

العلاج النفسي باللعب

نافذة إلى عالم الطفل

تأليف الأستاذة الدكتورة

سهام عبدالرحمن الصويغ

العبيكان
Obëkan

© سهام عبد الرحمن محمد الصويغ، 1439 هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الصويغ، سهام عبد الرحمن محمد

العلاج النفسي باللعب نافذة إلى عالم الطفل. /

سهام عبد الرحمن محمد الصويغ - الرياض، 1439 هـ.

184 ص؛ 14 × 21 سم.

ردمك: 3-6589-02-603-978

1- علم نفس الأطفال 2- العلاج النفسي

أ. العنوان.

1439 / 5107

ديوي 618,9289

للحصول على كتبنا الورقية

سوقا
amazon شركات



وادي
wadi



للحصول على كتبنا الصوتية

Kitab Sawti
www.kitabsawti.com



دار هاد للنشر الإلكتروني
www.dhad.sa



للحصول على كتبنا الإلكترونية

أجهزة

amazon
kindle

Google Play



الطبعة الأولى

1439 هـ / 2018م

نشر وتوزيع العبيكان
Obekkan

المملكة العربية السعودية - الرياض

طريق الملك فهد - مقابل برج المملكة

هاتف: +966 11 4808654 فاكس: +966 11 4808095

ص.ب: 67622 الرياض 11517

www.obekkanretail.com

جميع الحقوق محفوظة. ولا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو نقله في أي شكل أو واسطة، سواء أكانت إلكترونية أو ميكانيكية، بما في ذلك التصوير بالنسخ (فوتوكوبي)، أو التسجيل، أو التخزين والاسترجاع، دون إذن خطي من الناشر.

بسم الله الرحمن الرحيم

إهداء

إلى عبدالعزیز
رفیقی و سندی

محتويات الكتاب

→ الصفحة

← الموضوع

- التقديم 7
- الفصل الأول: العلاج النفسي باللعب: النظرية والتطبيق 13
 - مقدمة تاريخية ونظرية 13
 - العلاج النفسي باللعب الموجه 15
 - العلاج النفسي باللعب غير الموجه 16
 - دور المعالج في العلاج النفسي باللعب 18
 - أهداف العلاج النفسي باللعب 21
 - القوة العلاجية في اللعب 22
 - اختيار الألعاب في العلاج النفسي باللعب 25
 - مهارات العلاج النفسي باللعب 28
 - موضوعات اللعب 36
- الفصل الثاني: أطفال الطلاق 45
 - خلفية نظرية وبحثية 45
 - العلاج النفسي باللعب لأطفال الطلاق: 48
 - تكتيكات العلاج: 51
 - عرض الحالات 54
 - الحالة (1) 54
 - الحالة (2) 63
 - التعليق 73
- الفصل الثالث: الأطفال والموت 79
 - خلفية نظرية وبحثية 79

- العلاج النفسي باللعب مع الأطفال الذين تعرضوا لخبرة الموت ... 83
- تكتيكات العلاج 83
- عرض الحالات 85
- الحالة (1) 85
- الحالة (2) 95
- الفصل الرابع: الصمت الاختياري 107
- خلفية نظرية وبحثية 107
- العلاج النفسي باللعب واضطراب الصمت الاختياري 112
- تكتيكات العلاج 113
- عرض الحالات 116
- الحالة (1) 116
- الحالة (2) 129
- الفصل الخامس: الأطفال والتنمر 147
- خلفية نظرية وبحثية 147
- العلاج النفسي باللعب للأطفال المتعرضين للتنمر 152
- عرض الحالات 155
- الحالة (1) 155
- الحالة (2) 169

التقديم

ذكر Friedrich Froebel مؤسس مفهوم الروضة في عام 1840 أن «اللعب هو أفضل تعبير عن النمو الإنساني في مرحلة الطفولة، إذ يشكل اللعب وحده التعبير الحر لروح الطفل»، وفي عام 1979 أضاف Erik Erikson في نظريته لمراحل النمو الاجتماعي والنفسي إلى أن «تعبير الطفل باللعب هو أفضل وسيلة طبيعية يستطيع الأطفال من خلالها تحقيق الشفاء الذاتي». أما Ginott فقد أشار في عام 1994 إلى أن «اللعب هو حديث الطفل والألعاب هي الكلمات».

لا شك أن شغف الأطفال في اللعب أثار انتباه كثير من العلماء والمفكرين عبر التاريخ، باعتباره الطريقة الوحيدة التي توفر المتعة والتعلم والتعبير الحر عن الذات، ويُعدُّ العلاج النفسي باللعب من المفاهيم الحديثة في علم نفس الطفولة؛ حيث تطور في السبعين سنة الأخيرة اهتمام علماء النفس والباحثين للكشف عن سلوك اللعب ودوره في العلاج النفسي، ويُعدُّ (1993) C. Schaefer -الذي كنت محظوظة بالحصول على التدريب معه- أول من ذكر بالتفصيل القدرة الشفائية

للعب الأطفال، وما يتضمنه اللعب بأشكاله المختلفة وطرقه من قدرة علاجية في كونه وسيلة للتعبير والتطور والشفاء، ويتضمن الفصل الأول من هذا الكتاب شرحاً مفصلاً لهذه القدرة.

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج النفسي باللعب الموجه وغير الموجه يسهم في مساعدة الأطفال بمختلف خلفياتهم الاجتماعية وتعدد اضطراباتهم النفسية، إلا أن اختيار طرق العلاج وأساليب التدخل يعتمد على الاحتياجات النفسية لكل طفل، واستناداً إلى خبرة الباحثة، فإن الأطفال يختلفون في مدى تقبلهم للعلاج وفي درجة التقدم فيه، فاحتياجات الطفل النفسية وقدراته الذاتية تؤثر في مدى وسرعة الاستفادة، بالإضافة إلى العوامل المحيطة الأخرى، مثل تفهم وتعاون الوالدين والمدرسة، ولا شك أن خلفية المعالج العلمية والمعرفية والتدريب وسنوات الخبرة في تطبيق العلاج النفسي باللعب تؤدي دوراً في مدى استفادة الأطفال.

وإن هذا الكتاب من أوائل الكتب العربية التي تناولت موضوع العلاج النفسي باللعب ودعمته بالخبرة التطبيقية في عرض لحالات أطفال عرب عُولجوا باستخدام أسلوب العلاج باللعب، ويتضمن الفصل الأول خلفية عن تطور الأسلوب، وتوضيحاً لأنواع

العلاج باللعب الموجه وغير الموجه، وأوجه الاختلاف بين النوعين، كما يتضمن الفصل شرحاً للقدرّة الشفائية للعب وأهداف العلاج من خلاله وأدوار المعالج لتحقيق هذه الأهداف، كما يحتوي الفصل على عرض مفصل للألعاب المفترض توافرها في غرفة العلاج، حيث إن لأدوات اللعب مواصفات ومدلولات خاصة، كذلك يعرض الفصل المهارات التي يحتاج المعالج التمكن منها لتطبيق جلسات العلاج المتمركز حول الطفل، وينتهي الفصل بعرض موضوعات اللعب وما تحمله من معاني وتفسيرات يعتمد عليها المعالج في متابعة تطور جلسات العلاج.

وللتعرف على مهارات التطبيق اختارت الباحثة أن تكون الفصول الثاني والثالث والرابع والخامس عبارة عن عرض مفصل لحالات أطفال لديهم مشكلات واضطرابات نفسية وسلوكية، وعُولجوا فعلاً باستخدام أسلوب العلاج النفسي باللعب، ويعرض الفصل الثاني مشكلة الطلاق وتأثيراته النفسية على الأطفال، والاحتياجات النفسية لأطفال الطلاق في المراحل العمرية المختلفة، كما يتضمن الفصل الثالث عرضاً لخبرة الموت، ومراحل الأسى التي يمر بها الأطفال في حال تعرضهم لمثل هذه الظروف، وكيفية العلاج وتخطيها، أما الفصل الرابع،

فيناقش اضطراب الصمت الاختياري كونه من الاضطرابات النادرة التي يتطلب علاجها وقتاً من قبل المعالج وأهل الطفل ومدرسته وصبراً منهم، وفي الفصل الخامس تستعرض الكاتبة مشكلة التمر كونها إحدى المشكلات الشائعة في المدارس وكيفية تطبيق العلاج النفسي باللعب مع هذه الفئة من الأطفال.

وقد حرصت الكاتبة على أن يتضمن كل فصل من الفصول عرضاً لحالات طفل في مرحلة الطفولة المبكرة، وآخر في مرحلة المدرسة، إذ إن أسلوب العلاج باللعب يختلف باختلاف المرحلة العمرية، ويتضمن كل فصل من هذه الفصول خلفية بحثية عن المشكلة، وتوضيحاً لأسلوب العلاج معها، كذلك يحتوي كل فصل على عرض لأساليب التدخل (Techniques) التي استخدمتها الباحثة/ المعالجة، ثم عرض لخلفية الطفل ومشكلته واحتياجاته النفسية، بالإضافة إلى أهداف العلاج لكل حالة، علماً بأنه تم إجراء بعض التعديلات في المعلومات الخلفية للمحافظة على سرية وخصوصية الحالات، ولتوضيح الجانب التطبيقي للعلاج النفسي باللعب، تضمنت الفصول عرضاً مفصلاً لسير جلسات العلاج بدءاً من الجلسة الأولى وحتى جلسة الإغلاق، بالإضافة إلى الاجتماعات مع الأهل، وتعليق الكاتبة/ المعالجة على كل حالة من الحالات التي تم عرضها.

ولا بد في نهاية هذا التقديم أن أشكر الدكتور عبدالعزيز العشاب، زوجي وداعمي الأول الذي وقف بجانبني طيلة سنوات البحث والتدريب والتطبيق، وكان قوتي الدافعة للكتابة، وما كان لهذا الكتاب أن يكون لولا وجود أبنائي، طارق وغسان ودانة، فخبرة الإنجاب وامتعة الحياة التي عشتها في تربيتهم كانت السبب وراء رغبتي في التعلم عن الطفولة وشغفي في فهمها، ومشاركة غيري في إسعادها؛ أما الأطفال الذين عملت معهم، فقد كانوا الشعلة التي أنارت طريقي في رحلة التعلم هذه، فكل الشكر لهم ولأهلهم ولكل من أسهم بدوره في الأخذ بيدهم للشفاء والنمو الصحي.

سهام الصويغ

الفصل الأول

العلاج النفسي باللعب: النظرية والتطبيق

• مقدمة تاريخية ونظرية

عكف التربويون وعلماء النفس لأكثر من قرنين على فهم أهمية اللعب للأطفال، ووجدوا أن اللعب هو الطريقة الرئيسة التي يتعرف الأطفال من خلالها العالم الذي يحيط بهم، وهو، بجانب أنه بحد ذاته متعة، فهو وسيلة لتطوير قدرات ومهارات الطفل العقلية والجسمانية والاجتماعية والعاطفية، واللعب يؤدي وظائف متعددة لنموه الصحي، فهو وسيلة للتنفيس عن التوتر والطاقة الزائدة، ولا يوجد فيه تقييم، مما يشعره (الطفل) بالكفاءة والتحكم، كما يوفر اللعب الخيالي فرصة للتعبير عن المشاعر والرغبات، ويمكننا إذا راقبنا لعب الأطفال أن نفهمهم أكثر ونحصل على معلومات عن حاجاتهم النفسية وهمومهم ومشكلاتهم.

وقد كانت بدايات العلاج النفسي للأطفال على يد (Sigmund Freud) في أوائل القرن التاسع عشر، وذلك عندما نصح والدَ طفل يعاني من اضطراب المخاوف ووجهه إلى كيفية التفاعل معه ومساعدته عن طريق اللعب، إلا أن استخدام اللعب كوسيلة للعلاج بدأ مع (Anna Freud) في بداية العشرينيات من القرن التاسع عشر، حين استخدمت اللعب بدلاً من التعبير اللفظي لبناء علاقة القبول والثقة مع الأطفال، ووسيلة للوصول إلى عالمهم بدلاً من أسلوب التداعي الحر (Free association) في التحليل النفسي.

وفي العام 1959 طور (Carl Rogers) أسلوب (العلاج المتمركز حول العميل) في العلاج النفسي، ومن بعده طورت (Virginia Axline) الأسلوب ليصبح ملائماً للأطفال، وأسست بناء على خبرتها ما يسمى اليوم (العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل) والمستند إلى فلسفة أن الأطفال بطبيعتهم يميلون إلى التطوير الذاتي والنمو، وأن هدف العلاج النفسي باللعب هو إعادة التوازن في علاقة الطفل بمحيطه لتسهيل التحسين والنمو الذاتي (Schaefer, C. & Connor, K. Ed. 1981). وفي العام 1964 أدخل Guerny أسلوب العلاج النفسي العائلي بإدماج غير المختصين مثل الوالدين والمعلمين في العلاج باللعب. (Guerny, L. 1981)

ومن أهم فوائد العلاج باللعب أنه يساهم في خلق بيئة آمنة يستطيع الأطفال فيها أن يعبروا عن أنفسهم، ويجربوا أشياء جديدة، ويتعلموا أكثر عن العالم من حولهم، كيف يعمل وما هي القيود الموجودة فيه، وكيف يمكنهم التعامل مع المشكلات التي يواجهونها. والعلاج النفسي باللعب يوفر الأدوات والبيئة المناسبة لتشجيع التعلم والتعبير والاستعداد للتغيير والتدريب والاكتشاف الذاتي والنمو، وثمَّ يتيح الفرصة للأطفال كي يكتشفوا وينفتحوا أكثر مما اعتادوا عليه في بيئتهم خارج غرفة اللعب (Van Fleet, 2013).

ويتضمن العلاج النفسي باللعب أسلوبين هما:

• العلاج النفسي باللعب الموجه Directive Play Therapy

وفيه تقع مسؤولية العلاج على المعالج في اختيار الإستراتيجيات والتقنيات والتوجيهات المناسبة بناء على خبرته السابقة وما لديه من معلومات عن مشكلة الطفل، ويُستخدم هذا الأسلوب مع الأطفال الذين لديهم خبرات أزمة واضحة مثل الموت أو الطلاق أو مرض أحد الوالدين وغيرها، كذلك يُستخدم مع الأطفال الذين لديهم اضطرابات صعوبات تعلم ويحتاجون إلى نظام واضح في اللعب، وهو أسلوب فعال للتفاعل وبناء علاقة مع الأطفال الكبار الذين يرفضون اللعب الحر

في بداية الجلسات. وتميل الباحثة إلى استخدام أسلوب العلاج النفسي المعرفي باللعب (Cognitive-Behavioral Play Therapy) وخاصة مع الأطفال الكبار ما فوق 7 سنوات لمساعدتهم في التعبير عن مشكلاتهم؛ والتبصر فيها والعمل معهم على تخطيها. (Knell, S. 1993; Lowenstein, E. 2016).

• العلاج النفسي باللعب غير الموجه Nondirective Play Therapy

وهو ما يُطلق عليه العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل (Child Centered Play Therapy)، ويكون التركيز فيه على الطفل كونه مصدرًا للتطوير الذاتي والنمو وتوجيه عملية العلاج، وتقع مسؤولية المعالج في تسهيل عملية النمو الإيجابي للطفل باستخدام أساليب ومهارات العلاج التي سنتحدث عنها بتفصيل أكثر، ويتميز العلاج المتمركز حول الطفل بأنه يوفر فرصة له ليعبر عن نفسه دون ضغوط أو تقييم. ويشير (Guerny L. 2003, p.21) إلى أن الطفل عندما يعبر عن همومه ومشاعره عن طريق اللعب، فهو يخرج هذه المشاعر إلى السطح، ويواجهها، ويتفاعل معها، ويتعلم كيف يتحكم فيها أو يتجاهلها، ويدرك بذلك القوة الكامنة لديه لينمو وينضج نفسيًا. ويتفرع من العلاج النفسي المتمركز حول الطفل العلاج النفسي

العائلي باللعب (Filial Therapy) ، ويختلف هذا الأسلوب عن غيره من أنواع العلاج النفسي للأطفال؛ فالأهل (الأم والأب أو المربي الرئيس للطفل) هم الذين يطبقون جلسات العلاج بتوجيه من المعالج النفسي وتدريب منه، ويذكر (Guerny, 2003) أنه عندما يتدرب الوالدان على هذا الأسلوب يصبح فهمهما لحاجات الطفل النفسية أفضل، ويطوران مهارات مهمة تساهم في تقوية العلاقة معه والوقاية من حدوث مشكلات أخرى في المستقبل. وتشير (Van-Fleet, 2013) إلى أن تدريب الوالدين كشركاء في عملية العلاج باللعب يتكون من خمس مستويات:

- 1) حضور وملاحظة جلسات العلاج.
- 2) تدريب الوالدين على مهارات العلاج النفسي المتمركز حول الطفل.
- 3) جلسات العلاج النفسي العائلي بإشراف المعالج.
- 4) انتقال جلسات العلاج النفسي العائلي إلى منزل الوالدين بإشراف المعالج.
- 5) الإغلاق.

والاختلاف الأساسي بين العلاج الموجه وغير الموجه يكمن في أن أسلوب العلاج غير الموجه يسمح للطفل بأن يكون هو

الموجه لعملية العلاج ضمن الحدود المقبولة، والمعالج يتجاوب مع أسلوبه (الطفل) في التعبير من خلال اللعب؛ أما العلاج الموجه، فهو يعتمد على ما يعده المعالج من تكنيكات وأنشطة تبعاً لحالة كل طفل واحتياجاته النفسية.

وقد استخدمت الباحثة كلا الأسلوبين تبعاً لعمر الطفل ومشكلاته النفسية والسلوكية؛ فالأسلوب غير الموجه هو الأسلوب الأمثل مع الأطفال الصغار، وغالباً ما تستخدم الباحثة الأسلوبين مع الأطفال الكبار بعمر ما فوق 7 سنوات.

• دور المعالج في العلاج النفسي باللعب:

من المهم أن يكون لدى المعالج الخلفية العلمية في علم النفس والمعرفة الوثيقة بلعب الأطفال في المراحل النمائية المختلفة، وكيف تطورت هذه المعرفة نظرياً وبحثياً ليصبح اللعب وسيلة للعلاج، وعلى المعالج أيضاً أن تكون لديه الرغبة والشغف في العمل مع الأطفال والتعاطف معهم، ويملك القدرة على ملاحظة تغير لعب الطفل مع تطور العلاج والقدرة على التفسير دون أن يكون متأثراً بخبراته الشخصية في طفولته.

ومن أهم مواصفات المعالج كذلك أن يتحلى بالصبر، وأن يكون قادراً على التحكم في عواطفه ويستطيع التعامل مع

الاستفزاز، ومن الضروري أن يخضع المعالج قبل البدء في العلاج إلى تدريب مكثف في العلاج النفسي باللعب، وإلى متابعة وتوجيه مهني - خلال مرحلة التطبيق - في مركز متخصص أو في عيادة نفسية (Ray, 2011).

وتجدر الإشارة إلى أن المتطلبات الأساسية للمختص في العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل التي وضعتها Axline منذ ما يزيد عن 70 سنة (Axline, 1947, pp 73-74) ما زالت تمثل الأسلوب الأمثل المتبع في العلاج النفسي باللعب، وتتضمن الآتي:

1. أن يطور المعالج علاقة ثقة دافئة وودية مع الطفل، وأن يؤسس هذه العلاقة بأسرع فرصة ممكنة.
2. أن يتقبل المعالج الطفل كما هو.
3. أن يشجع المعالج شعورًا بالقبول والسماح في العلاقة، بحيث يشعر الطفل بالحرية الكاملة في التعبير عن مشاعره.
4. أن يكون المعالج متيقظًا لإدراك المشاعر التي يعبر عنها الطفل في لعبه، ومن ثم التعبير عنها بكلمات تصف هذه المشاعر بطريقة تساعد (الطفل) في التبصر بسلوكه.
5. أن يكون المعالج صادقًا في احترام قدرة الطفل على حل مشكلاته إذا توافرت له الفرصة لذلك، فمسؤولية الاختيار والتغيير الذاتي في يد الطفل نفسه.

6. ألا يحاول المعالج أن يوجه حركة الطفل أو الحديث معه، وأن يحرص أن تكون القيادة في يد الطفل، والمعالج تابعاً له.

7. ألا يستعجل المعالج عملية العلاج، فهي عملية تدريجية خاصة بكل طفل ويجب إدراكها من قبل المعالج على هذا الأساس.

8. أن يضع المعالج حدوداً ضرورية يلتزم بها الطفل وتجعله يدرك مسؤوليته في علاقته بالمعالج، وتتمحور هذه الحدود في ألا يؤذي الطفل نفسه ولا يؤذي المعالج أو الألعاب الموجودة في غرفة اللعب، بالإضافة إلى الالتزام بالوقت المخصص لجلسة العلاج النفسي باللعب.

أما في العلاج الموجه والذي استندت الباحثة في تطبيقه على أسلوب العلاج النفسي المعرفي باللعب، فالمعالج بالإضافة إلى ما سبق، يقوم بتخصيص وقت يتراوح بين 10 إلى 20 دقيقة لتقديم أنشطة وتكنيكات بناء على خبرة المعالج بحالة الطفل، والغرض من هذه الأنشطة مساعدة الطفل في التعبير عن مشكلاته والتبصر فيها والتحدث عنها مع المعالج وتعلم الأساليب التي تسهم في تطوير قدرته على حلها.

• أهداف العلاج النفسي باللعب:

تشير (Van Fleet, 2013) إلى أن الأهداف تتضمن خفض أعراض عدم التكيف واستبدالها بسلوكيات تشير إلى تحسن في قبول الذات والثقة بالنفس والاستقلال وقبول الآخرين. وتشمل في مجملها ما يأتي:

- تطوير قدرة الطفل في التعبير عن مشاعره من أجل الوصول إلى إشباع أفضل لحاجاته.
- تطوير قدرة الطفل على فهم مشاعره ومشاعر الآخرين.
- معالجة السلوك غير التكيفي.
- تطوير مهارات الطفل في حل مشكلاته.
- اختيار قرارات أفضل وتحمل مسؤولية هذه القرارات.
- تطوير قدرة الطفل على التعامل مع الخلافات والتعبير عن وجهة نظره.
- بناء وتطوير ثقة الطفل بنفسه.

• **القوة العلاجية في اللعب:**

يشير علماء النفس إلى أن اللعب هو الطريقة الطبيعية للتواصل مع الأطفال، وأن توفير البيئة المناسبة للعب سواء الموجه أو غير الموجه توفر الفرصة للطفل للتعبير عن مشاعره واحتياجاته. ويذكر (Landreth & Perry in Schaefer & Kaduson, 1994, p. 47) أن العلاج النفسي عن طريق اللعب يوفر فرصاً للآتي:

- التغلب على مقاومة العلاج: مما يسهل بناء الثقة وعلاقة التضامن بين الطفل والمعالج.
- التواصل: يوفر اللعب للطفل فرصة التعبير عن مشاعره وهمومه واحتياجاته النفسية، ويستطيع المعالج أن يلاحظ موضوعات اللعب ويشخص مشكلات الطفل ويفهم احتياجاته النفسية ويساعده في التعامل معها.
- التمكن: تسهم عملية اللعب في التخلص تدريجياً من الخبرات والمشاعر السلبية بطريقة سلسة تتناسب مع قدرات الطفل الفردية واحتياجاته النمائية، مما يؤدي إلى الشعور بالتمكن والشفاء.
- التفكير الإبداعي: يساعد اللعب الأطفال على أن يطوروا طرقاً للتكيف مع الألم والقلق والغضب، وإن

الحلول التي يبتكرها الطفل في لعبه تجعله يفكر في طرق مختلفة للتعامل والتكيف مع مشكلاته.

• التنفيس: يقدم اللعب فرصة للأطفال للتنفيس عن المشاعر كالغضب والقلق والحزن وغيرها من المشاعر المصاحبة لمرور الطفل بخبرات مؤلمة، وتكرار موضوع اللعب يساهم في التخلص من هذه المشاعر والتحكم تدريجياً فيها.

• لعب الدور: توفر خبرة لعب الدور الفرصة لكي يمثل الأدوار التي تمده بالشعور بالقوة والتمكن والأمن والتشاي، مثل: لعب دور الشرطي أو المعلم أو الطبيب أو المربي. ومن خلال لعب الدور يعيش الطفل خبرات تساهم في زيادة التعاطف لديه وفهم وجهة نظر الآخرين، بالإضافة إلى تحضيره لمواجهة الواقع مثل الدفاع عن نفسه في مواقف التمر.

• الخيال: يشعر الطفل في غرفة اللعب بأنه يمتلك القوة والتحكم الذي يفتقده خارجها، ففي عالم الخيال الذي يبتكره في لعبه يُشبع الطفل حاجته إلى الشعور بالتحكم، مما يخفف من مشاعر الضعف وعدم القدرة التي كثيراً ما يشعر بها الأطفال في العالم الخارجي.

- التفكير المجازي: يعدُّ التفكير المجازي في القصص والرسوم والشخصيات الرمزية واللعب الخيالي وسيلة للعلاج، إذ يستطيع المعالج من خلال ملاحظة لعب الطفل أن يدرك مصادر الخوف والقلق والغضب، ويسهم في مساعدة الطفل على اكتشاف الحلول والتكيف مع مشكلاته.
- تعزيز العلاقات: حيث يؤدي إلى تطوير المشاعر الإيجابية نحو الذات والآخرين.
- المتعة: يعاني الأطفال الذين يتلقون العلاج النفسي باللعب من مشكلات نفسية وسلوكية واحتياجات لم تُشبع، واللعب بحد ذاته متعة، فهو يجلب السعادة والراحة ويخفف من التوترات التي يشعر بها الطفل في بيئته خارج غرفة اللعب.
- ألعاب الطاولة: وخاصة للأطفال الكبار في عمر 7 سنوات فما فوق، إذ تتيح هذه الألعاب فرص التواصل والحديث مع المعالج، وقد طُوِّرت في السنوات الأخيرة عدد من ألعاب الطاولة العلاجية (Therapeutic board games)، مثل لعبة (التفكير، المشاعر، الفعل) التي طورها، (Gardner, 1998) وغيرها من الألعاب لمساعدة الأطفال في التحدث عن مشاعرهم، ومناقشتها والتفكير في الحلول المناسبة لها.

• اختيار الألعاب في العلاج النفسي باللعب:

يشير (Ray, 2011) إلى أهمية النظر إلى العلاقة بين الألعاب وسلوك اللعب في جلسات العلاج، ويؤكد أن الأطفال يسقطون (project) احتياجاتهم النفسية على الألعاب، وعلينا أن ندرك أن أدوات اللعب لها مواصفاتها ومدلولاتها الخاصة؛ لذا من الضروري عند اختيار الألعاب أن نضع في الاعتبار الألعاب التي توفر فرص التعبير عن المشاعر. (الصورة رقم 1 ص 42) (غرفة العلاج النفسي باللعب).

وتضيف الباحثة أنه بالرغم من شغف الأطفال في الألعاب الإلكترونية ورغبتهم في اللعب بها، إلا أنه يجب تجنب هذا النوع من الألعاب لعدم مناسبتها لأهداف العلاج في الغرفة، ويذكر الباحثون (Van Fleet, 2013; Schaefer, 1983) مجموعة من المعايير لاختيار الألعاب في العلاج النفسي باللعب:

1. أن تكون آمنة، وتلتزم بشروط الأمن والسلامة.
2. أن تكون متنوعة بحيث تشجع على التعبير عن مجموعة كبيرة من مشاعر الأطفال وأفكارهم، وخاصة تلك التي من الصعب التعبير عنها خارج غرفة اللعب مثل العنف والاعتمادية.
3. أن تكون في غالبيتها ملائمة ومن السهل استخدامها في اللعب الخيالي.

4. أن تسمح لأكثر من شخص (الطفل والمعالج) أن يلعب بها مثل ألعاب التنافس وألعاب الطاولة. (الصورة رقم 3 و 4 ص 42).

وتشمل قائمة الألعاب الآتي:

● ألعاب الأسرة والرعاية

- دمي صغيرة تمثل الأسرة (أم، أب، أخ، أخت، رضيع).
- منزل دمي به أثاث المنزل.
- ألعاب عرائس لأفراد الأسرة وبعض الحيوانات.
- رضاعة، إناء به ماء، وعاء لسكب الماء.
- مطبخ بمعداته من أدوات وأطعمة.

● ألعاب العنف:

- كيس هواء (Air Bag).
- حبل بطول 6-10 أقدام.
- مسدسات أطفال آمنة.
- مضرب مغطى بعازل إسفنجي.
- سكين بلاستيكية قابلة للانحناء.
- دمي صغيرة الحجم لأفراد الأسرة وشخصيات أخرى وجنود وحيوانات.
- قيد التوقيف (كلبشات).

• ألعاب البناء والتعبير:

- أقلام شمعية وسحرية مع أوراق للرسم.
- عجين لعب وطين وأشياء أخرى للتشكيل.
- صينية رمل مع ألعاب صغيرة: شخصيات، أسوار، حيوانات، أشجار، جنود ومعداتهم.
- ملابس لشخصيات مختلفة، قطع أقمشة، قبعات، إشارات وإكسسوارات.
- لعبة هاتف أرضي وجوال.
- مكعبات بناء خشبية وأنواع أخرى من ألعاب البناء.
- عصا سحرية.
- أقنعة لحيوانات وشخصيات بطولية.

• ألعاب أخرى لاستخدامات مختلفة:

- سيارات، تراكاتورات، سيارات شرطة، إسعاف، مطايع، الخ...
- حلقة الرمي أو ألعاب رمي.
- شنطة طبيب.
- نقود لعب وورق لعب (كوتشينة).

• أدوات اللعب للأطفال الكبار ما فوق 7 سنوات:

- يشعر العديد من المعالجين أن الأطفال الكبار لا ينجذبون نحو الألعاب التي ذكرت سابقاً، بل قد يشعر

بعضهم بالإهانة والرفض لمثل هذه الألعاب، وقد لاحظت الكاتبة عزوف بعض الأطفال عن هذه الألعاب في الجلسات الأولى، إلا أنه بعد جلسات عدة وتنامي شعور الطفل بالحرية في التعبير عن احتياجاته النفسية للرعاية والاعتمادية والتعبير عن العنف، يبدأ الطفل باللعب في معظم الألعاب المتوافرة في الغرفة، ويشير عديد من الباحثين (Kaduson & Schaefer, 2000) إلى أهمية توفير ألعاب مناسبة للأطفال الكبار في غرفة اللعب، مثل: ألعاب التصويب، وألعاب الطاولة، وألعاب المضرب، والكرة، ولعبة البولنج الصغيرة، بالإضافة إلى كيس الهواء وأدوات الرسم والأقنعة التي لا يرفضها الأطفال الكبار عادة.

• مهارات العلاج النفسي باللعب:

لا بد من الإشارة إلى أن ما سيُعرض من مهارات العلاج النفسي باللعب لا تغني - في حالة الرغبة في التطبيق - عن التدريب المكثف على النظريات والمهارات والتطبيق مدة لا تقل عن 30 جلسة تحت إشراف وتوجيه من معالج متمرس، ولديه خبرة في العلاج النفسي باللعب. وبجانب ما تم ذكره سابقاً عن مواصفات المعالج ودوره في العلاج النفسي باللعب،

فإن المهارات الآتية تستخدم في العلاج النفسي المتمحور حول الطفل (CCPT)، ولا بد من تمكن المعالج من المهارات الأخرى المطلوبة في استخدام أساليب أخرى في غرفة اللعب، مثل العلاج النفسي المعرفي باللعب أو العلاج النفسي الأدلري باللعب (Van Fleet, 2013; Kottman, 2016)

• مهارة التنظيم:

حرصاً على سير الجلسات بطريقة سلسة، يحتاج الطفل إلى أن يعرف ما هو متوقع منه ومن المعالج فيما يختص بالمكان والزمان، علماً بأن الوقت المخصص لجلسات العلاج باللعب 45 دقيقة، ومهارة التنظيم تساعد الطفل على فهم التنظيم العام لجلسات اللعب، كما تساعد على تجنب ما قد يحدث من مشكلات أو خلافات، وتساعد الأطفال أن يفهموا أن القوانين المتبعة في جلسات اللعب شيء يختلف عن سلوكهم في حياتهم خارج غرفة العلاج باللعب؛ فالتنظيم في حقيقة الأمر عبارة عن عملية تهيئة لجلسات اللعب ومعظمه يتم في الجلسة الأولى.

- الرسالة التعريفية:

الهدف منها تأسيس علاقة القبول والشعور بالحرية في التعبير، وفيها يذكر المعالج اسم الطفل فيقول: «يا (فلان)، هذه غرفة خاصة للعب، يمكنك القيام تقريباً بكل شيء تريد

القيام به، فإذا حدث شيء لا يمكنك القيام به، سوف أخبرك بذلك». ومن المستحسن أن يذكر المعالج هذه العبارة وأن يقولها في كل مرة يدخل فيها الطفل غرفة اللعب، وإذا لاحظ المعالج بعد جلسات عدة أن الطفل ليس لديه الصبر لسماعها ويريد أن يبدأ حالاً باللعب، فيمكن أن يطلب المعالج من الطفل أن يقولها معه، وبعد مدة من الزمن عند التأكد من فهم الطفل لمعنى الرسالة، يمكن أن تُختصر العبارة إلى: «سندخل إلى غرفة اللعب الخاصة الآن» أو «سنبدأ وقت لعبنا الخاص».

- الذهاب إلى الحمام:

إن سؤال الطفل إذا كان يريد الذهاب إلى الحمام قبل جلسات اللعب يمنع حدوث التقطيع خلال الجلسات، خاصة وأن بعض الأطفال القلقين يميلون إلى تكرار الخروج إلى الحمام. وعلى أي حال إذا طلب الطفل الذهاب إلى الحمام، يمكن إعلامه بأنه يستطيع أن يغادر إلى الحمام مرة واحدة فقط، وعندما يعود إلى غرفة اللعب، يذكر المعالج، «الآن عدت إلى غرفة اللعب الخاصة».

- مغادرة غرفة اللعب:

يعطي المعالج تحذيرين قبل إنهاء الجلسة؛ فقبل نهاية الجلسة بخمس دقائق يذكر المعالج اسم الطفل ويقول: «بقيت لدينا خمس

دقائق في غرفة اللعب اليوم»، وفي نهاية الجلسة يعيد المعالج بلطف وحزم، اسم الطفل ويقول: «انتهى وقتنا اليوم، نحتاج إلى أن نترك غرفة اللعب الآن». وهذه التحذيرات المرتبطة بالوقت تعطي الفرصة للطفل لأن ينهي ما يقوم به أو أن يقوم بشيء آخر كان يود القيام به قبل الإنهاء. وعموماً فهي تهيئ لإنهاء الجلسة وتساعد الطفل على فهم الحدود والضوابط.

- الترتيب بعد اللعب:

يختلف الباحثون في موضوع قيام الطفل بالترتيب قبل مغادرة غرفة اللعب، فيرى بعضهم أنها فرصة يتعلم من خلالها الضوابط والحدود (Kottman, 2016)، بينما يرى آخرون -وهو ما تتبعه الكاتبة- أن فرض الترتيب في نهاية الجلسة قد يؤثر في حرية اللعب، ومن ثمّ قد لا يلعب الطفل بالطريقة التي يحتاج إليها عندما يعرف أن عليه القيام بالترتيب قبل المغادرة. ولا بد من الإشارة إلى أن الطفل يدرك من الجلسات الأولى أن الحرية التي يلعب بها في غرفة العلاج النفسي باللعب تختلف عن سلوكه خارج الغرفة، وإذا اختار الطفل أن يرتب خلال الخمس دقائق الأخيرة أو حتى في الدقيقة الأخيرة من الجلسة، فيسمح له بذلك، ولكن عندما يذكر المعالج أن الجلسة انتهت، فمن المهم أن تنتهي حتى يتعلم الطفل الحدود بوضوح.

• مهارة الاستماع المتعاطف:

يستخدم المعالج الاستماع المتعاطف ليظهر للطفل أنه حاصل على الانتباه الكامل، وأنه يفهمه ويتقبل مشاعره وتعبيره عن احتياجاته، فالمعالج يظهر القبول بأن يصف بدقة محتوى اللعب، كأن يقول: «أنت تسكب الماء في الأكواب» دون حاجة لذكر المشاعر، ويذكر (Guerny, 1983) أن أعلى نوع من الاستجابة المتعاطفة هي تلك التي تتناول المشاعر؛ كأن يعلق المعالج على لعب الطفل بالدمى بأن يقول: «الأب يصرخ ويوبخ الطفل»، ويمكن أن يضيف، «الأب فعلاً غاضب من الطفل»، أي يتحدث عن شخص ثالث دون ذكر كلمة أنت؛ حتى لا يضغط على الطفل ويؤثر على طريقة لعبه. كذلك إذا كان الطفل يلعب في حوض الرمل وهو مبتسم، فيعلق المعالج بقول: «تبدو مستمتعاً باللعب في الرمل». ومفتاح التواصل هنا يقع في مراقبة وجه الطفل ومحاولة عكس المشاعر التي يعبر عنها، أو مشاعر الشخصيات التي يتم التعبير عنها في لعب الطفل الخيالي.

ومن المهم أن يضع المعالج أفكاره ومشاعره جانباً ويركز على تعبيرات الطفل، وأن يطور اتجاهًا من القبول الكامل والتعبير عن هذا القبول بالنظر في العين ونبرة الصوت وحركة الجسم، كذلك على المعالج أن يتجنب طرح الأسئلة إلا في حالة الحاجة ليستوضح عن دوره في اللعب الإيهامي، كأن يسأل: «هل أنا الشرطي أم الحرامي؟»، أو في حالة تشجيع الطفل

على الحديث فيذكر: «أخبرني أكثر عن الموضوع أو الموقف...»، ومن الضروري تجنب التقييم في الاستجابة المتعاطفة سواء التقييم الإيجابي أو السلبي؛ لأنه يؤثر على لعب الطفل ويجعله يلعب بالطريقة التي يرغبها المعالج، ومن ثمَّ لا يعبر بحرية عن احتياجاته. فإظهار القبول يتطلب من المعالج تأجيل الآراء الشخصية وعدم إظهارها في غرفة اللعب.

• مهارة اللعب الخيالي:

وتعني أن يلعب المعالج مع الطفل في الأوقات التي يرغب فيها أن يمثل معه دوراً أو مشهداً خيالياً، وهذا النوع من اللعب التفاعلي يسهم في فهم المعالج للطفل في عالمه الخيالي، وعلى المعالج أن يتقبل ويلعب الأدوار المختلفة التي يقترحها الطفل، ويمكن أن تتضمن الأدوار مواقف الأكل وشرب الشاي واللعب بالدمى والعرائس، ولعب الدور في مخزن التسوق أو المدرسة ولعبة الأشجار والطيبين وغيرها من الألعاب الخيالية. وتشير (Van Fleet, 2013) إلى أهمية أن يتفهم المعالج أن دوره في اللعب تابعاً لما يطلبه منه الطفل، أي أن يكون الطفل القائد والمخرج والممثل، والمعالج يتبع الإرشادات ويلعب الدور كما يريده الطفل، وأن يتوقف المعالج عن الاستماع المتعاطف عند لعب الأدوار ويعود إليه حال الانتهاء من اللعب الخيالي.

• وضع الحدود:

يُعدُّ تأسيس الحدود ووضوحها للطفل من أهم المهارات في العلاج النفسي باللعب، وخاصة في أسلوب العلاج النفسي غير الموجه الذي يوفر له حرية اللعب بأقل الحدود، ويذكر (Guerny, 1983) أن الحدود مفيدة للطفل والمعالج؛ فالحدود الواضحة لا تنزع من المعالج صفة القبول والتعاطف مع الطفل؛ بل تزيد من شعور الطفل بالأمان، والطفل بدوره يتعلم ضبط النفس، إذ تقع المسؤولية عليه في اختيار الامتثال للحدود أو أن يتحمل عواقب عدم الامتثال لها.

والحدود توضع لمنع الأذى وسلامة الطفل والمعالج وحماية الألعاب والممتلكات، ومن المهم أن تكون قليلة، واضحة وقابلة للتنفيذ، بحيث يتجنب المعالج العبارات العامة كأن يقول: «كن حذرًا في لعبك بكيس الهواء» ويقول بدلاً عنها مثلًا: «لا تغرس رأس القلم في كيس الهواء»، ويضيف (Guerny, 1983) أن عملية تنفيذ الحدود تمر بثلاث خطوات متتابعة: ذكر الحدود، تحذير الطفل، ثم تنفيذ العواقب:

١. ذكر الحدود: بأن يذكر المعالج الحدود (القانون) بوضوح

«يا فلان.. لا تغرس رأس القلم الحاد في كيس الهواء».

٢. التحذير: إذا اخترق الطفل الحد الذي ذكره المعالج أو أنه على وشك أن يخترقه، أي أن السلوك الخاطئ صدر من الطفل للمرة الثانية، يقوم المعالج بتحذير الطفل؛ وذلك بأن يعيد ذكر الحدود ثم يذكر ما سيحدث إذا اخترق الطفل الحدود، وهذا الأسلوب يسمح للطفل بأن يختار، إما أن يلتزم أو أن يخاطر ويتحمل عواقب سلوكه بأن يمنع الطفل من اللعب في كيس الهواء.

٣. تنفيذ العواقب: وإذا اخترق الطفل الحدود للمرة الثالثة في ذلك اليوم، فيجب على المعالج أن ينفذ العواقب. وللقيام بذلك، يعيد المعالج ذكر الحدود ثم ينفذ العقوبة التي ذكرت في التحذير، ويستخدم في ذلك نبرة صوت واضحة وحازمة. ويقول: لن تلعب بكيس الهواء اليوم، ويمكنك أن تختار لعبة أخرى. وهذه العملية تساعد الطفل على تعليمه بأنه مسؤول عن اختياراته وسلوكه والنتائج المرتبطة بها.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك خلافاً في نوعية العواقب، فبعض المعالجين يفضلون إخراج الطفل من غرفة اللعب في حال اختراقه الحدود، وبعضهم الآخر -وهذا ما تتبعه الكاتبة- يمنع الطفل من اللعب في اللعبة أو الزاوية التي قام فيها باختراق الحدود، ويُسمح له بمتابعة اللعب في الألعاب الأخرى بالغرفة.

والحدود بصورة عامة تتضمن الآتي (Guerny, 1983, 41):

- الأذى الجسماني سواء للمعالج أو للطفل نفسه.
- تخريب الألعاب والأدوات الموجودة في غرفة اللعب.
- الركض خارج الغرفة ثم الدخول مرة أخرى.
- البقاء في الغرفة أكثر من الوقت المحدد لجلسة العلاج باللعب.
- نزع الملابس عدا الجاكيت والحذاء.

• موضوعات اللعب:

موضوعات اللعب في العلاج النفسي المتمركز حول الطفل (CCPT) تعني مقاطع اللعب التي تبدو أنها تحمل معاني للطفل أو تنقل الإحساس أو الشعور العام للجلسة، وتكمن أهمية فهمنا لموضوعات اللعب في أنها تساعد المعالج في الدخول إلى عالم الطفل ومعرفة مشكلاته واحتياجاته النفسية، وتوضيح عملية سير العلاج، كما يستخدمها المعالج في تواصله مع أهل الطفل ليبين لهم احتياجاته (الطفل) النفسية وسير الجلسات من خلال تطور موضوعات اللعب.

واستناداً إلى خبرة الكاتبة، فهناك موضوعات يتكرر حدوثها مع غالبية الأطفال مثل موضوعات الغضب والخوف والفوضى واختبار الحدود والتحكم وخاصة في الجلسات

الأولى، بالإضافة إلى موضوعات الرعاية، والارتباط العاطفي، والسلامة والإنقاذ، وإثبات الذات مع تطور سير جلسات العلاج. وتشير (Sessler, 2017) إلى مجموعة من الموضوعات الشائعة في لعب الأطفال:

- الغضب: وتظهر موضوعات الغضب في لعب الدور عندما يلعب الطفل بأدوات العنف مثل المسدسات وقيد التوقيف (الكلبشات) وغيرها.
- الفوضى: يعبر الأطفال عن التوتر من خلال خلق فوضى في الغرفة أو اللعب بطريقة فوضوية كوضع الأثاث فوق بعضه في منزل الدمى أو مراكمة الألعاب فوق بعضها في حوض الرمل.
- الحيرة والارتباك: يعبر الأطفال عن عدم فهمهم للأحداث من حولهم بألعاب تعكس هذه الحيرة في مشاعرهم. وقد لاحظت الكاتبة أن الأطفال الذين يمرون بخبرة الطلاق أو الموت كثيراً ما يلعبون بطرق تعكس مشاعرهم المرتبكة من غضب وتعلق وولاء تجاه الوالدين أو أحدهما.
- التواصل: يرغب الأطفال عمومًا في الحصول على انتباه الكبار، وعندما تكون هذه الحاجة غير مشبعة في حياة الطفل، فسوف يتكرر طلب الانتباه من المعالج في غرفة اللعب.

- الخوف: يبدو العالم للأطفال الذين تعرضوا إلى صدمة مخيفاً وغير آمن، ويظهر خوف الطفل في ردة فعله خلال لعبه بالحشرات والأقنعة المخيفة.
- الأسى والفقْد: وتظهر هذه المشاعر لدى الأطفال الذين مروا بخبرة الفقد كموت أحد الوالدين أو السفر أو مرض أحد الوالدين مدة طويلة. وكمثال للتعبير عن هذه المشاعر تكرر اللعب في حوض الرمل بدفن الشخصيات داخل الرمال.
- الذنب: يشعر بعض الأطفال المحالين إلى العلاج النفسي بالذنب تجاه ما حدث من أزمات في حياتهم كخبرة الطلاق أو الموت، وقد يكرر الطفل كلمة (أسف) في لعب الدور أو في تواصله مع المعالج.
- اختبار الحدود: يحاول غالبية الأطفال اختبار الحدود ومدى التزام المعالج بتنفيذها، وخاصة في الجلسات الأولى. ومن الدلائل المهمة في رصد تطور العلاج، التزام الطفل بالحدود في غرفة اللعب دون الحاجة إلى التذكير أو التحذير من اختراقها.
- الرعاية: ويظهر موضوع الرعاية عندما يشعر الطفل بالقبول. وهو من الموضوعات التي تشير إلى تقدم العلاج، ويظهر في لعب الأطفال في أدوات الطبخ ومشاركة المعالج الأكل وفي اللعب بشنطة الطبيب أو في حمل اللعبة الرضيع ووضع الرضاعة في فمها.

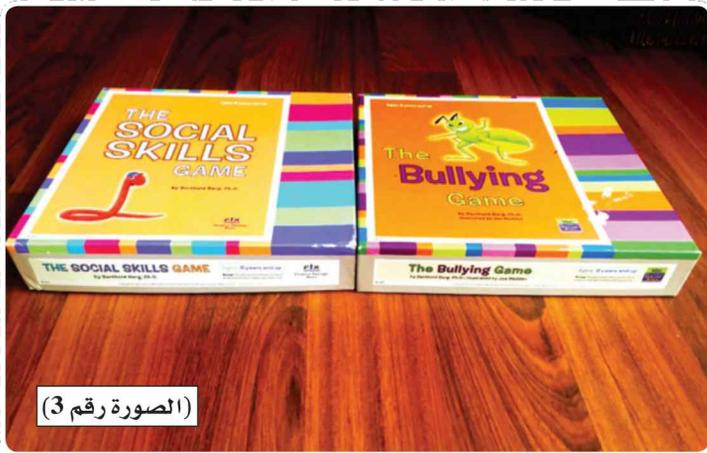
- الكمال: يظهر موضوع الكمال في لعب الأطفال القلقين وخاصة في الجلسات الأولى، فهم يفضلون الكمال فيما يقومون به من لعب مثل تنظيم الألعاب في بيت الدمى أو المطبخ، ويشعرون بعدم الراحة والانزعاج إذا لم يكن اللعب أو النشاط كاملاً، وكمثال على ذلك كثرة استخدام المحاة في الرسم أو في تطبيق نشاط.
- القوة والتحكم: ويظهر هذا الموضوع تقريباً في كل الجلسات، خاصة وأن العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل يمنح الطفل الفرصة لقيادة اللعب. ويظهر موضوع القوة والتحكم في تكرار ضرب الطفل لكيس الهواء، وفي اختيار اللعبة، وتوجيه المعالج في طريقة اللعب بها.
- الحماية والسلامة: ويكثر ظهور موضوع الحماية لدى الأطفال الذين تعرضوا للصدمة أو خبرة هددت شعورهم بالأمن والسلامة. ويظهر في لعب الأطفال أدوار الطيب والشرير ووضع شخصيات أو حيوانات في لعبة السجن.
- النكوص: ويظهر هذا الموضوع في لعب الأطفال الذين مروا بخبرة الفقد كالموت والطلاق، وكذلك في لعب الأطفال الذين لديهم والد أو أخت أو أخ مريض مرضاً مزمناً، ويظهر موضوع النكوص في التحدث خلال اللعب كرضيع أو الحبو واستخدام الرضاعة كطفل رضيع.

- بناء مفهوم القدرة: بعض الأطفال القلقين الذين لديهم أعراض الاكتئاب يميلون مع تطور جلسات العلاج إلى اختيار ألعاب تشعرهم بالتمكن والشعور بالفخر تجاه ما أنجزوه. وكمثال على ذلك اللعب بالمكعبات أو العجين لتشكيل أشياء وألعاب التنافس لتعزيز الشعور بالفوز.
- الثقة والخداع: ويظهر موضوع عدم الثقة في الجلسات الأولى، حيث يتردد الطفل في بداية الجلسات عن ذكر موضوعات خاصة تقلقه، كما يظهر موضوع الخداع في أن يغش الطفل في ألعاب التنافس. ومع تطور العلاج تبني ثقة الطفل في العلاقة مع المعالج ويتوقف عن اللجوء إلى الغش والخداع في لعبه.

References

- Gardner, R. (1998). *The Talking, Feeling, & Doing Game*. NJ: Creative Therapeutics, Inc.
- Guerney, L. (1981) *Client-Centered (Nondirective) Play therapy* in Schaefer, C. & O'Connor, K. (1981). *Handbook of Play Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Guerney, L. & Vanfleet, R. eds. (2003). *Casebook of Filial Therapy*. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- Kaduson, H. & Schaefer, C. (2000). *Short-Term Play Therapy For Children*. New York: The Guilford Press.
- Knell, S.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Play Therapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Kottman, T. (2016) *Partners in Play: An Adlerian Approach to Play Therapy*. Wiley Online Library.
- Lowenstein, L. (2016). *Creative Interventions for Children with Anxiety*. Toronto: Champion Press.
- Ray, D. (2011). *Advanced Play Therapy*. New York: Routledge
- Ray, D. (2011). *Advanced Play Therapy*, New York: Routledge
- Schaefer, C. & O'Connor, K. eds. (1981). *Handbook of Play Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- VanFleet, R. (2013). *Strengthening Parent-Child Relationships through Play*, 3rd Ed.).Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.





(الصورة رقم 3)



(الصورة رقم 4)

الفصل الثاني

أطفال الطلاق

• خلفية نظرية وبحثية

تشير الإحصاءات إلى تنامي ظاهرة الطلاق في غالبية الدول العربية، حيث وصلت نسبة الطلاق في المملكة العربية السعودية في العام 2015 إلى 26.3 %، وفي مصر أظهرت النشرة السنوية للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء للعام 2015 أن مجمل حالات الطلاق على مستوى اليوم الواحد تتجاوز 250 حالة، فيما وصلت حالات (الخلع) عبر المحاكم أو الطلاق خلال العام 2015 إلى أكثر من ربع مليون حالة انفصال أو طلاق. وبلغت نسبة الطلاق في الإمارات العربية المتحدة 34٪ من إجمالي عدد الزيجات في عام 2015. وتشير الإحصائيات التي تغطي المدة ما بين سنتي 2012-2016 أن حالات الطلاق في المغرب انتقلت من 833 حالة طلاق سنة 2012 إلى 25377 حالة طلاق خلال السنة 2016 (<https://www.febrayer.com/487146.html>).

وبالرغم من التفاوت في نسب الطلاق بين المناطق الجغرافية المختلفة في البلدان العربية، إلا أن الدراسات جميعها (الخليفة، 2010) تتفق على الآثار المترتبة على الطلاق من ناحية تأثيرها السلبي على نفسية الأطفال ونقصان شعورهم بالأمن والاستقرار، وتذكر الخليفة عدداً من التغييرات التي توضح المخاطر التي يتعرض لها أطفال الطلاق مثل: تغير الوضع الاقتصادي والبناء الأسري، بالإضافة إلى الضغوط الاجتماعية الناتجة عن الطلاق. ويقع الأطفال نتيجة هذه التغييرات في حالة من الارتباك وعدم الوضوح، وبسبب صغر سنهم فهم لا يستطيعون استيعاب القضايا المعقدة المرتبطة بالطلاق، وبالتالي يفسرون الأمور من منظورهم المحدود بالمرحلة العمرية التي يمرون بها.

وتذكر (Cangelosi, 1997) أن ردود أفعال الأطفال للطلاق في جميع المراحل العمرية يبدأ مع ترك أحد الوالدين المنزل، مما يشير إلى أهمية الاهتمام بالأطفال قبل حدوث الطلاق الرسمي، وتضيف أن ردود فعل كل طفل لانفصال والديه يخضع لعوامل عدة، مثل: عمر الطفل، وجنسه، ومفهوم الذات لديه، وقدراته الذهنية، وخلفيته الاجتماعية والثقافية، بالإضافة إلى خبراته السابقة الخاصة بشعور الفقدان والهجر.

ويظهر الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (3-5 سنوات) الذين يمرون بتجربة طلاق الوالدين زيادة في معدل القلق والحزن، والتعلق القلق، وسرعة الانفعال، والشعور بالذنب، وعدم القدرة، واللامبالاة، ومن السلوكيات التي تلاحظ على أطفال الطلاق التعلق القلق بالوالد الذي يعيش معهم، وجذب الانتباه وقلق الانفصال واضطراب النوم، بالإضافة إلى سلوكيات النكوص مثل: مص الإصبع، والتبول اللاإرادي وخاصة بين الإناث، بينما تتسم ردود فعل الذكور بالعنف والسلوك المعارض وأحلام اليقظة.

أما الأطفال في مرحلة المدرسة (6-12 سنة)، فتشير الدراسات إلى أن أطفال الطلاق في عمر 6-8 سنوات يميلون إلى إظهار ردود فعل مرتبطة بالفقدان والانفصال، وغالبًا ما يتساءلون عن مسببات الطلاق، كما يظهرون تعلقًا بالوالد الغائب، وهذا التعلق لا يعني بالضرورة أن الوالد الغائب أفضل، كما يحتفظون بشعور الولاء لكلا الوالدين، وتظل أمنية عودة الوالدين للعيش في أسرة واحدة في أذهانهم مدة طويلة.

وبالنسبة للأطفال في عمر 9-12 سنة، فهم يميلون إلى ردود فعل أكثر قوة مثل الغضب والتشوش في الهوية نتيجة تغير العلاقة مع الوالدين بعد الطلاق، بالإضافة إلى مشاعر الوحدة والانعزال

والخجل والارتباك في مشاعر الولاء لأحد الوالدين دون الآخر، مما يزيد من الشعور الحاد بالقلق وظهور الأعراض (النفسجسمية). (Cangelosi, 1997; Trebing, 2016; Fraley & Hefferman, 2013).

وتشير (Cangelosi, 1997, p 122) إلى أن تكيف الأطفال مع تجربة طلاق الوالدين يخضع لعوامل عدة أهمها قدرة الوالدين على حل الاختلافات والتعامل مع مشاعر الغضب المرتبطة بإجراءات الطلاق، والمهارات الوالدية التي يتمتع بها الوالد الحاضن، ومدى الالتزام والاستمرارية في تنظيم الزيارات بين الأطفال والوالد المنفصل، والاستعداد الشخصي والنفسي لدى الطفل وقدرته على التكيف، ونوع وكمية الدعم المعنوي والمادي المقدم للأسرة.

• العلاج النفسي باللعب لأطفال الطلاق:

يجد الأطفال عمومًا صعوبة في التعبير لفظيًا عن مشاعرهم وأفكارهم وهمومهم، وهذه الصعوبة تصبح مضاعفة لدى أطفال الطلاق الذين يعانون من الضغوط النفسية والمشاعر العميقة بالخوف والغضب والذنب والوحدة وعدم القدرة. ويُعدُّ اللعب أفضل وسيلة للتواصل مع الأطفال والدخول إلى عالمهم بطريقة تناسب خصائصهم العمرية، فمن أهم فوائد العلاج باللعب أنه يساهم في توفير بيئة آمنة تمكن الأطفال من أن يعبروا عن أنفسهم ومشاعرهم بحرية أكثر.

واستناداً إلى (Wallerstein, 1998) يحتاج إلى أن يتمكن أطفال الطلاق من ست مهام متداخلة تسهم في بناء قدرة الطفل على التكيف هي:

- 1) مواجهة حقيقة وقوع الطلاق وانفصال الوالدين.
- 2) الابتعاد عن مواقف الاختلاف بين الوالدين وعدم الوقوف بجانب أحد الوالدين ضد الآخر.
- 3) مواصلة الأنشطة الطبيعية التي يمارسها الأطفال الآخرون.
- 4) التعامل مع مشاعر فقدان أو ابتعاد أحد الوالدين عن الأسرة.
- 5) التعامل مع مشاعر الغضب والذنب وقبول واقع الحياة في أسرة من والد واحد.
- 6) وأخيراً، مواجهة تحديات تكوين علاقة صحية حميمة مع الجنس الآخر في السنوات اللاحقة لمرحلة الطفولة.

وتضيف (Cangelosi) أن من المفيد استخدام المهام الستة السابقة كمؤشرات لقياس مدى تطور الطفل في محاولته التكيف مع انفصال الوالدين، وكذلك لتحديد الطرق الملائمة لتمكين الطفل من خلال العلاج باللعب.

وأهم فرضيات العلاج باللعب المتمركز حول الطفل تكمن في أن يختار الطفل طريقة اللعب وموضوعاته بحيث يتوافر للمعالج المعلومات عن عالم الطفل الداخلي، فيعبر عن كيف يشعر، وكيف يفسر، وكيف يتعامل مع وضع الطلاق، ويُشجع الطفل من خلال جلسات اللعب على التعبير بحرية عما يعتمل في داخله؛ بأن يتجاوب المعالج لموضوعات اللعب بحماس واندماج، والسعي لبناء علاقة مع الطفل تتميز بالقبول والتعاطف، مما يمهد للتدخلات العلاجية التي تساعد الطفل في التغلب التدريجي على أفكاره ومشاعره وسلوكاته السلبية، وبناء القدرة في التكيف الصحي المناسب لخصائصه العمرية. وقد استخدمت الكاتبة العلاج المتمركز حول الطفل مع الأطفال الصغار، بينما أضيف العلاج الموجه في جلسات العلاج مع الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن الست والسبع سنوات.

ويضيف (Trebing, 2016) أن العلاج النفسي باللعب قصير المدى لأطفال الطلاق (12-18 جلسة) لا يهدف فقط إلى العلاج من صدمة الطلاق؛ بل يهدف إلى مساعدة الطفل وتحفيزه على استخدام قدراته ومصادره الداخلية للنمو والتطور للتعامل مع موقف انفصال الوالدين، وبعد العلاج عن طريق اللعب فترة انتقالية في حياة الأطفال، وتعود أهميته للأطفال الذين مروا بخبرة الطلاق في أنه يحميهم ويقيهم من المشكلات النفسية لاحقاً.

• تكتيكات العلاج:

- التعبير الفني: كالرسم والدهن والكولاج وحوض الرمل والتشكيل بالعجين، حيث يمكن استخدام الرسم بهدف التشخيص مثل استخدام (Kinetic Family Drawing, Burns & Kaufman, 1970) للحوار مع الطفل حول علاقته بأفراد الأسرة، أو الطلب من الطفل أن يرسم أفراد أسرته قبل الطلاق وبعده (Cangelosi, 1994) مما يفتح المجال للتحدث عن التغيير الذي حدث في الأسرة ومشاعر الفقد والحزن والغضب، وكيفية التكيف مع الوضع الجديد. كما يسهم التعبير الفني في تسهيل التواصل وتحسين العلاقة مع الطفل والتغلب على مقاومته للتفاعل مع المختصين، بالإضافة إلى توفير فرص للطفل للتعبير والتنفيس عن مشاعره من خلال اللعب بالعجين والدهن بالفرشاة.

- أدوات اللعب الأخرى: مثل المطبخ وأدوات الأكل والطعام ومنزل الأسرة ولعبة الرضيع والرضاعة وشنطة الطبيب وكيس الهواء والأقنعة والتليفونات واللعب المتحركة باليد (Puppets)؛ وذلك بهدف توفير الفرص للعب الخيالي، والتعبير عن المشاعر، والتحدث مع الطفل، وتطوير مشاعر

القدرة والتمكن. ومن المفضل توفير منزلين مزودين بالأثاث وأفراد الأسرة، حيث إن توافرهما يسهل عملية تعبير الطفل عن الحيرة والارتباك في مشاعر الولاء لكلا الوالدين، كما يسهم وجود المنزليين في مساعدة الطفل أن يعرف مكانه في المنزليين، ومن ثمّ تعزيز مشاعر الأمن لديه.

- ألعاب الطاولة: وتستخدم في الغالب مع الأطفال في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة (7-12 سنة) مثل لعبة صل أربعة (Connect 4)، أو التقط العود (Pick Up the Stick)، أو حزر من؟ (Guess Who)، (انظر الصورة رقم 4 ص 43)، حيث تسهم هذه الألعاب في تسهيل التواصل والتغلب على مقاومة الطفل، وتعزيز تقدير الذات وزيادة شعور الطفل بالثقة والقدرة.

- القصص والأنشطة المرافقة لها: تتوافر باللغة الإنجليزية العديد من القصص التي تتناول الطلاق. ويستخدم المعالج هذه القصص إما بقراءتها مع الأطفال باللغة الإنجليزية أو قراءتها باللغة العربية، مع عرض الصور المرافقة للترجمة والتأكد من موافقة الطفل على القراءة. وفي حالة عدم الرغبة، تُعار القصص للأهل مع إرشادهم في كيفية قراءتها،

إذ من المهم أن يظهر الأهل التفهم والتعاطف مع الطفل،
وَألا تُستخدم القصص للضغط على الطفل في الحديث عن
مشاعره إلا إذا أظهر الرغبة في ذلك. وكمثال لهذه القصص:

- هل الشوكولاتة هي السبب، قصة للصغار عن الطلاق،
تأليف ساندراف ليفنز.

- يغضب.. يهدأ، تأليف فاطمة شرف الدين

- Living with mum and living with dad, Walsh, 2012
- Two Homes, Masurel, 2003
- Mum and Dad Glue, Gray, 2009
- Dady's Getting Married, Moor-Mallinos,
- Standing on My Own Two Feet, Schmitz, 2008
- I Don't Want to Talk About It, Ransom, 2000

وتسهم هذه القصص في إيصال مفهوم الطلاق وتحسين
التواصل والتعبير عن المشاعر وتعزيز قدرة الطفل في التكيف
وفهم واقع الطلاق. ومن الأنشطة التي يقوم بها المعالج بعد
قراءة القصة أن يطلب من الطفل أن يرسم صورة حول القصة
أو يتحدث مع الطفل عن أحداثها.

عرض الحالات

• الحالة (١) :

كان عمر آدم 4 سنوات عندما أحضره والده للعلاج بعد وقوع الطلاق بشهرين وخروج الأم وإقامتها في منزل منفصل، وذكر والد الطفل أن آدم هو الابن الأصغر بين إخوته، كما أشار أن أطفاله شهدوا الكثير من التغييرات والتقلبات في العلاقة بين الوالدين وخروج الأم مرات عدة من المنزل في الثمانية شهور التي سبقت الطلاق. وقد قُدم العلاج النفسي باللعب للأولاد الثلاثة، إلا أن عرض الحالة سيركز على آدم.

آدم، حسب المعلومات التي تم الحصول عليها في الاجتماع الأول مع الأب، طفل ذكي، صحته العامة جيدة ولم يعان من مشكلات صحية خلال مرحلة نموه. وصفه والده بأنه أصبح عنيداً، سريع الانفعال، متحكماً وعنيفاً في المدرسة ومع إخوته، متعلقاً بوالده، وكثيراً ما يسأله إن كان يحبه. كما أنه يلح في طلب رؤية والدته ويفرح كثيراً بالذهاب لزيارتها، وعند السؤال عن أم الطفل، أجاب الوالد أنها رفضت المجيء معه؛ لأنها غير مستعدة نفسياً.

ومن الواضح أن ردود فعل آدم لطلاق والديه مرتبطة بدرجة كبيرة بالمرحلة النمائية التي يمر بها. ويحتاج الأطفال

عمومًا في مرحلة الطفولة المبكرة إلى استيعاب طلاق الوالدين والتعبير عن مشاعرهم والتكيف التدريجي مع الوضع الجديد، وتقبل العيش مع أحد الوالدين، وأن يفهم آدم أنه لا ذنب له في حدوث الطلاق.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة قبول مع آدم، وتوفير البيئة الآمنة له للتعبير عن مشاعره من خلال اللعب والتعبير الفني.
- مساعدة آدم في التعبير والتنفيس عن مشاعره مثل الشعور بالحزن والغضب والذنب.
- أن يستوعب آدم حقيقة انفصال والديه، وقد تمت الاستعانة بمجموعة من قصص الأطفال بالإضافة إلى توفير ألعاب مناسبة.
- زيادة شعور آدم بالأمن بتحسين علاقته بوالديه من خلال جلسات العلاج العائلي باللعب Filial Play Therapy.
- تنظيم زيارات آدم لوالدته وفق جدول زمني واضح يستطيع آدم أن يفهمه.
- إبعاد آدم عن مواقف الخلاف بين الوالدين والتأكيد على ذلك في الاجتماعات مع الأهل.

- أن يواصل آدم أنشطته الطبيعية خارج الروضة.
- تثقيف الوالدين والمعلمة في كيفية التعامل مع السلوك الذي قد يظهر على آدم نتيجة الطلاق مثل العنف والعناد والتعلق القلق وفت الانتباه والنوم القلق وغيرها من مظاهر السلوك.

الجلسة الأولى:

كان الهدف من الجلسة بناء علاقة القبول وتوفير البيئة الآمنة للطفل.، وقد أظهر آدم منذ الجلسة الأولى تعاوناً وتقبلاً للجلوس وحده مع المختصة النفسية دون والده، إلا أنه كان هادئاً لا يتحدث ولا يتواصل عن طريق النظر، وكان لعبه طوال الجلسة الأولى متمركزاً في ركن المطبخ، يحرك أدوات الطبخ وينقل الأكل بين الأواني المختلفة. وقد كانت (الكاتبة) المعالجة جالسة بقرب آدم تلاحظ لعبه وتعلق مستخدمة مهارات الاستماع المتعاطف، كما بدا آدم قلقاً وتكرر ذهابه إلى الحمام مرتين خلال الجلسة. وبعد مرور 30 دقيقة من اللعب المنفرد نظر آدم إلى المختصة وقدم لها بعض الطعام كإشارة لرغبته في التواصل معها.

الجلسة الثانية:

قضى آدم معظم الوقت في ركن المطبخ، يحرك الأدوات وينظم الأكل ويقدم للمعالجة أنواعاً مختلفة من الخضراوات

والفواكه والأطعمة الأخرى، ويتحدث عن أخويه اللذين يحبان البيتزا. وفي الخمس دقائق الأخيرة بدأ في اكتشاف الألعاب الأخرى في غرفة اللعب واقترب من حوض الرمل، إلا أن الوقت لم يكن كافياً للعب فيه.

الاجتماع بوالدي الطفل:

كان الهدف من الاجتماع الاستماع إلى الوالدين وكيفية تعاملهما مع الأطفال بعد الانفصال، وكذلك سؤالهما عن آدم بعد حضوره جلسيتين من العلاج النفسي باللعب، وبدا واضحاً في الاجتماع أن الأم لا ترغب في رعاية الأطفال نظراً لظروفها النفسية والاقتصادية، إلا أنها مستعدة للتعاون بما فيه مصلحة أطفالها.

وذكر الوالد أنه لاحظ بعض التغيير في سلوك آدم، حيث انخفض سلوكه العنيف وبكاؤه المتكرر، كما وُضح في الاجتماع ما تم في جلستي اللعب، وكيف أن الموضوع المتكرر بالنسبة لآدم هو الرعاية من خلال اللعب بألعاب الأكل، وحاجته إلى الشعور بالأمن. كما أُكِّد في الاجتماع على الوالدين بأهمية توفير البيئة الآمنة من خلال الآتي:

- تكرار التحدث مع الأطفال عن الطلاق والإجابة عن تساؤلاتهم، والتأكيد لهم أن حب والديهم باقٍ ومستمر بالرغم من انفصالهما.

- التعامل -قدر المستطاع- بهدوء مع فورات الغضب التي قد تصدر من الأطفال نتيجة انفصال الوالدين.
- أهمية وضع جدول زمني واضح ومحدد لزيارات الأطفال لوالدهم والالتزام بتنفيذه؛ لأنه يساعد في خفض حيرة الأطفال وارتباكهم، ويسهم في استعادة الثقة والشعور بالأمن.
- وضع حدود وقواعد واضحة للتعامل مع سلوك الأطفال الخاطئ، والالتزام بتطبيقه في كلا المنزلين.
- أن يقضي كل والد 30 دقيقة مع كل طفل بمفرده، وتكون هذه الفترة مخصصة للمتعة واللعب مع الطفل والتواصل معه، على ألا يتخلل هذه الفترة أسئلة أو نصائح أو إرشادات؛ بل تكون الفترة مخصصة للتفاعل مع الطفل والاستجابة لمبادراته في اختياره لنوع اللعب.

الجلسات من الثالثة إلى الثامنة:

بدا آدم في هذه الجلسات أكثر سعادة ونشاطاً وتفاعلاً مع المعالجة والألعاب. ولتحقيق هدف أن يستوعب آدم مفهوم الطلاق وواقع انفصال الوالدين، قرئت له عدد من القصص المناسبة لعمره، حيث إنه يفهم ويتحدث باللغة الانجليزية مثل: Living with mum and living with dad, Walsh,2012; Two) (Homes, Masurel,2003; Mum and Dad Glue, Gray,2009).

كذلك بدأ آدم في الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة التنوع في موضوعات اللعب، وكثيراً ما كان يتحدث ويتفاعل مع المعالجة النفسية خلال اللعب. كما كان يستخدم الدهن بالفرشاة وخلط الألوان، وتظهر (الصور رقم 5 و6 ص 77) تطور رسوم آدم واستخدامه للألوان، حيث كانت الرسوم تعكس الغضب والارتباك النفسي، وأصبحت تدريجياً ملونة بألوان قوس قزح. وكان موضوع الرعاية هو الأكثر تكراراً، حيث كان يقضي وقتاً في اللعب بالمطبخ وإعداد الأكل ومشاركة المعالجة فيه، كذلك كان يقضي وقتاً في اللعب مع لعبة الرضيع من خلال إرضاع اللعبة ومداواتها بوضع الدواء في الحقنة وحقنها في أجزاء متعددة من جسم اللعبة، ووضع لاصق الجروح على يدها، مما يشير إلى حاجته إلى التداوي والتشافي من الألم.

كذلك كان يقضي وقتاً في اللعب بالرمل محاولاً بناء بيت لأمه، بالإضافة إلى لعبه المتكرر في بيت الألعاب. ولتسهيل تعبير أطفال الطلاق عن مشاعرهم، وفّر بيتان للألعاب، وقد تكرر في لعب آدم أن يحمل دمية الطفل من البيت الكبير ويضعه مع دمية الأم في البيت الصغير، مما يشير إلى قلقه في العيش بعيداً عن أمه، ورغبته في العيش معها. كما تكرر سلوك العنف تجاه دمية الأب، حيث كان يرمي دمية الأب خارج المنزل ويضع رأسها في كرسي الحمام، بالإضافة إلى إحداث الفوضى في أثاث المنزل، مما يشير إلى مشاعر الارتباك لدى آدم تجاه طلاق والديه.

الاجتماع الثاني مع والدي الطفل:

حضر الوالد الاجتماع واعتذرت الأم لعدم مناسبة الوقت، وكان الحديث في الاجتماع عن جلسات اللعب وكيف أنها وفرت فرصة لآدم للتعبير عن مشاعر الغضب والحيرة والارتباك، وحاجته إلى الشعور بالأمن والشفاء. وذكر الأب أن سلوك آدم أصبح أكثر هدوءاً، كما انخفض سلوكه العنيف في البيت والروضة، إلا أنه مازال يبكي مدة طويلة بعد انتهاء وقت زيارته لأمه.

ولإشباع حاجة آدم للشعور بالأمن والاستقرار في علاقته بوالديه، تم الاتفاق مع الوالد أن تبدأ جلسات العلاج النفسي العائلي باللعب، على أن يحضر الأب جلسة وفي الأسبوع الذي يليه تحضر الأم الجلسة التي تليها. وتم الاتصال بالأم والاتفاق معها على حضور الجلسات. كما تم تدريب الوالدين على أهم مهارات العلاج النفسي العائلي باللعب وهي التنظيم، الاستماع المتعاطف، اللعب الخيالي، ومهارة وضع الحدود (Van Fleet, 2013).

جلسات العلاج النفسي العائلي باللعب مع الأم:

كان آدم مبتهجاً بحضور أمه إلى غرفة اللعب، وكان ينتقل بين الألعاب ويعرض عليها اللعب معه دون التركيز على موضوع محدد، كما اتسم لعبه معها بالتحكم، حيث كان يوجه إليها الأوامر في كيفية اللعب، وكانت الأم متجاوبة ومتمكنة من

مهارات اللعب النفسي العائلي، إلا أنها لم تكمل الجلسات حيث إنها حضرت جلستين واعتذرت عن الباقي لانشغالها.

جلسات العلاج النفسي العائلي باللعب مع الأب:

كان آدم سعيداً بحضور والده الجلسات التي بلغ عددها ست جلسات، وكان اللعب في الجلسات الأولى والثانية يعكس رغبة آدم بالشعور بالتحكم، حيث كان يكثر من الأوامر والتوجيهات إلى والده ويتحكم في اللعب. كما عبر عن شعوره بالحيرة والارتباك تجاه انفصال والديه، وبدا ذلك واضحاً في الفوضى التي يحدثها في لعبة المنزل، بالإضافة إلى بناء برج من المكعبات مع والده وتغطيته بالخيط ثم هدمه (الصورة رقم 7 ص 78). وقد كان واضحاً في التعبير عن رغبته القوية في عودة أبويه إلى بعضهما عندما قام بلصق أثاث منزل الألعاب بالشريط اللاصق (الصورة رقم 8 ص 78). كما تكرر طلبه من أبيه أن يضع الدمية الأم بجانب الأب على الأريكة ومشاهدة التلفاز معاً. كذلك تكرر تعبيره عن حبه وشعوره بالولاء لأمه، حيث كان يأمر الأب أن يكتب (آدم يحب ماما) على بعض رسومه. وكان الأب متجاوباً ومتفهماً ومتكناً، مع بعض التوجيه من المعالجة في مهارات العلاج النفسي العائلي باللعب، وقد أسهمت هذه الجلسات في توفير بيئة آمنة لآدم للتعبير عن مشاعره والتنفيس عنها.

وفي الجلسات الأخيرة انتقل آدم من التعبير عن ألمه وقلقه وحاجته إلى الرعاية إلى التعبير عن القوة والتحكم باللعب بالضرب والركل المتكرر لكيس الهواء، بالإضافة إلى لعبة الشرطي الذي يقوم بتقييد يدي الشخص السيئ بقيد التوقيف (الكلبشات)، ويطلب من المعالجة تمثيل دور الشخص الذي يتم توقيفه ووضعه في زاوية، ثم إطلاق سراحه. وفي الجلستين الأخيرتين أصبح آدم أكثر هدوء في لعبه، حيث كان يكثر اللعب في وعاء الرمل بتنظيم الألعاب المختلفة على شكل خطوط منتظمة واللعب بالعجين، وكذلك الدهن والتلوين والتشكيل باستخدام ألوان مختلفة. وفي الجلستين الأخيرتين كان ينقل دمية الطفل من بيت إلى آخر بهدوء دون أن يحدث فوضى، مما يمكن تفسيره أن آدم بدأ يتقبل واقع انفصال والديه ووجود منزلين يستطيع التنقل بينهما.

• التعليق:

بلغت جلسات العلاج النفسي باللعب مع آدم 16 جلسة، تضمنت 6 جلسات مع المعالجة النفسية، و6 جلسات علاج نفسي عائلي بوجود الأب، وجلستين بوجود الأم، بالإضافة إلى 5 اجتماعات مع والدي الطفل، واعتذرت الأم عن حضور معظم الاجتماعات لظروفها النفسية وعدم قدرتها على الالتزام.

ويمكننا القول إن جلسات اللعب حققت هدف توفير فرصة لآدم لفهم واقع الطلاق والتعبير عن مشاعره المختلفة تجاه انفصال والديه، وزيادة شعوره بالتحكم والتمكن والقدرة على مواجهة وضع انفصال والديه والتغلب على مشكلاته المرتبطة بحدوث هذا الموقف المؤلم للطفل، حيث ذكر الوالد تحسن علاقته بآدم وزيادة شعوره بالأمن، كما ذكر التغيير الإيجابي الذي طرأ على سلوك آدم في المنزل والروضة. وبعد مرور 3 شهور حضر آدم -بطلب من والده- ثلاث جلسات تعزيزية مع المعالجة النفسية تم خلالها التعبير عن حاجته للتكيف مع وضع انفصال والديه، ولم يكن لعبه عنيفاً بل اتسم بالهدوء وتكرار انتقال دمية الطفل بين المنزلين.

• الحالة (٢):

كان عمر أحمد 8 سنوات عندما أحضرته والدته للعلاج بعد وقوع الطلاق بسنتين، وذكرت الأم أن أحمد لديه أخ يصغره بأربع سنوات، وأن علاقته بأخيه الصغير متوترة، حيث إنه يقسو عليه ويشعر بالغيرة تجاهه، ويعتقد أن والده يفضل أخاه الأصغر عليه. ومن الناحية النمائية، ذكرت الأم أن صحة أحمد العامة جيدة، وتطور نموه اللغوي والجسماني والاجتماعي كان طبيعياً، ولم يعان من مشكلات صحية خلال مرحلة نموه.

تعيش الأم حاليًا وأبناءها في بيت أهلها مع والديها وإخوتها، وقد أحضرت أحمد للعلاج؛ لأنها تشعر بالإرهاق في تربيته، حيث إنه سريع الغضب، كثير التحدي والعناد، وكثيرًا ما تفقد أعصابها وتضربه، وعند السؤال عن الأب، ذكرت أن الأب أخبر أحمد أن أمه هي المسؤولة عن حدوث الطلاق، مما فاقم من شعور أحمد بالغضب والتحدي تجاه الأم.

وبالنسبة لعلاقة الأبناء مع أبيهم، ذكرت أن أبناءها يقضون ليلة في نهاية الأسبوع في زيارة والدهم في بيت أهله، وأضافت أن الأب لا يقضي وقتًا كافيًا مع أبنائه خلال هذه الزيارة التي تكون في واقع الأمر للجد والجددة وأهل الأب، بالإضافة إلى قضائهم معظم وقت الزيارة في اللعب مع أطفال الأقارب من جهة الأب.

أهداف العلاج:

تشير (Cangelosi, 1997) إلى أن مشاعر أطفال الطلاق في مرحلة الطفولة المتوسطة (6-9 سنوات) تشبه إلى حد كبير مشاعر الحزن لموت أحد الوالدين، حيث يعبر الطفل عن محبته وفقدانه للوالد الغائب، وهذا الشعور بالفقدان ليس بالضرورة مرتبطًا بنوع العلاقة، إذ يعبر الطفل عن تعلقه بوالده الغائب بالرغم من الإهمال والقسوة التي قد يتعرض لها من قبله،

وتضيف (Cangelosi) أن الطفل يحتفظ بمشاعر الولاء لكلا الوالدين، كما أن رغبته وأمنيته في عودة الوالدين إلى بعضهما تبقى معه مدة طويلة، ولمساعدة أحمد في التكيف مع وضع الطلاق، تضمن العلاج الأهداف الآتية:

- محاولة التغلب على مقاومة أحمد للعلاج التي لاحظت الاختصاصية وجودها في جلسات العلاج الأولى من خلال بناء علاقة قبول مع أحمد ومشاركته في اللعب.
- توفير الفرص لأحمد للتعبير والتفيس عن مشاعره باستخدام ألعاب الطاولة وبعض أوراق العمل من كتاب (The Divorce Workbook for Children, Schab, 2008).
- أن يستوعب أحمد حقيقة وقوع الطلاق بين والديه، وأن يبني القدرة على تقبل الطلاق والتكيف مع الوضع الجديد.
- بناء ثقة أحمد في نفسه وتعزيز قدرته في التكيف مع الوضع الجديد، وقد استعانت المعالجة بمجموعة من قصص الأطفال، بالإضافة إلى أوراق العمل.
- أن يتفهم أحمد وضع الانفصال، ويبني القدرة في أن يكون محايداً تجاه مواقف الاختلاف بين الوالدين، وعدم اللوم أو الوقوف بجانب أحد الوالدين ضد الآخر.

- مساعدة الأم في تنظيم جدول يومي لدراسة أحمد على أن يواصل أنشطته الطبيعية خارج المدرسة.
- تثقيف الأم في كيفية التعامل مع مظاهر سلوك أحمد المرتبطة بالطلاق، مثل: الغضب والعناد والشجار مع أخيه والنوم القلق وغيرها.
- محاولة التواصل مع الأب لتوضيح دوره في مساعدة أحمد.

الجلسة الأولى:

يهدف التشخيص ومعرفة مشاعر أحمد وطبيعة علاقاته مع أفراد الأسرة، تم استخدام (Kinetic Family Drawing, Burns & Kaufman, 1987). وقد قضى أحمد مدة طويلة يرسم فيها أفراد الأسرة التي يعيش معها والمكونة من أمه وأخيه الصغير وأسرته الممتدة، وقد بدا قلقاً خلال الرسم، وكان يكثر من استخدام المحاة ويتفادى النظر في عيني المعالجة، كما كان صوته منخفضاً خلال الحوار معه حول الشخصيات التي رسمها. ولإضفاء الشعور بالراحة والألفة لدى أحمد، تم في العشر دقائق الأخيرة اللعب ب (التقط العود) (Pick Up the Stick) مع الحرص على أن تكون الغلبة في نهاية اللعبة من نصيب أحمد، وكذلك تعداد النقاط وكتابتها على ورقة وتعليقها على لوحة العرض في غرفة اللعب.

الجلسة الثانية:

بدأت المعالجة الجلسة باللعب مع أحمد بألعاب الطاولة، مما ساهم في إضفاء الشعور بالقبول في علاقته معها. وبعد 20 دقيقة طلبت المعالجة من أحمد أن يرسم ما يذكره عن اليوم الذي علم فيه بطلاق والديه، فرسم أحمد نفسه وهو في حظيرة اللعب (Playpen) وبالقرب منه والده، وفي الصورة أمه وخاله وجدته، وذكر أنه كان صغيراً عندما ضربه أبوه، وأن أمه كانت تبكي، وخاله وجدته كانا غاضبين، وطلبنا من الأب أن يخرج من البيت.

وبالرغم من أن الطلاق حدث في فترة لاحقة أي بعد ثلاث سنوات من هذه الحادثة، إلا أن هذه الحادثة ما زالت عالقة في ذهن أحمد، وهو يعتقد أنه السبب، ويشعر بالذنب؛ لأنه كان السبب وراء الطلاق.

إن تعبير أحمد عن هذه الحادثة بالرسم أسهم في تحويل هذه الذكرى المؤلمة إلى صورة محسوسة، مما ساعده في التحدث مع المعالجة والتنفيس عن مشاعر الذنب والنظر لاحقاً إلى الطلاق بموضوعية.

الاجتماع الأول مع الوالدين:

كان الهدف من الاجتماع الاستماع إلى الوالدين وكيفية تعاملهما مع الأطفال بعد الانفصال، إلا أن الوالد اعتذرها تقياً

عن الحضور لانشغاله، ولم يكن راغباً في التعاون، وذكر أن الأم هي المسؤولة؛ لأن أحمد يعيش معها. وبسؤال الأم عن أحمد بعد جلستين من العلاج النفسي باللعب، ذكرت الأم أنه أصبح أكثر هدوءاً، إلا أنها ما زالت تجد صعوبة في التعامل معه وتوجيه سلوكه، وخاصة في المواقف التي تتطلب حزمًا من جانبها.

وتم التحدث مع الأم عن مهارات التعامل مع الأطفال وتوجيه سلوكهم، وأن تحضر دورة في أساليب التربية الفاعلة المستندة إلى كتاب: التدريب المنتظم للتربية الفعالة، ماكي، 2011 (STEP). كما تم التحدث مع الأم عن أهمية الحوار مع الأطفال عن الطلاق، إذ تعتقد كثير من الأسر أنهم يتجنبون الحديث عنه خوفاً على مشاعر أطفالهم، بينما الأطفال يشعرون بالحيرة والارتباك، ويحتاجون إلى التحدث عن الموضوع وفهم واقع الطلاق. وتم في الاجتماع التأكيد على مساعدة أحمد من خلال الآتي:

- التحدث مع أطفالها عن الطلاق والإجابة عن تساؤلاتهم والتأكيد لهم أن حب والديهم باق ومستمر بالرغم من انفصالهما.
- التعامل، قدر المستطاع، بهدوء مع عناد أحمد وغضبه نتيجة انفصال الوالدين، واستخدام أساليب تربوية في التعامل مع سلوكه الخاطئ.

- الجلوس مع أبنائها وتوضيح القوانين والحدود للتعامل مع سلوك الأطفال الخاطئ والالتزام بتطبيقها.
- لتخفيف مشاعر الغيرة لدى أحمد تجاه أخيه، تم الطلب من الأم عدم التدخل عند حدوث شجار بين أبنائها والتوضيح لهما بأنهما قادران على حل خلافاتهما دون تدخلها، وأن يقتصر تدخلها بالتفريق بينهما في حالات الخوف من حدوث أذى جسماني.
- الاستمرار في زيارات الأطفال المنتظمة لوالدهم.
- أن تقضي الأم بصورة أسبوعية وقتاً (30 دقيقة على الأقل) مع كل طفل بمفرده، وتكون هذه الفترة مخصصة للمتعة واللعب مع الطفل والتواصل معه. وأن تطلب من الأب أن يقضي وقتاً مماثلاً مع كل طفل في فترة زيارتهم الأسبوعية لبيت الوالد وأهله.

الجلسات من الثالثة إلى السادسة:

تم في جلسات اللعب استخدام العلاج النفسي الموجه وكذلك العلاج النفسي غير الموجه المتمركز حول الطفل. ولمساعدة أحمد في التعبير عن مشاعره، تم تطبيق نشاط رسم مشاعر القلب (Gallo-Lopez & Schaefer, 2005) وهو تكتيك يوفر للطفل فرصة للتعبير عن كمية المشاعر التي يشعر بها. وقد

أظهر النشاط -بالإضافة إلى ما تبعه من حديث- أن لدى أحمد كمية كبيرة من الغضب تجاه طلاق والديه، وكثيراً ما ينفس عن هذا الغضب تجاه والدته بالعناد والتحدي، بالإضافة إلى الشجار مع أخيه. كذلك تكرر في الجلسات ضرب أحمد لكيس الهواء للتنفيس عن غضبه، كما عبر أحمد من خلال اللعب في حوض الرمل بالاستخدام المتكرر للأسوار في ألعاب الحرب؛ للتعبير عن حاجته إلى الشعور بالأمن والحماية.

ولمساعدة أحمد في بناء مشاعر القوة، تم استخدام تقنيات مختلفة كألعاب الطاولة وأنشطة حركية أخرى تشعره بالقدرة والتمكن. وتبين من خلال لعبه في ركن المنزل أنه يواجه صعوبة في تقبل انتقاله بين المنزلين ورغبته في التواصل مع والده بالرغم من انشغال الوالد عنه، وبهدف مساعدة أحمد في استيعاب وتقبل وضع الطلاق، تم في هذه الجلسات قراءة كتابين من الكتب التي تتحدث عن الأطفال والطلاق.

الاجتماعات مع الأم:

من المتوقع أن الأم المطلقة تواجه العديد من الصعوبات؛ فبالإضافة إلى معاناتها النفسية والاجتماعية، يتوجب على هذه الأم الشابة أن تتحمل ضغوطات الحياة، وتربي أبناءها وحيدة. وبالرغم من أن أم أحمد تعيش مع أسرتها الممتدة، إلا أن العيش

مع أسرتها يفرض عليها تدخل جميع البالغين في تربية الأبناء، مما يفاقم من صعوبة التعامل معهم. ومن خلال الاجتماعات التي تمت مع الأم وعددها 5 اجتماعات، تبين أن الأم بحاجة لفهم الظروف النفسية التي يعيشها أطفال الطلاق، وأن كثيراً من مشكلات الأطفال السلوكية كالغضب والعناد والعزلة مرتبطة بمعاناة الأطفال من انفصال الوالدين. كذلك تم توجيه الأم لقراءة كتاب (التدريب المنتظم للتربية الفعالة) وقراءة فصلين قبل كل اجتماع بهدف المناقشة وفهم الأهداف الكامنة وراء سلوك الأطفال المشكل وتطوير مهارات الاستماع الجيد والتشجيع وتوجيه السلوك دون الحاجة لاستخدام الضرب. كما دخلت الأم في دورة تدريبية مدة 9 أسابيع للتدريب على مهارات التربية الفاعلة، مما ساعدها في تحسين علاقتها مع أحمد وتفهم مشاعره وتوجيه سلوكه.

وقد أشارت في الاجتماعات الأخيرة أن سلوك أحمد ونفسيته قد تحسنت، ومن خلال التواصل مع الأم، ذكرت أن والد أحمد تزوج وأن الأطفال يزرون والدهم ويقضون نهاية الأسبوع معه ومع زوجته.. ومن الممكن أن يحتاج أحمد لاحقاً إلى جلسات تعزيزية عندما يقترب من مرحلة المراهقة.

الجلسات من السابعة إلى العاشرة:

وباستخدام أوراق العمل في كتاب (Schab, 2008, The Divorce Workbook for Children)، تطور في هذه الجلسات مستوى تعبير أحمد عن مشاعره وهمومه ومخاوفه من المستقبل بعد حدوث الطلاق بين والديه مثل قلقه تجاه إمكانية اقتران أمه أو أبيه بزوج آخر، وتم في هذه الجلسات استخدام عدد من التكنيكات لمساعدة أحمد في التعامل مع القلق مثل الاسترخاء ورسم موضوعات القلق والتحدث عنها، بالإضافة إلى بعض الألعاب. كما ذكر أحمد من خلال التكنيكات المستخدمة أنه يضرب أخاه عندما يكون غاضباً، وقد تخلل الجلسات التنفيس عن مشاعر الغضب من خلال لعبه العنيف بكيس الهواء.. وتم التحدث معه في التفكير في بدائل للتنفيس عن غضبه بدلاً من ضرب أخيه. ومن الموضوعات التي ظهرت في رسومه صورة أبيه وبجانبه عروس، وذكر أحمد أنه سمع أن أباه يخطط للزواج، وأن الموضوع برمته يشعره بالحزن واليأس. وتم في هذه الجلسة الاستعانة بكتاب (Dady's Getting Marrie Moor-Mallinos, (No date)، وهو كتاب يتحدث عن مشاعر الطفل عندما يقرر أحد والديه الزواج وكيفية التعامل مع هذه المشاعر، وباستخدام عدد من تدخلات العلاج الموجه باللعب، أظهر أحمد تحسناً في التحكم في غضبه

وقدرة في التكيف مع وضع الطلاق، إذ تم في جلسات العلاج على سبيل المثال التحدث عن الأشياء التي نستطيع تغييرها والأشياء التي لا نستطيع تغييرها.

كذلك طلبت الاختصاصية من أحمد في إحدى الجلسات أن يرسم وجهه في دائرة في وسط الصفحة معاطة بست دوائر تمثل الأشخاص الذين يمدونه بالحب والرعاية، وتمت الاستعانة بهذه الورقة للتحدث مع أحمد عن مقدار الرعاية التي يحصل عليها من أمه وأبيه وأقاربه. كما تطورت قدرته في التحدث عن تقبله لوضع الطلاق ومحاولاته في التكيف مع وضعه الحالي، كذلك تكرر في هذه الجلسات موضوعات لعب تعكس رغبته في الماضي في حياته مثل موضوعات الرعاية في زاوية المطبخ والشفاء في زاوية الطبيب. وفي جلسة الإغلاق الأخيرة تم التحدث مع أحمد عما يراه في نفسه من صفات إيجابية وأن يختار لكل صفة لوناً من الرمل الملون، ويملاً قارورة بهذه الألوان، بهدف أن يحمل معه إلى المنزل شيئاً يشعره بقدرته ويذكره برحلة الشفاء التي مر بها.

• التعليق

بلغت جلسات العلاج النفسي باللعب مع أحمد 10 جلسات، في حين اقتصرت اجتماعات الاختصاصية مع الأهل على الأم فقط بواقع 5 جلسات. ويمكن القول إن جلسات العلاج

حققت هدف توفير الفرص لأحمد للتعبير عن مشاعره المتداخلة من غضب وقلق وحزن وشعور بالذنب، كذلك استطاع أحمد من خلال جلسات العلاج الموجه باستخدام أسلوب العلاج السلوكي المعرفي باللعب أن يستوعب حقيقة وقوع الطلاق بين والديه، وأن يبني القدرة على تقبل الطلاق والتكيف مع الوضع الجديد. كذلك كان لتكنيكات اللعب المختلفة دور في بناء ثقة أحمد في نفسه وتعزيز قدرته في التكيف مع الوضع الجديد.

أما الاجتماعات مع الأم، والتي تمحورت حول تثقيف الأم في كيفية تفهم مشاعر أبنائها وتعبيرها عن هذا الفهم وكيفية توجيه سلوكهم، فقد أدت دوراً كبيراً في تحسين علاقة الأم مع أحمد، وقد أضافت الأم أن دخولها ضمن مجموعة أمهات في دورة في التربية الفعالة (من تقديم الكاتبة) ساعدها في بناء الثقة في قدرتها في تربية أبنائها. ومن المؤسف أن الكاتبة/ المعالجة لم تتمكن من التواصل مع الأب بصورة أكثر فعالية لرفضه التجاوب، إلا أن الأم بعد الاجتماعات وحضور الدورة التدريبية أصبحت أكثر قدرة في التعامل مع وضع الطلاق، ومن الممكن أن يحتاج أحمد بعض جلسات العلاج التعزيزية لاحقاً عندما يقترب من فترة المراهقة.

المراجع

- دنكميير، دون. ترجمة الصويغ، سهام. (2011). التدريب المنتظم للتربية الفعالة، الدمام: دار الكتاب التربوي للنشر والتوزيع.
- خليفة، هند خالد. (1431). الأطفال والطلاق، الرياض: النشر العلمي والمطابع.

References

- <https://www.febrayer.com/487146.html>
- Burns, R. and Kaufman, S. (1987). Kinetic Family Drawings (K-F-D): An Introduction to Understanding Children Through Kinetic Drawings, New York : Brunner/Mazel.
- Cangelosi, D. (1997) Play Therapy for Children from Divorced and Separated Families in Kaduson, H., Cangelosi, D. and Schaefer, C. eds. The Playing Cure, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Cangelosi, D. (1994) Play as a medium for assessing and treating children from divorced and separated families. Paper presented at the Ninth Annual Summer Play Therapy Institute, New Jersey.
- Fraley, R. & Hefferman, M. (2013). Attachment and Parental Divorce. Personality and Social Psychology Bulletin, Vol 39, Issue 9.
- Gallo-Lopez, L. & Schaefer, C. eds. (2005). Play Therapy with Adolescents, New York: Rowman & littlefield.
- Moor-Maainos, J. (No date). Daddy's Getting Married, UK: Book House.
- Schab, Lisa. (2008).The Divorce Workbook for Children, Canada: Raincoast Books.

- Trebing, J. (2016) Short-Term Solutions-Oriented Play Therapy for Children of Divorced Parents, in Kaduson, H. & Schaefer, C., Short-Term Play Therapy for Children, New York: The Guilford Press.
- Wallerstein, J. & Lewis, J. (1998). The Long-Term Impact of Divorce on Children. Family and Conciliation Courts Review, Vol 36, No 3,

Children's Books:

- ليفنز، ساندررا. (2009). هل الشكولاتة هي السبب؟ قصة للصغار عن الطلاق، USA : American Psychological Associatio، ترجمة إدارة النشر والترجمة بدار نهضة مصر للنشر.
- شرف الدين، فاطمة. (2017) يفضب .. يهدأ، دبي: مجموعة كلمات.
- Brown, K. and Brown, M. (2009). Dinosaurs Divorce: A Guide to Changing Families, New York: Hacchette Book Group.
- Franz, Jeanie. (2000). I Don't Want to Talk About It, Washington D.C.: Magination Press.
- Gray, Gray. (2010). Mum And Dad Glue, Londo: Hodder Children's Books.
- Masurel., Claire. (2001). Two Homes, Massachusetts:CandlewickPress.
- Moor-Mallinos,Jennifer. (2013). Daddy's Getting Married, UK: Book House.
- Schmitz,Tamara.(2008). Standing on My Own Two Feet, New York: Penguin Group.
- Walsh, Melanie. (2012). Living With Mum And Living With Dad, London: Walker Books.





الفصل الثالث

الأطفال والموت

• خلفية نظرية وبحثية

تعد المواجهة المباشرة لحقيقة الموت من أصعب المواقف التي تمر بها الأسرة عند التعامل مع الأطفال الذين يعيشون هذا الموقف، وقد تكون هذه المواجهة أكثر صعوبة لدى الأسرة العربية التي تميل في الغالب إلى الغموض والنكران وإخفاء الحقيقة شفقة على الأطفال وحماية لهم من خبرة الحزن والألم المرتبطة بالموت؛ وبالرغم من محاولات الحماية من خبرة الموت، إلا أن الأطفال يشعرون مشاعر الأسى والألم المرتبط بالفقد، ويكونون في أمس الحاجة إلى المعرفة والدعم والتعاطف من قبل الكبار.

ولأن الموت حقيقة وجزء من دورة الحياة، قد يكون من المفيد قبل حدوث الموت تعريف الأطفال بمفهوم الحياة والموت لجميع الكائنات التي خلقها الله، مثل: أوراق الشجر،

والحيوانات الأليفة، وكبار السن؛ عن طريق قراءة القصص أو الحديث عن الحيوانات الأليفة التي ماتت، ويُفضل تشجيع الأطفال الذين يمرون بخبرة الموت حضور -دون إجبار- مراسم الدفن والعزاء والإجابة عن تساؤلاتهم بإجابات مباشرة وواضحة تناسب مرحلتهم العمرية.

وتشير (Coloroso, B. 2001) إلى أن ردود فعل الأطفال اتجاه موت أحد الوالدين تختلف حسب المرحلة العمرية التي يمرون بها، وتكون ردة فعل الأطفال الرضع (0-2) مشابهة لخبرة الانفصال الطويل عن الأم أو الأب؛ فالرضيع يشعر بالفقد ولا يفهم معناه، ويظهر فورات غضب وسرعة استثارة وبكاء وتعلق قلق بالوالد الموجود، بالإضافة إلى صعوبات أخرى مثل عملية تنظيم الإخراج والنوم.

أما الأطفال في عمر 2-4 سنوات؛ فالموت يعني لهم الهجران أو النوم الطويل، وهو حدث مؤقت يعود الميت بعده إلى الحياة مرة أخرى؛ لذا فهم يعبرون عن رغبتهم في التواصل مع الوالد الغائب بالطرق المختلفة. وفي العمر من 4-7 سنوات يظل مفهوم الموت مؤقتاً، وقد يشعر الطفل بالذنب والمسؤولية، ويكثر من الأسئلة عن سبب الموت. ويختلف الأطفال في هذا العمر في ردود فعلهم؛ فيبدون حزينين مرتبكين أو ينكرون الموت

ويتصرفون ويلعبون وكأن الموقف لم يحدث، ومن مظاهر الأسى التي تبدو عليهم الحزن والغضب والشعور بالهجران والرفض واللعب العنيف وتغيرات في النوم والأكل.

ويبدأ الأطفال في عمر 7-11 سنة بفهم حقيقة أن الموت فراق نهائي، وقد يفسر بعض الأطفال أن الموت عقاب للسلوك الخاطئ، وتظهر عليهم المشاعر المرتبطة بالموت والفقْد مثل: الغضب والحزن العميق والشكوى من الألم الجسمي والمبالغة في النشاط الجسماني لتجنب التفكير في الأب/ الأم الميت، وقد يتأثر التحصيل الأكاديمي لدى بعض الأطفال.

أما في مرحلة المراهقة 12-18 سنة فيكون تفكير الأطفال عقلانياً ويرون الموت حقيقة في دورة الحياة، وتبدو عليهم ردود الفعل التي يشعر بها الكبار من نكران وغضب وقلق وحزن ثم قبول، وبحكم سنهم يظهر غضب المراهقين على شكل عناد وتحذ وكتئاب وصعوبة في التركيز، وقد يكونون عرضة للسلوك الخطر مثل الكحول والمخدرات.

وتضيف (Coloroso, 2001) أن ردة فعل الأطفال للموت المتوقع للأم/ الأب المريض يختلف عن ردة الفعل للموت المفاجئ، مثل: الحوادث أو الحروب أو الكوارث الطبيعية؛ فبالرغم من الأسى الذي يشعر به الأطفال تجاه الموت بكل

أسبابه، إلا أن الألم يكون أكثر عمقاً عند مواجهة الموت المفاجئ، حيث تتداخل مشاعر الفجيرة والغضب الشديد مع الحزن والألم، كذلك يزداد الوضع صعوبة وتعقيداً عندما يكون سبب الموت الانتحار أو الأمراض ذات الوصمة الاجتماعية مثل الإيدز. وتشير (Lowenstein, 2006) إلى أنه كلما زادت عوامل الخطر في الظروف المحيطة بالموت مثل كون الأبناء في مرحلة المراهقة أو كون الوالد يعاني من اضطرابات نفسية أو ضعف علاقة الأسرة بالأقرباء وعزلتها الاجتماعية، أصبح الوضع أكثر صعوبة في تعامل الأطفال مع الموت وقدرتهم على التكيف مع الوضع الجديد.

وتذكر (Oaklander, 2016, p. 52) أن الأفراد الذين يعيشون خبرة الموت يمرون بأربع مراحل في عملية التعبير عن الأسى الذي يشعرون به، وهي: النكران والعزلة، الاعتراض والغضب، الحزن، والقبول. وهذه المراحل تشبه إلى حد كبير وصف جون بولبي للأطفال الذين يمرون بخبرة الانفصال عن الحاضن. وقد يعلق الطفل في إحدى هذه المراحل لفترة طويلة إذا لم يحصل على الرعاية التي تمده بالأمن الذي افتقده.

وعموماً يصبح الأطفال بعد موت أحد أفراد الأسرة وخاصة الأم أو الأب قلقين، متوترين، غاضبين وخائفين، ويميلون

إلى العزلة والانغلاق على الذات. وتضيف (Oaklander) أن معظم الأطفال الذين يمرون بخبرة الموت يميلون إلى إخفاء مشاعرهم، ويظهرون مقاومة للعلاج بحكم شعورهم بالخوف وعدم الأمان. والمعالج لا يستطيع أن يضغط على الطفل في عملية الانتقال من مرحلة إلى أخرى، ولكن معالجة قضايا وهموم الطفل في كل مرحلة تسهم في عملية التحرك عبر هذه المراحل.

• العلاج النفسي باللعب مع الأطفال الذين تعرضوا لخبرة الموت:

• تكتيكات العلاج:

إن العلاج النفسي باللعب من الطرق الفاعلة في مساعدة الأطفال على تخطي الأسى الذي يعقب الموت، كما أنه من الوسائل الناجحة في التغلب على مقاومة الطفل وبناء علاقة القبول معه؛ وإن من أهم الأهداف التي تساعد الطفل في التغلب على الأسى والمضي في حياته، قبول حقيقة الموت، وأن الشخص الذي مات لن يعود إلى الحياة مرة أخرى، وقد استخدمت المعالجة نوعين من العلاج الفردي: العلاج باللعب الموجه بإدخال عدد من التدخلات للتعامل المباشر مع قضية الموت، بالإضافة إلى العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الطفل، ويكون المعالج في

هذه الجلسات منخرطاً في اللعب ومتفاعلاً مع الطفل، يشعره بالقبول ويوفر له الفرص المختلفة ليشعر بالأمان والتعبير الحر عن مشاعره دون ضغط يفوق قدرته على التجاوب.

وتميزت جلسات العلاج التي قامت بها الكاتبة/ المعالجة في تقاسم القيادة؛ ففي بعض الأحيان يقود الطفل موضوع اللعب بناء على حاجته للتعبير عن مشاعره والموضوعات التي تشغله باستخدام أدوات التعبير الفني كالرسم والدهن والكولاج والتشكيل بالعجين واللعب بالألعاب الأخرى كألعاب العنف وألعاب الطاولة وألعاب الرعاية، وفي أحيان أخرى يقود المعالج الجلسة باستخدام تكتيكات وتدخلات يتم التحضير لها قبل الجلسة ثم تطبيقها دون ضغط على الطفل، وتبعاً لاستعداده في التجاوب. ومن الكتب التي استخدمتها الكاتبة كوسائل تيسر عملية التحدث المباشر مع الطفل عن الموت واستخدام الرسم للتعبير هو كتاب:

- When Someone Very Special Dies: Children can Learn to Cope With Grief by Marge Heegaard

وكتاب:

- Creative Intervention for Bereaved Children by Liana Lowenstein

كذلك استعانت الاختصاصية بعدد من كتب الأطفال

التي تتحدث عن الموت مثل:

- جلال جدتي، تأليف فاطمة الحسين.
- أشتاق.. أشتاق، تأليف ناهد الشوا.
- أمي جديدة، تأليف مريم الراشدي.
- When a Pet Dies by Fred Rogers
- The Scar by Charlotte Moundlic
- The Fall of Freddie the Leaf by Leo Buscaglia
- The Frog who Longed for the Moon to Smile by Margot Sunderland

• عرض الحالات:

• الحالة (١):

كان عمر خالد 5 سنوات عندما أحضره والده وأخوه الذي يكبره بسنتين لجلسات العلاج بعد وفاة والدتهما بسنة، وقد توفيت الوالدة بالسرطان، واستغرقت مدة علاجها سنتين ونصف اضطر الوالد خلالها إلى الانشغال عن أطفاله بكثرة التردد على المستشفى والسفر المتكرر مع والدتهما إلى خارج المدينة طلباً للعلاج، وذكر أن خالة الأطفال وجدتهما من جهة الأب تعاونتا في رعاية الأبناء خلال سفر والديهما، كذلك ذكر الأب أنه قريب من أبنائه وهو الآن المربي الرئيس لهما، وقد حاول خلال مدة مرض الأم شرح الوضع والحوار مع طفليه والإجابة

عن تساؤلاتهما والاستماع إلى مشاعرهما، كذلك ذكر الأب أن أبناءه حضرا مراسم الدفن والعزاء، واستمر بعدها بالذهاب معهما إلى المقبرة لزيارة أمهما، وكانت الزيارة في بداية وفاتها شبه أسبوعية، ثم تقلصت في الست شهور الأخيرة وأصبحت مقتصرة على المناسبات مثل العيد وتواريخ أعياد الميلاد.

وبالرغم من شعور الأب أنه بذل ما بوسعه لمساعدة أطفاله على التكيف مع أزمة موت والدتهما، إلا أنه وبعد مرور سنة من وفاتها لا يزال يشعر بالقلق تجاه ردود أفعال أطفاله تجاه هذه الحقيقة، مثل: فورات الغضب، ومشاعر الخوف والقلق، والاستيقاظ ليلاً للنوم معه. وقد أحضر أولاده للعلاج النفسي باللعب لقناعته أن الاستشارة المهنية وحضور أطفاله جلسات اللعب ستسهم في مساعدة أطفاله في التعبير عن مشاعرهما، وتقبل فقد الأم، والتكيف مع الوضع الجديد. كما ذكر أن خالدًا كان رضيعًا عندما عرفت الأسرة بمرض الأم، وكان عمره تقريبًا 4 سنوات عندما توفيت.

وبالسؤال عن تطور نمو خالد من الناحية الصحية والاجتماعية وملاحظات الأب على سلوكه بعد وفاة والدته، ذكر الأب أن نمو خالد طبيعي من الناحية الصحية، وهو متميز أكاديميًا مقارنة بالأطفال الآخرين في عمره ولا يعاني من أي

قصور نمائي سوى ما له علاقة بمرض الأم ووفاتها كتعلقه القلق بأبيه، وكثرة بكائه ومخاوفه عند غياب الأب. وسوف نعرض فيما يأتي جلسات العلاج النفسي باللعب للطفل خالد ذي الخمس سنوات.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة قبول مع خالد بتوفير البيئة الآمنة والألعاب والأدوات التي توفر فرص التعبير عن المشاعر.
- توفير الألعاب والتدخلات الملائمة للتغلب على مقاومة الطفل للعلاج.
- استخدام طرق التدخل المناسبة لمساعدة خالد في التعبير والتنفيس عن مشاعره مثل: الشعور بالحزن والغضب والذنب.
- مساعدة خالد في أن يستوعب حقيقة الموت، وقد استعنا بمجموعة من قصص الأطفال، بالإضافة إلى توفير الألعاب المناسبة.
- تعريف خالد بمراحل الأسى التي يمر بها الطفل بعد موت والدته.
- مساعدة خالد في التغلب على القلق بتوفير ألعاب وتدخلات تدعم الشعور بالأمن وبناء الثقة في النفس.

- تثقيف والد خالد بكيفية التعامل مع فورات الغضب ومشاعر الحزن والخوف والقلق التي تظهر في سلوك خالد.
- تدريب والد خالد على أهمية اللعب معه كوسيلة لزيادة شعور خالد بالقبول والأمان.
- الإجابة على تساؤلات خالد بصراحة مناسبة لمرحلته العمرية.

الجلسة ١:

كان الهدف من الجلسة الأولى بناء علاقة القبول ومساعدة خالد في التغلب على قلقه، وقد دخل خالد غرفة اللعب بمفرده، ويبدو أن لديه خلفية عن المكان والوقت المحدد للعب، حيث قال: «أعرف أن لدي 45 دقيقة لألعب، ولكن أريد أن أنتهي في 15 دقيقة». وكان خالد في العشر دقائق الأولى قلقاً يجول بعينه في أرجاء المكان، وباستخدام المعالجة لمهارات الاستماع المتعاطف، بدأ خالد يشعر تدريجياً بالألفة واختيار الألعاب ولكن دون تركيز على موضوع محدد، حيث تنقل بين معظم الألعاب المتوافرة كاللعب في حوض الرمل، وألعاب الطاولة، وألعاب العنف، وألعاب الرعاية، وبعد انتهاء وقت الجلسة رفع خالد رأسه وقال: «سأعود مرة أخرى».

الجلسة ٢-٥:

استُخدم في الجلسات من الثانية إلى الخامسة ستخدم في الجلسات من الثانية إلى الخامسة العلاج المتمحور حول الطفل (CCPT)، بالإضافة إلى العلاج الموجه باستخدام عدد من التكنيكات لتعريف خالد بحقيقة الموت ومساعدته في التعبير عن مشاعره من خلال الرسم والحديث مع المعالجة، وعندما طلبت المعالجة منه رسم أسرته، رسم خالد نفسه وأسرته المكونة من أبيه وأخيه وأمه، وذكر أن أمه ماتت، ثم تحدث عن الأشياء التي كان يعملها مع أمه مثل توصيله للمدرسة واصطحابه للتسوق واللعب معه، كما استخدم في الجلسات التي تلتها كتاب (When Someone Very Special Dies: Children Can Learn to Cope With Grief) لتعريف خالد بحقيقة التغيير والفقد والموت ومراحل الأسى (grief). وقد رسم خالد أمه المتوفية ورسم نفسه وأباه وهما يبكيان (الصورة رقم 10 ص 106)، وكذلك مراسم الدفن والعزاء.

وتشير (Malchiodi, 2008) إلى أن تجسيد أو اخراج الذكريات والمشاعر المرتبطة بالأزمة النفسية شيء ضروري في عملية التنفيس التي تسبق التدخل والعلاج، وقد حرصت المعالجة على أن يتم العلاج الموجه في الجزء الأول من وقت الجلسة ليتمكن الطفل في الجزء المتبقي التعبير عن مشاعره

وهوموه باللعب غير الموجه. وقد تكرر لعب خالد في ألعاب الطبيب مع تبادل الدور مع المعالجة بين الطبيب والمريض، وتكرر ذكره لموت المريض مما يشير إلى حاجته للتعبير عن مشاعره تجاه موضوع مرض والدته ووفاتها، كما طلب من المعالجة مرات عدة أن تغطيه؛ لأنه ميت وسيذهب للقاء أمه. كذلك تكرر لبسه للأقنعة المخيفة لإخافة المعالجة وحرصه على أن تكون له الغلبة والسيطرة في الألعاب التنافسية مثل إصابة الهدف في لعبة قذف الأسهم البلاستيكية وغيرها من ألعاب الطاولة.

الاجتماع الأول مع الوالد:

كان الهدف من الاجتماع مناقشة التغيير الذي لاحظته الوالد بعد حضور خالد 5 جلسات من العلاج باللعب، وذكر الأب أنه لاحظ تغييراً في سلوك ابنه، حيث قل بكاؤه وأصبح أكثر قدرة في التحكم في غضبه وأكثر تعبيراً عن مشاعر الحزن لفقد أمه. وقُدِّم في الاجتماع الشكر للوالد على كيفية تعامله مع موت والدة أطفاله بالرغم من صعوبة الموقف ومعاناته وحزنه، كما تم تشجيعه على قراءة القصص التي تتحدث عن الموت والتحدث مع أطفاله عن مشاعرهم وأمانهم، وتوفير أوراق وأقلام ملونة وفراشي للتعبير بالرسم والدهن.

الجلسة ٦-٩:

تضمنت الجلسات من 6 إلى 9 استخدام العلاج الموجه عن طريق الرسم بهدف توفير الفرص لخالد للتعبير عن مشاعره وفهم مراحل الأسى بعد الفقد، وتم من خلال الرسوم التحدث مع خالد عن مشاعره المختلفة: سعيد، حزين، غاضب، خائف، شعوره بالذنب، وتحدث خالد عن والده كأهم شخص في الأسرة، وكذلك أسماء الأشخاص الآخرين الذين يهتمون به.

وعن طريق اللعب غير الموجه أشبع خالد حاجته إلى الشعور بالتحكم؛ فالأطفال عمومًا يشعرون بفقدان القدرة وقلة الحيلة عند مواجهة الأزمات كأزمة موت الأم أو الأب، وتكرر في هذه الجلسات استخدام خالد لألعاب العنف كضربه لكيس الهواء واللعب الخيالي بلبس رداء الرجل القوي (Superman)، ووضع القيد على يد المعالجة وإدخالها في السجن، كما استمر في لعبه الخيالي بأخذ دور الطبيب المعالج، وبدأ في هذه الجلسات باللعب بالرمل بوضع منزل وجانبه أشخاص وأشجار وبعض الحيوانات محاطين بسور، مما يشير إلى رغبته في الشعور بالأمن والسلامة.

وفي الجلسة السابعة طُبِّقَ تَكْنِيكُ الشَّجَرَةِ الخائفة، وهو عبارة عن رسم لشجرة بفروعها، ويلصق الطفل قصاصات

أوراق الشجرة مكتوباً عليها المخاوف، وكانت مخاوف خالد ذات علاقة بمرحلته العمرية مثل الخوف من الظلام والوحش والناس الشريرين، بالإضافة إلى الخوف من الموت.

واستمر خالد في الجلسات الثامنة والتاسعة باللعب في ألعاب تشعره بالتمكن مثل إخافتي بالأقنعة المختلفة، وأخذ دور الطبيب المعالج، كما استغرق بعض الوقت في بناء منزل من المكعبات محاط بسياج. كما تحدثت معه المعالجة عن مراحل الأسى (grief)، وعبر عن مشاعره برسم منزل بطابقين رسم فيه الأب وطفلين في الطابق السفلي والأم في الطابق العلوي، مما يشير إلى قبوله للوضع الحالي مع وجود الأم في مشاعر وذكريات الأسرة.

الجلسة ١٠:

كان الهدف من جلسة الإغلاق الأخيرة التركيز على بناء ثقة خالد في قدرته على التطور والمضي في حياته مع بقاء الذكريات السعيدة التي قضاها مع والدته؛ لذا فقد بدأت الجلسة بسؤال خالد إن كان يرغب في رسم أو كتابة ذكرياته المفضلة مع والدته، واختار خالد أن يكتب ما ذكره في الجلسة الثانية: توصيله للمدرسة واصطحابه للتسوق واللعب معه (الصورة رقم 9 ص 106)، وتم وضع هذه الذكريات كقصاصات في صندوق

صغير أسميناه صندوق الذكريات، ويستطيع خالد إضافة ما يريده من ذكريات في هذا الصندوق مثل صورة أمه وغيرها من أشياء لها ذكرى خاصة به معها، ولونها ولزق بعض الخرز والزخارف عليها. كذلك تم في جلسة الإغلاق كتابة الأشياء التي تميزه ويستطيع القيام بها على قصاصات ملونة، مثل: قدرته على الكتابة والقفز والحساب والسباحة وغيرها من المهارات التي تميزه، ثم لزق هذه القصاصات على صورة جسم طفل. وأخذ خالد هذه الرسمة وصندوق الذكريات معه إلى المنزل.

الاجتماع الثاني مع الوالد:

تم عقد هذا الاجتماع بعد الانتهاء من جلسات العلاج مع خالد، وقد ذكر الأب أن خالدًا بدأ أكثر سعادة وأكثر قدرة في التعبير عن مشاعره لفظيًا وأكثر تقبلاً للوضع الجديد، كما تم التحدث مع الوالد عن اللعب وأهميته في تحسين العلاقة مع الأبناء وزيادة مشاعر الأمان والتغلب على القلق الذي يعقب فقدان أحد الوالدين.

وتم تعريفه بمهارات العلاج النفسي العائلي باللعب وإعلامه باستعداد المعالجة لتدريبه على هذه المهارات، وتسليمه بعض المعلومات الخاصة بالأطفال الذين يتعرضون لخبرة الموت (Lowenstein, L. 2006, p. 19) وكيفية التعامل معهم، كما تم

التحدث مع الأب عن دوره الداعم لأبنائه وأهمية ملاحظتهم في السنوات اللاحقة؛ إذ قد يحتاجون إلى جلسات تعزيزية عند قرب بلوغهم المراهقة.

التعليق:

تشير (Lowenstein, 2006) إلى أن الظروف المحيطة بالموت تؤثر على كيفية تعامل الأطفال معه وقدرتهم على التكيف مع الوضع بعد الفقد، وبالرغم من أن مرض الأم مدة سنتين ونصف له أثر على مشاعر الأطفال بالأمن والاستقرار، إلا أن توقع الموت بعد مدة طويلة من المرض أسهم في مساعدة خالد وأخيه على تقبل الموت. ولا شك أنه كان للأب دور كبير في مساعدة أبنائه على مواجهة الأزمة، فحواره المفتوح معهما وإجابته على تساؤلاتهما واستماعه المتعاطف لمشاعرهما وحرصه على الحصول على الاستشارة المهنية أسهم في تكيف خالد وأخيه وتقبلهما للوضع الجديد، كما أن علاقة الوالد الوطيدة بأقربائه من جهة الأم والأب أسهم في تخفيف معاناة الأب، وتوفير الأمن العاطفي الذي يحتاج إليه وأبناؤه.

وقد بلغت جلسات اللعب مع خالد 10 جلسات بالإضافة إلى المقابلة الأولى لأخذ المعلومات واجتماعين آخرين مع الأب وثلاث مكالمات هاتفية. وقد كان استخدام العلاج الموجه في

الجزء الأول من الجلسة مناسباً لتحقيق هدف تعريف خالد بحقيقة الموت ومراحل الأسى التي يشعر بها الطفل بعد وفاة أمه. وبالرغم من تجاوب خالد مع أساليب التدخل المباشر، إلا أن لعبه الحر في زوايا الغرفة واختياره للألعاب وموضوعات اللعب وفرت له الفرص للتعبير عن مشاعره وأمانيه المناسبة لفتته العمرية، فمفهوم الموت مازال بالنسبة لخالد مؤقت، إذ تكرر تعبيره عن رغبته في الذهاب إلى أمه أو تمنيه عودتها للحياة مرة أخرى. كذلك أسهمت الألعاب في توفير الفرص لخالد للتعبير عن الغضب وتلبية حاجته للسيطرة والتمكن، مما أسهم في زيادة ثقته وتطوير قدراته في التعامل مع مشاعره المختلفة والانتقال بسلاسة عبر مراحل الأسى الذي يعقب الفقد.

• الحالة ٢ :

كان عمر رنا 11 عاماً عندما توفيت والدها إثر سكتة قلبية ليلاً، وقد اتصلت والدة الطفلة للحصول على الاستشارة المهنية بعد وفاة والد الطفلة بشهرين. ذكرت الأم في المقابلة أن رنا الطفلة الثالثة لأخ يكبرها ويعيش خارج المنزل، وأخت أخرى أصغر منها بأربع سنوات، وأشارت الأم أن رنا كانت شديدة التعلق بوالدها، وقد كانت في صحبته قبل نومها أي قبل وفاته بساعات قليلة، ولم تشعر خلال الليل بسيارة الإسعاف وانتقاله

إلى المستشفى ثم وفاته، وفي صباح اليوم الثاني حضرت قريبة الأم وأخذت رنا وأختها إلى منزلها، وعندما علمت من أمها في عصر ذلك اليوم عن وفاة أبيها، بكت قليلاً ثم سكنت. لم تحضر رنا مراسم الدفن ورفضت أن تحضر العزاء إلا لمدة قصيرة ذهبت بعدها إلى منزل صديقة أمها.

ورنا - حسب وصف والدتها لها- هادئة ومتعاونة ومجتهدة في دراستها ومحبوبة من صديقاتها ومعلماتها؛ إلا أنها بعد وفاة والدها زاد هدوؤها وقل تركيزها في الدراسة، بالإضافة إلى استيقاظها ليلاً وذهابها إلى سرير أمها، ولاحظت كذلك والدتها أنها في الآونة الأخيرة أصبحت منغمسة في هواية عمل أساور من الخرز الملون، كما أنها تتجنب الحديث عن والدها أو التعبير عن مشاعرها، وعند السؤال عن تاريخ رنا الصحي، ذكرت الأم أن نموها طبيعي ولم تعان من أي مرض محدد سوى أمراض الطفولة العادية مثل التهابات البلعوم والأذن.

ويبدو من وصف الأم أن الطفلة تعاني من صدمة موت والدها المفاجئ وأنها تجد صعوبة في مواجهة حقيقة الموت بالإنكار عن طريق تجنب الحديث وكتمان مشاعرها والانشغال بهواية يدوية تبعتها عن مواجهة الحقيقة. وبالنسبة للدعم الذي تحصل عليه من الأسرة، ذكرت الأم أنها تحصل على

المساندة التي تحتاجها من أسرتها وأسرّة زوجها، وقد تم في جلسات العلاج مع رنا استخدام أسلوب العلاج المتمركز حول الطفل وأحياناً أخرى العلاج الموجه، حيث تقوم المعالجة بإعداد التدخلات التي تخدم احتياجات الطفلة النفسية.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة قبول وثقة مع رنا.
- توفير التدخلات الملائمة للتغلب على مقاومة رنا للعلاج.
- استخدام طرق التدخل المناسبة للحصول على تعاون رنا ومساعدتها في التعبير عن مشاعرها.
- تعريف رنا بمراحل الأسى الذي يعقب الموت بالاستعانة بمجموعة من القصص والتعبير الفني.
- مساعدة رنا في التغلب على قلقها وشعورها بالمسؤولية.
- دعم شعور رنا بالأمن وبناء الثقة في النفس.
- تثقيف والدة رنا بكيفية التعامل مع مشاعر الحزن والخوف والقلق التي تظهر في سلوك ابنتها.
- تدريب والدة رنا على مهارات التواصل والاستماع المتعاطف والقبول لمشاعر رنا.
- الإجابة عن تساؤلات رنا بصراحة مناسبة لمرحلتها العمرية.

الجلسة ١-٣:

كانت رنا هادئة وقليلة الكلام في الجلسة الأولى. وطُبق في هذه الجلسة مقياس (Kinetic Family Drawing, Burns & Kaufman, 1970) بهدف التشخيص وفتح حوار معها عن أفراد أسرتها؛ لكسر الجليد وتشجيعها على الحديث والشعور بالراحة والألفة، كما تم في الاجتماع الثاني استخدام رسم القلب وتلوين المشاعر، وقد عبرت رنا من خلال تلوين القلب عن مشاعرها المختلفة والأحداث التي تولد هذه الأحاسيس، وتكلمت قليلاً عن حزنها لوفاة والدها، وبالرغم من تعاونها إلا أنها كانت متكتمة وخاصة عند الحديث عن مشاعرها بعد وفاة والدها.

وفي الجلسة الثالثة أحضرت رنا مجموعة من الأساور التي قامت بعملها وتحدثت عن صديقاتها، ثم لعبت مع المعالجة بعض الألعاب التنافسية، وبالرغم من تجاوبها، إلا أنها لم تكن مستعدة للحديث عن والدها أو عن مشاعرها تجاه وفاته.

وكانت والدتها قد عبرت عن صعوبة إقناع ابنتها بحضور الجلسات، فاقترحت الاختصاصية على الأم عدم الضغط عليها والانتظار أسابيع عدة وربما لشهور إلى الوقت الذي تكون فيه مستعدة لحضور جلسات العلاج، إذ من المتوقع أن يقاوم الطفل

الذي يعيش خبرة الموت العلاج. وتذكر (Oaklander, 2000) أن معظم الأطفال الذين يمرون بخبرة الموت يظهرون مقاومة للعلاج كحماية للذات، وعلى الاختصاصية أن تحترم هذه المقاومة وتعطي الطفل المساحة التي يحتاجها للشعور بالأمن.

الاجتماع الأول مع الوالدة:

كان الهدف من الاجتماع الاستماع إلى ملاحظات الأم عن رنا بعد حضورها الثلاث جلسات الأولى، وقد عبرت الأم عن معاناتها الشخصية في العيش بعد وفاة زوجها وصعوبة التعامل مع بناتها. وذكرت أن رنا ما زالت متكئمة في مشاعرها، لا تبكي أمام والدتها وتتفادى النظر في عين أمها حين الحديث عن والدها المتوفى. وتم في الاجتماع الحديث عن مراحل الأسى التي يمر بها الأطفال والراشدون بعد المرور بتجربة الموت وهي النكران والاعتراض والحزن والقبول، وأن المعاناة والانتقال من مرحلة إلى المرحلة التي تليها تكون أصعب عندما يكون الموت مفاجئاً. كما تم التوضيح للأم أن رنا ما زالت في مرحلة النكران، وكان واضحاً في الجلسات مقاومتها للعلاج وعدم رغبتها في الإفصاح عن مشاعرها؛ لذا تم الاتفاق مع الأم أن تنتظر أسابيع عدة أو ربما لشهور لحين تكون رنا مستعدة لحضور الجلسات ورغبة فيها. كذلك تم الحديث عن مهارات الاستماع المتعاطف وإرشاد الأم لبعض الكتب التي تفيدها في تحسين التواصل مع بناتها.

الجلسة ٤-٨:

بعد مضي ثلاثة شهور عبرت رنا عن رغبتها في استكمال جلسات العلاج النفسي باللعب. ولتوفير جو الألفة بدأت الجلسة الرابعة بالألعاب التي تشعر رنا بالفوز والتمكن، ثم الانتقال إلى تطبيق بعض التدخلات التي تساعد رنا في التعبير عن مشاعرها مثل شجرة القلق وغيرها. وكان الهدف من الجلسات تعريف رنا بمراحل الأسى (Grief) وتوفير الفرص لها للتعبير عن مشاعرها وتقبل الموت والمضي في حياتها. وتم في هذه الجلسات الاستعانة بعدد من التدخلات كقراءة القصص، وتدخّل (اختيار الحيوان)، وهو عبارة عن صور حيوانات بأوضاع مختلفة مثل صورة قرد وأمّه أو أبيه، وصورة طير في السماء، أو صورة بطة تحمل فراخها أو غيرها من مجموعة صور لحيوانات تزيد عن 25 صورة قامت المعالجة بقصها من مجلات مختلفة.

ويطبق التدخّل بأن يطلب من الطفل أن يختار الصور التي تعبر عن علاقته بأمّه وأبيه وإخوته وصديقاته، وأخيراً الصورة التي تمثل الطفل نفسه. وقد عكست اختيارات رنا للصور والحديث عنها أنها تشعر بالخوف وعدم الأمن لفقدان والدها، وتشعر بالمسؤولية تجاه حزن أمها. وكانت الصورة التي تعبر عن كيف تنظر رنا إلى نفسها هي صورة نمر تعكس القوة

والقدرة، مما يشير إلى رغبتها في أن تبدو قوية أمام والدتها حتى لا يزيد أسى الأم وحزنها.

وقد عبرت رنا خلال هذه الجلسات عن خوفها وقلقها من الحياة دون أب وشعورها بالغضب تجاه فقدته المفاجئ، وأنها غير متقبلة للحياة دون وجود أب، كما تحدثت عن حزن أمها وشعورها بالمسؤولية تجاهها، كذلك تكرر تعبيرها عن حزنها العميق بالحديث أو البكاء أحياناً، ومن التدخلات التي ساعدت رنا في التعبير عن مشاعرها أن طلبت المعالجة من رنا أن تغمض عينيها وتتذكر والدها ثم ترسم هذه الذكرى؛ فرسمت نفسها مع والدها على طاولة أكل. ثم سألت المعالجة: «ماذا تريد هذه الطفلة أن تقول لوالدها؟» فتحدثت رنا عن اشتياقها لوالدها وغضبها لموته المفاجئ دون أن تودعه، ثم اقترحت المعالجة أن تكتب رنا رسالة لوالدها تعبر فيها عن مشاعرها المختلفة تجاه موته المفاجئ.

وقد أسهمت الجلسات 4-8 في تعريف رنا بمراحل الأسى وأن تخرج من عزلتها النفسية وكتمانها لمشاعرها، فالطفل حين يمر بخبرة العلاج يتطور وعيه بمشاعره وحاجاته وسلوكه، وتتطور لديه القدرة في اختيار التغيير والتعديل الذي يمهده بالراحة والإشباع.

الاجتماع الثاني مع الأم:

بدأت الأم في الاجتماع الثاني أقل قلقاً على ابنتها، وذكرت أن رنا بدأت تعود تدريجياً إلى شخصيتها السابقة، حيث انخفض معدل عزلتها وأصبحت أكثر حضوراً مع أمها وتواصلت، وعادت إلى مشاكلة أختها الصغيرة واللعب معها. وتم الحديث مع الأم أن ألم مواجهة الموت يبقى مع الطفل، ولكن حدة الألم تتخفف بمرور الوقت، وقد ساعدت الجلسات رنا على الانتقال عبر مراحل الأسى، وقد تصل إلى مرحلة القبول والتكيف مع حياتها دون وجود أيها، إلا أنه قد يحدث بعض الانتكاس وخاصة في المناسبات مثل الأعياد وغيرها، كذلك تم تشجيع الأم على متابعة التواصل مع ابنتها وملاحظة سلوكها، حيث إنها مقبلة على مرحلة المراهقة، وقد تحتاج إلى جلسات تعزيزية عندما تصل هذه المرحلة.

الجلسة ٩ - ١٤:

كان الهدف من الجلسات مواصلة توفير الفرص لرنا للتعبير عن مشاعرها وبناء الثقة بقدراتها ومساعدتها على تقبل موت والدها والمضي في حياتها. وتم في هذه الجلسات استخدام التدخلات المختلفة للحديث عن الأشخاص المهمين في حياتها الذين يقدمون الدعم والرعاية لها ولأسرتها، وتحدثت

رنا عن أسرتها الممتدة ومقدار الحب الذي تشعر به تجاه أهلها من جهة الأم والأب. وتجدر الإشارة إلى أن الدعم المقدم من العائلة يعتبر من العوامل المساعدة في تخطي الأطفال أزمة مواجهة الموت. وقد لونت في هذه الجلسات صندوقًا وزخرفته وأطلقت عليه (صندوق الذكريات)؛ لتضع فيه ما ترغب من ذكرياتها الخاصة مع والدها.

وقد ترددت في بداية الأمر أن تحضر صورة والدها، إلا أنها في الجلسات التي تلت أحضرت صورًا لها مع والدها وتحدثت عن الأماكن التي زارتها معه. كما كتبت عددًا من الرسائل لوالدها تصف له مشاعرها وحياتها اليومية مع أمها وأختها. وتم في هذه الجلسات عمل بعض تدريبات الاسترخاء. كما انها ظهرت الجلسات الأخيرة أكثر مرحًا ورغبة في اللعب بالألعاب التي تشعرها بالفوز والقدرة، مثل: لعبة التقاط الأعواد، ولعبة رمي الأسهم وغيرها. وفي جلسة الإغلاق قامت المعالجة بتحضير هدية تم تغليفها 5 مرات، وفي كل مرة تفتح رنا غلاف الهدية تطلب منها المعالجة أن تتحدث عن خبرة مرت بها في جلسات العلاج على أن تذكرنا كيف أن هذه اللعبة أو التدخل أو التعبير الفني ساعدها في زيادة وعيها بالتطور الذي حدث في طريقة تكيفها مع موت والدها.

التعليق:

بلغ عدد جلسات العلاج مع رنا 14 جلسة بما فيها الثلاث جلسات الأولى التي انقطعت بعدها عن الحضور، ثم عادت بعد ثلاثة شهور لاستكمال الجلسات. ويعتبر كتمان رنا لمشاعرها ومقاومتها للعلاج في الجلسات الأولى طبيعياً، فهي ما زالت في مرحلة النكران وتعاني من فجعة الموت المفاجئ لوالدها. وبالرغم من أن رنا البالغة 11 عاماً تفهم حقيقة أن الموت فراق نهائي، إلا أن الموت المفاجئ لوالدها أسهم في صعوبة تعاملها مع حقيقة الموت، وبقيت لشهور عدة تتكر واقع الفقد لتحمي نفسها من مشاعر الخوف وعدم الأمن.

كذلك انغماس رنا في عمل أساور الخرز كان وسيلتها لتجنب التفكير في الأب الميت، ولكون رنا الأخت الكبرى، شعرت بالمسؤولية وتحملت عبء كتمان مشاعرها لتخفف من معاناة والدتها. ولا شك أن تقبل رنا للعلاج في الجلسات من 4 إلى 14 كان عاملاً مهماً في خروجها من عزلتها النفسية، فالتدخلات التي استخدمتها المعالجة وفقاً لحاجات رنا النفسية أسهمت في زيادة وعيها بوضعها النفسي، وساعدتها في اتخاذ القرار للتغيير والمرور المتدرج بمراحل الأسى ثم الوصول إلى مرحلة التقبل.

References

- Coloroso, B. (2001). Parenting Through Crisis, New York: HarperCollins.
- Heegaard, M. (1988). When Someone Very Special Dies, USA: Marge Heegaard
- Lowenstein, L. (2006). Creative Interventions for Bereaved Children, Toronto: Champion Press.
- Malchiodi, C. (2008). Creative Interventions with Traumatized Children, New York: The Guilford Press.
- Oaklander, V. (2016). Short-Term Gestalt Play Therapy for Grieving Children, in Kaduson, H. & Schaefer, C., Short-Term Play Therapy for Children, New York: The Guilford Press.
- Childrens' Books

- الحسين، فاطمة. (1437). جلال جدتي، الرياض: دار أسفار للنشر والتوزيع.

- الشوا، ناهد. (2016). أشتاق زز أشتاق، كندا: كتب نون ومؤسسة ناهد الشوا الثقافية.

- الراشدي، مريم. (2014). دبي: دار العالم العربي للنشر والتوزيع.

- Buscaglia, L. (1982). The Fall of Freddie The Leaf, USA: SLACK Incorporated.
- Moundlic, C. (2011). The Scar, London: Walker Books.
- Roger, Fred. (1998). When a Pet Dies, New York: Paper Star Book
- Sunderland, M. (2000). The Frog who Longed for the Moon to Smile, UK: Speechmark Publishing Ltd.

My favorite memory

me with mama
Going to School
m with nun Going Shopping

(الصورة رقم 9)

and other good memories are mine to keep!

Someone I loved died. This is a
picture of that person...

~~was~~ was
important to me
because...



(الصورة رقم 10)

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 والاكتئاب، كما أنه يظهر لدى الأطفال المتصفين 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 الاحترازاات لتحديد الاضطراب، ومن ثمَّ معالجته، ويقترح الباحثان نموذجا 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 (اثنان 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 ومتجنباً 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 وبقر بهم 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..). واضعة 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.



الفصل الخامس

الأطفال والتممر

• خلفية نظرية وبحثية

تشير الدراسات -على المستوى العربي والعالمي- إلى شيوع ظاهرة التمر في المدارس في السنوات الأخيرة، ويذكر (Seal, A. 2004) أن حوالي ثلث الأطفال الأمريكيين ما بين 6 و10 سنوات يتعرضون للتمر، وأن 10% منهم متمرون، و13% ضحايا للتمر، و6% متمرون وضحايا في الوقت نفسه. واستناداً إلى آخر الإحصائيات المسحية للعام 2017 في بريطانيا، فإن 45% من الأطفال البريطانيين تعرضوا للتمر قبل عمر 18 سنة، وأن 40% من الأطفال ما بين 7-11 سنة تعرضوا إلى نوع من أنواع التمر الإلكتروني، وأن 36% من الذين كانوا عرضة للتمر أصيبوا بالاكئاب، وأن 1 من كل 4 من هؤلاء لجأ إلى إيذاء النفس كوسيلة للتكيف مع وضع التمر. (The Annual Bullying Survey: UK Statistics 2017).

كذلك تشير الدراسة المسحية التي قام بها Fleming, L. & Jacobson, K, (2009) على بعض المدارس في الدول العربية ودول أخرى أن نسبة التمر بلغت 44,2% في الأردن، تليها سلطنة عمان بنسبة 38,8%، ثم لبنان بنسبة 33,6%، والمغرب بنسبة 31,9%، تليهم الإمارات العربية المتحدة بنسبة 29,9%.

وقد زاد اهتمام الباحثين بهذه الظاهرة عندما أقدم ثلاثة مراهقين في النرويج على الانتحار نتيجة تعرضهم للتممر. وقام حينها (Dan Olweus) أستاذ علم النفس في جامعة برجين بالنرويج بدراسة مستفيضة للظاهرة في المدارس، أعد بعدها برنامجاً للوقاية من التمر. ثم استخدمت دول أخرى البرنامج أو صممت برامج أخرى حسب احتياج كل دولة.

ومن المهم في تعريف التمر التفريق بين التمر والنزاع؛ فالتممر في المدارس حسب وصف Olweus هو «تكرار تعرض الطالب ولمدة طويلة إلى أفعال سلبية من طالب أو أكثر» (Olweus & Limber, 2010)، ويضيف Seal أن سلوك التمر يهدف إلى إلحاق الأذى ويفتقد التوازن بين المتتمر والضحية، بحيث يمتلك المتتمر ومن معه القوة الجسمانية والنفسية مقارنة بالضحية، فضلاً عن تكرار حدوث الأذى لمدة

طويلة، بينما النزاع بين الأطفال في المدارس يُعدُّ سلوكًا طبيعيًا ومقبولاً باعتباره جزءًا من خبرات الطفولة التي يتعلم الأطفال من خلالها مهارات التفاعل الاجتماعي.

وحسب ما تشير إليه الأبحاث (Olweus & Limber, 2010) ينقسم المتتمرون إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

1. المتتمر العدواني: وهو الذي يبادر بالاعتداء، ومن طبيعته حبه للعراك، وعدم الخوف، والقسوة، والثقة بالنفس، والاندفاعية، وكثيراً ما يظهر سلوك التنمر لدى الأطفال الاندفاعيين الذين يفتقدون القدرة على تحمل الإحباط مع الميل إلى العنف والتسلط.

2. المتتمر السلبي: وهو أقل انتشاراً من المتتمر العدواني، ونادراً ما يبادر إلى التنمر ولكنه يشارك فيه لاحقاً للحصول على استحسان المتتمر العدواني.

3. المتتمر - الضحية: وهو الذي يتمر على الآخرين لشعوره بالإحباط نتيجة تعرضه المتكرر للتنمر.

ويضيف آخرون نوعاً رابعاً هو التنمر العلاقتي الذي يسيء إلى الطفل بإقصائه في اللعب والمناسبات الاجتماعية، فيشعر الطفل على أثره بالوحدة والعزلة، وبأنه مرفوض من

أقرانه، وينتشر هذا النوع من التمر بين الإناث أكثر من الذكور، ويحاول المتتمر/ المتتمرة في التمر العلاقاتي الحصول على القوة والتميز الاجتماعي من خلال السيطرة وعزل الضحية. ويتضمن التمر الاعتداء الجسدي واللفظي والاجتماعي/ العلاقاتي والجنسي، بالإضافة إلى التمر الإلكتروني الذي يستخدم وسائل التواصل الاجتماعي لإيذاء الضحية، ويعد من أخطر أنواع التمر لصعوبة اكتشافه.

واستناداً إلى الدراسات التي بحثت في تأثيرات التمر، تذكر الدراسات أن الأفراد المتتمرين في طفولتهم، يصبحون أكثر عدوانية عندما يكبرون، ويستمررون في التمر على الآخرين باستخدام الإيذاء اللفظي في أماكن العمل والعنف في داخل الأسرة (المشروع الوطني للوقاية من التمر). ويتصف غالبية المتتمرين بأن لديهم حاجة إلى الشعور بالتفوق والقوة، ويشعرون بالإشباع تجاه إيقاع الأذى بالآخرين، ويفتقرون الإحساس بالتعاطف مع الضحية، ولا يعانون من القلق، ولديهم تقدير عالٍ للذات، وقد يتمتع المتتمر بشعبية بين التلاميذ أو بالعكس ليس له شعبية بين أقرانهم.

أما الأطفال ضحية التمر، فيتصف أغلبهم بالقلق والشعور بعدم الأمن والاكتئاب، وقد يظهرون سلوكيات عدوانية

تجاه أقرانهم، ويفتقرون لمهارات التفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى تدني تحصيلهم الأكاديمي، والشعور بالفشل وضعف القدرة في الدفاع عن النفس، وقربهم من الوالدين وتوقع الكمال من النفس. ولم تشر الأبحاث أن السمنة أو لبس النظارات -كما هو شائع- له علاقة بأن يكون الطفل عرضة للتنمر (Hudspeth, F, 2015).

وبالنسبة لتأثيرات التنمر على الضحية، تشير الدراسات إلى أن ضحايا التنمر يصبحون أكثر عرضة من زملائهم للإصابة بالاكتئاب ومحاولات الانتحار والغياب المتكرر عن المدرسة (Ortega, 2012)، كما أن للتنمر آثارًا بعيدة المدى في خفض تقدير الذات لدى الأطفال الذين تكرر تعرضهم للتنمر والعزلة الاجتماعية. وفيما يختص بالعلاقة بين التنمر والمرحلة العمرية للطفل، يذكر (Hudspeth, F, 2015) أن التنمر المباشر يظهر في المرحلة الابتدائية ويزداد في المرحلة المتوسطة وينخفض تدريجيًا في المرحلة الثانوية. ومع الزيادة في العمر ينخفض التنمر الجسماني بينما التنمر اللفظي والإلكتروني يبقى مستمرًا. وعن العلاقة بين التنمر والضغط النفسي، يذكر (Hudspeth, Franc, 2015) أن الضغط النفسي الناتج عن التنمر يؤدي إلى تغييرات في الجسم وفي الدماغ؛ فالتهديد بالأذى يجعل الجسم في حالة تأهب للدفاع ويزيد من نسبة الأدرينالين

في الدم، ويضعف من عمل الفص الأمامي في الدماغ، ويضيف (D'Andrea, et al, 2012) أن التعرض المتكرر للتممر في الطفولة يرفع من مستوى الضغط النفسي، ويؤدي إلى تأثيرات نفسية بعيدة المدى تشبه أعراض الصدمة النفسية مثل ضعف الارتباط العاطفي، وتدني القدرة على ضبط المشاعر والتحكم في السلوك، وضعف القدرة المعرفية وخفض تقدير الذات، ويعتبر التمرر أحد خبرات الطفولة التي تؤدي إلى ظهور هذه الأعراض النفسية. ويؤكد الباحثون على أهمية التنسيق والتعاون بين أهل الطفل وإدارة المدرسة والمعلمين في مساعدة الطفل الذي يتعرض للتممر.

• العلاج النفسي باللعب للأطفال المتعرضين للتممر:

يؤكد علماء النفس على دور اللعب في نمو الأطفال، فهو يساهم في النمو الاجتماعي والعاطفي، ويُعدُّ الأساس لتطور مهارات التفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى تعزيز الثقة بالنفس وتطوير القدرة على حل المشكلات، وبناء مهارات القيادة واتخاذ القرار. ويشير (Hughes, 2017) إلى أهمية العلاقة العلاجية الثنائية بين الطفل والراشد سواء أكان هذا الراشد أحد الوالدين أو المعلم أو المعالج النفسي، إذ تتوافر في

هذه العلاقة عدد من معطيات العلاج، أهمها التفاعل المتبادل وبالنظر والصوت والحركة- الذي يوصل الأمان والقبول والتعاطف وبهجة اللعب، وحيث إن معظم الأطفال الذين يتعرضون للتنمر يميلون إلى عدم الإفصاح عن الحادثة لخوفهم من المتنمر، ولشعورهم بأن الراشدين لا يولونه الاهتمام الكافي ويعتبرونه نزاعاً بين الأطفال؛ لذا يُعدُّ العلاج باللعب من أكثر نماذج العلاج فاعلية في مساعدة الأطفال المتعرضين للتنمر؛ فالعلاج باللعب يوفر فرص الضحك واللعب والمتعة، فضلاً عن أن أساليب التدخل المستخدمة تهدف إلى توفير فرص النجاح والثقة بالنفس، وهي من أهم ما يحتاجه الطفل ضحية التنمر.

كذلك يتميز العلاج باللعب في موضوع التنمر بأن يظهر المعالج تعاطفه وتفهمه، ويتقبل مقاومة الطفل للعلاج، فهي بالنسبة للطفل مهارات للنجاة في مواجهة التنمر المتكرر، ولكن عندما تتوافر للطفل من خلال تدخلات اللعب الفرص ليدرك ويفهم حقيقة الموقف، وبتزايد شعوره بالأمن والثقة بالنفس، يبدأ تدريجياً في بناء القدرة على ضبط مشاعره والتحكم في مواقف التنمر.

واستناداً إلى خبرة الباحثة/ المعالجة في العمل مع الأطفال الذين تعرضوا للتنمر، من المهم وخاصة في الجلسات الأولى أن يستخدم أسلوب العلاج المتمركز حول الطفل، حيث يقود الطفل موضوع اللعب بناء على حاجته إلى التعبير عن مشاعره والموضوعات

التي تشغله. وذلك باستخدام أدوات التعبير الفني كالرسم والدهن والكولاج والتشكيل بالعجين، واللعب بالألعاب الأخرى؛ كألعاب العنف وألعاب الطاولة وألعاب الرعاية. كذلك يحتاج الطفل (ضحية التمر) إلى أسلوب العلاج الموجه للتشخيص، ولمساعدته في بناء مهارات التعامل مع مواقف التمر؛ وذلك من خلال استخدام المعالج تكتيكات وتدخلات تُحضر قبل الجلسة ثم تُطبَّق دون ضغط على الطفل وتبعاً لاستعداده في التجاوب. ومن كتب الأطفال التي تمت الاستعانة بها في العلاج ما يأتي:

- سامي، دلال. (1438) صمت يوسف.
- براج، سمر. (2016). صديقي، بيروت: دار الساقى.
- Genhart, Michael. (2016). Ouch Moments: When words are Used In Hurtful Ways.
- Meiners, Cheri J. (2014). Have Courage.
- Frankel, Erin. (2012). Weird.
- Burnett, K. and Barrows, L. (1999). Simon's Hook; A Story about Teases and Put-down.
- Krasny Brown, L. & Brown, M. (1998). How to be a Friend.

كما تمت الاستعانة بعدد من الكتب الموجودة في قائمة المراجع لاختيار التدخلات المناسبة للتشخيص ولإدماج الطفل باللعب والتعبير عن المشاعر، بالإضافة إلى الموضوعات الأخرى مثل تعلم إستراتيجيات التعامل مع مواقف التمر وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي.

• عرض الحالات:

• الحالة (1):

كان عمر سعد 7 سنوات و4 شهور عندما أحضرت والدته طلباً للعلاج، سعد يعيش مع أمه وأبيه، وهو الطفل الثاني لآخ يكبره بسبع سنوات، وقد ذكرت الأم في المقابلة الأولى أن سعداً يواجه كثيراً من الصعوبات في المدرسة، فهو يتعرض للمضايقة والإقصاء من زملائه، ويبقى طوال الوقت جالساً لوحده في الملعب الخارجي، وكثيراً ما يعبر عن رفضه للمدرسة، إلا أنه يضطر إلى الذهاب تحت ضغط والديه، وذكرت الأم تكرار زيارته لمرضة المدرسة وخاصة في وقت الفسحة، ربما لتجنب التعرض للتنمر، وأشارت إلى أن سعداً كان لديه عدد من الأصدقاء في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن هؤلاء الأصدقاء الذين كانوا معه أنفسهم أصبحوا يبتذونه ويرفضون اللعب معه. وبالرغم من وصف الأم له بأنه لطيف وحساس، إلا أنها لاحظت أنه بعد عودته من المدرسة يبدو محبطاً وغاضباً، وهي قلقة تجاه وصف سعد لنفسه بأنه غير جيد وغير مرغوب فيه، ومن الواضح من وصف الأم أن سعداً يتعرض للتنمر في العلاقات. وكثيراً ما يسمع سعد من الولد والبنت اللذين كانا أصدقاءه في طفولته المبكرة كلمات مؤذية تتعته بالغباء أو أنه ممل وغير مرغوب فيه.

وعند سؤال الأم عن علاقة سعد بأفراد الأسرة، ذكرت أنه مرتبط بوالده ويحب الجلوس واللعب وقراءة القصص معه، والأمر نفسه مع والدته، حيث يقضي معها وقت أكثر لانشغال أبيه في العمل. وبالنسبة لعلاقته بأخيه المراهق، فهي محدودة بسبب فارق العمر وطبيعة المرحلة التي يمر بها أخوه المشغول عنه بأصدقائه وألعابه الإلكترونية. وأضافت أن نمو سعد كان طبيعياً، ولم يعان من أمراض سوى وعكات الطفولة العادية من أنفلونزا وغيرها. وبالنسبة لوضعه الأكاديمي، أشارت الأم إلى أنه في المستوى المتوسط، وقد يحتاج أحياناً إلى بعض المساعدة لتوضيح بعض المفاهيم التي يتعلمها في المدرسة.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة القبول والتعاطف مع سعد بتوفير البيئة الآمنة والألعاب والتدخلات التي تساهم في توفير فرص الشعور بالمتعة والأمن والراحة النفسية.
- تقبل مقاومة سعد للعلاج وخاصة في الجلسات الأولى واعتبار هذه المقاومة طريقته في التكيف مع الوضع وجزءاً من مهارات النجاة في مواجهة التمر المتكرر.
- بناء ثقة سعد في نفسه وتوفير الفرص له للتعبير عن مشاعره. وقد تمت الاستعانة بمجموعة من

قصص الأطفال بالإضافة إلى أوراق العمل من كتاب
(Lowenstein, 2002).

- تدريب سعد على إستراتيجيات التعامل مع الأطفال المتتمرين، باستخدام لعب الدور وتطوير قدرته في حركة الجسم ونبرة الصوت لإيقاف التنمر.
- تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لدى سعد، ودعم قدرته في تكوين أصدقاء.
- تثقيف الوالدين عن التنمر، وأنه من الخبرات المؤلمة التي قد يتعرض لها الأطفال، والتي تتطلب تفهماً وصبراً، وقد يتطلب العلاج مدة طويلة تختلف من طفل إلى آخر.
- التواصل والتنسيق مع المدرسة لإيقاف التنمر، ولفت انتباه إدارة المدرسة إلى أن ما يتعرض له سعد ليس نزاعاً بين الأطفال، بل تنمر له آثاره السلبية على الطفل.

الجلسة الأولى:

أظهر سعد منذ الجلسة الأولى تعاوناً وتقبلاً للجلوس وحده مع المعالجة النفسية دون والدته، وكان ودوداً متعاوناً ومتفاعلاً بالحديث خلال اللعب، اختار سعد اللعب بلعبة الأسهم التي تفوق فيها على المعالجة في عدد التصويبات، وتم

في هذه الجلسة استخدام (Kinetic Family Drawing. (1970). Burns & Kaufman) للتقييم وللتعرف على نوعية العلاقات بين أفراد أسرة الطفل، وتبين أن سعداً قريب جداً من والديه وخاصة الأم، ويحظى بعلاقة جيدة معهما، بل بدا إنه يعتمد على هذه العلاقة في توفير متعة اللعب والتفاعل الاجتماعي الذي يفتقده في علاقته مع الأطفال الآخرين، كما تبين أن التواصل بين الإخوة ضعيف عدا المرات القليلة التي يقبل فيها الأخ الأكبر اللعب مع سعد في ألعاب الكمبيوتر، وقضى سعد العشر دقائق الأخيرة من هذه الجلسة في ضرب كيس الهواء.

الجلسات من ٢ إلى ٤:

تم استخدام تدخل (أحجيتي) (Lowenstein, L. 2002, P.7) كوسيلة للتشخيص وإدماج سعد في اللعب، وهي عبارة عن رسم أحجية على ورقة وكل قطعة من الأحجية تصف صفة أو مشاعر الطفل الذي يلعب. وقد عبر سعد من خلال هذا التدخل أنه يخاف من المرتفعات ومن الكوابيس، وأن أسوأ شيء يحدث له عندما يتعرض لسلوك حقير من الآخرين. وعندما حاولت المعالجة الاسترسال في الحديث عن أنواع السلوك الحقيقير، أظهر مقاومة واضحة تجاه التحدث المباشر عن التمر الذي يتعرض له، كما عبر عن شعوره بالغضب والحزن، وكان يتحرك

ويضرب كيس الهواء عندما يتحدث عن مشاعره مما يشير إلى شعوره بالقلق تجاه الحديث عن التنمر الذي يتعرض له.

وتتميز لعبه بالرمل في هذه الجلسات بسرد قصص عن الأشخاص الأشرار والطيبين، وأن الشخص الطيب القوي ينتصر على الأشرار ويدفنتهم في الرمل، كذلك لاحظت المعالجة تردد سعد في اختيار ألعاب الطاولة، كما أنه ذكر مرات عدة أنه دائماً يخسر. وقد حاولت المعالجة في الجلسات اللاحقة تشجيعه تدريجياً على اللعب بها، وتوفير الفرص له للشعور بالفوز معظم الأوقات وتقبل الخسارة أحياناً أخرى.

وفي الجلسة الثالثة أحضر سعد لعبة صغيرة عبارة عن شخصية بطل، وأمضى حوالي 20 دقيقة يلعب في الرمل، وكان موضوع الحماية والبطل والأشرار هو الغالب في لعبه، ومن المحتمل أن سعد يرى نفسه في هذا البطل القوي، ويعبر من خلال اللعب عن أمانيه في التغلب على الأطفال المتنمرين، كذلك تكرر ضرب سعد لكيس الهواء، والتعليق من قبل المعالجة على قوته وقدرته في ضرب الأشرار والتغلب عليهم بهدف تعزيز شعوره بالقدرة والتحكم.

ولتعزيز ثقة سعد بنفسه تم استخدام تدخل (صفاتى الجيدة)، وذلك بكتابة صفاته الإيجابية والأشياء التي يستطيع

الطفل القيام بها على قصاصات ملونة ولصق هذه القصاصات على صورة جسم طفل (الصورة رقم 13 ص 181). ولتطوير مشاعر القوة والتحكم، تم في الجلسة الرابعة استخدام تقنية (قنابل مناديل الحمام الورقية)، حيث طلبت المعالجة من سعد أن يرسم مخاوفه التي عبر عنها برسم الكوابيس التي يحلم بها، وكذلك رسمت المعالجة مخاوفها، وتم تعليق الرسومات ثم رميها بمناديل الحمام المبللة لتغطية هذه المخاوف والشعور بالتغلب عليها (الصورة رقم 14 ص 181). وقد لاحظت الباحثة فاعلية هذا التدخل في زيادة شعور الأطفال بالمتعة والقدرة الجسمية والنفسية في التغلب على قلقهم ومخاوفهم، وبعد أربع جلسات بدأ سعد مستعداً لاستخدام المعالجة تكنيكات تساعده على تعلم إستراتيجيات التعامل مع مواقف التمر، وكذلك تعلم مهارات التفاعل الاجتماعي.

الاجتماع الثاني مع الأم:

حضرت الأم لوحدها واعتذرت عن حضور الأب لانشغاله، ولعدم قناعته بأن ما يحدث لابنه لا يزيد عن كونه نزاعاً طبيعياً بين الأطفال، وتم في الاجتماع الحديث عن الفرق بين الاثنين، وأن عليها مسؤولية تثقيف الأب عن الموضوع، كما تم تعريف الأم ببعض المواقع الإلكترونية الخاصة بالتمر. كذلك ذكرت الأم في

هذا الاجتماع أن سعداً كان يجد صعوبة في بعض المواد وخاصة الرياضيات، وقد احتاج لبعض المساعدة الفردية في الصف الأول، مما أدى إلى شعوره بأنه مختلف، وكان يكرر عبارة (أنا لا أقدر). وقد أدخلته الأم في دروس خاصة تزيد من قدرته، وهو الآن حسب تقييم معلماته أفضل أكاديمياً. وبناء على مراقبة الأم لسعد عندما توصله في الصباح إلى المدرسة، فقد لاحظت في الأسبوع الأخير وبعد حضوره 4 جلسات من العلاج أن سعداً بدأ يلعب مع أحد الأطفال في الساحة الخارجية. وأضافت أنها لاحظت تحسناً في ثقة سعد بنفسه، سواء في حركة جسمه ووقفته أو في حديثه مع الكبار أصدقاء الأسرة. وبالنسبة للمدرسة، فهي على اتصال دائم بمعلماته، إلا أنها تشعر أنهم لا يتعاملون مع مواقف التمنر بالجدية الكافية، وتم تسليم والدة سعد بعض القصص التي تسهم في مساعدة الطفل في التعرف على التمنر وكيفية التعامل معه.

الاجتماع مع المدرسة:

بعد أخذ الإذن من والدة سعد، قامت المعالجة بزيارة المدرسة والاجتماع مع الاختصاصية الاجتماعية ومعلمة الفصل، وتم في هذا الاجتماع التحدث عن أنواع التمنر وأن التمنر العلاقتي الذي يتعرض له سعد من أصعب أنواع التمنر؛

لأنه من الصعب الانتباه له، وكثيراً ما يُعدُّ نزاعاً بين الأطفال، ولا يعامل بجدية بالرغم من آثاره السلبية على شخصية الطفل ونموه النفسي والاجتماعي. كما نوقش في الاجتماع دور المدرسة في إيقاف التمر ضد سعد، ومساعدته في تكوين أصدقاء من خلال إعطائه واجبات مدرسية مشتركة مع أطفال ودودين في فصله.

الجلسات من ٥ إلى ٩:

بدأت الاختصاصية في هذه الجلسات ببعض التدخلات التي تساعد على بناء مهارات التفاعل الاجتماعي باستخدام لعبة (Berg, 2007. The Social Skills Game). كذلك استمر سعد في اللعب بالرمل في موضوع الطيب والشرير، وقدرته في مواجهة الأشرار والتغلب عليهم. وكان يقضي في بعض الجلسات ما يزيد عن 30 دقيقة في اللعب بالرمل. وللاستفادة من الوقت المخصص للجلسة 45 دقيقة، وجدت الاختصاصية أنه من الأفضل بدء الجلسة بالعلاج الموجه باستخدام التدخلات المناسبة، ثم فسح المجال للعلاج المرتكز على الطفل بتوفير الفرصة لسعد باللعب بحرية والتعبير عن أمانيه وإشباع حاجته للشعور بالتمكن والقدرة، مثل الضرب المتكرر لكيس الهواء، أو وضع الأشرار في السجن في صينية الرمل. وذكر سعد في الجلسة السابعة أنه أصبح لديه الآن صديقان يلعب معهم، واحد في المدرسة والآخر ابن الجيران.

كذلك تم في هذه الجلسات استخدام أسلوب لعب الدور، بحيث يتم تبادل شخصية المتمر والضحية بين المعالجة وسعد، وذلك بهدف التدرب على كيفية التواصل مع الآخرين، بتطبيق مهارات الاستماع اليقظ والتواصل بالنظر والتفاهم وحل النزاع، بالإضافة إلى مهارات توكيد الذات. وقد لاحظت الاختصاصية أن سعداً بدأ يحرز تقدماً في هذه الجلسات، فقد بدأ متفاعلاً وسعيداً ومبتكراً للعديد من القصص التي كان يرويها خلال لعبه في حوض الرمل، وكثيراً ما كان يحضر معه بعض الألعاب التي يطلق عليها أسماء وشخصيات تمثل الخير والشر، وقدرة الأشخاص الطيبين في التعاون مع الشرطة في التغلب على الأشرار، وقد يكون في ذلك إشارة إلى حاجته إلى تعاون المدرسة في مواجهة التمنر.

وتم في هذه الجلسات الاستمرار في استخدام التدخلات التي تساعد سعداً في التعبير عن مشاعره، وباستخدام تكنيك (كيس المشاعر السيئة)، وهو عبارة عن أوراق يضعها الطفل في الكيس يذكر فيها ثلاثاً من المشاعر السيئة في البيت وثلاثاً في المدرسة، ذكر سعد أن لا يوجد لديه مشاعر سيئة في البيت، ولكنه يشعر بالحزن في المدرسة لأنه لا يزال يشعر أنه غير مرغوب به، مما يشير إلى استمرار تعرضه للتمنر العلاقي وضرورة تدخل المدرسة لإيقافه.

الاجتماع الثالث مع الأم:

ذكرت الأم أن سعدًا أصبح أكثر استعدادًا وقبولًا للتحدث عن الأطفال الذين يؤذونه في المدرسة وكيفية تجنبهم، إلا أنه مازال يشعر بأنه مرفوض من مجموعة من الأطفال الذين ينعتونه بصفات مؤذية. كذلك ذكرت أن سعدًا طور علاقته بصديق في المدرسة، حيث دعت الأم هذا الصديق لزيارتهم، كما تمت دعوة سعد لزيارة صديقه. وأشارت الأم إلى أن سعدًا كان فرحًا جدًا لكونه حصل على هذه الدعوة. وأضافت أن علاقته بابن الجيران مستمرة ويقضيان وقتًا في اللعب المشترك، والزيارات المتبادلة لقرب المكان وسهولة الحركة. وبالنسبة للمدرسة، فقد ذكرت الأم أنها حاولت مرات عدة أن توضح للمدرسة أهمية إيقاف التنمر، إلا أن التنمر ضد سعد ما زال مستمرًا، فسجلت صوت ابنها وهو يتحدث عن التنمر العلاقتي الذي يتعرض له، وضعف ردة فعل المعلمات، حيث تجاهلنه أو اعتبرنه نزاعًا بسيطًا بين الأطفال ينتهي بأن يُطلب من سعد والطفل المتنمر أن يعتذرا لبعضهما، وقد لفت هذا التسجيل إدارة المدرسة، ودفعهم إلى العمل جديًا على إيقافه، بتكثيف مراقبة مواقف التنمر وحماية سعد منه. وذكرت الأم أن تدخل المدرسة بالإضافة إلى تطور ثقة سعد في نفسه خفضت كثيرًا من مواقف التنمر. وهي تعتقد أن سعدًا مازال في حاجة لبناء مهارات التفاعل الاجتماعي والقدرة على التعامل مع التنمر.

الجلسات من ١٠ إلى ١٥:

كان الهدف من هذه الجلسات الاستمرار في مساعدة سعد في بناء الثقة بالنفس وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى تطوير القدرة على مواجهة التنمر. وتم في الجلسة العاشرة تعريف سعد بلعبة التنمر (Berg, 2005, The Bullying Game) وسؤاله عن رغبته في اللعب. وكان متجاوباً ومتفاعلاً في اللعب، إلا أن إجاباته عكست ضعف قدرته في مواجهة التنمر حيث كان يميل إلى إستراتيجية إخبار الكبار بالتنمر. ولا يذكر الإستراتيجيات الأخرى.

كذلك تميزت الجلسات الباقية بتخصيص 15 دقيقة للتدرب على إستراتيجيات تساعد سعداً في مواجهة التنمر، من خلال تبادل أدوار المتنمر والضحية بين سعد والمعالجة، حيث كان يتم تحضير سيناريو التمثيل من قبل المعالجة، ثم التدرب على إستراتيجيات التعامل مع مواقف التنمر مثل: التحدث إلى النفس بكلمات إيجابية وتوكيدية، والتدرب على عبارات الرد على المتنمر بصوت واضح وقوي بأن يذكر الضحية اسم المتنمر وينظر في عينه، ويطلب منه بصوت واضح أن يتوقف عن إيذائه، وأن يتدرب على رسالة-أنا: «أنا لا أحب هذه الكلمات وعليك أن تتوقف»، وأن يبقى قريباً من صديق في وقت

الفسحة، بالإضافة إلى تجاهل المتنمر والابتعاد عنه، وإعلام الأهل والمعلمة والاختصاصية في المدرسة في حال تعرضه للتنمر (Grant, 2014, Play Based Intervention).

ومن تطورات لعب سعد أنه بدأ في هذه الجلسات باستخدام ألعاب الحرب مثل المسدس وقيد التوقيف (handcuffs)، وكان يأخذ دور المنقذ القوي بوضع القيد على يد (المتنمر) المعالجة ووضعها في السجن، كذلك تكرر في هذه الجلسات لبس سعد لرداء الرجل القوي (Superman) والطلب من المعالجة أن تلبس قناعاً مخيفاً، وكان يعطي الإرشادات ويقود عملية اللعب الخيالي الذي ينتهي بغلبة الطيب القوي على الشرير. وفي لعب سعد بالرمل تكرر استخدامه للأسوار للحماية، ومن الموضوعات التي تكررت في لعبه في حوض الرمل، وجود شخصية مؤذية وغير محبوبة تتعرض للأذى، مثل شخصية أرنب حقيير ومؤذ، ولذلك كانت الحيوانات الأخرى تؤذيه وتعتدي عليه. وفي نهاية القصة يعتذر الأرنب للحيوانات الأخرى ويصبحون أصدقاء. وقد يكون الأرنب يمثل شخصية سعد، حيث يرى نفسه مسؤولاً عن التنمر الذي يحدث له. وتم في هذه الجلسات العمل من خلال التدخلات المختلفة التركيز على بناء ثقة سعد بنفسه بتدريبه على الحديث الإيجابي للذات والتفكير الإيجابي وتعديل إدراكه لذاته بأنه غير مسؤول عن الأذى الذي يتعرض له. وفي الجلسات الأخيرة ذكر سعد أنه

يستخدم الحديث الإيجابي للذات وهو يشعر بالسعادة ولم يعد يتعرض للتنمر في المدرسة.

الجلسة (١٦) الأخيرة:

بدا سعد في الجلسة الأخيرة سعيداً تتم حركة جسمه وتواصله بالنظر عن تزايد ثقته بنفسه، وقد أحضر معه في هذه الجلسة لعبة صغيرة تمثل شخصية قام بتركيبها من لعبة الليجو (Lego)، وتوجه مباشرة إلى حوض الرمل، وكان موضوع اللعب يتمحور حول قدرة هذه الشخصية في الوقوف أمام الأشرار والتغلب عليهم، وتم في جلسة الإغلاق هذه تحضير هدية ملفوفة خمس لفات بورق الهدايا. وكان التدخل عبارة عن أسئلة للطفل تساعده في التفكير في الجلسات السابقة، ويعبر من خلال هذه الإجابات عن التغيير الذي حدث له (Lowenstein, L. 2008). وذكر سعد أنه شعر بالخجل في الجلسة الأولى وكيف أنه تغلب على خجله تدريجياً. كذلك عبر عن المتعة التي كان يشعر بها في اللعب بالرمل، وكيف طور هذا اللعب من قدرته على الخيال وابتكار القصص والمشاهد. ثم قال للمعالجة إنه استمتع باللعب معها وإنها أدهشته في طريقة لعبها. كما ذكر أنه أحب اللعب بكيس الهواء، وأن الضرب المتكرر للكيس جعل يديه قويتين، وأضاف أنه قضى وقتاً ممتعاً وأنه يرغب في زيارة المعالجة في المستقبل.

التعليق:

بلغت جلسات العلاج النفسي باللعب مع سعد 16 جلسة، بالإضافة إلى اجتماع المعالجة مع المدرسة. وثلاثة اجتماعات مع الأم دون الأب. وتغيّب الأب عن الجلسات يشير إلى عدم إدراك بعض الأهل في النظر إلى الآثار السلبية للتممر على الطفل. ومن المؤسف أن حالات التمرر المتكرر والتي يتم التغاضي عنها، تؤدي إلى عزلة الطفل النفسية وظهور أعراض رفض الذهاب إلى المدرسة، وفي حالات قصوى إلى إقدام الطفل على الانتحار. ولا بد من الإشارة إلى أن شعور أم سعد بأهمية مساعدة ابنها من خلال العلاج النفسي باللعب، بالإضافة إلى إصرارها على متابعة موضوع التمرر في المدرسة، وقدرتها على إقناع المدرسة بالتحرك بجدية لإيقافه كان له الدور الأكبر في مساعدة سعد.

وبالنسبة للطفل هدف التمرر، يمكن القول إن لدى سعد عددًا من الصفات التي يتصف بها ضحايا التمرر (Hudspeth, F, 2015) مثل نقص مهارات التفاعل الاجتماعي، وصعوبة تكوين الصداقات، وضعف الأداء الأكاديمي في بعض المواد، وارتفاع نسبة القلق مثل خوفه من المرتفعات والكوابيس. وبالرغم من التقدم الذي أحرزه في جلسات اللعب وفي تكوين بعض الأصدقاء، إلا أن بقاء سعد هدفًا للتمرر في المدرسة خلال مدة الجلسات الأولى أخرج من سرعة تقدم العلاج، مما

يؤكد أهمية دور المدرسة في النظر بجدية للتنمر وعدم إهماله. ومن المؤسف أن المدرسة لم تتدخل في إيقاف التنمر، إلا بعد أن استمعت الإدارة إلى تسجيل الأم لصوت ابنها يصف التنمر الذي يتعرض له. ويذكر سعد في التسجيل الصوتي أنه أخبر المعلمة مرات عدة، وكانت ردة فعلها تهدئته والطلب من المتنمر أن يعتذر له، والنظر إلى الموضوع برمته كنزاع طبيعي بين الأطفال وليس تنمرًا له سلبياًته على صحة الطفل النفسية. ومن المؤكد أن جلسات العلاج باللعب ساعدت على بناء ثقته بنفسه، مما شجعه على الإفصاح عن التنمر والتحدث عنه مع أمه والمعالجة، وتقبل العلاج وتطبيق تدريبات إستراتيجيات التعامل مع التنمر وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي. وبسبب بعض الخصائص الشخصية لسعد، من المتوقع أنه قد يتعرض للتنمر خلال مراحل نموه، إلا أن جلسات اللعب والمهارات التي تعلمها قد تحميه من الوقوع ضحية للتنمر المتكرر، وقد يحتاج في مرحلة المراهقة الأولى إلى بعض جلسات العلاج التعزيزية.

• الحالة (٢) :

كانت منى في الحادية عشرة من عمرها عندما أحضرتها والدتها للعلاج النفسي بسبب سوء حالتها بعد تعرضها للتنمر الإلكتروني، ومنى -حسب وصف والديها- طفلة

متميزة أكاديمياً واجتماعياً، ولديها العديد من الصديقات، كما أنها شغوفة بالرياضة ولعب الكرة. لاحظت الأم أن منى تغيرت وانخفض مستوى نشاطها الرياضي وأصبحت تقضي وقتاً أطول في غرفتها لاهيةً بالكمبيوتر والألعاب الإلكترونية.

منى تعيش مع والديها وأختها التي تصغرها بثلاث سنوات، وهي مرتبطة بأختها وتحب اللعب معها، وعند سؤال الأم عن تاريخ منى الصحي، ذكرت أن نموها كان طبيعياً ولم تتعرض في طفولتها لأمراض خطيرة، كما لم يحدث أن تعرضت لأزمة فقدان أحد من أسرتها أو انفصال مبكر عن أمها في سنوات الطفولة الأولى.

كذلك عبر الوالدان عن قلقهما تجاه الوضع النفسي لمنى، حيث استيقظت من نومها مفزوعة مرتين في الشهر الماضي بعد تعرضها لنوبة ذعر مفاجئ (Panic Attack). وأضافت الأم أنها اكتشفت من خلال قراءة الرسائل النصية في تليفون ابنتها أنها تتعرض للتهديد من إحدى القريبات الأكبر منها قليلاً، وأن نوبات الذعر المفاجئ بدأت في الظهور بعد أن تحدثت الأم معها، وصارحتها منى بأنها فعلاً تتعرض للتهديد المتكرر من قريبتها، إلا أنها رفضت أن تخبرها بالسبب الذي كان وراء التهديد.

أهداف العلاج:

- بناء علاقة القبول والتعاطف مع منى وتوفير فرص الشعور بالأمن والراحة النفسية.
- تقبل مقاومة منى للعلاج وخاصة في الجلسات الأولى، واعتبار هذه المقاومة جزءاً من محاولة الطفل التكيف مع وضع التنمر المتكرر.
- بناء ثقة منى في نفسها وتوفير الفرص من خلال اللعب والتدخلات المختلفة للتعبير عن مشاعرها.
- مساعدة منى في التغلب على القلق، وتبصيرها بمفهوم القلق والتفريق بين القلق الحقيقي والقلق غير الحقيقي.
- تدريب منى على الاسترخاء والتنفس كوسيلة للتعامل مع الذعر المفاجئ (Panic Attack).
- تثقيف الوالدين عن التنمر، وأنه من الخبرات المؤلمة التي قد يتعرض لها الأطفال وتتطلب تفهماً وصبراً.
- تثقيف الوالدين بما تعرضت منى له من ذعر مفاجئ في أثناء الليل، وعلاقته بالقلق والمخاوف التي تشعر بها تجاه ما تتعرض له من تهديد.

الجلسة الأولى:

بدأت منى منذ الجلسة الأولى طفلة ودودة واثقة من نفسها، وتتمتع بمهارات التفاعل الاجتماعي، وأظهرت تقبلاً للمختصة وتعاوناً في تطبيق التدخلات، وبهدف التشخيص وإدماج منى في اللعب، تم في الجلسة الأولى استخدام (Burns & Kaufman, 1970, Kinetic Family Drawing). وقد كانت رسوم ليلي ووصفها لأسرتها تتم عن وجود علاقة إيجابية مشبعة عاطفياً بين أفراد الأسرة، وفي الوقت المتبقي من الجلسة اختارت منى اللعب بلعبة (صل أربعة) (Connect Four) وهي من ألعاب الطاولة التي تتطلب التفكير الإستراتيجي المسبق لكل حركة، وقد كان أداء منى متميزاً وتمكنت من الفوز بجهودها الذاتية ودون مساعدة من الاختصاصية، ومن الواضح أن منى تمتلك العديد من الصفات الذاتية التي تدعم ثقتها بنفسها.

الجلسات ٢-٥:

كان الهدف من الجلسات توفير البيئة الآمنة لمنى للتعبير عن مشاعرها وأفكارها وسلوكاتها، وباستخدام تدخل (أحجيتي) (Lowenstein, L. 2002, P.7) عبّرت منى عن مشاعرها وقلقها وأمانيتها، وأن أسوأ ما يمكن أن يحدث لها

شعورها بالخوف والتهديد، وعندما حاولت الاختصاصية الاسترسال معها في الحديث عن التهديد الذي تعرضت له، رفضت منى الإفصاح عنه، كذلك ذكرت من خلال تطبيق هذا التدخل أنها تحب الكتابة، ووعدت الاختصاصية بإحضار بعض الكتابات والقصص التي كتبتها مؤخراً.

وفي الجلسة الرابعة أحضرت منى من كتاباتها قصة تدور أحداثها حول طفلة ضاعت من أهلها وحاول شخص اختطافها، ولكنها صرخت ولفت انتباه الآخرين، فهرب الشخص، ولكنه ظل يهددها بأنه سوف ينتقم منها. والطفلة - في القصة - بالرغم من عودتها لأهلها، إلا أنها لا تزال خائفة وقلقة، وأنهت القصة بأن المختطف بمرور الوقت قرر أن يتوقف، ومن الواضح أن القصة تشير إلى شعور منى بالخوف من التهديد الذي تتعرض له بصورة متكررة، كما تعكس أمانيتها بانتهاء التهديد.

كذلك تم التركيز في هذه الجلسات على زيادة شعور منى بالقدرة والتمكن من خلال ألعاب الطاولة والتقنيات الأخرى. وفي الجلسة الخامسة تم استخدام تقنية (قنابل ورق الحمام المبللة) وقذفها على الرسمة التي تعبر عن مخاوف كل من المعالجة والطفلة. وفي هذه الجلسة رسمت منى بوضوح نفسها وقريبتها الأكبر منها بحوالي 3 سنوات، والرسائل النصية التي

تصل إلى تليفون منى على شكل قتابل. وذكرت منى أن قريبتها على علاقة بولد، وقد علمت منى عن هذه العلاقة، مما أدى إلى غضب القريبة وتهديدها بأنها سوف تضع صورتها في وسائل التواصل الاجتماعي وتنتشر شائعات وأكاذيب إن أفشت منى سرها.

الاجتماع الأول مع الوالدين:

نوقش في الاجتماع مفهوم التمر وصفات الأطفال الذين قد يتعرضون له، ووافق الوالدان أن لدى منى استعداداً للقلق والمبالغة في تفسير بعض الخبرات السيئة، مما يزيد من مشاعر القلق لديها، وأضاف الوالدان أنهما لاحظا تحسناً في ردود فعل منى للرسائل النصية، حيث ذكرت لوالديها أنها ستحاول إهمال هذه الرسائل ولن ترد عليها، كما أشار الوالدان إلى صعوبة التعامل مع التمر الصادر من الأقارب؛ فالعائلة تجتمع بصورة أسبوعية مع الأقارب، وقد يحدث التمر بين الأطفال دون معرفة من الأهل، خاصة وأن الوضع الاجتماعي لهذه اللقاءات يختلف عن بيئة المدرسة التي يمكن للمعلمين والمعلمات والاختصاصية الاجتماعية مراقبة التمر وإيقافه. وتم في الاجتماع أهمية إظهار القبول لمنى ومراقبة التقدم الذي يحدث وتشجيعه مهما كان طفيفاً.

الجلسات ٦-٩:

هدفت هذه الجلسات إلى مساعدة منى على التعرف على مفهوم القلق بالاستعانة بكتاب (Schab, L. (2008). The Anxiety Workbook for Teens). وتطبيق بعض التدخلات للتغلب على مشاعر القلق والخوف مثل تكنيك (The Worry Tree)، حيث يكتب الطفل على قصاصات ورق ملون الأشياء التي تقلقه ثم بلصقها على فروع الشجرة. وبالإضافة إلى توفير الفرص لمنى لبناء الثقة بقدرتها على مواجهة التنمر، استخدمت العديد من التدخلات التي ساعدتها من خلال الرسم واللعب على التعبير عن مشاعرها.

ومن الألعاب التي كان لها تأثير في مساعدة منى تعلم الإستراتيجيات التي تستطيع استخدامها عندما تصلها رسائل التهديد من قريبتها لعبة (Berg, 2005, The Bullying Game)، إذ تضمنت بطاقات اللعبة الكثير من المواقف عن المتنمر والضحية ومناقشة سبل التعامل معها.

وتم في هذه الجلسات الاستعانة بكتاب (Greenberg & Emery. (..) Anxiety Disorder and Phobias: A cognitive Perspective) للتحديث مع منى عن الذعر المفاجئ الذي حدث لها وكيفية التعامل معه. كما درّبت على جلسات

الاسترخاء وأسلوب التنفس الذي يسهم في تخفيف وطأة نوبة الذعر المفاجئ، وقد كانت منى متجاوبة ومتحمسة لتطبيق ما تتدرب عليه في غرفة اللعب. كذلك ذكرت منى أنها استخدمت إستراتيجية إهمال رسائل التهديد التي تصلها، مما أدى إلى توقف هذه الرسائل، وكانت -حسب تقييم والدتها وحسب ما ذكرته منى- أنها أصبحت أكثر استعداداً لمواجهة التمر والتعامل معه مستقبلاً.

الاجتماع الثاني مع الوالدين:

ذكر الوالدان في هذا الاجتماع أن منى استفادت كثيراً من جلسات الاسترخاء والتنفس، وأنها عادت إلى ممارسة الرياضة بشكل منتظم، وذكر الوالدان أن ثقة منى بنفسها تطورت ولم تعد تشعر بالخوف، ولم يحدث أن تعرضت لنوبات الذعر لأكثر من شهرين، وأضاف الوالدان أن منى استمرت في تجاهل رسائل التهديد النصية، مما أدى إلى توقفها نهائياً.

الجلسة (١٠) الأخيرة:

كانت منى في جلسة الإغلاق الأخيرة نشيطة ومتحمسة، وذكرت أنها عادت لممارسة الرياضة التي تحبها كالتنس وكرة القدم، وتم في الجلسة الأخيرة استخدام تكنيك يسهم في تأكيد الذات من خلال ذكر منى للصفات الإيجابية التي تتصف بها،

ووضع لون لكل صفة، ثم وضع الرمل الملون الذي يدل على هذه الصفات في قارورة ليصبح الناتج الفني خطوطاً من الألوان تعبر عن صفات الطفل الإيجابية. وقد قامت منى بالعمل وأخذته معها كذكرى لجلسات اللعب.

التعليق:

بلغت جلسات العلاج النفسي باللعب مع منى 10 جلسات، بالإضافة إلى اجتماعين مع والدي الطفلة، ويمكن اعتبار الوقت الذي احتاجته منى للتغلب على مشكلتها وتطوير قدرتها في التعامل مع التنمر قصيراً مقارنة بالأطفال الآخرين، ويعود ذلك إلى أن منى تتمتع بصفات شخصية أسهمت بصورة كبيرة في استفادتها من الجلسات، بالإضافة إلى وجود والدين متفهمين وصديقات داعمات.

وحسبما ذكر (Hudspeth, 2015) عن مواصفات الأطفال الضحية، يعدُّ مستوى القلق لدى منى من العوامل التي أدت إلى وقوعها ضحية للتنمر، وقد كان لتعريف منى وإدراكها لمفهوم القلق، وتجاوبها واستفادتها من التدخلات الخاصة بموضوع القلق، بالإضافة إلى جلسات الاسترخاء والتنفس دور في تطوير قدرتها في التعامل مع التنمر.

ويعدُّ التمر الإلكتروني الذي تعرضت له منى من أصعب أنواع التمر لصعوبة اكتشافه، ومن الممكن أن يستمر التمر ورسائل التهديد مدة طويلة، لولا متابعة أم منى وحرصها واكتشافها للتمر. وهذا يشير إلى أهمية وعي الأهل وسرعة تحركهم لإيقاف المشكلة والحد منها.

وبناء على خبرتي في العمل مع الأطفال ضحية التمر، فإن حالة منى الخامسة من الأطفال الذين تعرضوا للتمر العائلي، مما يشير إلى أهمية إضافة هذا النوع من التمر -وخاصة في المجتمعات العربية- لأهمية العلاقات العائلية الممتدة وإمكانية تعرض الأطفال للتمر في مثل هذه التجمعات.

References

- D'Andrea, W., Ford, J., Stolebach, B., & Kolka, B. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why do we need appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2).
- Ferguson, C., Mignel, C., Killburn, Jr, J., & Sanchez, P. (2007). The effectiveness of school-based antibullying programs: A meta analysis review. *Criminal Justice Review*, 32(4), pp. 401-414.
- Fleming, L., & Jacobson, K. (2009). Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promotion international*, 25 (1), 73- 84.
- Hudspeth, Franc. (2015). Addressing Bullying from a Complex Trauma Perspective by Utilizing Neurobiologically-Informed Play Therapy. Association for Play Therapy 32nd Annual Conference, 2015.
- Lowenstein, L. (2002). *More Creative Interventions for Troubled Children and Youth*, Toronto, Canada: Champion Press.
- Lowenstein, L. ed. (2008). *Assessment and Treatment Activities for Children, Adolescents, and Families*. Toronto, Canada: Champion Press.
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: Evaluation and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 124-134.
- Ortega, R. et al (2012). The Emotional Impact of Bullying and Cyberbullying on Victims: A European Cross-National Study *Aggressive Behavior*, Volume 38, Issue 5 Pages 342-356.
- Grant, J. (2014). *Play Based Interventions for Autism, ADHD, Neurodevelopmental Disorders & Developmental Disabilities*. USA: RJG.

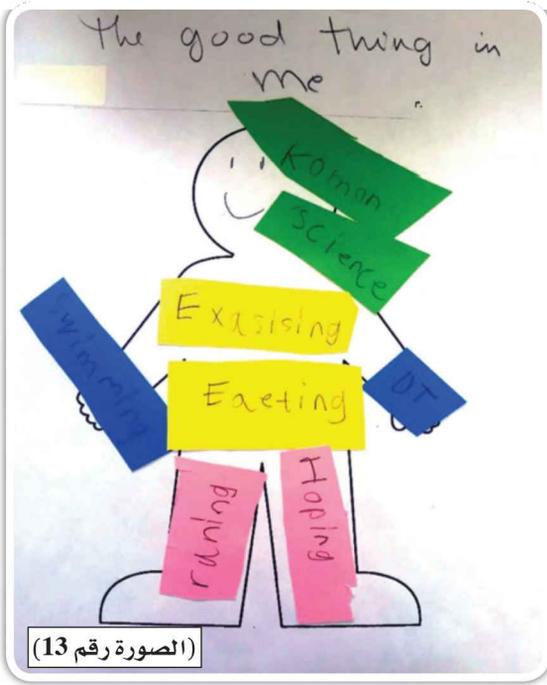
- <http://www.danielhughes.org/treatment---parenting-model.htm>.
- <http://www.antibullyingpro.com/blog/2015/4/7/facts-on-bullying>
- <http://www.ditchthelabel.org/annual-bullying-survey-2017/>

Children's Books:

- سامي، دلال. (1438). صمت يوسف. الرياض: دار وجوه للنشر والتوزيع.
- براج، سمر. (2016). صديقي، بيروت: دار الساقى.
- Burnett, K. and Barrows, L. (1999). Simon's Hook; A Story about teases and put-downs, Canada: GR Publishing.
- Genhart, Michael. (2016). Ouch Moments: When words are Used in Hurtful Ways. Washington D.C.: Magination Press.
- Frankel, E. (2012). Weird, Canada: Free Spirit Publishing Inc.
- Krasny Brown, L. & Brown, M. (1998). How to be a Friend
- Meiners, Cheri J. (2014). Have Courage. Minneapolis: Free Spirit Publishing Inc.

Games:

- Berg, Berthold. (2004). The Social Skills Game, USA: Western Psychological Services.
- Berg, Berthold. (2006). The Bullying Game, USA: Western Psychological Servi



السيرة الذاتية للمؤلفة



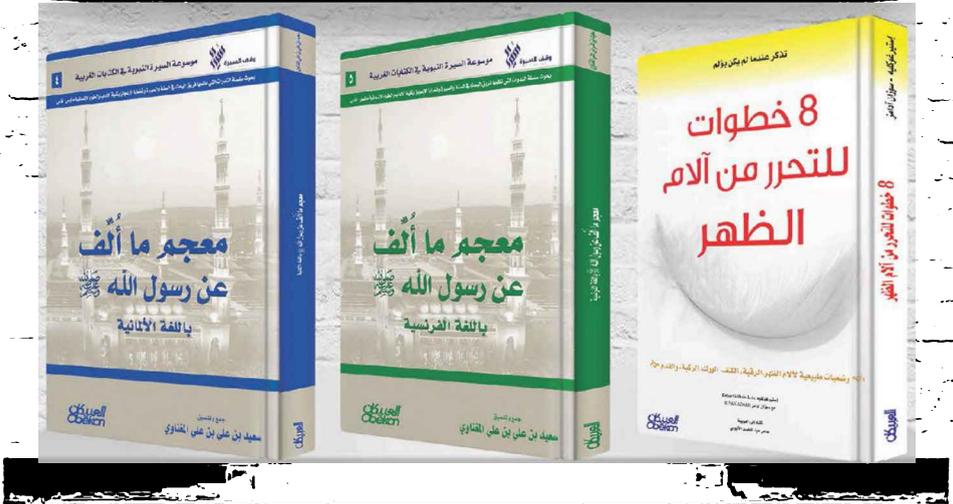
الأستاذة الدكتورة سهام عبدالرحمن الصويغ المدير والمؤسس لـ
مركز مساندة لاستشارات الطفل والأسرة) في مملكة البحرين، والحاصلة
على رخصة ممارسة، إضافة إلى حيازتها شهادة تدريب في العلاج النفسي
باللعب. حصلت على بكالوريوس العلوم في علم النفس من جامعة ولاية
أوريجون، وشهادة الماجستير في علم النفس التربوي من جامعة نورث ويسترن،
والدكتوراه في علم النفس التربوي من جامعة أوريجون في الولايات المتحدة
الأمريكية، وحصلت على شهادة العلاج النفسي باللعب من معهد التدريب
على العلاج النفسي باللعب من نيوجرسي بأمريكا. عملت عضو هيئة تدريس،
وشغلت مناصب إدارية في جامعة الملك سعود بالرياض والجامعة الملكية
للبنات بالبحرين، ولديها ما يزيد على 30 بحثاً منشوراً في مجلات علمية
في دراسات الطفولة وعلم نفس الطفل وتوجيهه، إضافة إلى الكتب المترجمة
والبحوث المقدمة في مؤتمرات عربية وعالمية، وقدمت ما يزيد على 60 ورشة
عمل في العلاج النفسي باللعب والتثقيف الوالدي وتوجيه سلوك الأطفال.



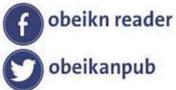
(مركز مساندة لاستشارات الطفل والأسرة)

هو مؤسسة غير ربحية، مرخصة من وزارة الصحة بمملكة البحرين، ويقدم خدمة الاستشارات النفسية والعلاج النفسي باللعب للأطفال الذين يعانون مشكلات نفسية وسلوكية في المراحل العمرية من عمر 3 سنوات إلى 18 سنة، ويتوافر في المركز عدد من الأساليب العلاجية والاستشارات المناسبة مع الاحتياجات الفردية لكل طفل أو مراهق، إضافة إلى تقديم الدعم إلى الآباء والأمهات والتربويين وغيرهم من مقدمي الرعاية للأطفال، وتتضمن الخدمات التي يقدمها المركز: العلاج النفسي باللعب، والإرشاد النفسي، والعلاج الجمعي، والاستشارات الوالدية والتربوية، إضافة إلى برامج التدريب على العلاج النفسي باللعب، وبرامج التدريب على الوالدية.

أحدث الإصدارات



Follow Us



كتبنا الصوتية



كتبنا الإلكترونية



لخدمات البيع والتوصيل



"A long awaited Book in Arabic about the power of play therapy to heal children with psychological problems Highly recommended!"

Charles E. Schaefer, Ph.D., RPT-S

Professor emeritus of Psychology
Fairleigh Dickinson University
Teaneck, Nj
Co-Founder & Director Emeritus
The Association for Play Therapy
Clovis, CA

"I have known Dr. Siham Alsuwaigh for 15 years, and she is extremely knowledgeable about play therapy. She is an outstanding professional and author who has played a key role in bringing play therapy to the Arab world. In this book, she introduces readers to this fascinating form of intervention for children and families, and she shows how it is applied with a variety of different problems and challenges. I particularly like the way she has interwoven solid, up-to-date information about play therapy with cultural considerations that are relevant to families and therapists in Arabic countries. I hope that this book will be read widely by therapists who wish to add these key tools to their way of working with children. It is a pists who wish to add these key tools to their way of working with children. It is a wonderful and important addition to the literature."

Risë VanFleet, Ph.D., RPT-S

President, Family Enhancement & Play Therapy Center, Inc.
Author of Child-Centered Play Therapy, Filial Therapy: Strengthening Parent-Child Relationships through Play, and other books.

«معرفتي بالأستاذة الدكتورة سهام الصويغ، تزيد على خمس وعشرين سنة، ولا أبالغ عندما أقول: إنها منذ ذلك الحين لم تتوقف عن مفاجأتي وإبهاري بكل ما هو جديد في علم نفس الطفولة، ولم تبخل عليّ، عندما كنت طالبة، أو على طالباتها، ولا على المجتمع السعودي والخليجي بأي معلومة أو خبرة أو مهارة في مجال التعامل الفعال مع الأطفال وكيفية تهيئة بيئة تربوية آمنة لهم. ولم تكتفِ الدكتورة سهام بتناول علم نفس الطفولة على المستوى الأكاديمي في الجامعات، بل عملت جاهدة لنقل خبراتها العميقة إلى مجال التدريب العملي لكل الذين يتعاملون مع الأطفال سواءً الوالدان، أو المعلمون والمعلمات، وذلك بسلسلة من البرامج التدريبية الثرية بالمهارات التربوية.

وقد حالفني الحظ بالالتحاق ببرنامج التدريب على العلاج النفسي باللعب من إعداد وتقديم الدكتورة سهام في أكتوبر عام ٢٠١٧م، وهي كماداتها سلطت الضوء على أهم المهارات اللازمة للاختصاصي النفسي في أثناء تطبيق أسلوب العلاج باللعب بدءاً من تنظيم غرفة اللعب ومحتوياتها إلى معظم التطبيقات لتأسيس العلاقة بالطفل، والتشخيص، وإعداد الخطة العلاجية، وأخيراً مرحلة الإغلاق. وها هي الآن تقدم للمجتمع الخليجي والعربي تحفة رائعة في مجال يُعدُّ من أحدث المجالات بعلم النفس العيادي، وهو العلاج النفسي باللعب.

وهذا الكتاب يُعدُّ مرجعاً أساسياً في علم النفس لكل الذين يتعاملون مع مشكلات الأطفال واضطراباتهم».

د. مها محمد العلي

استشارية نفسية وتربوية.

ISBN: 9786030265893



9 786030 265893

- علم نفس الأطفال
- العلاج النفسي



تلهم المعرفة
Inspiring Knowledge

f Obeikan Reader

@ObeikanPub

للشؤون
العبيكان
Obeikan
Publishing