العمل العلاجي الشبكي في خدمة العائلات في شدائد متعددة:

عائلات الأطفال المصابين بالتوحد أنموذجا

صالح خشخوش[1]* فتيحة بن زروال[2]

[1، 2]جامعة أم البواقي، الجزائر

استلم بتاريخ: 15-05-2018 تمت مراجعته بتاريخ: 19-06-2018 نشر بتاريخ: 22-06-2018

الملخص:

يسلط هذا المقال الضوء على إحدى المقاربات العلاجية التي ظهرت خلال تسعينيات القرن العشرين، وهي العمل العلاجي الشبكي، باعتباره مقاربة مدعمة بالعيادة التشاورية والمقاربات النسقية والسياقية . ويشرح هذا المقال كيف يمكن للعمل العلاجي الشبكي مساعدة عائلات الأطفال المصابين بالتوحد في مسار العلاج، وكذا كيف يمكن لهذه المقاربة مساندة المهنيين العاملين مع هاته العائلات في شدائد متعددة، وذلك من خلال تناول وضعيات تمت معايشتها خلال العمل الميداني مع أطفال التوحد وعائلاتهم.

الكلمات المفتاحية: العمل العلاجي الشبكي؛ التوحد؛ الشدائد المتعددة.

Network therapy serving families in multiple distresses
Autistic children families as a model

Salah KHECHEKHOUCHE [*1] Fatiha BENZEEOUAL [2]

[1, 2] Oum El Bouaghi University, Algeria

Abstract

This paper aims to highlight Network therapy as one of the therapeutic approaches that emerged during the 1990s, and supported by the consultation clinic, the contextual and systematic approaches. It explains how network therapy can be helpful when dealing with autistic children families during therapy. As well as showing how this approach can support professionals working with these families in multiple distresses, through presenting two situations experienced during the field work with autistic children and their families.

Keywords: Network therapy; Autism; multiple distresses.

*** E. Mail :** salahpsycho@yahoo.fr

مقدمة:

تنظر العديد من المقاربات العلاجية على غرار التحليل النفسي والمدارس المعرفية والسلوكية إلى العلاج على أنه تلك الخدمات المقدمة إلى المريض الذي يطلب مساعدة، أما المقاربات السياقية والنسقية approches contextuelles et systémiques فهي توسع نظرتها للاضطراب النفسي، بحيث تتناوله من منظور نسقي، كون الشخص المريض هو جزء من نسق يتأثر به ويؤثر فيه.

ويمكن للمهنيين استغلال هذه المقاربات والاعتماد عليها في العمل اليومي الميداني، لكن عندما يتعلق الأمر بالشدائد المتعددة كالأمراض المزمنة أو الإعاقات فإن الأمر يتطلب من المهني أن يوسع نظرته لأكثر من العائلة، وبالتالي إلى شبكة المهنيين، أي بالاعتماد على العلاج الشبكي. وسيتناول هذا المقال العمل العلاجي الشبكي وأهميته في مساعدة العائلات في شدائد متعددة متخذين من خبرتنا في التعامل مع عائلات الأطفال التوحديين كأنموذج للعمل؛ حيث قسم إلى جزأين، تناول الجزء الأول شرحا لمفهوم العمل العلاجي الشبكي من حيث تاريخ ظهوره، وأوجه العمل العلاجي الشبكي، وتم في جزئه الثاني تحليل لوضعيتين تظهر من خلالهما أهمية هاته المقاربة بالنسبة للعائلات والمهنيين على حد سواء.

إشكالية الدراسة:

إن تعقد وضعيات الفحص أو تحليل الطلب analyse de demande في ظل تعقد وتركيب الوضعيات التي تطلب الاستشارة النفسية من المختص النفسي تستدعي منه تطوير بعض الكفاءات الخاصة لديه، فالعائلات التي بها أكثر من شخص يعاني إشكاليات نفسية واجتماعية، عادة ما يكون لها عدة طلبات؛ مثال ذلك العائلة التي تأتي إلى المختص النفسي طلبا للمساعدة فيما يخص ابنها المراهق الذي لديه سلوكات مرور إلى الفعل، لكن المهني يكتشف بعد الحصة الأولى أن لدى هذه العائلة ابن يعاني من صعوبات تعلم، وأب لا يعمل، وأخت كبرى مطلقة وتعيش مع العائلة ولديها ابن في وضعية إعاقة. أمام هاته الوضيعات التي تتداخل فيها الإشكاليات، يجد المختص النفسي نفسه في حيرة وارتباك لأنه عاجز على تلبيه هذا الكم الهائل من الطلبات، وبالتالي فإن العائلات في شدائد متعددة تضعنا في حدود قدراتنا الخاصة كطبيب أو كمختص نفسي، ولكنها في مقابل ذلك تسمح بتطوير قدراتنا غير الخاصة التي تتمثل في قدرة المهني على ربط علاقات، وبالتالي توسيع شبكة العلاقات المهنية. لهذا يتوجب على المهني أن لا ينحني للرفض أو الارتباك الذي يأتي من قبل هاته العائلات، بل يجب أن ينصت إليها، فهي القوة المحركة لكل مساعيه المهنية والعلاجية.

فالعائلات هي من تضع المهني في صلب عمله، فهي تنشطه وتحرك مساعيه المهنية؛ وهذا ما يُطلق عليه بالقوة الاستدعائية للعائلات la force convocatrice des familles في العمل العلاجي الشبكي، حيث يعتبر حتى رفض العائلة للخدمة أو المساعدة التي يقدمها المهني مؤشرا على الشدة والأزمة التي تعيشها، والتي سوف تحرك وتفعّل كفاءات المهني للتدخل العلاجي وتقديم الدعم اللازم.

فعندما يواجه المهني وضعيات معقدة، تجعله يحس بالعزلة والخوف وأنه يحتاج أكثر من أي وقت مضى إلى زملائه في العمل وبالتالي إلى شبكة المهنيين، فهذه الوضعيات مفرطة التعقيد هي التي تنشط على وجه التحديد العمل الجماعي. والشبكة المهنية واضحة المعالم، التي يتم اختيارها بعناية حسب صور العمل العلاجي الشبكي الملائمة هي الوحيدة التي تكون فعالة ومدعمة للعلاج أمام هذه التعقيدات الكبيرة (لومير، 2017، 11).

وعائلات أطفال التوحد يمكن اعتبارها في شدائد متعددة détresse multiples et sévère كون ولادة طفل توحدي داخل الأسرة يمكنه أن يغير التوازن داخل النسق الأسري وبالتالي الأدوار والوظائف، فمن شأن هذا الأمر أن يؤثر بشكل كبير على إخوته، فهؤلاء يمرون بخبرات انفعالية تؤثر حتما على جهازهم النفسي، كالشعور بالقلق، والإحباط، والخوف من أن يصبحوا مثل أخيهم، أو شعورهم بالذنب اتجاه أخيهم المعاق نتيجة اعتقادهم بأنهم سبب في إعاقته، أو لأنهم يتمتعون بصحة جيدة خلافا لأخيهم المريض، كما يمكن أن ينتابهم قلق اتجاه مستقبل أخيهم المعاق (شرادي، 2014، 109).

قد يتعرض الإخوة إلى مصادر ضغط تنتج عن التساؤلات حول المرض، وهذا الضغط يعبر عنه بعضهم بتطوير أعراض مرضية على غرار التأخر في النتائج الدراسية، أو اضطرابات سلوكية كالعدوانية أو التبول اللاإرادي؛ وهو ما لاحظناه خلال عملنا لمدة سنوات مع عائلات الأطفال المصابين بالتوحد بمركز التاج للتكفل النفسي والبيداغوجي بالأطفال في وضعية إعاقة بقمار ولاية الوادي.

أما من ناحية الوالدين فإن وجود طفل توحدي قد يدفع بالوالدين بالعيش كأولياء وليس كأزواج وهذا يسبب ضغطا لما يسميه Minuchin بالنسق الفرعي الزوجي (Munichin,1988)، أو أن التوحد بصفته عرضا قد يفرض توازنا مرضيا وبالتالي عائلة غير وظيفية، وهذا ما تؤكده شرادي حينما أوردت أن أفراد العائلات التي بها طفل معاق هم ضحايا لأسر تؤدي وظائفها على نحو غير وظيفي dysfonctionnelle famille؛ إذ يوجد اضطراب على مستوى جوانبها البنائية بسبب جمود rigidité توظيفها العام، الأمر الذي ينعكس سلبا على تفكير أفرادها وسلوكاتهم، سواء تعلق الأمر داخل أو خارج الأسرة (شرادي، 2014، 109).

فالعائلات التي بها طفل توحدي على الرغم من معاناتها التي قد تبدأ برحلة البحث عن تشخيص إلا أنها في حالات كثيرة قد ترفض الخدمة، فهي تغيب عن مواعيد الكفالة النفسية أو الأرطفونية تارة، أو تقطع حصص الكفالة بشكل نهائي تارة أخرى، أو تقدم الطفل كعرض أي "غيره دون أن تغيرنا"(لومير،2017، 7)، أو تدخل في تصاعد تناظري مع المهنيين، وهو ما يضع المهنيين في ارتباك وحيرة. وأمام هذا الشعور بالريبة والحيرة التي قد ينتاب المهني يقترح العمل العلاجي الشبكي نماذج للعمل تسهل على المهني التعامل في هاته المواقف، ويقترح مقاربة مختلقة تسمح للمهني بإيجاد الموارد المتبقية ressources résiduelles حتى في أصعب المواقف التي تظهر مستحيلة الحل كعدم وجود

شخص في العائلة يمكنه المساعدة أو يتحمل جزءا من المسؤولية. انطلاقا من هاته التداعيات الفكرية ينطلق هذا المقال من عدة تساؤلات مفادها:

- ما هو العمل العلاجي الشبكي؟
- كيف يمكن للعمل العلاجي الشبكي مساعدة عائلات الأطفال المصابين بالتوحد في تسيير شدائدها المتعددة؟
- كيف يمكن للعمل العلاجي الشبكي أن يجيب على تساؤلات المهنيين المشتتين déconcerté الذين يرافقون عائلات أطفال التوحد؟

مفهوم العمل العلاجي الشبكي:

كانت بدايات العمل العلاجي الشبكي، خلال سنوات الحرب في يوغوسلافيا بين سنوات (1993-1996) في إطار المساعدة الإنسانية بمخيمات اللاجئين، حيث عمل Jean-Marie Lemaire وهو طبيب أمراض عقلية ومعالج عائلي بلجيكي رفقة Eveline Chevalier وهي أخصائية نفسانية ومعالجة عائلية بلجيكية، وقدما برامج نفسية. وفي سنة 1998 تم استخدامه في الجزائر بعد العشرية السوداء (Hellal, Lemaire,2016).

إن هدف العمل العلاجي الشبكي ليس إعادة خلق أو بناء شبكات علاجية جغرافيا، بل هو مراجعة لعادات العمل الجماعي بطريقة أكثر منهجية وإتقان، وكذا مراجعة لبعض وسائل العمل العلاجي لتقديم المساعدة الاجتماعية والنفسية والصحية، من خلال وضع لغة مشتركة تسمح بخلق شبكة مهنية احترافية تدعم المهني في جميع مهامه، وتجعله أكثر استعدادا لمواجهة الوضعيات المربكة، حيث أن المهنيين لا يمكنهم التطور في مجالات عملهم إذا كانوا لا يعملون في شبكة.

يعتمد العمل العلاجي الشبكي على أطر نظرية أهمها المقاربة النسقية والعلاج السياقي؛ فالعمل العلاجي الشبكي هو وريث المناهج النسقية والعلاج العائلي. حيث تنظر المقاربة النسقية إلى الفرد في سياقه العائلي، وهي تتعامل مع العائلة كنسق، لا تنحصر دراسته في عدد الأفراد الموجودين داخله فقط، بل تتعدى إلى دراسة طريقة عمله بصفة شاملة من خلال دراسة نظام الأسرة ككل، بحيث لا يركز المعالج باستمرار على المفحوص أو المريض المعني بالعلاج فقط، بل يتلقى ويدون مجموعة من الملاحظات التي ستكون كلها أدوات مفيدة تساعده في مهامه التي تخص التوظيف العائلي للعلاقات داخل العائلة.

التناول البنائي الذي يقوده Munichin يقترح دراسة البنية الداخلية للعائلة من خلال اعتبارها وحدة كلية وشاملة، تنتمي إلى واقع يختلف حسب رؤية ووجهة نظر كل عضو من أعضائها. ويعتبر أن بنية العائلة هي الشبكة غير المرئية للمتطلبات الوظيفية، التي تنظم الأسلوب الذي يتفاعل به أفراد العائلة، وهي عبارة عن نسق يسير وفق أنماط التفاعلات، التي يُحدث تكرارها تثبيت أنماط سلوكية (متى ومع من نقيم علاقة) معينة، وهذه الأنماط هي ما يدعم النسق، كما أن استمرار بقاء العائلة كنسق مرتبط بتعدد الأنماط، وبمرونة تنفيذها حينما تقتضي الضرورة (Minichin,1988, 170).

العلاج السياقي الذي يهتم بالعدالة العلائقية والأخلاق خصوصا داخل النسق العائلي ويدعم ويأخذ في الحسبان موقف كل شخص قد يتأثر أو يؤثر في النسق (Michard, 1996). فالبطاقة العائلية – على حسب تعبير Munichin– والمتمثلة في مخطط يسمح لنا بأخذ صورة عن الأعضاء المنتمين إلى العائلة والعلاقات التي تربط بينهم يمكن أن تُمدد وتوسع إلى خارج الأسرة، لتصل إلى البيئة المحيطة الأوسع، حيث يعني السياق التوزيع، ويصور sociogénogramme بطريقة ما الامتداد والتوسع من الفرد إلى العائلة، وأيضا من العائلة إلى كل الأشخاص الذين حركتهم العائلة من خلال الوضعية أو الصعوبة التي تعيشها، سواء من قريب أو من بعيد، سواء كانوا مهنيين أو غير مهنيين. ومن هنا يبدأ استعداد المهنيين للانتقال من تصميم علاج في فضاء مغلق إلى تصميم علاج في فضاء مفتوح.

من خلال توسيع المهني لمقارباته ومناهجه العلاجية، يستطيع تجهيز نفسه والتسلح للتعامل مع الحالات المربكة. وعلاوة على ذلك عليه أن يقتنع بأن العمل الجواري مع العائلات في شدائد متعددة يتطلب تدخلا متعدد التخصصات، وهذا يعني أن المهني قد وافق على التخلي عن "ملكية الفاعلية المهنية" لوحده لأنه سيتقاسمها مع غيره من مهنيي الشبكة من جهة، ولأن العمل العلاجي الشبكي سيضمن له الدعم والحماية، فيساعده على تجاوز حالة الفوضى وتشتت الأفكار التي يعيشها وكذا تجاوز الاحتياج والشعور بالنقص وبالفشل بسبب قطع الصلة المهنية من جهة أخرى (لومير، 2017، 27).

إن التوسع في العمل يسمح للمهني برؤية الإشكاليات بشكل مختلف، ويسمح له بفتح المجال لأشخاص آخرين يتم تنشطيهم للتدخل، سواء كانوا مهنيين أو عائلات أو مسؤولين، وهو ما يُطلق عليه بالثالوث التشاوري (Philippe Guillaumot, 2015). فعوض الشعور باليأس أمام الوضعيات المعقدة تطرح هذه المقاربة الاستجابة للقوة الاستدعائية لهذه العائلات أي قدرتها على تحريكنا ودفعنا إلى العمل من خلال الالتقاء بأفراد العائلة وجها لوجه في حضور المهنيين المعنيين مباشرة أو بشكل غير مباشر، سواء كانوا مهنيين في المجال الاجتماعي، أو التربوي، أو الطبي، أو الثقافي، أو الرقابي. يلتقي الجميع في فضاء مؤطر لتنشيط شبكة واسعة جدا، تحفزهم على العمل المكثف وتوجه وجهات نظرهم ومعارفهم ومهاراتهم مع بعضها البعض لدفع هذا الوضع المتأزم نحو الخروج من الوضعية الحرجة التي يعيشها الفرد أو الأسرة (صاحب الطلب)، وذلك في جو يسوده الاحترام والتعاون والتشارك بين مختلف الخلفيات المهنية حول نفس الموضوع، وهدفهم تعلم كيفية العمل معا بشكل أفضل (Lemaire, 2011)؛ حيث يسمح تدفق المعلومات وتبادلها بتنوع وجهات النظر حول الوضع، ويساعد المختصين والأسر على اختيار الأدوات العلاجية المناسبة (Jacques Trémintin,2011) .

يركز العمل العلاجي الشبكي على أن لا يغفل دور الأسرة وتأثيرها في مسار العلاج، بشكل يجعل منها هي حجر الأساس لنجاح التكفل. فالمهني يستند إلى استغلال إمكانياتها ومواردها بدلا من الصعوبات التي تواجهها، وذلك لإيجاد التكيف المناسب لها مع الوضعية الصعبة التي قد تحدثها الوضعيات المؤلمة التي تعيشها على غرار ولادة طفل في وضعية إعاقة. وهو ما أشار إليه (لومير) حينما ذكر أن "كل تجارب العائلات في شدائد متعددة، أجبرت المهنيين على ابتكار طرائق مختلفة

للرعاية والمساعدات، والتخلي عن تشخيص العجز والأمراض لصالح تشخيص الموارد والمصادر، .. والبدء بحذر ولكن بصلابة أيضا، والتنقيب مع الأسرة، عن مصادر الصراعات." (Lemaire,2016 ,Hellal).

أدوات العمل العلاجي الشبكي:

للعمل العلاجي الشبكي عدة أدوات لا يمكن الاستغناء عنها هي: دورة التقديمات والسوسيوجينوغرم، ومحضر الجلسة، والمبادئ المسيرة، والرزنامة. نتناولها فيما يلي:

- دورة التقديمات:

يقصد بها كيف يعرف كل شخص نفسه أمام المجموعة، في كل اللقاءات التشاورية سواء كانوا مهنيين أو أفراد العائلة، حيث تفتح دورة التقديمات المقابلة واللقاءات التشاورية، وتصفها Marie Clair Michaud بأنها " مقدمات منطقية مبنية على الثقة، إنها لحظات أين تنسج الأشياء بيننا، أي بين المهنيين فيما بينهم، وبين المهنيين والعائلة، إننا نناقش مهنتنا وأيضا مسارنا المهني، عائلتنا، إنه تمرين جيد لأنه يدفعنا للكلام باسم – أنا– بالإضافة إلى ذلك نفرض على المهنيين أن يكونوا واضحين وذلك بإعطاء كل واحد لاسمه ووظيفته، والكشف أيضا عن بعض المعلومات التي تخص جزءا من حياتنا الشخصية، وكلما أخذنا خيار التكلم في تفاصيل أكثر زاد تثمين ذلك لدى الحاضرين (لومير، 2017، 26).

وتدفع دورة التقديمات المهنيين ليتقاسموا معلومات شخصية مع الحاضرين، وهذا يخلق جوا من المحاكاة، يدفع المهنيين الآخرين لتقاسم أشياء مشرفة عن أنفسهم، وبهذه الطريقة تُعطى للعائلات فرصة التعرف على طريقة العمل بين المهنيين، وعلى العلاقة التي تربطهم بعضهم ببعض، والتي يسودها الاحترام والتقدير، والذي يمكن اعتبارها طريقة مثلى للترحيب بالعائلات. وذلك على عكس ما نقوم به عادة في أماكن عملنا في العيادات الخاصة أو مراكز الكفالة، فعادة لا نعطي أهمية للتعريف بأنفسنا ونكون عادة منشغلين بالصعوبة التي تطرحها العائلة وبالتالي تكون الوتيرة سريعة للتعرف على الصعوبة والتفكير في الحلول، أما في اللقاءات التشاورية فتحتاج العائلة إلى وتيرة مناسبة لمعرفة كل من سوف تتوجه إليه لتمنحه ثقتها كما تقول (ماري كلار ميشو).

إن هذه الطقوس، حيث يكون العديد من المهنيين جنبا إلى جنب مع عدد من أفراد العائلة هي ما يجعل الفرد أو المهني غير معزول، ويتخلص من فكرة أنه وحده من يستطيع الوصول إلى الهدف من التدخل العلاجي، وأنه الوحيد المهتم بالوضعية، ويتم ذلك من خلال إزالة الحدود بين هوية المهنيين وغير المهنيين بين الخبراء وغير الخبراء(Hellal, Lemaire,2016).

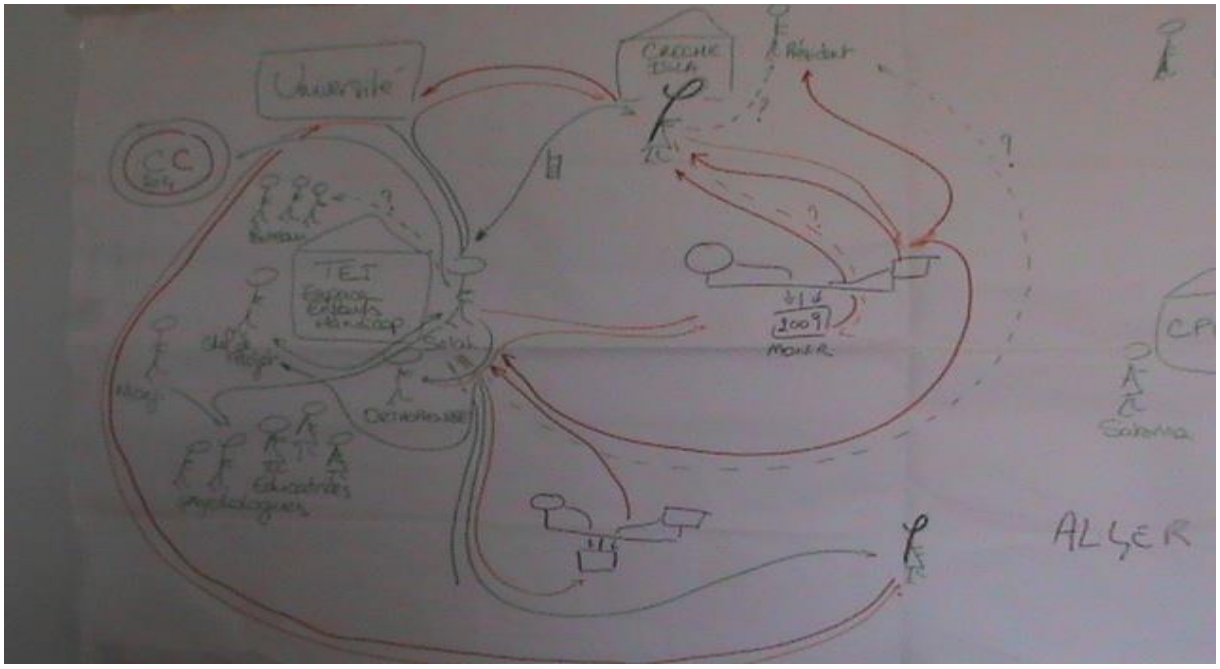
- السوسيوجينوغرام:

الجينوغرام Génogramme (أي المخطط الجيلي للعائلة) هو تمثيل بياني أو مخطط للروابط العائلية وطريقة تنقلها عبر الأجيال، يمنح إمكانية جمع عناصر شجرة العائلة في شكل بياني، كتواريخ الميلاد، والوفاة، وألقاب العائلة... ، كما يمكن من إضافة سلسلة من المعلومات كالأمراض الجسدية أو الاضطرابات النفسية التي يعاني منها أفراد العائلة. وهكذا يسمح هذا المخطط بالحصول على "صورة

للعائلة" يمكن التعرف عليها من النظرة الأولى. وهو حسب Benoit 1988 أداة عمل مهمة يمكنها أن تعطي لنا نظرة عامة على العائلة عبر عدة أجيال، وكذلك ملاحظة تكرار بعض الظواهر عبر الزمن (خرشي، **2009**). تم استخدامه في سنوات السبعينيات من القرن العشرين من طرف جورج باتسون في مدرسة بالو ألتو– وقدم من طرف لومار آرنود سنة 1980 كأداة للعلاج العائلي.

و**السوسيوغرام Sociogramme** (أي المخطط الاجتماعي) هو الرسم البياني للروابط الاجتماعية التي ينميها ويطورها الشخص على المستوى الشخصي والعلائقي والمهني. تم تصميمه واستخدامه سنة 1933 من طرف طبيب الأمراض العقلية (جون ليفي مورينو) رائد العلاج الجماعي.

أما السوسيوجينوغرام sociogénogramme فيجمع بين **جينوغرام** العائلة و**السوسيوغرام** اعتمادا على شفرة الألوان المحددة للغاية والأسهم التي تحدد التنشيطات والعلاقات. ابتكره واستخدمه الطبيب (جون ماري لومار) وزملاؤه، وفُرض بعد سنوات من التطبيق كأداة لا يمكن الاستغناء عنها في العمل العلاجي الشبكي من خلال صوره المختلفة (انظر الصورة رقم 1).



صورة 1: نموذج عن سوسيوجينوغرام

- **رمز الألوان في السوسيوجينوغرام**

ترمز الألوان في السوسيوجينوغرام إلى ما يلي:

الأسود: يرمز للأشخاص الذين يعيشون مع بعضهم البعض، أي الأشخاص الذين يتقاسمون الحياة الجماعية كأفراد العائلة والجيران.

الأخضر: يرمز للأشخاص الذين يعملون مع بعضهم البعض (المهنيين)، والمنازل الصغيرة ترمز إلى أماكن عمل المهنيين.

الأسهم الخضراء: تبين العلاقات والتنشيطات بين الأشخاص الذين يعملون مع بعضهم البعض. مثال: طبيب يرسل رسالة توجيه إلى مختص نفسي، أو مربي يطلب المساعدة من مختصة أرطفونية.

الأسهم الزرقاء: ترمز للعلاقات بين الأشخاص الذين يعيشون مع بعضهم البعض. مثال: الأم تشتم الأب، الخالة تساعد الأم، البنت تهتم بالأم عندما تكون حزينة.

الأسهم الحمراء: ترمز إلى التنشيطات والتفعيلات التي تصدر من العائلات نحو المهنيين.

الأسهم البرتقالية: ترمز إلى ردود الأفعال، والخدمات، والمساعي التي يقوم بها المهني نحو العائلات.

- **مزايا السوسيوجينوغرام:**

- الحفاظ على الرابط بين أعضاء الشبكة المهنية والعائلة، حتى في أكثر الأوقات المقلقة والمربكة.
- تسليط الضوء على حقول التغطية وتعزيز انتعاشها.
- تحديد مختلف الصور وأوجه العمل العلاجي الشبكي واستخدامها.
- إبراز وإثراء الموارد المتبقية التي تم تفعيلها من خلال المبادرات الصريحة والضمنية من الأشخاص الذين يعيشون معا.

- محضر الجلسة:

يتم تدوين كل ما يجري في كل اللقاءات التشاورية، ويُبلغ هذا التقرير للمشاركين في اللقاء في وقت لا يتجاوز خمسة أيام قبل اللقاء الموالي. ويشمل هذا التقرير قسمين:

قسم عام: يضم بالإضافة إلى محتوى المناقشة العامة قائمة بأسماء المدعوين الحاضرين والغائبين الذين برروا عدم حضورهم. وهذا القسم مخصص لاطلاع عدد كبير من المعنيين بالعمل الشبكي حيث يمكن تقاسمه مع من لم يحضروا اللقاء التشاوري.

قسم خاص: يضم تقرير التبادلات حول الوضعية المحللة خلال اللقاء. وهذا القسم خاص فقط بالحاضرين في جلسة العمل. ومع ذلك يمكن تقاسمه مع غيرهم من المهنيين الذين لم يشاركوا في الجلسة، ولكن مع تحملهم كل تبعات هذا التقاسم (الإيجابية والسلبية). ومن المهم أن يكون التقرير لدى المشاركين في ظرف خمسة أيام قبل الاجتماع القادم (Vadémécum, 2010, 09).

- المبادئ المسيرة:

هي قواعد تنظيمية وضعت من أجل تسيير اللقاءات التشاورية، وتساهم في إرساء جو من الثقة بين الحاضرين سواء كانوا من المهنيين أو من العائلة وهي كالتالي:

- التحدث عن الغائب وكأنه حاضر.
- قبل حضور اللقاء مع عدد كبير من المهنيين، يطلب المهني المعني مباشرة من العائلة أن تحدد: ما هي الأشياء التي لا تحب أن أقولها عنك أو أن أذكرها لك في اللقاء، وما هي الأشياء التي تحب أن أقولها عنك.
- تعالوا مع جميع الأشخاص الذين ترون وجودهم له فائدة بالنسبة للعائلة.

- نبلغكم أنتم المهنيين بأن تواجدكم يحمل صفة الدخيل المؤقت. ونسمح لكم بالمشاركة في العيادة التشاورية يكفي فقط أن تعلمونا برغبتكم في ذلك.
- نشكركم على حضوركم معنا وتعليمكم إيانا جزءا لا نعرفه جيدا من مهنتنا، والذي يتطلب منا أن نعمل معا (موجه للعائلة).

- الأجندة (الرزنامة):

إن ضمان المتابعة بعد العيادة التشاورية مهم جدا، لأن كل وسائل المرافقة تسجل في دينامية فمن غير المعقول أن يكون الانقطاع في مراقبة الحالة بناًء؛ بل يجب أن تهدف المرافقة إلى التعليم لأنها تبين أن العيادة التشاورية ليس لها أي قيمة بذاتها إذا لم تؤخذ كوسيلة ضمن وسائل أخرى. ومن المهم أن تكون مسبوقة ومتبوعة بمرافقة عميقة. وفي هذا الشأن يملك المختص النفسي الأفضلية، إذ أنه متعود على الأجندة، فهو متعود على تحديد موعد آخر بعد المقابلة، وهذه الاستجابة يجب أن يتعلمها الكل (Hellal, Lemaire,2016,168).

4. مراحل العمل التشاوري المؤدية إلى اختيار العمل العلاجي الشبكي الملائم.

قبل أن نصل مع العائلة إلى اختيار الشكل أو الصورة العلاجية الملائمة، لابد أن يحترم المهني مبادئ العمل التشاوري وهذا من خلال المرور بالخطوات التالية:

أ- **رسم السوسيوجينوغرام:** من أجل طرح وضعية معينة، يقوم المهني المعني مباشرة بالوضعية، برسم الخربشات ويفضل رسمه بوجود العائلة.

ب- **الحفاظ على الانتباه متعدد الاتجاهات:** بفضل السوسيوجينوغرام يمكن للمهني المعني مباشرة بالحالة أن يكون منتبها جيدا للعائلة ولبيئتها ولجميع الأنصار والحلفاء، ويوسع إدراكه للحقول التي تتوسع بشكل متزايد (Michard,1995).

ت- **التحقق مع مسؤولي المصالح والمؤسسات:** وذلك من أجل التأكد من الإجراءات المتخذة.

ث- **تنظيم جلسة تنسيقية:** هذه الخطوة اختيارية، لكنها تصبح ضرورية عندما تكون هناك اختلافات بين المهنيين حول التطبيقات والنظريات المختلفة.

ج- **إرسال الدعوات:** حيث نجد في مقدمة قائمة الدعوات مدعوين من جهة العائلة ومن جهة المهنيين. ويعطي المهني للعائلة إمكانية اختيار من تتمنى وجوده بجانبها.

ح-اختيار شكل أو صورة العمل العلاجي الشبكي ومكان العمل الذي نريد الالتقاء فيه (Hellal, Lemaire.2016,p159).

5. أشكال العمل العلاجي الشبكي:

من المهم في العمل الشبكي أن يتعود المتدخلون المهنيون على لغة مشتركة ومصطلحات مهنية واضحة يستعملونها فيما بينهم، فالمفاهيم لها تعريفات دقيقة، وهو شرط لا غنى عنه لعمل الشبكة لأن تحديد شكل من أشكال العمل العلاجي الشبكي يكون هو الأسبق، حيث تنطلق العيادة التشاورية من مبدأ

أن العمل العلاجي داخل أبواب مغلقة لا يتناسب مع جميع الحالات، وأنه ليس الوحيد الذي يضمن العلاج، لهذا يجب التفكير بين المختصين في الشبكة بالتعاون مع العائلة فيما يخص الأدوات والأوجه الأكثر ملاءمة ودقة.

فكل الأشكال في الشبكة لها أهميتها وهدفها الخاص بها ولا يلغي أحدها جدوى أو فعالية شكل آخر. وحسب مؤشرات الوضعية وتعقيدها يختار المهني المعني مباشر الوجه العلاجي الملائم، وذلك بالتشاور مع العائلة. وبهذا الشكل تكون المسؤولية مشتركة لكن في نهاية المطاف يبقى الرأي الأخير من اختصاص المهني المعني مباشرة.

ونتناول فيما يلي أشكال العمل العلاجي الشبكي بالترتيب، وفقا للتدرج في الانفتاح بدءا من المقابلة الفردية التي تنحصر على عميل ومهني واحد، وصولا إلى العيادة التشاورية وهو الشكل الأكثر انفتاحا والذي يضم عددا لا محدودا من أعضاء العائلة ومن المهنيين:

1.5.المقابلة الفردية (العيادة الاستشارية) Consultation clinique:

اعتبرت المقابلة الفردية منذ سنوات الوسيلة الوحيدة المعتمدة في العلاج، حيث اعتبر هذا العمل المغلق داخل جدران المكتب هو قمة الكفاءة التي يسمح للمهني بإظهار قدراته الخاصة، بينما كانت اجتماعات التنسيق التي تجمع المهنيين بغياب العائلة المستهدفة في أفضل الحالات مجرد إكسسوار وفي أسوأ الحالات شرا لا بد منه.

وفي إطار الانفتاح الكلي للإطار العلاجي (الذي ألح عليه لومير في أعماله الأولى)، جاء دور التكامل الذي يمثله وجود مختلف أوجه العمل العلاجي الشبكي في دائرة لينهي إشكالية التسلسل الهرمي. الأمر الذي لا يعني وجود شكل علاجي نستعمله في بداية العلاج وآخر نستعمله في نهاية العلاج، وإنما كل الوسائل والأوجه لها أهميتها، ولا يعني هذا دحض أهمية المقابلة الفردية ولكن التأكيد بأن هناك وضعيات وحالات تناشد نماذج ولا تتماشى والمقابلة الفردية، هاته النماذج تستوجب التحضير لها من أجل اختيار الوسائل الملائمة.

نستطيع بهذا الشكل أن نترك نهائيا المنظومة التسلسلية القديمة التي تضع في القمة الفحص الفردي وفي أسفل السلم تطبيقات الشبكة، والنظر بأن هذه التطبيقات يمكن أن تتموضع في دائرة تسمح بدوران بسيط، مع تفضيل هذا شكل أو ذاك حسب المؤشرات.

ففي المقابلات الفردية تكمن المشكلة في حرصنا على الضغط على العائلة والحفاظ على خصوصيتها في مكان ضيق للاستشارة، فينتهي الأمر بانفجارها في ساحة عامة وتصبح موضوعا متداولا في الصحف، ويكون عندها تدخلنا جد متأخر، ولا نملك الوقت لفعل أي شيء، بينما توفر لنا الأشكال الأخرى على غرار العيادة التشاورية أو الترابطية الوقت اللازم من أجل الانفتاح وتوسيع العمل ليطال كل العلاقات التي نشطتها وحركتها الوضعية الصعبة التي تعيشها العائلة.

وعلى العموم فإن المتدخل بحاجة إلى فتح مجاله للعمل والعودة إلى الأدوات الأكثر اتساعا، فهي تسمح للتعاون والتشارك مع مهنيين آخرين، وبالتالي يمكن تحويل إحساسه بالعجز إلى فرصة لتجاوزه. حيث أن المتدخل بمجرد أن يصرح ويشارك الآخرين إحساسه بالعجز (لم أعد قادرا، وصلت

إلى نهاية إمكانياتي الخاصة، وبصفتي عاملا في الشبكة أطلب وأنشط الآن قدراتي العلائقية) فإنه يحول ضعفه إلى قوة، ويصل حتى قمة الاحترافية. هذا الضعف يتشاركه أيضا مع العائلة فمن الجيد أن يقول لهم:" إني أحتاج إلى توسعة وانفتاح، وسوف نختار معا" (Hellal & Lemaire.2016, 160) .

المقابلة الفردية (العيادة الاستشارية) = مهني معني مباشر+ 1 أو X عميل معني مباشر+ رزنامة المهني.

2.5. المرور أو التوجيه Passage:

يتم عندما يقوم أحد المهنيين أثناء أو بعد الاستشارة الفردية بتوجيه العميل أو العائلة مكتفيا بإعطائه توجيهات. وقد تكون هذه العملية مصحوبة برسالة أو أحيانا باتصال هاتفي إلى المختص الذي سيتوجه إليه العميل.

التوجيه = مهني معني مباشرة + مهني معني مؤقت.

3.5. العيادة الترابطية Clinique de relais:

العيادة الترابطية هي شكل مختلف جذريا، فالآليات في هذا الشكل غنية ومعقدة. وهي تعني مرافقة المهني جسديا للعائلة من أجل رؤية مهني آخر، وهنا نحن بصدد ممارسة صورة أخرى من صور العمل العلاجي الشبكي وهي الترابط العيادي، حيث لا يقتصر الأمر على توجيه العائلة برسالة توجيه.

تسمح العيادة الترابطية للعميل في المشاركة في كل مراحل العملية العلاجية، حيث يلاحظ عمل المختصين معا في طلب المساعدة من بعضهم البعض، والعمل التكاملي الذي يجمعهم في مناطق وحقول تداخل كفاءتهم.

الترابط مرحلة مهمة يجب على كل عامل في الشبكة إتقانها، وهي ليست سهلة في البداية، فعندما يدرك المختص حدود مجال تدخله، كالمختص النفسي الذي لا يمكنه العمل على اضطرابات اللغة فإنه يقر بحاجة إلى مختص أرطفوني. إن هذا الاعتراف بمحدودية إمكانية تدخلنا، قد يعيشه بعض المهنيين كحقيقة مؤلمة يمكن أن تشعرهم بالعجز أو بعدم القدرة. ولكن بالنسبة للبعض الآخر لا تخيفه هاته الحقيقة، حيث يمكن أن يكون الاعتراف خطوة ناجحة لأن الحداد يمكن أن يكون استعدادا للتغيير وتطوير طريقة تدخلنا، لذا من المهم جدا أن نولي أهمية لشكل وطريقة الحوار المحترم بين المهنيين، وضمان المناخ المسؤول بين المختصين؛ فالمختص النفسي الذي يعترف بمحدودية تدخله في حالات اضطرابات اللغة وأنه بحاجة لمختص أرطفوني، لا يجب أن ينظر إليه بنظرة العجز أو الدونية.

ونتيجة لذلك يقبل الفرد هذا التبادل ويشعر بثقة كبيرة ويحس أنه تشرب هذه السلوكيات التي يعمل على تقليدها وتثبيت نوعية من الروابط المطابقة في عائلته. وهذه الفرضية مؤسسة جزئيا على

النظرية التي أسسها Albert Bandura مؤسس مفهوم التعلم بالخبرة المباشرة (النمذجة)، أي أن ملاحظة الفرد للمختصين في حالة العمل في احترام وتقدير وفي الاختيار ومشاركة المسؤولية تجعله يميل إلى الاستجابة بطريقة مماثلة في وسط عائلته.

وينظر في العمل العلاجي الشبكي إلى الترابط على أنه الآلية الأكثر حسما، فإذا استطاع المهنيون ممارستها باستمرار، فإن الشبكة في كاملها ستشتغل نحو الأحسن والأفضل.

العيادة الترابطية =1 أو أكثر من عميل معني مباشر+ 1 مهني معني مباشرة + 1مهني أو أكثر معني مؤقتا

4.5. التنسيق Coordination spécifique:

يقصد بالتنسيق اللقاءات التشاورية التي تجمع المهنيين فقط دون تواجد العائلة، وهي خطوة لازمة في بعض الأحيان من أجل تجنيب المهنيين المعنيين مباشرة مواجهة بعضهم بطريقة بذيئة في حضور العائلات، إذا كان هذا الخطر محتملا. في هذا الشكل يجتمع المهنيون سواء كانوا معنيين بشكل مباشر أو بشكل مؤقت دون وجود أفراد العائلة. وللتنسيق أهمية كبرى حيث يسمح بتوضيح مهام المؤسسات التي ينتمي إليها كل مختص، والتنسيق يجبر المختصين خاصة على التفاهم وعلى التكامل في مهامهم قبل التحدث مع العائلة، وهو دعوة المختصين ليتشاوروا حول كيفية العمل مع العائلة، وكيفية تنظيم استقبال لائق.

هذا الشكل يتطلب الكثير من اليقظة لأنه يحمل خطر التحالف بين المختصين على حساب احتياجات العائلة، مما قد يضعها في بعض الأحيان جانبا ويهمشها، لهذا السبب لا يعتبر التنسيق فضاء لاتخاذ القرار، وإنما يسبق ويحضر فقط للتشاور.

التنسيق = مجموعة من المهنيين المعنيين بشكل مباشر أو بشكل مؤقت

5.5. التشاور العيادي Concertation clinique :

التشاور العيادي يجمع العملاء، والمختصين المعنيين مباشرة، والمهنيين المعنيين مؤقتا ويهدف إلى تقديم الدعم والمساعدة سعيا لتعزيز وإثراء عمل المهني، ولا يمكن أن يعوضه، فهو جهد جماعي من الدعم في فترة معينة من العملية العلاجية لا غير (Hellal & Lemaire.2016, 166) .

التشاور العيادي= 1 أو أكثر عميل معني مباشر + 1 أو أكثر مهني معني مباشر+ 1 أو أكثر مهني معني مؤقت + أخصائي تشاور(اختياري)+ رزنامة المهنيين + رزنامة العملاء+ السيوسيوجينوجرام.

6.5. العيادة التشاورية Clinique de concertation:

العيادة التشاورية أكثر انفتاحا أيضا وأكثر تشويقا، تجمع العملاء، والمهنيين المعنيين مباشرة، والمهنيين المعنيين مؤقتا، والمختص العيادي التشاوري، والدخلاء (أي كل شخص ليس لديه أي صلة مع الوضعية)، حيث أن حضور الدخلاء هي السمة المميزة لهذه الأداة، وتجدر الإشارة بأن كل العيادات التشاورية المنظمة في إطار التكوين تجمع دائما مشاركين من الدخلاء، على الرغم من أنهم يتحولون أحيانا خلال الحصة إلى مهنيين معنيين مؤقتا، وهذه ميزة إيجابية أخرى لهذه الدورات

التكوينية التي تسهل التعارف بين المختصين في الشبكة، ففي حالات عديدة يطرح هؤلاء خدماتهم لتقديم المساعدة للعائلة، ويكلفون بمتابعة الوضعية المعروضة.

يمكن تشبيه العيادة التشاورية التي تنظم بين الحين والآخر بمفترق الطرق المضيء، وما هي إلا مرحلة من مراحل العلاج، ويجب أن لا نعتقد بأنها سوف تحل على الفور محل العمل اليومي للمختصين في المساعدة، والعلاج ، والتربية ، والمراقبة...بل هي فرصة لإعادة النظر في العمل معا على نحو أفضل.

إن التشاور هو المحاربة معا للتغلب على وضعية صعبة في مواجهة بناءة من وجهات نظر ورؤى مختلفة (طبية، نفسية، دينية...)، ولكن دون أن يكون ذلك على حساب العائلة. وأفضل طريقة لتحقيق ذلك هو عن طريق اعتبار العائلة كخبير مساعد. وميزة العيادة التشاورية هو جزئية الحوار النزاعي بين المهنيين والعملاء، حيث تُناقش مختلف طرق العمل، ومختلف المناهج التي يستعملها المهنيون، بما في ذلك البحث عن الإطار العلاجي، ويكون العملاء بحد ذاتهم خبراء في الشبكة التي استدعتهم (Hellal & Lemaire, 2016, 166,167).

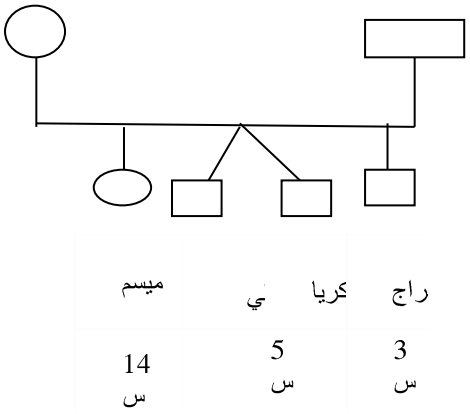
العيادة التشاورية= 1 أو أكثر محدد عميل معني مباشر + 1 أو أكثر محدد مهني معني مباشر+ 1 أو أكثر مهني معني مؤقت + 1 أو أكثر مهني غير معني +أخصائي تشاور+ رزنامة المهنيين + رزنامة العملاء+ السوسيوجينوغرام

6. العلاج الشبكي وعائلات أطفال التوحد أنموذجا:

انطلاقا من عملنا لسنوات بمركز التاج للتكفل بالأطفال في وضعية إعاقة، الذي يستقبل أطفالا ذوي صعوبات عديدة على غرار الإعاقات السمعية، والبصرية، والذهنية، والتوحد، والاضطرابات السلوكية، وصعوبات التعلم؛ كانت مهمتنا الأساسية كمختص نفسي عيادي تتمثل في التشخيص والتوجيه، وكذا الوقوف على إعداد المشاريع الشخصية للأطفال من أجل التكفل النفسي البيداغوجي خصوصا فيما يتعلق بالأطفال مزروعي القوقعة وأطفال التوحد؛ الأمر سنح لنا فرصة ممارسة ومعايشة العلاج الشبكي، وفيما يلي تناول لوضعيتين واجهناهما خلال العمل في هذا المركز، نبرز من خلالهما كيف أن العمل العلاجي الشبكي يساعد العائلات في شدائد متعددة على غرار عائلات التوحد وكذا المهنيين المشتتين.

1.6. الوضعية الأولى:

- تم تنشيطنا من طرف سكرتيرة المركز، التي بدورها نُشطت من طرف أم زكريا وعلي، وهما توأم يبلغان من العمر 5 سنوات، وينتميان إلى عائلة بها 6 أطفال إضافة إلى الأب والأم. الأب يعمل حارسا ليليا بمؤسسة تربوية، والأم ماكثة بالبيت.



مخطط رقم (1): جينوغرام عائلة زكريا وعلي

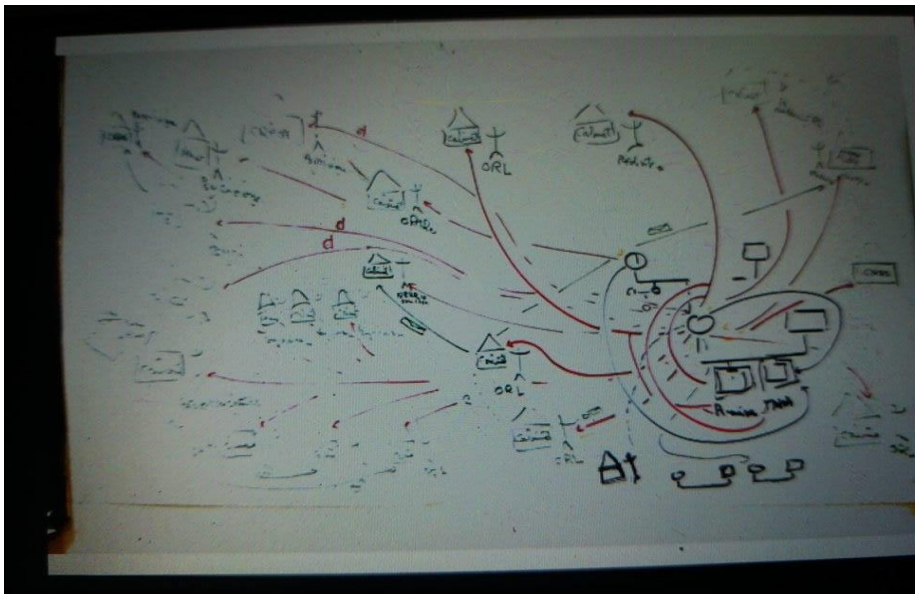
- جاءت الأم إلى المركز من أجل التكفل النفسي بابنيها المصابين باضطراب طيف التوحد، وبحكم أن مهمة التشخيص من مهامنا فقد قمنا باستقبال أفراد العائلة (الأب، الأم، زكريا، علي)، وبعد الفحص تبين أن المجيء إلى المركز كان بالنسبة للأم الفرصة الأخيرة التي أعطيت لها من طرف زوجها؛ حيث قرر هذا الأخير أنه في حالة لم يجد ردا واضحا في هذا المركز سيوقف رحلة البحث عن الكفالة، خاصة وأنه زار العديد من المهنيين لكن دون جدوى.
- شعرنا بالمسؤولية اتجاه هاته العائلة وخصوصا اتجاه الأم التي فوَضت إلينا تفويضا ثقيلا (délégation massif كما يسميه لومير) بإقناع الأب أن لا يوقف رحلة الكفالة. كما أنها طلبت منا أن نساعدها في فهم التشخيص الحقيقي لابنيها، وهذا تفويض آخر فنحن هنا أمام تفويضات متعددة (حسب لومير)، وهذا ما أشعرنا بالمسؤولية والعجز في نفس الوقت، فعلى الرغم من أن التفويض يغذي نرجسيتنا كمهنيين، لكنه يجعلنا في نفس الوقت نفكر في أن ما عجز عليه الآخرون سنقوم به نحن (التشخيص). يعلق لومير حول هذا الأمر من خلال الإشارة إلى أنه عندما يقف المهنيون حائرين أمام تفويض ثقيل، يجب أن يركز التشخيص أولا على أنفسنا، على ما نخبره كمهنيين: نعبر عن انزعاجنا، نحس أنفسنا مرهقين، وعاجزين. يقترح العمل الشبكي في هذه الحالة على المتدخل التساؤل: "من يطلب المساعدة لمن؟"، والاعتراف بأنه هو أيضا –وليس العائلة فقط– في معاناة، ولا يتردد في حماية كفاءته الخاصة المرتبطة بمهنته الرسمية، غير الكافية في هذه الحالة، فيحتاج إلى تنشيط كفاءته غير الخاصة التي تتضمن توفير مرافقة وإنشاء رابط، بمعنى آخر "تفويض".

إذن فكلّما كان المهني غير كفؤ في الكفاءات الخاصة، كلّما زادت حظوظه لأن يكون كفؤا في كفاءته غير الخاصة على شرط أن يتم الاعتراف بهذه الأخيرة، وهو أمر لا يحدث من تلقاء نفسه، لأنّ هذه القدرة في اكتشاف وحركة دائمتين، وليست رسمية ولا مصادق عليها بشهادة ما، ويمكن أن يعيش المهني فعل التفويض كلحظة تجرد مهني ("لا أعرف كيف/ماذا أفعل؟")، وبذلك تصبح الشبكة ضرورية (لومير، 2017، 57).

- بعد الفحص تبين أن العائلة كانت في رحلة طويلة للبحث عن تشخيص للطفلين حيث كانت تحمل معها ملفا طبيا به الكثير من الفحوصات الطبية والتقارير النفسية، حيث مكثنا نفحص الملف مدة ساعة ونصف، بعدها فهمنا من العائلة أنها زارت أكثر من ثلاثة مختصين نفسيين، وثلاثة مختصين أرطفونيين، وثلاثة أطباء مختصين في الأذن والأنف والحنجرة، وطبيب مختص في الأمراض العقلية للأطفال، وطبيب أمراض عصبية، كما تنقلت من ولاية الوادي إلى تونس العاصمة (600 كم) بحثا عن التشخيص، وعدة مرات إلى الجزائر العاصمة (حوالي 700كم) إلى مستشفى الأمراض العقلية للأطفال بدريد حسين. وفهمنا من الأب أيضا أن رحلة البحث عن التشخيص كانت متعبة جدا وأنه بذل جهدا كبيرا مع التكاليف المادية التي كانت باهظة.
- قبل سنتين تم تشخيص زكريا وعلي من طرف طبيب مختص في جراحة الأنف والأذن والحنجرة على أنهما مصابان بالصمم، وفقا لنتائج مخطط السمع الأول PEA (Potentiel Evoqué Auditif)، بهذا اُضطر الأب لشراء معِينات سمعية للطفلين لكن الوضعية لم تتحسن.
- بعد عامين من المعاناة مع المعينات السمعية، قامت الأم بزيارة طبيب الأمراض العقلية للأطفال حيث تبين أن زكريا وعلي يمكن أن يكون لديهما أعراض التوحد. الأمر الذي أزعج الأب كثيرا، فبعد كل هاته المجهودات يكتشف أن هناك خطأ في التشخيص، وأن كل مساعيه لتسجيل الطفلين في مدرسة صغار الصم كانت هدرا للوقت؛ حيث يعبر الأب في هذا الصدد «*حسيت بالإرهاق والتعب...ضعت بين المختصين للبحث على تشخيص واضح*»، فمن المهنيين الذين زارهم الأب من شخص مرض الطفلين على أنه صمم، وآخرون على أنه صرع، وآخرون قالوا أنه توحد، مما جعل الأب يجد نفسه في حيرة، وهو السبب الذي جعله يفكر في وقف رحلة البحث عن التشخيص والكفالة.
- بعد معاينة الملف الطبي، قمنا نحن بمرافقة جسدية لأفراد العائلة: الأب والأم مع الطفلين، إلى المختص الأرطفوني الذي سوف يقوم بفحص أرطفوني والحصيلة الأرطفونية، فنحن هنا أمام وجه آخر من العمل الشبكي وهو العيادة الترابطية، فإحساسنا بالعجز هو ما دفعنا للتفكير في طلب مساعدة مهنيين آخرين، وخصوصا لما أحسسنا الثقة التي وضعتها العائلة فينا لأن العيادة الترابطية "تكون بسبب اختيار المهني للوقت المناسب وعلاقة الثقة التي نشأت بينه وبين أفراد العائلة" (Hellal&lemair, 2016, 166)، و انتقلت الثقة من المهني الأول إلى المهني الثاني وبالتالي بدأ حقل الثقة يتوسع. وفي العمل العلاجي الشبكي ينظر إلى وجه الترابط على أنه الآلية الأكثر حسما، فإذا استطاع المهنيون ممارستها باستمرار، فإن الشبكة في كاملها ستشتغل نحو الأحسن والأفضل (**لومير، 2017**).
- بعد لقاءنا بالمختص الأرطفوني، قمنا بمكالمة طبيب الأمراض العقلية بحضور العائلة من أجل فحص الطفلين، ثم القيام بمخطط السمع PEA مجددا وتخطيط الدماغ EEG (Electroencéphalogramme) وذلك بتنشيطنا لمختص في الأمراض العصبية وطبيب في جراحة الأذن الأنف والحنجرة. وملاحظتنا هنا كانت أن الأب بدأ يغير رأيه وبدأ يلتزم أكثر فأكثر بمواعيد الفحوصات، الأمر الذي قد يعود إلى حضوره للعيادة الترابطية، وإلى كل الحوار الذي يسوده الاحترام بيننا وبين المختص الأرطفوني،

وهو ما يؤكده لومير من أن الفرد لما يكون شاهدا على الحوار الذي يسوده الاحترام المتبادل بين المختصين يقبل هذا التبادل ويشعر بثقة كبيرة ويشعر أنه تشرَّب هذه السلوكيات، التي يعمل على تقليدها وتثبيت نوعية من الروابط المطابقة في عائلته. وهذه الفرضية مؤسسة جزئيا على النظرية التي أسسها Albert Bandura مؤسس مفهوم التعلم بالخبرة المباشرة (النمذجة) (لومير،2017).

- تم تشخيص الطفلين على أنهما مصابان بطيف التوحد، وذلك بعد العديد من اللقاءات التشاورية بين المهنيين المعنيين مباشرة، وتم تسجيل الطفلين في المركز لمتابعة الكفالة النفس بيداغوجية بشكل يومي.
- وخلال أحد اللقاءات التشاورية الذي حضره مهنيون معنيون مباشرة وآخرون معنيون بشكل مؤقت وبعد رسمنا للسوسيوجينوغرام (صورة رقم 2) لاحظ الأب كل التنشيطات التي قامت بها العائلة، وخصوصا الأم، حيث لاحظ كل الأسهم الحمراء التي تمثل القوة الاستدعائية. وقال متعجبا: « *نحن حركنا كل هؤلاء، إنها زوجتي كم هي قوية!*» إن هذا التعبير جعل الزوج يعترف لزوجته بكل المجهود الذي قامت به وأن لها الفضل في تحريك كل الشبكة من أجل ولديها، وهذا ما يتحدث عنه Iván Böszörményi-Nagy عندما تحدث عن العدالة العلائقية والاعتراف الذي يمثل مستوى من مستويات التدخل، وهو المستوى الأخلاقي (Michard,1996).
- في نفس اللقاء التشاوري حضر كذلك طلبة علم النفس وخلال دورة التقديمات ذكر أحد الطلبة (مختص المستقبل) أنه سيستفيد من خبرة الأب والأم، وهذا دفع بالأم أن تقول: « *هنا أشعر بالفخر لأنني أساهم في زيادة خبرتكم وتكوينكم وبالتالي مساعدة عائلات أخرى سوف تعملون معها لاحقا*»، وهنا وكأن قول الطالب دفع بالأم أن تتحول من متلقي ومن يأخذ العلاج والخدمات إلى شخص هو في عطاء وهذا قلب لميزان الأخذ والعطاء في أخلاقيات العلاقة بين الأشخاص كما يتحدث عنه ناجي Iván Böszörményi-Nagy (Michard ,1996).



صورة رقم (2): سوسيوجينوغرام خاص بالوضعية الأولى رُسم خلال إحدى اللقاءات التشاورية

- خلال نفس اللقاء وعندما لاحظ الأب السوسيوجينوغرام ووجد أنه زار 22 مختصا خلال سنوات بحثه عن التشخيص والعلاج قال:« *في الأخير فهمت أن المشكل ليس فينا نحن العائلات ولكن في المهنيين- فكل التنشيطات كانت من أفراد العائلة ولا توجد أسهم خضراء بين المهنيين، فلو اجتمعوا وتفاهموا بينهم لوفروا عليَّ الوقت والجهد، وتمكّنا من التكفل بعلي وزكريا مبكرا*» (الصورة 2)، فبمجرد أن لاحظ الأب السوسيوجينوغرام تمكن من ملاحظة كل التنشيطات، وهذه إحدى فوائد هذه الوسيلة التي تسمح لنا بتتبع كل التنشيطات والخيوط الموصولة.
- يلتفت إلينا الأب ويقول: «*حاليا ثقتي فيك عمياء سأفعل كل ما تقوله لي*»، إن هاته الثقة حسب رأينا مصدرها تحويل العجز الذي كان في لقائنا مع العائلة، إلى قوة وذلك من خلال اعترافنا بهذا العجز وأننا لا يمكننا التدخل لوحدنا وإنما نحن نحتاج إلى مهنيين آخرين، وهو ما يؤكده الدكتور لومير حين يقول "إن عجز المعالج واعترافه بأنه محتاج إلى الآخر هو في حد ذاته جزء من العلاج وهو سيقوي الثقة بالعائلات، وهكذا سيحول العجز إلى قوة " (لومير،2017، ص 19).
- خلال لقاء تشاوري آخر يصرح نفس الأب أن ما جعله يغير رأيه في عدم وقف حصص الكفالة وتسجيله لطفليه في المركز الذي نعمل به أن المهنيين مجتمعين، ويمكنه رؤيتهم في نفس الوقت مجموعين في قاعة واحدة، ويناقش معهم وجهات النظر المختلفة خلال اللقاءات التشاورية، مما يوفر له –حسب رأيه– الجهد والوقت، وهذا ما ذكره لومير في فائدة العيادة التشاورية، حين أشار إلى أنها تسمح بتدفق المعلومات ووجهات النظر، التي بدورها تسمح بالتحدث عن صراعات يمكن التحدث عنها، فعوض أن يكون المهنيون في تنافس حول من سيقنع العائلة ومن سيغري العائلة (كما في حالة علي وزكريا قبل المجيء عائلة إلى مركزنا) كان العمل وفقا للتعاون الذي أظهر أثرا علاجيا.
- حاليا زكريا متمدرس في السنة الأولى ابتدائي، وعلي مازال يتابع حصص الكفالة النفسية والأرطفونية بالمركز أين تقدمت حالته وخفت الأعراض، وأصبح لديه لغة لفظية.

2.6. الوضعية الثانية:

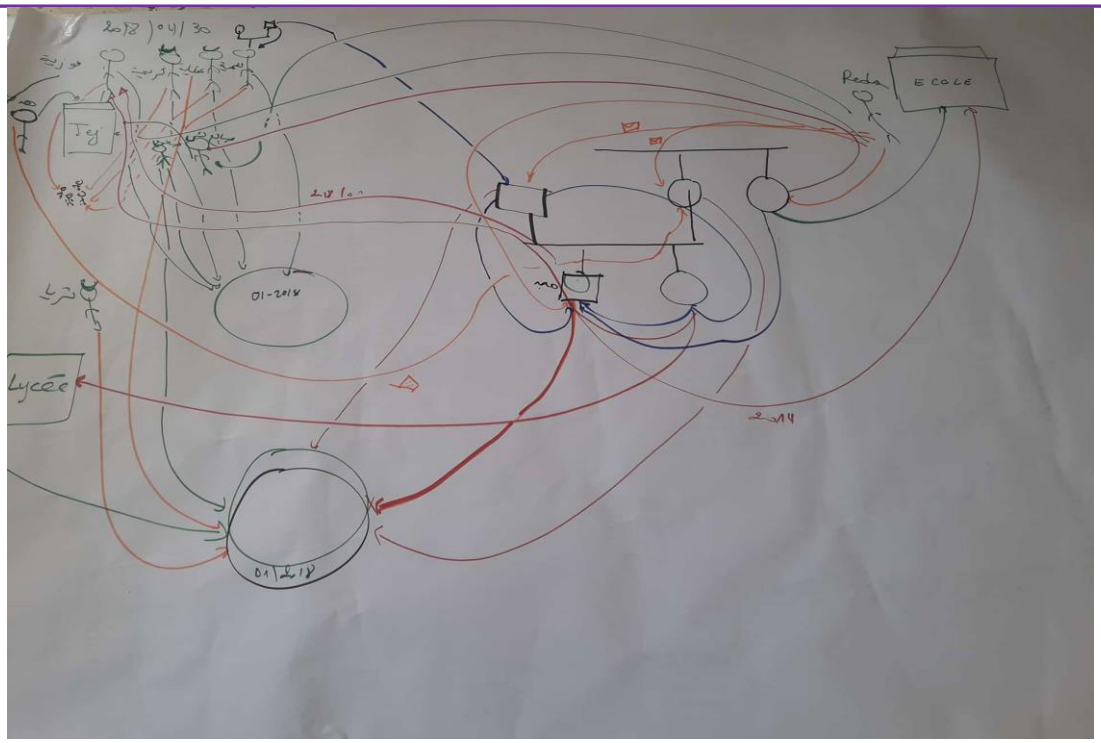
- تم تنشيطنا من طرف الزميلة فوزية مربية تعمل مع الأطفال المصابين في التوحد، فخلال الاجتماع البيداغوجي الذي يقام كل يوم ثلاثاء بالمركز، والذي يناقش فيه المختصون وضعيات الأطفال داخل المركز. كانت هذه المربية منشغلة بوضعية شكري الذي تراجعت حالته بعد العطلة الشتوية، ففي اليوم الأول بعد العطلة الشتوية للمركز، لاحظت أن الطفل يرفض القيام بالنشاطات الموكلة إليه، كما أنه في حالة سرحان دائم، وينظر في الفراغ، والدموع في عينه دون سبب واضح.
- شكري يبلغ من العمر 7 سنوات، وهو الطفل السابع في أسرة تتكون من تسعة أطفال إضافة إلى الأب (طبيب) والأم (ماكثة بالبيت)، شخص بأن لديه طيف التوحد، ويتابع حصص الكفالة النفسية والأرطفونية بشكل يومي داخل المركز منذ سنتين.
- تروي لنا المربية انشغالها بشكري، حيث لاحظت شرود الذهن ورفض التمرينات الموكلة إليه وهي تمرينات برنامج التيتش للكفالة بأطفال التوحد، وتواصل هذه الوضعية لمدة أربعة أيام. تأثرت

المربية كثيرا بوضعية شكري وخلال سردها للوضعية تبكي قائلة «*كل الجهد الذي بذلته مع هذا الطفل راح في مهب الريح، لقد تراجعت حالته، وبهذا الشكل أحس أنني لا أصلح للعمل*»، بعد هاته الكلمات يعم الصمت في القاعة وتضيف «*أظن أنني سأتبنى هذا الطفل سوف أصطحبه معي إلى البيت؛ أسرته لا تهتم به وهذا شيء يؤسفني*». شعرنا بانشغال المربية بوضعية الطفل، وشعورها بالتشتت وعدم الجدوى.

- هنا تدخلت إحدى المربيات تسكن بجوار بيت عائلة شكري، وأخبرتنا أن الطفل تعرض إلى حادث عنيف خلال فترة العطلة؛ إذ وجد نفسه وحيدا داخل بئر في الليل وفي البرد، إلى أن جاء والده بعد ساعات وأخرجه، هذه المعلومة تحصلت عليها المربية من خلال والدها صديق أب الطفل، وتقول المربية: «*كنت أعرف المعلومة منذ مدة، ولم أكن أود أن أتقاسمها معكم ولكن من أجل مساندة زميلتي اضطررت للتصريح بهذه المعلومة التي لم تتقاسمها معنا العائلة*». زاد الأمر حرجا بالنسبة للفريق البيداغوجي، وأصبح الأمر أكثر تشتيتا لكل الفريق لأن الأعضاء بدأوا يتساءلون عن سبب عدم تقاسم العائلة هاته المعلومة معنا، وهل يعود الأمر إلى قلة الثقة؟ وهل أفراد العائلة موافقون على تقاسم هذه المعلومة داخل الشبكة؟ وهذا ما ذكره الدكتور لومير في إحدى قواعد العمل العلاجي الشبكي وهو انتقاء وتحويل المعلومات.
- على الرغم من حالة التشتت التي عاشها فريقنا، إلا أن ملاحظتنا للسوسيوجينوغرام (صورة 3) حيث تتوازى الأسهم الخضراء التي تربط المهنيين مع الأسهم الزرقاء، وهو ما يسميه لومير الكتلة الحرجة فعندما تتوازى الأسهم الخضراء مع الزرقاء فهو مؤشر على التوظيف الجيد للشبكة (لومير، 2017).
- أمام هاته الوضعية قرر فريق العمل عقد تشاور عيادي مع العائلة من أجل مساعدتنا على تجاوز ارتباكنا وتشتتنا وانشغالنا بوضعية الطفل.
- فتم استدعاء العائلة عن طريق سكرتيرة المركز، التي هاتفت الأم ودعتها لحضور التشاور العيادي مع كل الأشخاص الذين ترى حضورهم ضروري وهي إحدى المبادئ المنظمة للعمل الشبكي.
- في يوم التشاور العيادي حضر الأب، وهي المرة الأولى التي يحضر فيها لقاء تشاوري، فعادة الأم هي من يحضر في كل اللقاءات، وحضر ثلاث مهنيين معنيين مباشرة بالوضعية المربية فوزية، والمختصة النفسية للمركز، والمختصة النفس حركية، وحضرنا نحن بصفتنا منشطا للقاء التشاوري. بعد افتتاح الجلسة وإجراء دورة التقديمات، أعطيت الكلمة لفوزية التي طرحت الوضعية، تحدثت عن معاناتها وصعوباتها مع الطفل، وبدأت تبكي، فأخذ الأب الكلمة وطلب منها أن لا تبكي مواسيا إياها ومساندا، وطلب منها أن لا تجهد نفسها في العمل مع الطفل، فلكل وتيرته، ثم شكرها على كل اهتمامها بابنه، في هاته اللحظة بكت الأم وشكرت المهنيين على كل هذا الاهتمام بابنها شكري حيث قالت «*لم أكن أتصور أنكم منشغلين بحالته بهذا الشكل*». في هذا الموقف تحول ضعف المهني وتشتته إلى قوة بمجرد أنه صرح بأنه يحتاج إلى الآخر في تدخله، كما أنه زاد من ثقة العائلة في المربية، كما أن تواجد المهني في موقف الضعف سمح للأب أن يكون في موقف العطاء وليس الأخذ، وهذا ما يسمح برجوع ميزان العلاقات التي تحدث عنه Böszörményi-Nagy؛ فأفراد العائلة

غيروا ولأول مرة من تصورهم أنهم هم من يأخذون العلاج وأنهم لا يقدمون شيئا للمهنيين، وإنما يمكنهم تقديم المساعدة للمهني وبالتالي ينقص الامتنان إلى المهني.

- بعدها تدخلت المختصة النفسية، التي من عادتها تنشيط لقاءات الأمهات بشكل دوري داخل المركز، وقدمت ملاحظة للأم بأنها عادة لا تتدخل خلال لقاءات الأمهات، وأنها تمضي معظم الوقت ملاحظة فقط، هنا ذكرت الأم أن في لقاءات الأمهات يوجد العديد من الوضعيات، حيث تحكي كل أم وضعية ابنها، ولهذا فإن العمل يبقى سطحيا، لكن هاته المرة الأمر مختلف « *أحسست أن المختصين جميعا مجتمعون من أجل وضعية واحدة وهي وضعية ابني شكري، وهو أمر يفرحني وشرف لي، خصوصا أننا تحدثنا عن الأشياء المشرفة*». يُلاحظ أن الحركة في الشبكة تبدأ بالحديث عن المعلومات التي تشرف للوصول إلى الحديث بعدها على ما يثير الحرج والبحث عن كل ما يشرف فيما يخجل (لومير، 2017).
- بعد هذا اللقاء تم عرض الوضعية في تنسيق مع المهنيين، حيث حضر ثمانية مهنيين معنيين مباشرة بالوضعية، وثلاثون مهنيا معنيا بطريقة غير مباشرة وهذا في إطار تكوين حول العمل العلاجي الشبكي، وبعد طرح الوضعية وتتبع السوسيوجنوغرام، حاول المهنيون الحاضرون تقديم قراءات جديدة للتشتت الذي تعيشه فوزية، كما عرض بعض المهنيين خدماتهم للتدخل في الوضعية ومساعدة فوزية، وهو الشيء الذي دفعها بالقول «*أحسست أن الحمل خف، فالمسؤولية التي كنت أحس بها اتجاه الطفل تقاسمتها معكم*»، كما أن حضور مهنيين غير معنيين بالوضعية، والذين يمكن اعتبارهم دخلاء عن الوضعية ساهم في توسيع النظرة للأشياء، وبالتالي رؤيتها من جوانب أخرى؛ فحسب لومير يعتبر الدخيل دعما وسندا لأن موقفه حيادي، وليست لديه أية مصلحة، كما أنه يمنع العلاقة العلاجية أن تحيد عن مسارها بين المهنيين والعملاء، ففي كثير من الأحيان رغم تجاهله معايير المعالجة والتشخيص نجد الدخيل خبير في الكفاءة العلائقية المحددة، وهو الأكثر قدرة على اختبار العلاقة بين المهني وعميله، ويحذر وينبه إذا كان هنا تجاوز أو انسياق غير مهني، كما يمكن أن يكون الدخيل مختصا وخبيرا في موضوع الصعوبة التي نعرضها بالإضافة إلى كونه خبيرا في الجانب العلائقي، بمعنى أنه يعتمد على الكفاءة الأساسية أو القدرات الخاصة ويتقاسمها مع كل من العائلات والمتدخلين أنفسهم، فالكفاءة تخلق روابط (لومير،2017، 28).



صورة رقم (3): سوسيوجينوغرام خاص بالوضعية الثانية رُسم خلال إحدى اللقاءات التشاورية

خلاصة:

العمل العلاجي الشبكي مقاربة علاجية، تعتمد في إطارها النظري على العديد من التيارات العلاجية المعاصرة لكن دون اعتبارها المنهج الذي سيحل محل العلاجات الأخرى أو أنها ستنجح حيث فشل الجميع، وليس المقصود باستحداثها إبطال كل أنواع التدخلات العلاجية الأخرى.

ويتضح من خلال الوضعية الأولى التي تم تناولها في هذا العمل كيف أن العمل العلاجي الشبكي يمكنه مساعدة عائلات أطفال التوحد التي تعتبر في شدائد متعددة، فمن خلال العيادة الترابطية تزيد من الثقة بين المهني والعائلة، حيث تسمح لأفراد العائلة أن يكونوا شاهدين على التبادلات والحوار بين المهنيين في جو يسوده الاحترام والإصغاء والتعاون بدلا من التنافس أو العمل على تقزيم المهني الآخر أمام العائلة، كما أن هذا الاحترام يكون نموذجا يتخذه أفراد العائلة ويقلدونه ويثبتوه داخل العائلة، عملا بمفهوم التعلم بالخبرة المباشرة لبندورا.

قادنا التشاور العيادي إلى التدخل على المستوى الأخلاقي الذي دعى إليه Iván Böszörményi-Nagy الذي يرى أن التدخل يمكن أن يكون على أربعة مستويات: مستوى الأفعال والأحداث، والمستوى النفسي الدينامي، والمستوى النسقي، والمستوى الأخلاقي. واستعمالنا لأشكال العمل العلاجي الشبكي المتنوع خلال مسار العلاج، يسمح بالتدخل على جميع المستويات، كما يسمح بالتنقل من مستوى إلى آخر، دون أن ينفي أحدها الآخر.

سمحت لنا الوضعية الثانية بتسليط الضوء عن الخدمات التي يقدمها العمل العلاجي الشبكي للمهنيين العاملين مع أطفال التوحد، الذين يتعرضون للتشتت في بعض الوضعيات، فمن خلال وضعية المربية فوزية، والتشاور العيادي، رأينا أن العائلة تحولت في علاقتها مع المهني من وضعية الأخذ إلى

العطاء وهذا سمح من جهة لأفراد العائلة أن يغيروا ولأول مرة من تصورهم أنهم هم من يأخذون العلاج وأنهم لا يقدمون شيئا للمهنيين، وإنما يمكنهم تقديم المساعدة للمهني وبالتالي ينقص الامتنان إلى المهني، ومن جهة أخرى ساعد المهني من خلال تحويل ضعفه إلى قوة وتقوية علاقة الثقة بينه وبين العائلة.

كما لا حظنا من خلال التنسيق، الذي يعتبر هو الآخر وجها من أوجه العلاج الشبكي، أن وجود مهنيين دخلاء على الوضعية ساهم في رؤية الأشياء من جوانب أخرى، كما سمح عرض بعض المهنيين لخدماته بإحساس المهنية فوزية بتقاسم مسؤولية الانشغال بوضعية شكري وبالتالي تقاسم الحمل.

وعليه يتبين أن العمل العلاجي الشبكي له دور فعّال في مساعدة العائلات في شدائد متعددة، كما أنه يساعد المهنيين على الخروج من وضعيات التشتت ويدفعهم للعمل على الذات.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

خرشي آسيا، (2009)، *التناول النسقي العائلي لاضطراب المرور إلى الفعل عند المراهق*، مذكرة ماجستير غ منشورة، جامعة الجزائر.

شرادي نادية، ميزاب ناصر (2014)، الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على إخوة المراهقين المعاقين حركيا في الأسرة الجزائرية. *دراسات نفسية وتربوية*، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، عدد 13، الجزائر.

لومير جون ماري، (2017)، ترجمة صبرينة داوي، *من قريب إلى قريب*، دار برزخ، الجزائر.

المراجع باللغة الأجنبية:

Guillaumot Philippe, (2015), *comment placer la thérapie contextuelle au cœur de la triade concertative*. feuille concertatif N :4 ,Journée de sensibilisation à la « Clinique de Concertation» Pau.

Lemaire Jean-Marie,Hellal Selma, (2016), De proche en Proche, proximité et travail thérapeutique de réseau en Algérie, Edition barzakh, Alger.

Michard, P., & Ajili, G. S. (1996). *L'approche contextuelle*. Ed. Morisset.

Minuchin, S., (1988), Famille en thérapie, Erès.

Trémintin Jacques, (2011), *Apprendre à travailler ensemble*, Article paru dans LIEN SOCIAL n°1036, 27 octobre 2011.

Comité International de Développement des Peuples, (2010), Vademecum de clinique de concertation, Edition le comité international de développement des peuples CISP.

كيفية توثيق المقال:

خشخوش، صالح وبن زروال، فتيحة(2018). العمل العلاجي الشبكي في خدمة العائلات في شدائد متعددة: عائلات الأطفال المصابين بالتوحد أنموذجا. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 6(2). 10-31.