

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 ويتفهم 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 الأشرار 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.

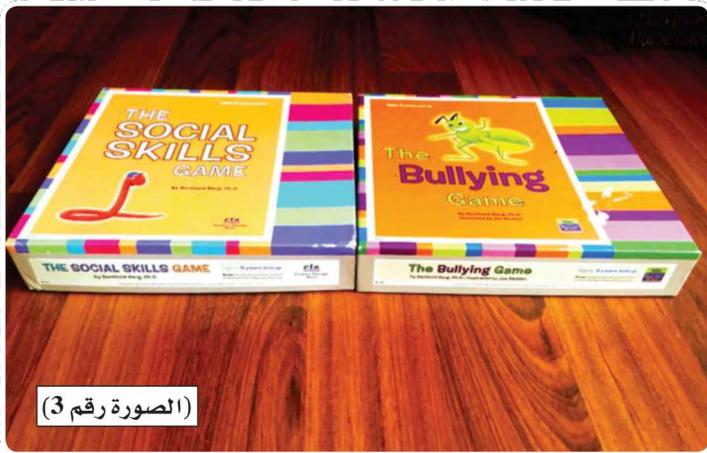
- الكمال: يظهر موضوع الكمال في لعب الأطفال القلقين وخاصة في الجلسات الأولى، فهم يفضلون الكمال فيما يقومون به من لعب مثل تنظيم الألعاب في بيت الدمى أو المطبخ، ويشعرون بعدم الراحة والانزعاج إذا لم يكن اللعب أو النشاط كاملاً، وكمثال على ذلك كثرة استخدام المحاة في الرسم أو في تطبيق نشاط.
- القوة والتحكم: 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)