارتباطية بين كل من: الصمت الانتقائي، والقلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد.
- 2- بحث المكونات العاملة لكل من: الصمت الانتقائي، والقلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد.
- 3- بحث مدى إمكانية التنبؤ بالصمت الانتقائي من خلال القلق الاجتماعي كدرجة كلية لذوي اضطراب طيف التوحد.

## أهمية الدراسة:

- 1- يعد البحث في مكونات كل من الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي واختبار التصور المقترح لذوي اضطراب طيف التوحد في البيئة المصرية في حدود ما اطلعت عليه الباحثة مطلباً مهماً في ظل افتقاد المكتبة العربية لهاتين الأدوات.
- 2- يمثل بحث العلاقة بين الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد مدخلاً مهماً للتشخيص أولاً ثم التدخل العلاجي للصمت الانتقائي من خلال علاج القلق الاجتماعي بما يؤدي إلى تحسين التواصل الاجتماعي لدى هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وهو مبدأ مهم من مبادئ التأصيل الإمبريقي لتعزيد التدخل السيكولوجي إرشاداً أو علاجاً.
- 3- يعد بحث مدى إمكانية التنبؤ بالصمت الانتقائي من خلال القلق الاجتماعي هدفاً من أهداف العلم تسعى الدراسات إلى تحقيقه.

## المفاهيم الإجرائية للدراسة:

**1- الصمت الانتقائي Selective Mutism:** تعرفه الباحثة بأنه: اضطراب نفسي يتجلى من خلال تعمد الطفل الكف عن الكلام مع قدرته على استخدام اللغة وإنتاج الكلام في مواقف اجتماعية معينة يتوقع منه الحديث فيها (غالبًا خارج الأسرة) في الأماكن التي يشعر فيها بالخوف والقلق، بالرغم من قدرته على التحدث بشكل طبيعي في مواقف أخرى (على سبيل المثال مع الأبوين والأشخاص المقربين) أي الأماكن التي يشعر فيها بالراحة والأمان، بشرط أن يستمر هذا الاضطراب أكثر من شهر، ويقدر في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة البحث على قائمة ملاحظة الصمت الانتقائي (إعداد الباحثة).

**2- القلق الاجتماعي Social Anxiety:** تعرف الباحثة اضطراب القلق الاجتماعي إجرائيًا بأنه: شعور بالخوف الشديد غير المبرر والذي يصيب الفرد بحالة من الارتباك عند وجوده في مواقف اجتماعية يتطلب منه التفاعل فيها مع الآخرين أو يطلب منه فيها الحديث أو يكون في موضع تقييم ممن حوله. ويقدر في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على قائمة ملاحظة القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة).

**3- طيف التوحد Autism:** تعرف الباحثة اضطراب طيف التوحد بأنه: اضطراب نمائي يصعب تحديد أسبابه إلى الآن تحديدًا دقيقًا، يصيب الطفل غالبًا في المراحل النمائية المبكرة تظهر أعراضه على الطفل في سن سنة وتتضح جليًا في سن الثالثة، وتتمثل أعراضه في صعوبة التواصل مع الآخرين، والأفعال التكرارية، وفقدان القدرة على التبادل العاطفي والاجتماعي، وتأخر نمو الكلام أو فقدانه.

## حدود الدراسة:

تحدد نتائج الدراسة الحالية وقابليتها للتعميم بناء على:

- الحدود الزمانية: تم تطبيق الأدوات على الأطفال في الفصل الدراسي الأول من العام 2023 / 2024.

- الحدود المكانية: المراكز التأهيلية والتدريبية وتعديل السلوك الخاصة بمدينة طنطا والمحلة الكبرى وكذلك فصول الدمج بمدارس مدينة طنطا بمحافظة الغربية.

- الحدود المنهجية: تحددت بالمنهج الوصفي الارتباطي والتنبؤي، وكذا بكل من عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن=49)، وبأدوات الدراسة المستخدمة وهي قائمتي الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي.

## الإطار النظري ودراسات سابقة:

تم عرض الإطار النظري لهذه الدراسة من خلال عدة محاور كما يلي:

### المحور الأول: الصمت الانتقائي:

الصمت الانتقائي (SM) وفقاً لأحدث إصدارات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (DSM-5) (2013) بأنه: اضطراب نفسي، وإن لم يكن بالضرورة يتم تشخيصه في أثناء الطفولة، فهو يتسم بالفشل المستمر في المواقف الاجتماعية المحددة حيث يوجد توقع التحدث (على سبيل المثال في المدرسة)، كما يبدو إنتاج الكلام طبيعياً في مواقف أخرى (على سبيل المثال في المنزل).

ويعرف الصمت الانتقائي أنه: اضطراب نادر نسبياً يحدث عند الأطفال، وفيه يفشل الطفل في الكلام مع الآخرين في أماكن محددة مثل المدرسة والمواقف

الاجتماعية مع كونه يتحدث بطريقة طبيعية في المنزل، فهو يفشل في الكلام في المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه كلام وهذا في الغالب يحدث في المدرسة (Driesse et al, 2020).

### معدلات انتشار الصمت الانتقائي:

على الرغم من الجدل حول الأرقام الدقيقة التي تعبر عن مدى انتشار الصمت الانتقائي (SM) إلا أن المتفق عليه أنه اضطراب نادر وفقاً لما ذكره (DSM-5 (2013)، فقد أفادت دراسة (Kolven & Fundudis, 1981) أن معدل انتشار الصمت الانتقائي (SM) 0,08%، وذلك بعد مسح للأطفال في سن السابعة، كما أوضحت دراسة (Kopp & Gillberg, 1997) أن نسبة انتشار (SM) تتراوح بين 18% في الأطفال في سن المدرسة بالسويد إلى 2% بين طلاب الصف الثاني في فنلندا، ويعزى هذا الاختلاف الكبير إلى معايير التشخيص المستخدمة، كما أشارت كل من دراسة (Bergman et al., 2002)؛ (Chavira et al, 2007)؛ (Sharkey & McNicholas, ) (2012) أن معدل انتشار الصمت الانتقائي يتراوح بين 1,6% و 2%، كما أشارت دراسة (Kumpulainen et al., 1998)؛ (Karakaya et al, 2008) أن معدل انتشار SM يتراوح بين 0,03% إلى 1,89% مع متوسط عمر الأطفال يتراوح بين 2,7 إلى 4,1 سنوات، وهو أكثر انتشاراً بين الإناث منه بين الذكور (Kumpulainen et al., 1998)؛ (Sharkey & McNicholas, 2012)، كما أوضحت دراسة (Klein et al, 2017) أن هذا الاضطراب النادر الحدوث يؤثر على طفل واحد من بين 143 طفلاً في الولايات المتحدة الأمريكية، ولا يتم تشخيص الصمت الانتقائي إلا بعد دخول الطفل المدرسة، ومكوته فترة تتعدى الشهر دون تفاعل أو أي شكل من أشكال التواصل الاجتماعي مع الرفاق والمعلمين.

## أسباب اضطراب الصمت الانتقائي (SM):

1- يرى (Goodman & Scott, 2000) أن العوامل الخارجية لها تأثير واضح على إصابة الطفل بالصمت الانتقائي وتشمل التجارب المتوترة والمواقف العصبية طويلة الأمد، والبنية الأسرية الخاطئة، وسوء الفهم في البيئة المنزلية، والتغيرات المفاجئة في الأسرة، وسوء المعاملة، والعنف، والحرمان، ومحدودية التواصل، والخوف من الكشف عن الأسرار (Panasiuk, 2020).

2- إهمال الوالدين للطفل وتوجيه الاهتمام إلى غيره من أفراد العائلة يمثل سببا رئيسا للجوء الطفل إلى الصمت الانتقائي (Christon, et al, 2012).

3- القلق الزائد والمخاوف الاجتماعية إزاء الآثار السلبية للحديث كسخرية الآخرين منهم، أو عدم قدرتهم على التعبير عن مقاصدهم بشكل جيد، أو تجاهلهم، والاعتماد المفرط على الوالدين، كذلك إلحاق الطفل بالمدرسة حديثا، ومعاناة الطفل للحزن أو الخجل الشديد والانسحاب الاجتماعي (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي، 1990).

4- تؤثر مجموعة العوامل الوراثية والبيئية على تطور اضطراب (SM)، فقد يكتسب الطفل الصمت الانتقائي (SM) من خلال عوامل وراثية أو بفعل النمذجة (Chavira, 2007).

## أعراض الصمت الانتقائي:

لقد أظهرت دراسة (Christon et al, 2012) أن الأطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي تظهر عليهم بعض الأعراض التي يتميز بها (SM) عن أي اضطراب آخر قد يتشابه أو يتداخل معه ظاهريا، هذه الأعراض تتمثل في:

- يتحدث الطفل الذي يعاني من اضطراب الصمت الانتقائي بكلمة أو كلمتين على الأكثر (الرد بنعم أو لا).
- التواصل بشكل غير لفظي (إيماءات أو كتابة).
- عجز في المهارات الاجتماعية بما في ذلك تجنب التواصل البصري.
- بعض الأعراض الفسيولوجية مثل (تسارع ضربات القلب، اضطرابات المعدة، ضيق التنفس، الارتعاش).
- عدم القدرة على الرد على الرغم من الرغبة فيه.

### النظريات المفسرة للصمت الانتقائي:

#### 1- نظرية التحليل النفسي:

في ضوء هذه النظرية فإن الصمت الانتقائي يعد من أعراض صراع أوديب الذي لم يتم حله، حيث يفترض أن الطفل لديه تثبيت شفهي أو شرطي أو يحتفظ بسر عائلي، أو ينقل الغضب تجاه أحد الوالدين، أو يتراجع إلى مرحلة غير لفظية في نموه، فينظر إلى الصمت الانتقائي بأنه آلية التعامل مع الغضب والقلق، وهذا التفسير يفقد صحته حالياً مع قلة البيانات التجريبية التي تدعمه (Giddan & Milling, 1999)، ومن ثم تؤكد نظرية التحليل النفسي على أهمية التعامل مع كل طفل من ذوي اضطراب الصمت الانتقائي كحالة فردية يراعى من خلالها معرفة تاريخ الحالة المرضية وفهم الأحداث الماضية والصراعات في حياة الطفل والأسرة (Cohan et al., 2006).

#### 2- النظرية السلوكية:

تعتمد النظرية السلوكية على تعديل وضبط السلوك الإنساني فتركز على سلوك

الفرد نظرًا لأنه يمكن ملاحظته وقياسه، وتنظر النظرية السلوكية للصمت الانتقائي على أنه اضطراب يحدث بسبب التفاعل بين الطفل والبيئة المحيطة به (Hung et al., 2012)، ووفقًا للنظرية السلوكية فإن الصمت الانتقائي يحدث نتيجة للسلوك المعزز سلبيًا بشكل أكثر وضوحًا، فيرى الطفل عواقب عدم التحدث إيجابية، فقد يواجه الطفل انخفاضًا في القلق والخوف (تعزيز سلبي)، أو قد يحصل على الامتيازات والاهتمام نتيجة لسلوك الصمت (تعزيز إيجابي) من هذا المنظور يعد الصمت الانتقائي أمرًا وظيفيًا تعززه البيئة المحيطة بالطفل (Pdonzurick, 2011).

### 3- النظرية المعرفية:

تعمل النظرية المعرفية على إعادة هيكلة عمليات التفكير لدى الفرد وتعتمد على العمليات المعرفية (التفكير - التخيل - التذكر - الإدراك)، وهذه العمليات لها علاقة وطيدة بالسلوك المضطرب، وتعديل هذه العمليات مهم جدًا لإحداث التغيير في السلوك، وتشترك النظرية المعرفية مع النظرية السلوكية في العلاج المعرفي السلوكي الذي يبني على أن الأفراد لا يضطربون بسبب الأحداث، وإنما بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار، وبذلك يكون هدف العلاج هو إعادة تشكيل البنية المعرفية للفرد (Lowarncce, 2017)، وقد أثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في علاج الصمت الانتقائي، والذي يعمل على إعادة الهيكلة المعرفية وتقليل الأفكار السلبية وتغييرها إلى أفكار إيجابية، وذلك لطبيعته الأمنية ومعدلات نجاحه العالية (Capobianco & Cemigli, 2018).

### 4- نظرية النظام (الأسرة):

تفسر دور السيطرة العصبية الأبوية على الطفل مما يؤدي إلى الاعتماد المفرط للطفل والارتباط القوي جدًا بالوالدين مما يؤدي إلى عدم فهم الطفل لأهمية الاتصال



بالآخرين، والخوف من التواصل اللفظي والذي بدوره يؤدي إلى الصمت الانتقائي (Krynski, 2003)؛ (Melfsen, 2006).

## 5- نظرية التعلم الاجتماعي:

التعلم بالنموذج من الأساليب التي يعتمد عليها العلاج السلوكي لتعديل السلوك المضطرب ويسمى التعلم بالتمذجة أو الملاحظة، ويستند هذا الأسلوب إلى نظرية التعلم الاجتماعي لـ (Bandura)، حيث يرى أن السلوك الإنساني يتم تعلمه باتباع نموذج حي ومثال واقعي عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة إلى النماذج والطلب منهم أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج، كما تلعب المعرفة دورا مهما في التعلم القائم على الملاحظة والتمذجة (Krynski, 2003). وقد أشار (Bandura) بأن هناك مواصفات محددة في النموذج الذي يقلده أو يحاكيه الطفل، أولا يكون عن غير وعي ثم يصبح التعلق بالنموذج في مرحلة تالية ناجما عن وعي وترصد لسلوكات النموذج، وفي حالة الصمت الانتقائي فإن أحد التفسيرات المتاحة هو اندماج صفات وسلوكات أحد النماذج في البيئة المحيطة بالطفل يعاني من الصمت الانتقائي وبلغة التحليل النفسي يحدث توحدًا معه، ومن ثم يقلد النموذج أولا عن غير وعي ثم يصبح التقليد عن تعمد ووعي كامل ويكون المدخل العلاجي هنا وبناءً على هذه النظرية معتمداً على تعديل التصورات المعرفية عن كفاءة الذات المدركة في التواصل مع الآخرين وخفض الرهبة من التفاعل مع الآخرين لا سيما بالاتصال الكلامي حتى ولو كانوا غرباء عن الطفل مع الارتكاز على التشجيع والتعزيز والتغافل عن الهفوات لتعزيز السلوك الصحيح.

## المحور الثاني: القلق الاجتماعي:

يعد القلق الاجتماعي واحداً من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً في السياقات الاجتماعية. حيث يحتل المرتبة الثالثة بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً بعد الاكتئاب والإدمان، ويعتبر القلق الاجتماعي Social Anxiety أحد أنواع الرهاب Phobia الذي بدوره يمثل أحد اضطرابات القلق Anxiety Disorder؛ حيث يتسم بخوف واضح من المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الحديث أمام حشود من الناس، فيتم تجنب تلك المواقف التي يخاف منها، أو تثير القلق لديه دائماً.

ويعرف القلق الاجتماعي بأنه انفعال غير سار، وشعور مكرر بسبب توقع تهديد جراء مشاركة الفرد في مواقف اجتماعية مصحوبة بمشاعر الشك والإشفاق ليس لها ما يبررها من الناحية الموضوعية، ومعتقدات محرفة بلا أساس منطقي تبني عليه (سامر رضوان، 2001)؛ (Ranta et al, 2007)، ويقصد بالقلق الاجتماعي الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض للشخص المعني أن يتعامل، أو يتفاعل فيها مع الآخرين ويكون معرضاً بذلك إلى نوع من أنواع التقييم (إبراهيم الشافعي، 2010).

## معدلات انتشار القلق الاجتماعي:

يعد القلق الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً؛ حيث يقع في المرتبة الثالثة من حيث نسبة انتشاره بين الاضطرابات النفسية، وفي المرتبة الأولى في قائمة اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً، حيث ذكرت دراسة (Ruby, 2023) أن أكثر من 40 مليون شخص بالغ يعانون من اضطراب القلق، كما يؤثر على 31,8% من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 13-18 عاماً، مما يجعله المرض أو الاضطراب الأكثر شيوعاً.

## مكونات القلق الاجتماعي:

أشار حسين علي فايد (2004) أن القلق الاجتماعي يتضمن أربعة مكونات وهي:

1- المكون المعرفي: ويتضح في إدراك الشخص للموقف الاجتماعي بطريقة سلبية، مع تركيزه على التقييم السلبي الذي قد يتعرض له من الآخرين.

2- المكون الفسيولوجي: ويتجسد في التغيرات الفسيولوجية الناجمة عن استثارة الجهاز العصبي المستقل وتنشيطه، ومنها زيادة معدل ضربات القلب وورعشة الصوت والأطراف واصفرار الوجه وزيادة إفراز العرق.

3- المكون الانفعالي: ويتمثل في مشاعر الخوف والتوتر والهلع في المواقف الاجتماعية.

4- المكون السلوكي: ويتمثل في السلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق عند الفرد المصاب بالقلق الاجتماعي.

أعراض اضطراب القلق الاجتماعي (SAD):

يظهر على الأفراد المصابون باضطراب الاجتماعي مجموعة من الأعراض منها ما يتضح جلياً على وجه وبدن الشخص، ومنها ما هو داخلي يظهر على سلوك الفرد في أثناء الحديث أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وتنقسم هذه الأعراض إلى ثلاثة أقسام:

(أ) أعراض جسدية: ترتبط الأعراض الجسدية لاضطراب القلق الاجتماعي بالآثار الفسيولوجية ولعل أبرز الأعراض الفسيولوجية احمرار الوجه، رعشة اليد، الغثيان، التعرق، جفاف الفم، التلعثم، ألم في البطن، عدم انتظام ضربات القلب

(تسارع ضربات القلب)، اضطراب التنفس، الارتعاش، وشد العضلات، والحاجة المفاجئة للذهاب إلى الحمام.

(ب) أعراض سلوكية: يتمثل في تجنب المواقف الاجتماعية، وقد يكون التجنب السلوكي جليا (على سبيل المثال رفض حضور المناسبات الاجتماعية، أو تناول وجبات الطعام بمفرده) أو أكثر دقة (على سبيل المثال تجنب الاتصال بالعين، والتعبير عن الآراء بشكل غير متكرر عندما يكون ذلك مبررا).

(ج) أعراض معرفية: تشمل الأعراض المعرفية لاضطراب القلق الاجتماعي (SAD) الأفكار والمخاوف السلبية المتعلقة بالإحراج الذاتي، والتقييم السلبي من قبل الآخرين (Maddox & White, 2015).

### أسباب القلق الاجتماعي:

يعزى اضطراب القلق الاجتماعي إلى مجموعة من العوامل منها:

(أ) الجينات: هي الصفات الموروثة التي تنتقل من الآباء إلى الأبناء حيث نجد اضطرابات القلق تنتشر بين أفراد الأسرة الواحدة، كما تتضمن بنية الدماغ تلعب اللوزة الدماغية دورا بالغا في التحكم في استجابة الخوف. قد يكون لدى الأشخاص الذين لديهم فرط في نشاط هذه اللوزة الدماغية استجابة مرتفعة للخوف الذي يؤدي بدوره إلى الإصابة باضطراب القلق الاجتماعي.

(ب) البيئة: كثيرا ما يكون اضطراب القلق الاجتماعي سلوكا مكتسبا من الآباء، فنرى الآباء الذين يسلكون سلوكا قلقا في المواقف الاجتماعية أو يفرطون في الرعاية الزائدة للأبناء، يؤدي ذلك إلى إصابة أبنائهم باضطراب القلق الاجتماعي (Iverach, 2018).

## النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي:

### 1- نظرية التحليل النفسي:

تؤكد على أن القلق هو ردة فعل لحالة من حالات الخطر التي تواجه الفرد، فإذا انتهت هذه الحالة انخفضت أو تلاشت أعراض القلق، ولكنها إذا عادت إلى الفرد ظهرت أعراض القلق مرة أخرى، بينما يرى Adler أن الأطفال يشعرون بالضعف والنقص إذا ما قارنوا أنفسهم بالكبار فيحاولون تعويض ذلك عن طريق كسب حب الآخرين ولكنهم يشعرون بالقلق إذا ما فشلوا في ذلك (علاء علي حجازي، 2013).

### 2- النظرية السلوكية:

ترى أن القلق سلوك ناتج عن عملية التعلم أو أنه استجابة اشتراكية مكتسبة تستثار بمثير محايد. حيث يكتسب هذا المثير المحايد القدرة على استدعاء القلق ويكون هذا عند اقترانه بعدة مثيرات طبيعية أو مثير طبيعي واحد يكون مقترناً بعملية اشتراكية وفقاً لقوانين التعلم، ومن هنا يكون المثير المحايد من قبل هو المثير الذي يؤدي بالفرد إلى القلق ومن ثم أصبح بذلك مثيراً شرطياً (عبد المطلب القريطي، 1998).

### 3- النظرية المعرفية:

ركزت على أن القلق يرجع نتيجة التفكير للفرد فيضخم من نقاط ضعفه ويضعف من عناصر قوته ويعطي اهتماما كبيرا لانطباعات الآخرين، وهذا يؤدي به إلى الذاتية وفقد الموضوعية وتشوه الحقيقة (حسين فايد، 2008).

### المحور الثالث: التوحد (Autism):

يعتبر اضطراب التوحد من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة وتعقيدا، وذلك لتأثيره على المهارات الاجتماعية والتواصلية، بالإضافة إلى أنماط نمطية سلوكية وتكرارية وحدودية في الاهتمامات والأنشطة. ومنذ أن اكتشف Kanner التوحد عام 1943 اعتبر ضعف التواصل أحد سماته المركزية، حيث يتم تعريف التوحد وتشخيصه من حيث ضعف التواصل المصاحب للشذوذ النوعي للتفاعل الاجتماعي والسلوكيات والاهتمامات المقيدة والمتكررة (Arciuli & Brock, 2014).

وعرفت الجمعية الأمريكية اضطراب طيف التوحد (Autism society of America, ASA, 2006) أنه: اضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي للطفل يشمل الجوانب النمائية الثلاثة: الكفاءة الاجتماعية، التواصل والنمطية المتكررة من السلوكيات والاهتمامات والنشاطات.

ويعرفه فاروق الروسان (2010) بأنه: اضطراب سلوكي نمائي يتمثل في صعوبة التفاعل الاجتماعي، وصعوبة التواصل اللفظي، والسلوك النمطي المتكرر، والتي تظهر قبل سن الثالثة عشر.

#### أسباب حدوث اضطراب طيف التوحد:

ما تزال أسباب اضطراب طيف التوحد غير معروفة بصورة دقيقة ومحددة، فلم يتوصل العلماء بعد إلى أسباب مؤكدة يمكن الاستناد إليها في حدوث اضطراب طيف التوحد، وذلك لعدم وجود عرض واحد محدد للاضطراب، وإنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوع من طفل لآخر، فهو ما يزال مجالاً للبحث

والدراسة فما يزال تحديد سبب محدد للاضطراب يكتنفه الغموض، ومن العوامل التي قد يري العلماء والباحثين أنها تؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحد:  
أولاً: عوامل بيولوجية وجينية (في أثناء فترة الحمل):

تتمثل هذه العوامل البيولوجية في عوامل قد تصيب الأم الحامل وتؤثر على الجنين، أو وجود خلل وظيفي في الدماغ، أو تأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي ويمكن عرض هذه العوامل فيما يلي:

1- عوامل قبل الولادة: حيث أوضحت دراسة (Xiang et al, 2015) إلى أن إصابة الأم الحامل بمرض السكري في بدايات الحمل وفي أثناء فترة تكوين المناطق الخاصة بالتواصل والسلوك الاجتماعي في مخ الجنين وفي وجود عوامل جينية قد يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد في سنوات عمره الثلاثة الأولى.

2- قد يؤدي الخلل الوظيفي في الدماغ وظيفياً أو تشريحياً لا سيما في مناطق محددة في القشرة المخية إلى مشكلات قد تسهم في معاناة الطفل فيما بعد من اضطراب طيف التوحد.

3- قد تؤدي مشكلات تتعلق بالتأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي الذي يرجع إلى عوامل وراثية أو تناول الأم لأدوية معينة في أثناء شهور الحمل الثلاثة الأولى وقت تكون الجهاز العصبي المركزي والمخ إلى أن يصبح الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد.

وبالطبع كلها تفسيرات تصلح لتفسير بعض الحالات ولا تصلح لجميع الحالات فما زال اضطراب طيف التوحد عصياً على التفسير العلمي الدقيق الذي ينطبق على جميع الحالات.

### ثانياً: عوامل بيوكيميائية:

أشارت الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة باضطراب طيف التوحد، حيث إن النسب المرتفعة من السيالات العصبية في الدم عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ينتج عنها تأخر في النضج وضعف في الفهم (سوسن شاكر، 2010)؛ (Cohen et al, 1980)؛ (Boucher, 2017).

### ثالثاً: عوامل جينية وراثية:

أشارت بعض النظريات إلى أن الإصابة باضطراب طيف التوحد يعزى إلى خلل وراثي في بعض الجينات حيث ربطوا بين التوحد وبين ضعف نوع معين من الكروموسومات، حيث إن اضطراب هذا الجين يسهم بنسبة 16,5% في الإصابة باضطراب التوحد.

### رابعاً: عوامل نفسية:

ركز (Kanner, 1973) أن اضطراب التوحد ناتج عن اضطراب في عملية التواصل الاجتماعي في أثناء عملية الطفولة، وبالنظر إلى ما أشارت إليه الدراسات الحديثة أن سوء معاملة الوالدين ليس له علاقة باضطراب التوحد، وإنما أصبح التأكيد على أهمية الدور الذي تلعبه الجوانب المعرفية والاضطرابات النمائية لدى الأطفال التوحديين ذوي اضطراب طيف التوحد أنفسهم.

### خامساً: عوامل بيئية:

أثبتت العديد من البحوث أن الإصابة بالتوحد هو نتيجة التلوث البيئي ببعض الكيماويات، حيث يوجد عدة أسباب قد تسبب حدوث التوحد ترجع إلى البيئة المحيطة بالأم الحامل ومعظم هذه الأسباب مستحدثة ومنها: تلوث البيئة، سوء



التغذية، التدخين، سن الأم أكبر من 35 سنة، تعرض الأم الحامل للنفايات النووية (عادل عبد الله محمد، 2004).

### الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي في اضطراب طيف التوحد:

يعاني الأفراد المصابون باضطراب طيف التوحد (ASD) من عجز في التواصل الاجتماعي مما يسبب غالباً الصعوبة في التعامل مع المواقف الاجتماعية (APA, 2013)؛ (Bellini, 2006)، وربما بسبب هذه الصعوبات، قد يصاب الكثير من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بقلق اجتماعي بدرجة أعلى من أقرانهم من ذوي النمط العصبي (Keehn et al, 2013)؛ (White et al, 2009)؛ (Gillot & Standen, 2007)، كما أظهرت العديد من الدراسات أن القلق لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد يستمر حتى مرحلة المراهقة والبلوغ (Farrugia & Hudson, 2006)؛ (Gillot & Standen, 2007). ويمكن أن يرتبط القلق بمشاكل خارجية، مثل السلوك غير التكيفي (كالعدوان، وإيذاء النفس)، أو يرتبط بمشاكل داخلية مثل الامتناع عن التفاعل مع الآخرين (Kern et al, 2007) ويتمثل في أحد الأشكال الشديدة من الانكفاء على الذات مما يؤدي إلى الصمت الانتقائي الذي يعرف بأنه عزوف عن الكلام يقتصر على ظروف محددة، كأشخاص وأماكن معينة (APA, 2013) على سبيل المثال يتحدث الطفل الصامت انتقائياً بشكل اختياري في بيئة المنزل مع أفراد الأسرة، ولكن لا يتحدث في المدرسة مع زملائه أو معلميه، وتحدث أعراض الصمت الانتقائي مع بداية سن التحاقه بالمدرسة (4-5) سنوات وتضعف كلاً من التنمية الاجتماعية والنمو الاجتماعي (Grover et al., 2006)، وتوضح العديد من الدراسات أن أكثر من 60% من الأطفال الذين تم تشخيصهم بالصمت الانتقائي لديهم أيضاً تشخيص اضطراب طيف التوحد أو إعاقات نمائية، وهؤلاء الأطفال الذين لديهم تشخيص مزدوج يكونون أكثر عرضة للتأخر اللغوي (Steffenburg et al, 2018)؛ (White et al, 2009)؛ (Kristensen, 2000).

## الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تناولت علاقة الصمت الانتقائي بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

- دراسة (Muris & Ollendick, 2021): هدفت الدراسة إلى إثبات أنه في بعض الأحيان يكون اضطراب (SM) أكثر من مجرد اضطراب قلق وذلك من خلال ارتباطه باضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال حالتين لصبيين يعانين من الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي (ايبي = 10 سنوات)، (ليو = 11 سنة)، تم تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي لدى كلٍّ منهما، ثم استخدم الباحثان استبانة موحدة للصبيين مع الوالدين والمعلمين اتضح أنهما يعانين من درجات مرتفعة من القلق الاجتماعي، ومن خلال التقييم الإضافي من خلال كشف سجل النمو التفصيلي للخصائص الاجتماعية والسلوكيات التوحدية الظاهرة كانت النتيجة إصابة الصبيين باضطراب طيف التوحد إلى جاني (SM) والقلق الاجتماعي.

- دراسة (Valaparla, 2018) هدفت الدراسة إلى دراسة الصمت الاختياري لدى طفل مصاب باضطراب طيف التوحد: تقرير حالة ونهج لإدارة هذا الاضطراب الذي يصعب علاجه عند الأطفال إلى الكشف عن وجود اضطرابات مصاحبة لاضطراب الصمت الانتقائي مما يجعل العلاج أكثر صعوبة، في حالة طفل يبلغ (11) عاماً تم تشخيصه أنه يعاني من الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي، استخدم الباحثون مقياس (IQ) للتأكد من نسبة ذكاء الطفل (115)، وتم التدخل الدوائي ثم التدخل السلوكي الذي اعتمد على إستراتيجيات التحصين المنهجي المتدرج، والتشكيل، والاقتصاد الرمزي، ثم التعرض المتدرج للمواقف المثيرة للقلق، واستمر

العلاج لمدة (60) يومًا داخل المستشفى، وأسفرت نتيجة البرنامج العلاجي عن تحسن كبير في نمط تواصل الطفل داخل مدرسته، وأكد الباحثون على أن (SM) دوما يأتي مقترنا بأحد الاضطرابات كمشاكل النطق واللغة، والاكتئاب، واضطرابات القلق الاجتماعي، واضطرابات طيف التوحد (ASD).

- دراسة (سمية حمدي عبد المولى، 2022): هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (3) أطفال مشخصين باضطراب الصمت الانتقائي (SM) بمستشفى المعمورة للطب النفسي، وفقا لمعايير الدليل التشخيصي (DSM-5)، وتراوحت أعمار العينة بين (5-8) سنوات، بمتوسط (5,6)، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: النسخة الإسبانية من استبانة الصمت الانتقائي (SMQ) Spanis Version for Selective Mutism Questionnaire، وأسئلة مقياس القلق في اختبار كورنرز، والدليل التشخيصي الخامس، والمقابلة الإكلينيكية، واستخدمت الباحثة المنهج الارتباطي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الصمت الانتقائي واضطراب القلق من وجهة نظر الوالدين.

ومما سبق فقد أسفرت العديد من الدراسات التي طبقت على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس القلق بصوره المتعددة ولا سيما القلق الاجتماعي وكذلك الصمت الانتقائي وجود نسب مرتفعة من الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد المصابون بالقلق الاجتماعي، وأيضًا بالصمت الانتقائي الذي صُنف في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (2013)، DSM-5 تحت مظلة اضطرابات القلق وثبت في غالب الدراسات أن (SM) يكون مقترنا باضطراب القلق الاجتماعي.

## المحور الثاني: دراسات تناولت التحليل العاملي لكل من قائمة الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي:

- دراسة (سامر رضوان 2001) هدفت الدراسة إلى إعداد مقياس للقلق الاجتماعي وفحص البنية العاملية له واختبار صدقه وثباته. واشتملت عينة الدراسة على (437) مفحوصا من طلاب وطالبات جامعة دمشق، واعتمد الباحث على اختبارين من اللغة الألمانية لقياس القلق الاجتماعي، واختار منهما بنوداً تشتمل على المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية للقلق الاجتماعي بالإضافة إلى مجموعة البنود التي تمت صياغتها استناداً للوصف الإكلينيكي للصورة المرضية للقلق الاجتماعي، أسفر التحليل العاملي عن وجود خمسة عوامل جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح تتضمن 29 بنداً بتشيع مقداره 0,40، فما فوق للبند.

- دراسة (إبراهيم الشافعي، أحمد متولي، 2010) هدفت الدراسة إلى بحث علاقة القلق الاجتماعي بكل من الرهاب الاجتماعي والخجل، وإجراء دراسة عاملية لاختبار فرضية وجود عامل عام يجمع المتغيرات الثلاثة. كانت عينة الدراسة مكونة من (480) طالباً من طلاب كلية التربية جامعة طنطا الفرقة الرابعة من الذكور، استخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس (Liebowitz) للقلق الاجتماعي، وقائمة الرهاب الاجتماعي من إعداد (Conner et al., 2000)، ومقياس الخجل من إعداد (Watson & Friend)، أكدت النتائج وجود عامل عام من الدرجة الأولى يجمع المتغيرات الثلاثة لمقياس القلق الاجتماعي جذره الكامن -3.28، ونسبة التباين العاملية المفسرة -65.58.

- دراسة (Rodrigues Pereira et al., 2024) هدفت إلى دراسة الخصائص السيكومترية للترجمة الهولندية من SMQ من خلال الموثوقية والتحليل العاملي التوكيدي وتحليلات ROC التي تم إجراؤها على البيانات التي تم الحصول عليها من

عينة قوامها (303) أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (3-17) عامًا، مجموعة (SM) سريرية عددها (106)، ومجموعة مراقبة عددها (197)، حيث قام الباحثون بوضع نموذج ثلاثي العوامل أسفر ذلك عن تشبع الدرجات في البنود من 1 إلى 6 على متغير كامن تم تفسيره على أنه صمت في سياق المدرسة، وتشبعت البنود من 7 إلى 12 على متغير كامن يتم تفسيره على أنه صمت في سياق المنزل، في حين تشبعت البنود من 13 إلى 17 على متغير كامن يتم تفسيره على أنه صمت في السياق الاجتماعي العام.

المحور الثالث: دراسات تناولت التنبؤ بالصمت الانتقائي من خلال القلق الاجتماعي:

- دراسة (Driessen et al, 2020) هدفت الدراسة إلى تقييم التصور الحالي للصمت الانتقائي (SM) كاضطراب قلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) باستخدام نهج التحليل التلوي. في غياب أي تقييم منهجي للقلق في مجال SM، وقام الباحثون بتجميع بيانات انتشار اضطرابات القلق المرضية في التحليل التلوي للآثار العشوائية. على أساس 22 دراسة مؤهلة (N = 837)، وجدوا أن 80% من الأطفال الذين يعانون من SM تم تشخيصهم باضطراب قلق إضافي، ولا سيما الرهاب الاجتماعي (69%). ومع ذلك، كان هناك قدر كبير من عدم التجانس، والذي ظل دون تفسير من قبل المشرفين المحددين مسبقًا. تشير النتيجة إلى أن الصمت الانتقائي (SM) غالبًا ما يتم تشخيصه بالاشتراك مع اضطرابات القلق.

- دراسة (Milic et al, 2020) هدفت الدراسة إلى التعرف إلى أوجه التشابه والاختلاف بين الأطفال الصغار المصابين بالخرس الانتقائي واضطراب القلق الاجتماعي، وأن هناك العديد من الأدلة على وجود تداخل قوي بين الصمت الانتقائي (SM) واضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال، قارنت هذه الدراسة 25 طفلًا

(تتراوح أعمارهم بين 3 و7 سنوات) مصابين بتشخيص أولي لاضطراب القلق الاجتماعي، منهم 17 طفلاً مصابين بتشخيص أولي لاضطراب القلق الاجتماعي، و15 طفلاً غير سريري باستخدام المقابلات، والاستبانات حول تعبيرات القلق الاجتماعي والتثبيط السلوكي، أظهرت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي كانوا أكثر قلقاً من الضوابط غير السريرية، ولم يختلفوا بشكل كبير عن بعضهم البعض سواء في القلق الاجتماعي غير اللفظي أو أشكال القلق غير الاجتماعي. كان لدى كل من الأطفال الذين يعانون من SM واضطراب القلق الاجتماعي عدد أقل من الأصدقاء وواجهوا صعوبات أكبر في تكوين الصداقات مقارنة بالضوابط غير السريرية. ومع ذلك، سجل الأطفال الذين يعانون من SM درجات أعلى من الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي والضوابط غير السريرية في بعض مقاييس التثبيط (اللفظية وغير اللفظية). ودعمت النتائج تأكيدات وجود تشابهات قوية بين اضطراب (SM) واضطراب القلق الاجتماعي.

#### فرضيات الدراسة:

- 1- يوجد عامل عام واحد يجمع بين أبعاد الصمت الانتقائي لذوي اضطراب طيف التوحد.
- 2- يوجد عامل عام واحد يجمع أبعاد القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد.
- 3- توجد علاقة ارتباطية ذات دالة إحصائية بين درجات الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي كأبعاد وكدرجة كلية لذوي اضطراب طيف التوحد.
- 4- يمكن التنبؤ بالصمت الانتقائي من القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد.

## منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره أحد المناهج التي تهدف إلى وصف الظاهرة والتنبؤ بها وتفسير العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة.

## عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (49) طفلاً (18 إنثاء، 29 ذكورا) من الأطفال المترددين على عدد من مراكز محافظة الغربية وتم تشخيصهم من قبل المركز على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد مرتفعي القلق الاجتماعي والصمت الانتقائي، وأجريت الدراسة على تلك العينة ممن تم تشخيصهم من ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) بعدد من مراكز تعديل السلوك الخاصة بمحافظة الغربية، وتراوح أعمار العينة ما بين (6-12) سنة بمتوسط حسابي (7,9) سنة، وانحراف معياري (1,8) وكانت نسبة ذكائهم المسجلة في سجلات تلك المراكز تتراوح ما بين (65-85) على مقياس ستانفورد بينيه، بمتوسط حسابي (75,2)، وانحراف معياري (6,84). ونظراً لقلّة الحالات وعزوف الأهل عن تطبيق الأدوات على أطفالهم، ورفضهم التوقيع على استمارة الموافقة على التطبيق كإجراء أساسي يقع تحت مظلة الميثاق الأخلاقي لإجراء البحوث فقد تم الاقتصار على أفراد العينة الحالية عند حساب الصدق والثبات للأدوات، وفي العينة الأساسية.

## أدوات الدراسة:

### 1- قائمة ملاحظة الصمت الانتقائي (إعداد الباحثة):

- الهدف من إعداد قائمة الملاحظة: تهدف هذه القائمة إلى قياس درجة الصمت الانتقائي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المرحلة الابتدائية.

- مبررات وضع قائمة ملاحظة الصمت الانتقائي الحالية: تعددت الدراسات التي حاولت تحديد اضطراب الصمت الانتقائي لدى عينات من الأطفال، وبعد اطلاع الباحثة على العديد من الدراسات العربية والأجنبية، وبعض مقاييس الصمت الانتقائي، لم تجد من بينها أداة تستهدف تشخيص اضطراب (SM) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لذا كان من الضروري إعداد مقياس للصمت الانتقائي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لعدم توفر مقاييس لقياس نسبة الصمت الانتقائي عند هؤلاء الأطفال.

ومن ثم تم إعداد القائمة الحالية على النحو التالي:

اشتملت قائمة الصمت الانتقائي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في هذه الدراسة على 29 بند مقسم على ثلاثة أبعاد أساسية تم استقرارها كما سبق القول من الدراسات والمقاييس المشابهة السابقة، وهي:

- البعد الأول: التحدث في المنزل: ويعني قدرة الطفل على الحديث وحرية التعبير عن احتياجاته مع أفراد الأسرة المقربين إليه بجرية تامة وبشكل طبيعي دون وجود أي نوع من الخجل أو الخوف من الحديث، ويشمل 9 بنود.

- البعد الثاني: التحدث في المدرسة: ويعني عدم قدرة الطفل على إنتاج الكلام أو الحديث أو الرد على المعلمين أو الزملاء أو العاملين في المدرسة، مع القدرة على فهم حديثهم وسلامة جميع أعضاء النطق والكلام، ويشمل 11 بند.

- البعد الثالث: الحديث في المواقف الاجتماعية الأخرى: ويُقصد به عدم قدرة الطفل على الرد أو الحديث أو بدء الكلام أو التعبير عن احتياجاته مع الأشخاص الغرباء عنه في كل المواقف الاجتماعية خارج المنزل والمدرسة مثل (النادي، المكتبة، المتجر)، ويشمل 9 بنود.



### حساب الكفاءة السيكومترية لقائمة ملاحظة الصمت الانتقائي:

لحساب الخصائص السيكومترية للقائمة ثم التحقق من الاتساق الداخلي ثم الصدق والثبات وذلك من خلال:

حساب الصدق لقائمة ملاحظة الصمت الانتقائي عن طريق:

أولاً: الاتساق الداخلي:

(أ) تم التحقق من الاتساق الداخلي للقائمة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات الأطفال على كل بند من بنود قائمة الملاحظة والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه هذا البند، وكذلك درجة ارتباط البعد بالدرجة الكلية لقائمة الملاحظة، ثم معاملات ارتباط الأبعاد الثلاثة مع بعضهم البعض والجداول (1)، (2)، (3) تعرض ما تم التوصل إليه من نتائج.

جدول (1) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي يحتويها لقائمة ملاحظة الصمت الانتقائي

معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الثالث	رقم العبارة	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الثاني	رقم العبارة	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الأول	رقم العبارة
**0,67	25	**0,71	12	**0,49	1
**0,72	26	**0,55	13	**0,43	2
**0,7	27	0,01	14	**0,66	3
**0,91	28	**0,61	15	0,23	4
**0,72	29	**0,58	16	*0,33	5
**0,43	30	**0,59	17	**0,81	6
**0,73	31	**0,66	18	*0,31	7

معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الثالث	رقم العبارة	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الثاني	رقم العبارة	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الأول	رقم العبارة
<b>**0,83</b>	<b>32</b>	<b>**0,73</b>	<b>19</b>	<b>**0,73</b>	<b>8</b>
<b>**0,84</b>	<b>33</b>	<b>**0,4</b>	<b>20</b>	<b>**0,76</b>	<b>9</b>
		<b>**0,7</b>	<b>21</b>	<b>**0,81</b>	<b>10</b>
		<b>0,16</b>	<b>22</b>	<b>0,17</b>	<b>11</b>
		<b>**0,45</b>	<b>23</b>		
		<b>**0,55</b>	<b>24</b>		

\* دال عند مستوى 0,05 \*\* دال عند مستوى 0,01 (ن=49)

من الجدول (1) يتضح أن معاملات ارتباط البنود (1، 2، 3، 6، 8، 9، 10) بالدرجة الكلية لبعد التحدث في المنزل دالة عند مستوى دلالة (0,01)، ومعامل ارتباط البندين (5، 7) بالدرجة الكلية للبعد دالين عند مستوى دلالة (0,05)، مما يثبت أن تلك البنود ترتبط بالبعد وتنتمي إليه، وتم استبعاد العبارتين (4، 11) نظراً لأن معامل ارتباطهما ببعضهما غير دال. كما يتضح من الجدول (1) نفسه أن معاملات ارتباط العبارات (12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24) بالدرجة الكلية لبعد التحدث بالمدرسة دالة عند مستوى دلالة (0,01)، مما يثبت أن تلك العبارات ترتبط بالبعد وتنتمي إليه، وتم استبعاد العبارتين (14، 22) نظراً لأن معامل ارتباطهما ببعضهما غير دال. كما يتضح من الجدول (1) أيضاً أن جميع معاملات ارتباط بنود بعد التحدث في المواقف الاجتماعي بالدرجة الكلية للبعد دالة عند مستوى (0,01).

كما تم التحقق من معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية الثلاثة والدرجة الكلية والجدول (2) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

## (ب) الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس ككل:

جدول (2) معامل الاتساق الداخلي لأبعاد قائمة الصمت الانتقائي مع الدرجة الكلية للقائمة (ن=50)

معامل ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية	البعد
<b>**0,9</b>	التحدث في المنزل
<b>**0,9</b>	التحدث في المدرسة
<b>**0,88</b>	التحدث في المواقف الاجتماعية

\* دال عند مستوى 0,05 \*\* دال عند مستوى 0,01 (ن=49)

من الجدول (2) يتضح أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية لقائمة ملاحظة الصمت الانتقائي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد دالة عند مستوى دلالة 0,01.

جدول (3) معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة مع بعضها البعض على قائمة الصمت الانتقائي (ن=50)

التحدث في مواقف أخرى	التحدث في المدرسة	التحدث في المنزل	البعد
<b>**0,41</b>	<b>*0,38</b>	-	التحدث في المنزل
<b>**0,75</b>	-	-	التحدث في المدرسة
-	-	-	التحدث في مواقف أخرى

\* دال عند مستوى 0,05 \*\* دال عند مستوى 0,01 (ن=49)

من الجدول (3) يتضح أن معاملات ارتباط البعد الأول بالبعد الثاني على قائمة القلق الاجتماعي دالة عند مستوى 0,05، وان معاملات ارتباط البعد الأول بالثالث والبعد الثاني بالثالث دالة عند مستوى 0,01.

ثانياً: صدق المحك:

تم حساب الصدق التجريبي (التقاربي) من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة التحقق من الخصائص السيكومترية حيث (ن=50) على كل من

القائمة الحالية من إعداد الباحث، ومقياس (SMQ) Selective Mutism (2008) من إعداد (Lindsay Bergman, Melody Keller, John Piacentini & Andrea J. Bergman)، تعريب (شيماء الهواري وآخرون، 2022)؛ حيث أظهرت النتائج أن معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة ( $n=50$ ) على كلا القائمتين = 0,788 وهو معامل ذو دلالة إحصائية عند مستوى أكبر من 0,01 وهذا يدل على تمتع القائمة بالصدق.

### حساب معاملات الثبات لقائمة ملاحظة الصمت الانتقائي:

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات لقائمة الصمت الانتقائي بطريقة: ألفا كرونباخ؛ حيث قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لقائمة الصمت الانتقائي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبلغ معامل الثبات (ألفا) لهذه القائمة 0,98 وهذا يعد معامل مرتفع يدل على ثبات القائمة.

### 2- قائمة ملاحظة القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة):

- الهدف من قائمة الملاحظة: تهدف هذه القائمة إلى قياس درجة القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المرحلة الابتدائية بواسطة أحد الوالدين أو أحد القائمين على رعاية الطفل.

- مبررات وضع المقياس الحالي: بعد اطلاع الباحثة على العديد من الدراسات العربية والأجنبية، وبعض المقاييس التي استهدفت قياس اضطراب القلق بصفة عامة والقلق الاجتماعي بصفة خاصة، وجدت أنه من الضروري وضع قائمة ملاحظة القلق الاجتماعي للأطفال من ذوي طيف التوحد لعدم توافر مقاييس للقلق الاجتماعي تخص هذه الفئة من الأطفال ذوي طيف التوحد. وقد تم الاستعانة بعبارة من بعض المقاييس السابق ذكرها مثل مقياس القلق الاجتماعي (LSASI) إعداد

(Liebowitz, M.)، ترجمة وتقنين (أ.د./ إبراهيم الشافعي، 2008)، ومقياس القلق لدى الشباب المصابين بالتوحد (Adults Anxiety Scale for Autism)، إعداد روجرز وآخرون (Rodgers et al., 2019) بعد إعادة صياغتها لتناسب قائمة ملاحظة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالمدرسة الابتدائية (6-12) سنة. وقد اشتملت قائمة الملاحظة على ثلاثة أبعاد أساسية، سيتم عرض التعريف الإجرائي لكل بعد منها:

1- البعد الأول: إنجاز الطفل لمهامه في وجود آخرين، ويُقصد به تأدية الطفل أي عمل يقوم به في وجود أناس غرباء تمامًا مثلما يقوم به وهو بمفرده (مثل التحدث في الهاتف، الرسم أمام المعلم، تناول طعامه أمام زملائه) ويشمل 12 بند.

2- البعد الثاني: مواقف التفاعل الاجتماعية، وتعني قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين ومشاركتهم الأنشطة الاجتماعية وإقامة الصداقات، إلى جانب قدرته على التعبير عن ذاته في محيط الآخرين مع مراعاة قواعد الذوق الاجتماعي العام، ويشمل 12 بند.

3- البعد الثالث: تجنب المواقف الاجتماعية، وتعني عدم قدرة الطفل على التواجد في المواقف الاجتماعية لا سيما التي يكون فيها محور اهتمام أو محط أنظار الآخرين، ويشمل 12 بند أيضًا.

الكفاءة السيكومترية للقائمة:

أولاً: لحساب الخصائص السيكومترية للقائمة تم التحقق من الاتساق الداخلي ثم الصدق والثبات وذلك من خلال:

- الاتساق الداخلي: تم التحقق من الاتساق الداخلي للقائمة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات الأطفال على كل بند من بنود قائمة الملاحظة والدرجة

الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وكذلك درجة ارتباط البعد بالدرجة الكلية لقائمة الملاحظة، ثم معاملات ارتباط الأبعاد الثلاثة مع بعضهم البعض والجداول (4)، (5)، (6) تعرض ما تم التوصل إليه من نتائج.

جدول (4) معاملات الارتباط بين درجة كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الذي يحتويه من قائمة القلق الاجتماعي

معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الثالث	رقم العبارة	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الثاني	رقم العبارة	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للبعد الأول	رقم العبارة
**0,93	25	**0,53	13	**0,88	1
**0,88	26	0,27-	14	**0,94	2
**0,94	27	**0,93	15	**0,88	3
**0,81	28	**0,93	16	**0,91	4
**0,94	29	**0,94	17	**0,88	5
**0,88	30	**0,94	18	**0,85	6
**0,88	31	**0,9	19	**0,71	7
**0,88	32	**0,9	20	**0,9	8
**0,86	33	**0,79	21	**0,93	9
**0,89	34	**0,87	22	**0,78	10
**0,88	35	**0,75	23	**0,76	11
**0,67	36	**0,87	24	**0,43	12

\* دال عند مستوى 0,05 \*\* دال عند مستوى 0,01 (ن=49)

من الجدول (4) يتضح أن معاملات ارتباط جميع البنود بالدرجة الكلية للبعد إنجاز الطفل لمهامه في وجود آخرين دالة عند مستوى (0,01)، مما يثبت أن جميع البنود ترتبط للبعد وتتنتمي إليه. كما يتضح من الجدول (4) أن جميع معاملات ارتباط

بنود البعد الثاني (مواقف التفاعل الاجتماعية) بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى (0,01)، مما يثبت أن تلك البنود ترتبط بالبعد وتنتهي إليه، عدا البند (14) نظراً لأن معامل ارتباط هذا البند بالبعد الثاني غير دال. كما يتضح من الجدول (4) نفسه أن جميع معاملات ارتباط بنود البعد الثالث (تجنب المواقف الاجتماعية) بالدرجة الكلية للبعد دالة عند مستوى دلالة (0,01)، مما يثبت أن تلك البنود ترتبط بالبعد وتنتهي إليه.

كما تم التحقق من معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية الثلاثة والدرجة الكلية والجدول (5) يعرض ما تم التوصل إليه من نتائج:  
الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس ككل:

جدول (5) معامل الاتساق الداخلي لأبعاد قائمة القلق الاجتماعي (ن=49)

معامل ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية	البعد
<b>**0,97</b>	إنجاز الطفل مهامه في وجود آخرين
<b>**0,98</b>	مواقف التفاعل الاجتماعي
<b>**0,99</b>	تجنب المواقف الاجتماعية

\* دال عند مستوى أكبر من 0,05 \*\* دال عند مستوى أكبر من 0,01 (ن=49)

من الجدول (5) يتضح أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية لقائمة ملاحظة القلق الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد دالة عند مستوى دلالة 0,01.

كما تم التحقق من العلاقات بين الأبعاد الثلاثة مع بعضهما البعض والجدول (6) يوضح ذلك:

## جدول (6) معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة مع بعضها البعض على قائمة القلق الاجتماعي

البعد	إنجاز الطفل مهامه في وجود الآخرين	مواقف التفاعل الاجتماعي	تجنب المواقف الاجتماعية
إنجاز الطفل مهامه في وجود الآخرين	**0,92	**0,93	**0,97
مواقف التفاعل الاجتماعي	-	-	**0,97
تجنب المواقف الاجتماعية	-	-	-

\* دال عند مستوى أكبر من 0,05 \*\* دال عند مستوى أكبر من 0,01 (ن=49)

من الجدول (6) يتضح أن معاملات ارتباط الأبعاد الثلاثة مع بعضها البعض على قائمة القلق الاجتماعي دالة عند مستوى 0,01

ثانياً: لحساب الثبات لقائمة ملاحظة القلق الاجتماعي في الدراسة الحالية، قامت الباحثة بالآتي:

- حساب معاملات الثبات: قامت الباحثة بحساب معامل الثبات لقائمة الصمت الانتقائي بطريقة ألفا كرونباخ، حيث قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لقائمة القلق الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث بلغ معامل الثبات (ألفا) لهذه القائمة 0,88 وهذا يعد معامل توكيد يدل على ارتفاع ثبات القائمة.

- الأساليب الإحصائية: اعتمدت الباحثة على الأساليب الإحصائية التالية في معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26:

- 1- معامل الارتباط البسيط بيرسون.
- 2- التحليل العاملي لكلا من قائمتي الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي.
- 3- تحليل الانحدار الخطي المتدرج.



## نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

1- تفسير نتائج الفرضية الأولى، والتي تنص على أنه: «يوجد عامل عام واحد يجمع بين أبعاد الصمت الانتقائي لذوي اضطراب طيف التوحد»، وللتحقق من هذه الفرضية تم إجراء تحليل عاملي استكشافي بطريقة المكونات الأساسية والتدوير المائل، أسفر التحليل العاملي في ضوء محكات قبول التشعبات ذات الدلالة وفق محك جيلفورد (+-0,3)، ومحكات قبول العوامل في ضوء محك كايزر للجذر الكامن Eigenvalues أكبر من الواحد الصحيح، ونسبة التباين العاملة: بأن الصمت الانتقائي يتكون من ثلاثة عوامل قوية هي جذورها الكامنة على التوالي 3,82، 2,76، ويفسر كل عامل منها على التوالي 37%، 11%، 8,37%، ومجموع نسب التباين التراكمية للعوامل الثلاثة تساوي 57,27%.

وهذه العوامل وفقاً لسفر عنه التحليل العاملي هي:

- العامل الأول: التحدث إلى الأشخاص المقربين للطفل داخل المنزل وخارجه: وهذا يعني تحدث الطفل بصورة طبيعية مع الأشخاص المقربين له ويشعر في وجودهم بالطمأنينة مثل والدي الطفل وإخوته والمقربين له كمعلمه الخاص الذي يمضي معهم فترات طويلة.

- العامل الثاني: التحدث في المواقف الاجتماعية: يعني كيفية تواصل الطفل حالة وجوده في النادي أو مع أقران له أو عند شراء مستلزماته دون أن يكون في صحبة الوالدين أو أحد المقربين.

- العامل الثالث: التحدث في المدرسة: وذلك يقصد به التحدث إلى كل الأشخاص المتواجدين مع الطفل في المدرسة بوجه عام ولا تربطهم به علاقة وطيدة مثل عامل النظافة أو الإداريين أو المعلمين غير معلم الفصل الخاص بالطفل، وكذلك زملاؤه.

وقد تشبعت العبارات (1، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 13، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 31) على العامل الأول، أما العامل الثاني فقد تشبعت عليه العبارات (2، 4، 14، 15، 25، 29، 30، 32، 33)، في حين تشبعت العبارات (12، 16، 19، 20) على البعد الثالث.

وبناءً على ما سبق فقد أسفرت نتائج التحليل العاملي لقائمة ملاحظة الصمت الانتقائي المكونة من 33 بنداً أنه يوجد ثلاث عوامل قوية تتشعب عليها بنود قائمة ملاحظة الصمت الانتقائي، وهذه النتيجة تؤدي إلى عدم قبول الفرضية الأولى؛ حيث توجد ثلاثة عوامل تضمها قائمة ملاحظة الصمت الانتقائي، وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Rodrigues et al, 2022)، حيث قام الباحثون بوضع نموذج ثلاثي العوامل فتشبعت الدرجات في البنود من 1 إلى 6 على متغير كامن تم تفسيره على أنه صمت في سياق المدرسة، وتشبعت البنود من 7 إلى 12 على متغير كامن يتم تفسيره على أنه صمت في سياق المنزل، في حين تشبعت البنود من 13 إلى 17 على متغير كامن يتم تفسيره على أنه صمت في السياق الاجتماعي العام. كما أسفرت نتائج دراسة فاطمة الزهراء محمد النجار (2015) عن النتيجة نفسها، واختلفت دراسة إيهاب الببلاوي وأحمد سليم (2021) مع الدراسة الحالية حيث أسفر التحليل العاملي التوكيدي عن وجود عامل وواحد تتشعب حوله كل الأبعاد الثلاثة (التحدث في الروضة، في المنزل، في المواقف الاجتماعية الأخرى)، وسمية حمدي عبد المولى (2022) في وجود ثلاث عوامل توضح أبعاد الصمت الانتقائي، وربما كان السبب في هذا التناقض اختلاف العينة نوعاً أو كماً عن الدراسة الحالية أو استخدام طريقة تحليل مختلفة ك: ألفا ريمكس وغيرها وهذا لا يقطع بأن نتائج الدراسة الحالية قاطعة وقابلة للتعميم بل لا بد من تكرار الدراسة باستخدام ذات الأداة وعلى عينة مماثلة حتى يمكن المقابلة بين النتائج قبل الوقوع في خطأ التعميم استناداً لنتائج دراسة واحدة مهما كان وزنها أو قوتها.

2- تفسير نتائج الفرضية الثانية، والتي تنص على أنه: «يوجد عامل عام واحد يجمع بين أبعاد القلق الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد»، وللتحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة بالتحقق من صدق قائمة القلق الاجتماعي باستخدام الصدق العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية وتم التدوير بطريقة ألفا ريماكس، واعتمد على كل من محك كايزر، وجيلفورد لقبول العوامل وهي (جذر كامن أكبر من الواحد الصحيح، ومعامل الارتباط  $(+/-3)$ ، وبناءً على ذلك أسفر التحليل العاملي عن وجود عامل واحد جذره الكامن (2.88) ويفسر (95.8%) من التباين الكلي. ومن هنا يمكن القول إن نتائج التحليل العاملي الاستكشافي قدمت دليلاً قوياً على صدق بناء هذه القائمة، وأنها عبارة عن عامل كامن واحد تنتظم حوله العوامل الفرعية الثلاثة التي بنيت عليها قائمة الملاحظة، وهذه النتيجة تؤدي إلى قبول الفرضية الثانية القائلة بوجود عامل عام واحد يجمع بين أبعاد القلق الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقد اتفقت نتيجة هذه الفرضية مع نتيجة التحليل العاملي لدراسة إبراهيم الشافعي وأحمد متولي (2011) التي أكدت وجود عامل عام من الدرجة الأولى يجمع المتغيرات الثلاثة لمقياس القلق الاجتماعي جذره الكامن -3.28، ونسبة التباين العاملية المفسرة -65.58، واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة التحليل العاملي لمقياس القلق الاجتماعي لسامر رضوان (2001) الذي أسفرت نتيجة التحليل العاملي في دراسته عن وجود خمسة عوامل جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح تتضمن 29 بنداً بتشبع مقداره 0,40 فما فوق للبند، وكذلك نتيجة دراسة بندر عبد الله الشريف (2014) التي أسفر التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس القلق عن وجود خمسة عوامل جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح ونسب تباين

(11,94، 11,75، 9,74، 8,144، 6,31) على التوالي، وهذا التناقض منطقي ومقبول، حيث إن تلك القوائم كانت معدة للمراهقين والراشدين وهي عينات مختلفة تمامًا عن عينة الدراسة الحالية.

3- تفسير نتائج الفرضية الثالثة، والتي تنص على أنه: «توجد علاقة ارتباطية دالة وموجبة بين درجات الصمت الانتقائي ودرجات القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد»، وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على قائمتي ملاحظة الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي كأبعاد وكدرجة كلية من خلال معامل ارتباط بيرسون والجدول (7) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

جدول (7) معاملات الارتباط بين كل من درجات الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي (كأبعاد فرعية وكدرجة كلية)

الدرجة الكلية	التحدث في المواقف الاجتماعية	التحدث في المدرسة	التحدث في المنزل	الصمت الانتقائي القلق الاجتماعي
*0.25-	**0.27-	**0,3 -	*0.19	إنجاز الطفل مهامه في وجود الآخرين
**0.33-	**0.3-	**0,34 -	*0.14	مواقف التفاعل الاجتماعي
**0.28-	**0.28-	**0,27 -	*0.12	تجنب المواقف الاجتماعية
**0.29-	**0.29-	**0,3-	*0.15	الدرجة الكلية

\*دال عند مستوى 0,05 \*\* دال عند مستوى 0,01 (ن=49)

من الجدول (7) يتبين أن نتائج معاملات ارتباط بيرسون بين قائمتي الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي كدرجة كلية يساوي 0,289، وهو معامل ذو دلالة عند مستوى 0,05 حيث (ن=49) وهو معامل ارتباط طردي يدل على أن العلاقة بين

الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي علاقة طردية، أي إنه كلما زاد الصمت الانتقائي زاد القلق الاجتماعي والعكس صحيح. إلا أن النتيجة التي تتعلق بالأبعاد الفرعية لكل من الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي ليست في اتجاه واحد فبعض معاملات الارتباط كان موجباً كما في حالة البعد الأول من القلق الاجتماعي وكل من البعد الثاني من الصمت والدرجة الكلية على الصمت، كما كانت موجبة بين البعد الأول من القلق الاجتماعي وكل من البعد الأول والدرجة الكلية على الصمت، ولكن البعد الثالث من القلق الاجتماعي كان موجبا مع البعد الأول من الصمت.

في حين أن العلاقة كانت سالبة بين كل من البعد الأول في القلق الاجتماعي وكل من البعدين الثالث والدرجة الكلية، وبين البعد الثاني من القلق الاجتماعي والبعدين الثاني والثالث والدرجة الكلية للصمت وكانت كذلك بين البعد الثالث من القلق الاجتماعي والبعدين الثاني والثالث والدرجة الكلية للصمت الانتقائي.

من خلال ما سبق فإن النتيجة السابق عرضها في الجدول تظهر طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي، حيث أثبتت الكثير من الدراسات التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي أنه غالباً ما يكون مصحوباً بالقلق الاجتماعي، وتتفق هذه النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية مع نتائج دراسة سمية حمدي عبد المولى (2022) والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق من وجهة نظر الوالدين. كما أكدت دراسة (Muris & Ollendick, 2015) أن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الانتقائي يظهرون درجات مرتفعة من القلق الاجتماعي تتراوح بين (66% - 79%). كما أوضحت نتيجة دراسة (Valaparla, 2018) أن البرنامج العلاجي الدوائي ثم السلوكي المستخدم لتخفيف القلق الاجتماعي أسفر عن تحسن كبير في نمط تواصل الطفل داخل مدرسته، مما يؤكد على أن (SM) غالباً يأتي مقترناً بالقلق الاجتماعي.

ولعل القلق الاجتماعي بمكوناته ولاسيما الخوف أو الإشفاق من التقييم السلبي من جانب الآخرين لا سيما إن كان الطفل يعاني من اللزمات والمشكلات في النطق أو الكلام وضعف الثقة بالذات سوف يحمّله حتمًا على التواري عن الآخرين لا سيما الغرباء، والعزوف عن الكلام وتجنب المواقف التي قد يضطر فيها للكلام مما يقع في التحليل الأخير تحت وطأة الصمت اختياريًا حتى لو أدى ذلك إلى فقد أو لوم من الوالدين أو أحد مقدمي الرعاية الاجتماعية للطفل من غير الوالدين الطبيعيين في حالة فقد أحدهما أو غيابهما معًا.

وترى الباحثة أن التردد في العلاقة بين الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد يعزى إلى أن نسبة إصابة أطفال طيف التوحد باضطراب القلق الاجتماعي تعد نسبة كبيرة جدًا مقارنة بإصابتهم باضطراب الصمت الانتقائي النادر الحدوث لا سيما في أطفال طيف التوحد، فليس من الضرورة بأن يكون كل طفل يعاني اضطراب القلق الاجتماعي لديه اضطراب صمت انتقائي أيضًا في ذات الوقت، ومما يؤكد ذلك ما أشارت إليه التقديرات إلى أن ما بين 30% و 84% من الأفراد في طيف التوحد يعانون من أعراض قلق كبيرة (White et al., 2009)؛ (Van Steensel et al., 2011)؛ (Smith et al., 2019). وبناءً على ذلك فقد أظهرت الأبحاث السابقة أن أعراض القلق المتزامنة يمكن أن تؤدي إلى تفاقم النتائج السلبية التي لوحظت لدى المصابين بطيف التوحد، مثل أعراض الاكتئاب، وسوء نوعية الحياة، وعدم التنظيم السلوكي (على سبيل المثال، إصابة النفس، والعدوان، والعنف، وكذلك الصمت الانتقائي).

4- تفسير نتائج الفرضية الرابعة، والتي تنص على أنه: «يمكن التنبؤ بالصمت الانتقائي من القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد»، وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار للكشف عن القدرة التنبؤية للقلق الاجتماعي باضطراب الصمت الانتقائي، حيث كانت قيمة معامل الارتباط المتعدد  $R=0,289$ ،

وهي قيمة تدل على إمكانية التنبؤ بدرجات الصمت الانتقائي من خلال درجات القلق الاجتماعي، ولكي يتم التحقق من قدرة متغير القلق الاجتماعي على التنبؤ بالصمت الانتقائي فإن الجدول (8) يعرض نتائج تحليل التباين ANOVA.

جدول (8) نتائج تحليل التباين وقيمة «ف»  
ومستوى دلالتها لانحدار القلق الاجتماعي على الصمت الانتقائي

### ANOVA<sup>a</sup>

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة «ف»	مستوى الدلالة	
1	Regression	4301,297	1	4301,297	4,285	0,044 <sup>b</sup>
	Residual	47175,233	47	1003,728		
	Total	51476,531	48			

a القلق الاجتماعي المتنبأ منه.

b الصمت الانتقائي المتنبأ به.

يتبين من الجدول (8) أن من خلال تحليل التباين الانحداري يظهر أن قيمة F تساوي 4,285، وهي دالة عند مستوى 0,05، وهذا يشير أن للمتغير الأول (القلق الاجتماعي) القدرة على التنبؤ بالمتغير الثاني (الصمت الانتقائي).

جدول (9) قيم ثابت الانحدار ومعامل بيتا وقيمة «ت»  
ومستوى دلالتها لانحدار القلق الاجتماعي على الصمت الانتقائي

### Coefficients<sup>a</sup>

النموذج	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	قيم (ت)	مستوى الدلالة	
	ثابت الانحدار	الخطأ المعياري	معامل بيتا			
1	(Constant)	232,863	38,736		6,012	0,000
	صمت كلي	-0,736	0,356	-0,289	-2,070	0,044

a قلق كلي: Dependent Variable

من الجدول (9) يمكن صياغة معادلة التنبؤ على النحو التالي:

$$\text{الصمت الانتقائي (س)} = 232,86 + (-0,736) \text{ (القلق الاجتماعي (ص))}$$

ومما سبق يتضح أنه من الممكن بمعرفة درجة القلق التعرف إلى درجة الصمت الانتقائي دون الحاجة إلى قياس، وبهذا يمكننا التنبؤ بإصابة الطفل بالصمت الانتقائي وتحديد درجته من خلال قياس القلق الاجتماعي لديه، وبالتالي فإن علاج القلق الاجتماعي يخفف من أعراض الصمت الانتقائي، وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة حسين أبو المجد عويضة (2022) التي أسفرت نتائجها عن القدرة التنبؤية لتعلق القلق باضطراب الصمت الانتقائي، كما اتفقت مع دراسة (Driessen et al, 2020) التي أظهرت نتائجها أن 80% من الأطفال المصابون بالصمت الانتقائي قد تم تشخيصهم مسبقاً باضطراب قلق إضافي لا سيما الرهاب الاجتماعي، ودراسة (Milic et al, 2020) التي أكدت نتائجها وجود تشابهات قوية بين اضطراب الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي إلا أن الأطفال الذين يعانون SM سجلوا درجات أعلى في بعض المقاييس اللفظية وغير اللفظية بصورة أكبر من الأطفال الذين يعانون القلق الاجتماعي فقط، كما أوضحت (Klein et al, 2017)؛ ودراسة (Monga, S., & Benoit, D., 2017) أن انخفاض مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون اضطراب الصمت الانتقائي يظهر نتائج إيجابية في علاج الصمت الانتقائي أيضاً، مما يؤكد أن الصمت الانتقائي يمكن التنبؤ به لدى الأطفال الذين يشخصون باضطراب القلق الاجتماعي دون قياسه منفرداً، وكذلك بعلاج وتخفيف أعراض القلق الاجتماعي تنخفض أعراض الصمت الانتقائي بالتبعية.



## توصيات الدراسة:

- 1- تبصير المعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأولياء الأمور باحتمالية اقتران اضطراب طيف التوحد باضطرابات أخرى.
- 2- التعرف إلى اضطراب الصمت الانتقائي ومعرفة أعراضه التي تتشابه مع اضطرابات أخرى والتشخيص الصحيح له.
- 3- توفير جو صحي للأطفال الذين يعانون اضطراب الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي من ذوي اضطراب طيف التوحد بهدف الانخراط والتفاعل مع الآخرين.

## البحوث المقترحة:

- بناء على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية فإن الباحثة الحالية توصي بما يلي:
- 1- إجراء دراسة عن القلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات والكفاءة الذاتية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.
  - 2- إجراء دراسة عن علاقة الصمت الانتقائي برهاب الكلام لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.
  - 3- نمذجة العلاقة السببية بين الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي من خلال الدور الوسيط لنمط التفاعل بين أفراد أسر ذوي اضطراب طيف التوحد.

\*

## المصادر والمراجع

أولاً - العربية:

- إبراهيم الشافعي إبراهيم، القلق الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية المتداخلة معه - دراسة عاملية، مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، 21(71)، 2010: <https://www.researchgate.net/profile/abrahym-abrahym>
- إبراهيم زريقات، التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل، عمان، 2016.
- أحمد الحسيني هلال، دينا على السعيد عيسى، دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالنقد المرضى للذات لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، مجلة كلية التربية (أسيوط)، 38(2)، 2022.
- إيهاب عبد العزيز عبد الباقي البلاوي، وأحمد محمد شحاتة سليم، الخصائص السيكومترية لمقياس الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة، مجلة التربية الخاصة، 34، 2021.
- بندر بن عبد الله الشريف، بعض أبعاد القلق الاجتماعي المنبئة بالتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة طيبة، المجلة التربوية الدولية المتخصصة، 3، 2014، مسترجع من: <search//com,Mandumah,/843175/Record>
- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين أحمد كفاقي، معجم علم النفس والطب النفسي، ج3، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.
- جمال عطية فايد، التشخيص التمييزي لاضطراب طيف التوحد، علم النفس 33 (125)، 2020، مسترجع من: <search//com,Mandumah,/1304514/Record>
- حسين أبو المجد عويضة، القدرة التنبؤية لأنماط التعلق باضطراب الصمت الانتقائي لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة كلية الآداب، جامعة بني سويف، 6(65)، 2022.
- حسين علي فايد، الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 18، القاهرة، 2004.
- سامر جميل رضوان، القلق الاجتماعي، دراسة ميدانية لتقنين القلق على عينات سورية، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، 190، 2001.
- سمية حمدي عبد المولى، أحمد عبد الفتاح عياد، طارق محمد فوزي، علاقة اضطراب الصمت الانتقائي باضطراب القلق لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين، المجلة العلمية بكلية الآداب، 48(48)، 2022.
- سوسن شاكر مجيد، التوحد أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه، دار ديونو للنشر والتوزيع، عمان، 2010.

- شيماء محمود محمد الهواري، نورة محمد طه، ومروة صادق أحمد، وهبة أحمد العوضي، اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 16(9)، 2022.
- عبد المطلب القريطي، الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
- فاطمة الزهراء محمد النجار، فاعلية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري: دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، 162(4)، 2015.

#### ثانياً- الأجنبية:

- Arciuli, J., & Brock, J. (Eds.). (2014). Communication in autism (Vol. 11). John Benjamins Publishing Company.
- American Psychiatric Association, (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed), American Psychiatric Publishing,
- Bellini, S. (2006), The development of social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders, Focus on autism and other developmental disabilities, 21(3).
- Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(2).
- Cengher, M., Clayborne, J. C., Crouch, A. E., & O'Connor, J. T. (2020). Assessment and Treatment of Selective Mutism in a Child With Autism Spectrum Disorder, Clinical Case Studies, 20.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? "Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry", 46(11).
- Cohan, S. L., Price, J. M., Stein, M. B., (2006). Suffering in Silence: Why A Developmental Psychopathology Perspective on Selective Mutism is Needed Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics. 27(4).
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020), Anxiety in children with selective mutism: a meta-analysis, Journal Of Child psychiatry & human development, 51(2).
- Farrugia, S., & Hudson, J. (2006). Anxiety in adolescents with Asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems, and life interference. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21(1).
- Gillot, A., & Standen, P. J. (2007), Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism, Journal of Intellectual Disabilities, 11(4): <https://doi.org/10.1177%2F1744629507083585>
- Giddan, J. J., & Milling, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 8(1).
- Gillot, A., & Standen, P. J. (2007). Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. Journal of Intellectual Disabilities, 11(4): <https://doi.org/10.1177%2F1744629507083585>
- Grover, R. L., Hughes, A. A., Bergman, R. L., & Kingery, J. N. (2006), Treatment

- modifications based on childhood anxiety diagnosis: Demonstrating the flexibility in manualized treatment, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20: <https://doi.org/10.1891/jcop.20.3.275>
- Goodman R., Scott S., 2000, Mutyzm wybiórczy, [in:] *Psychiatria, dzieci i młodzieży*, Wrocław.
  - Hung, S. L., Spencer, M. S., & Dronamraju, R. (2012). Selective mutism: Practice and intervention strategies for children. *Children & Schools*, 34(4).
  - Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of fluency disorders*, 56.
  - Kern, L., Starosta, K. M., Cook, C. R., Bambara, L. M., & Gresham, F. R. (2007). Functional assessment-based intervention for selective mutism. *Behavioral Disorders*, 32(2).
  - Kopp, S., & Gillberg, C., (1997), Selective mutism: A population-based study: A research note, *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 38(2).
  - Klein, E. R., Armstrong, S. L., Skira, K., & Gordon, J. (2017), Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study, *Journal Of Clinical child psychology and psychiatry*, 22(1).
  - Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1).
  - Kussmaul A (1877) *Die Störungen der sprache: versuch einer pathologie der sprache*. Verlag von F.C.W. Vogel, Leipzig.
  - Maddox, B. B., & White, S. W. (2015). Comorbid social anxiety disorder in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45.
  - Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021), Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder, *Clinical child and family psychology review*, 24.
  - Panasiuk, J. (2019), Mutism in Autism, A Case Study, *Logopedia*, 48(1).
  - Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B., Güldner, M. G., Kan, K. J., De Jonge, M. V., Lindauer, R. J., & Utens, E. M. (2022). The validation of the Selective Mutism Questionnaire for use in the Dutch population. *Journal Of Child Psychiatry & Human Development*.
  - Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018), Children with autism spectrum disorders and selective mutism, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14: <https://doi.org/10.2147/NDT.S154966>
  - Valaparla, V. L., Sahoo, S & Padhy, S.K, (2018), Selective mutism in a child with autism spectrum disorder: A case report and an approach to the management in such difficult to treat scenario in children, *Asian Journal of Psychiatry*, 36.
  - White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009), Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders, *Clinical Psychology Review*, 29(3): <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003>
  - Xiang, A. H., Wang, X., Martinez, M. P., Walthall, J. C., Curry, E. S., Page, K., Buchanan T. A., Coleman, K. J., & Getahun, D. (2015). Association of maternal diabetes with autism in offspring. *Journal of American Medical Association JAMA*. (14).

