



كلية الخدمة الاجتماعية



جامعة الفيوم

مدخل العمل مع الأفراد والأسر

إعداد

أ. د / عرفات زيدان خليل
د/ أحمد صلاح الدين
رفاعي

أستاذ خدمة فرد بقسم طرق الخدمة الاجتماعية
أستاذ خدمة فرد المساعد
قسم طرق الخدمة الاجتماعية
كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم

ووكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب سابقاً
كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم

العام الجامعي

٢٠٢٥ / ٢٠٢٤

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ
الْحٰمِدُ لِلّٰهِ الْعَلِيِّ الْمُبِّرِّ



الخريطة الزمنية الدراسية لمقرر

(نصوص باللغة الإنجليزية في الخدمة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية)

بالفصل الدراسي الأول - العام الجامعي ٢٠٢٣ / ٢٠٢٤

محتوى المحاضرة	رقم المحاضرة	خلال الفترة		الأسبوع	م
		إلى	من		
التعريف بالمقرر للطلاب Basic concepts of Social work	الأولى	٢٠٢٤/١٠/٣	٢٠٢٤/٩/٢٨	الأول	١
	الثانية	٢٠٢٤/١٠/١٠	٢٠٢٤/١٠/٥	الثاني	٢
	الثالثة	٢٠٢٤/١٠/١٧	٢٠٢٤/١٠/١٢	الثالث	٣
	الرابعة	٢٠٢٤/١٠/٢٤	٢٠٢٤/١٠/١٩	الرابع	٤
	الخامسة	٢٠٢٤/١٠/٣١	٢٠٢٤/١٠/٢٦	الخامس	٥
	السادسة	٢٠٢٤/١١/٧	٢٠٢٤/١١/٢	السادس	٦
اختبار الميد يرم الأول Midterm Exam 1	السابعة	٢٠٢٤/١١/١٤	٢٠٢٤/١١/٩	السابع	٧
	الثامنة	٢٠٢٤/١١/٢١	٢٠٢٤/١١/١٦	الثامن	٨
	التاسعة	٢٠٢٤/١١/٢٨	٢٠٢٤/١١/٢٣	التاسع	٩
	العاشرة	٢٠٢٤/١٢/٥	٢٠٢٤/١١/٣٠	العاشر	١٠
Midterm Exam 2 اختبار الميدتيرم الثاني	الحادية عشر	٢٠٢٤/١٢/١٢	٢٠٢٤/١٢/٧	الحادي عشر	١١
Revision	الثانية عشر	٢٠٢٤/١٢/١٩	٢٠٢٤/١٢/١٤	الثاني عشر	١٢
Revision	الثالثة عشر	٢٠٢٤/١٢/٢٦	٢٠٢٤/١٢/٢١	الثالث عشر	١٣
تساؤلات الطلاب وإعلان درجات أعمال السنة	الرابعة عشر	٢٠٢٥/١/٢	٢٠٢٤/١٢/٢٨	الرابع عشر	١٤
بدء إمتحانات الفصل الدراسي الأول ٢٠٢٤ / ٢٠٢٥ اعتباراً من السبت ٢٠٢٥/١/٤ حتى الخميس ٢٠٢٥/١/٢٣					
إجازة نصف العام الدراسي إبتداءً من السبت ٢٠٢٥/١/٢٥ حتى الخميس ٢٠٢٥/٢/٦					



رؤية كلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم

تسعى كلية الخدمة الاجتماعية

بجامعة الفيوم أن تكون مؤسسة تعليمية معتمدة ومتخصصة محلياً
وإقليمياً.



رسالة كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تلتزم كلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم بإعداد خريج مكتسباً للمهارات المعرفية والذهنية والمهنية وال العامة طبقاً للمعايير القومية الأكاديمية القياسية، قادرًا على المنافسة محلياً وإقليمياً، مواكباً التطور التكنولوجي، متقدراً في إجراء البحث العلمي لمواجهة المشكلات والأزمات المجتمعية في إطار من القيم والأخلاقيات، مشاركاً في تحقيق التنمية المستدامة.

تاريخ إعتماد مجلس الكلية

(٣٠٩) ٢٠٢٠/١١/١١ بجلسته رقم



المحتويات





الفصل الأول

التطور التاريخي لطريقة العمل مع الأفراد والأسر



الفصل الأول

التطور التاريخي لطريقة العمل مع الأفراد والأسر

لم تنشأ طريقة خدمة الفرد كطريقة أساسية في الخدمة الاجتماعية دفعة واحدة بشكلها المعروف في الوقت الحاضر ولكنها مرت بمراحل متعددة إلى أن وصلت إلى ما هي عليه ولم يحدث هذا التطور بطريقة عشوائية ولكنه تم نتيجة لاحتياجات الفرد والمجتمع تلك الاحتياجات التي كانت محركاً ودافعاً لأحداث التغير من مرحلة إلى أخرى.

وعلى الرغم من صعوبة الفصل تماماً بين كل مرحلة وأخرى من مراحل التطور إلا أننا نستطيع على الأقل أن نلمس أهم المظاهر والخصائص التي تميز كل مرحلة عن الأخرى.

المراحل الرئيسية لتطور طريقة خدمة الفرد:

طريقة العمل مع الأفراد... النشأة والتطور:

تعد طريقة خدمة الفرد أول طرق الخدمة الاجتماعية، والتي نشأت في عام ١٨٩٨م ، وكلمة خدمة الفرد ترجمة للمصطلح الأجنبي (Case) وهو مصطلح عام نضيف له كلمة (Social) وهي معناها الاجتماعي حتى نحدد الطبيعة الاجتماعية للطريقة، ولكي نميزها عن الطرق الأخرى لذلك نستخدم لفظة (Social Case Work) وهو الاسم الذي أتفق عليه للإشارة إلى هذه الطريقة في مجتمعنا العربي الذي اتفق على استخدام

عبارة خدمة الفرد لتشير إلى هذا المعنى بما تتضمنه من مفهوم اجتماعي ليصبح الاسم الشائع في المؤلفات العربية والمؤسسات الاجتماعية.

ويعتبر عام ١٩١٧م التاريخ الرسمي لميلاد هذه الطريقة، ولكن على ذلك يمكن القول أن مصطلح خدمة الفرد كان يستخدم قبل هذا التاريخ وأول من استخدم هذا المصطلح يُقال أنه كان العالم (ديفن)، وكان يقصد به دراسة الحالة بدقة وعناية دراسة تشمل الفرد وببيئته، في نفس الوقت وفي عام ١٩٠٩م اقترحت (فيتش) أن يستخدم ما يسمى خدمة الفرد مع الأسر التي تخدمها المحلات الاجتماعية في عام ١٩١١م كان مصطلح خدمة الفرد متداول، وبدأت فنيته تظهر من خلال مقابلات الأخصائيين الاجتماعيين مع عمالئهم ومع قيامهم بالزيارات المنزلية، وبحثهم للحالات في ما بين عامي ١٩١١م و١٩١٧م كانت خدمة الفرد تحظى باهتمام وتقدير الأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم ممن يتعاملون مع الأمراض النفسية والاجتماعية، ولم تعد تقتصر على مساعدة المحتاجين مادياً فكانت تُستخدم أحياناً في مجال الانحراف ووقاية الأطفال من الانحراف، وتقدمت طريقة خدمة الفرد بخطى واسعة بفضل تقدم الطب النفسي وسيظهر ذلك من خلال مناقشة النقاط القادمة.

ولقد مرت خدمة الفرد كطريقة علمية متخصصة في مهنة الخدمة الاجتماعية منذ نشأتها حتى وقتنا الحالي بعدة مراحل لكل منها خصائص معينة ، وبحسب الترتيب الزمني تتمثل تلك المراحل في الآتي: **أولاً: مرحلة الشيوخ والعشوائية:**

ظهرت الخدمات الفردية كظواهر إنسانية تلقائية منذ فجر التاريخ وحتى نهاية القرن الثامن عشر الميلادي، وأخذت أشكالاً مختلفة من إحسان مباشر يقدم للفقراء واليتامى والمسنين والمساكين أو خدمات صحية كانت تقدم للمرضى، وذوي العاهات والمشوهين كان يقوم بتقديمها أفراد من الشعب أو الحكومات المختلفة دون ارتباط بتأديتها أو حق لمنتقعين بالمطالبة بها بمعنى أنه كانت تقدم (ليست بأشكال دائمة ولم يكن هناك أي حق لمنتقعين

بالمطالبة بها طوال الوقت وإنما كانت تقدم بطريقة عشوائية وغير منتظمة)، ولكننا نعرف أن جميع الأديان حثّ الإنسان على مساعدة ومساعدة الإنسان لأخيه الإنسان، وقدمت باسم الأديان الكثير من المساعدات للمحتاجين وزوّدت الصدقات على المستحقين في المناسبات الدينية، وكذلك كانت تقوم بعض المؤسسات الدينية برعاية المرضى وذوي العاهات، وكذلك الاهتمام بالأسر المحتاجة والأيتام والأرامل.

وهذه المرحلة تميزت بعدة خصائص منها أن طابع هذه المرحلة كان أقرب للعشوائية والبساطة ومارست فيه الخدمات الفردية للأقارب وذوي النفوذ، ورجال الدين هم من قام بهذه الممارسات لم تكن هناك مؤسسات مستقلة خاصة تُقدم فيها هذه الخدمات بل كانت مُشاعاً تمارس في بيوت المال أو في دور العبادة سواء كانت المساجد أو الكنائس أو المعابد، كذلك كانت تمارس في الجمعيات الدينية وبيوت الإصلاح والتشغيل والطوائف التي ظهرت في المجتمعات الغربية أو الشرقية هذا هو الطابع الذي كان يميز هذه المرحلة التي اتسمت بالشمولية والعشوائية، ولم يكن في هذه المرحلة تخصص يسمى خدمة الفرد يمارسه أناس متخصصون بل كانت المسألة ملقة على عاتق المتطوعين أو من يمارسون أعمال الإحسان والمساعدة بصورة تلقائية وبشكل عشوائي.

ثانياً: مرحلة الاجتهاد والتجربة:

في عام ١٦٠١ صدر قانون الفقراء في إنجلترا وهذا القانون حدد بصرامة مسؤولية الحكومة المباشرة نحو الفقراء، والقانون كان عبارة عن محاولة لتنظيم الأعمال الخيرية والمساعدات التي كان يقوم بها الأفراد والهيئات؛ لكن على الرغم من ذلك لم يصلح الأمر بل زادت الأوضاع سوءاً لأن هذا القانون أُسي استخدامه من قبل بعض المؤسسات ودور الإيواء التي أنشأها. وانتشرت بعض الموبقات الأخلاقية بين النزلاء وعمت العدوى بينهم، وظهرت العديد من الأمراض وتحكم المسؤولون بشئون ذوي الحاجة واستغلوهم لمصالحهم، ودفعت هذه الأوضاع السيئة الكثير من المصلحين

الاجتماعيين إلى أن المناداة بضرورة تصليح الأوضاع في المؤسسات الاجتماعية وطالبوا بضرورة عزل الأطفال عن الكبار، وأن يخصص لكل فئة دور خاصة بهم، وعزل المرضى عن الأصحاء وال مجرمين عن الأسواء.

ظهرت في أواخر القرن التاسع عشر حركة اجتماعية على قدر كبير من الأهمية هي حركة جمعيات تنظيم الإحسان بدأت عام ١٨٦٩ م في إنجلترا، وفي عام ١٨٧٧ م بدأت في أمريكا نتيجة لعيوب التي كانت موجودة في تطبيق قانون الفقراء، كان بإمكانها تنظيم الجهد الأهلية في ميادين الإحسان والبر بالفقراء ومنع الأزدوج والتكرار والبحث عن أفضل الأساليب التي تمكن الفقراء والمحتجين من إيجاد طرق وأساليب للمساعدة، وكان من بينها أسلوب الزيارات التي كان يقوم بها موظفي هذه الجمعيات للفقراء والمحتجين، وهذه الجهود كانت المقدمة لظهور طريقة خدمة الفرد؛ وعلى ذلك فالجهود التي كان يقوم بها هؤلاء الأصدقاء والزوار للقيام بالبحث الاجتماعي والتعرف على أحوال مقدمي طلبات المساعدة لجمعيات تقديم الإحسان هذه تمثل القاعدة الأولى التي تقوم عليها طريقة خدمة الفرد حيث طورت هذه الجهود في البرامج التدريبية التي قادتها جمعية تقديم الإحسان.

ثالثاً: المرحلة المهنية.

مع بداية القرن العشرين نمت خدمة الفرد كمهنة واكتملت مقدمتها وأصبحت تنظر إلى الإنسان النظرة الشمولية ومن زوايا مختلفة ، وذلك كإنعكاس لمجموعة من العوامل التي ساعدت ومهدت لتلك المرحلة المهنية ، وتمثلت تلك العوامل في:

- ١- التقدم الصناعي والحروب المتتالية.
- ٢- فشل التشريعات الوضعية والقوانين لمواجهة الفقر .
- ٣- ظهور الأفكار الاجتماعية واسهامتها خلال هذه المرحلة.
- ٤- الاكتشافات العلمية الحديثة التي توصلت إليها العلوم الإنسانية حول الإنسان ودواجهه السلوكية.

٥- البحوث الاجتماعية التي قام بها المصلحون الاجتماعيون وخاصةً في إنجلترا وأمريكا والتي كشفت النقاب عن الحاجة الماسة إلى التخصص والتعمق في تفسير مشكلات الإنسان.

٦- حركات جمعية تنظيم الإحسان التي ظهرت وسبق الإشارة إليها.

٧- تطورت أهداف خدمة الفرد المهنية وتدرجت من أهداف محدودة إلى أهداف عريضة ومن أهداف مبهمة إلى أهداف واضحة.

٨- تطورت خدمة الفرد المهنية من حيث المجال ونشأة خدمة الفرد في نطاق المشكلة الأسرية والاقتصادية وكانت مرتبطة بجمعية تنظيم الإحسان وامتدت جهودها نحو العلاقات الأسرية ومشكلات الطفولة بمعنى أنها اتسعت خدمة الفرد ونمّت وتطورت لتغطي قاعدة عريضة من المجالات بعيداً عن المجال الأسري وان ارتبطت بها ارتباطاً وثيقاً ولهذا نقول أنها ظهرت بالتوالي أشكال من خدمة الفرد منها خدمة الفرد في المجال الطبي عام ١٩٠٦م، وفي مجال المرضى العقليين عام ١٩٠٧م، وفي مجال الانحراف ١٩٠٧م، وفي مجال المعوقين وأصحاب العاهات عام ١٩٢٣م، كذلك انتشرت خدمة الفرد منذ ذلك التاريخ في مختلف المؤسسات الاجتماعية والمجالات المختلفة كرعاية المسنين واصدمنين والمجال الصناعي والمدرسي.

٩- تطورت خدمة الفرد من حيث أساليب التدخل المهني فتطورت من تحسين الوظيفة الاجتماعية للفرد وهذه أهداف خدمة الفرد ويتم ذلك أاما من خلال تعديل جذري في شخصية العميل وظروفه البيئية أو تعديل نسبي في كل من شخصية العميل وظروف البيئة، وإنما تعديل نسبي أو كلي في النواحي الذاتية فقط أو تعديل نسبي أو كلي في نواحي البيئة وحدها

هذا ، ولقد مرت المارسة المهنية لطريقة العمل مع الأفراد بالعديد من مراحل التطور والتغير منذ بداية مرحلتها المهنية ، أى منذ بداية الإعتراف بطريقة العمل مع الأفراد كطريقة وكمهنة ، وحتى وقتنا الحاضر ، وتلك المراحل هي:

١- المرحلة الاجتماعية (التشخيص الاجتماعي): تميزت هذه المرحلة بعدد من الخصائص حيث كانت هذه الفترة ترتكز على مقوله: "أن احتياجات الإنسان ومشاكله تتبع من خارجة ومن داخلة والعلاج يكمن في توفير الغذاء والمسكن والعمل

والخدمات الطبية والاجتماعية والإيوائية" ونحن نقول أن البيئة الاجتماعية وليس البيئة الداخلية بمعنى آخر" لا وجود للحياة النفسية والعقلية في عملية البحث والتقسيم والعلاج إلا ما كان يعرف أن ذاك بعملية الوعظ والنصائح لتقدير سلوك العملاء. كانت هذه المرحلة (الاجتماعية العلمية) تركز على البيئة الاجتماعية وليس العوامل الذاتية الخاصة بالفرد، تميزت هذه المرحلة بعدة خصائص منها:

١- أن من أسباب شقاء الإنسان الموقف الاجتماعي الذي يتعرض له والبيئة الاجتماعية.

٢- ظهور ما يعرف بتشخيص المشكلة بمعنى أن معرفة أسبابها بنفس الطريقة التي كانت سائدة في علوم الطب.

٣- الأسرة كوحدة اجتماعية لها أهمية رئيسية في تحقيق التكيف الإنساني.

٤- الاعتماد على المعرفة العلمية المستمدّة من الخبرة وليس من النظريات العلمية لأن السائد في تلك المرحلة كان خبرات العاملين والعاملات في جمعيات تنظيم الإحسان.

٢- المرحلة النفسية: كانت معظم الحالات التي تتطلب العلاج في تلك المرحلة كانت تعاني من مشكلات نفسية، والتشخيص الاجتماعي في تلك المرحلة كان يعتمد على مدرسة التحليل النفسي وبالذات "مدرسة فرويد" ومن هنا ظهرت الاهتمام بنمو خدمة الفرد النفسي، وأخصائي خدمة الفرد النفسي، وظهرت بعد الحرب العالمية الأولى وكان يغلب على هذه المرحلة الاتجاه النفسي وعلاج المشكلات النفسية نظرية التحليل الفرويدية كانت هي المستخدمة في هذا المجال "أفكار" الذات والانا والانا الغليا والضمير" كانت كلها الأفكار التي كانت تعتمد عليها هذه الفترة. بجانب هذه النظريات كانت هناك النظريات الوظيفية التي أكدت على أن التفاعل بين الدافع الغريزية الداخلية للفرد وبين المؤثرات البيئية.

٣- مرحلة النظريات العلمية: تطلق على هذه المرحلة مرحلة النظريات العلمية والنماذج المستحدثة، وهذه المرحلة هي المرحلة الخصبة في مسيرة التطور في تخصص خدمة الفرد في هذه المرحلة لم يكن الاعتماد فيها مجرد الاقتباس الحرفي لنظريات العلوم الأخرى مثل النظرية الوظيفية أو مثل نظرية التحليل النفسي لفرويد

التي ذكرنا إنها كان يعتمد عليها في المرحلة العلمية المبكرة لكن في هذه المرحلة لم يكن الاقتباس هو الأساس، ولكن كان يجب تطوير النظريات المختارة بعناية من هذه العلوم لكي تتناسب مع أهداف، ثم ظهرت المبادرات المهنية الداعية والتي مهدت السبيل لمزيد من الإسهامات حتى الوصول إلى استقلالية خدمة الفرد وعدم تبعيتها لعلوم أخرى، ومن أهم هذه الإبداعات النظرية نذكر ما قام به عدد من الرواد المحدثين في خدمة الفرد مثل هيلين بولمان وفلورنس هولس، وسمولي وورنر، وستيورات، وغيرهم، فمن قاموا بتطويع نظريات مقتبسة من الطب النفسي لتناسب خدمة الفرد.

شهدت هذه المرحلة نماذج مستحدثة تطبيقية انطلقت غالبيتها من مجموعة النظريات النفسية والاجتماعية أو بعضها منها نظرية سيكولوجي، وقد وجد العديد من أساتذة خدمة الفرد البارزين مثل جوردن هاملتون وجارين وتناول في هذا الاتجاه الجديد اتجاه يناسب طبيعة خدمة الفرد وتعاملها الأساسي مع الشعور وشبكة الشهور واللاشعور و وجدوا فيه كذلك عودة إلى المشكلة الاجتماعية النفسية بدلاً من الاتجاه النفسي الذي كان يميز المدرسة الفرويدية فالذات هي منطقة ترتبط أساساً بالواقع بل أن قوة الذات نفسها متوقفة على مدى إراكها لهذا الواقع؛ لكن هذا الواقع ما هو إلا الجانب الاجتماعي للفرد المتمثل في البيئة الاجتماعية والحياة الاجتماعية للفرد ليطلق على هذه الفترة من حياة خدمة الفرد أو المرحلة النفسية الاجتماعية؛ ولذلك سيكولوجية الذات تتمثل العودة إلى الاهتمام بالواقع النفسي للعميل والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه في نفس الوقت.

تشير النظرية الثانية النظرية السلوكية وعلى الرغم من أنها نظرية نفسية ارتبطت بنظريات التعلم منذ أواخر القرن الماضي إلا أنها طوّعت للعلاج النفسي في منتصف هذا القرن من خلال أعمال دولر وسكنر مع أوائل الخمسينيات وامتدت هذه النظرية إلى مجال خدمة الفرد، حيث تقوم هذه النظرية على أسس فردية قوامها أن سلوك العميل أياً كانت توجهاته هو سلوك مكتسب وليس غريزي وعادات يتعلّمها الفرد ويكتسبها بالتعلم وبالدعم والتشجيع، ومن ثم يمكن مساعدة العميل عن طريق

تعديل سلوكه اللاتوافي عن طريق إضعاف أنماط السلوك غير مرغوب وتدعمه وتنمية أنماط السلوك المرغوب بها.

النظرية الثالثة وهي النظرية المعرفية العقلية وهي عبارة عن مدخل علمي لممارسة خدمة الفرد، وظهرت هذه النظرية في الستينيات وترتكز على الفردية المحوية مؤداها أن سلوك الفرد وانفعالاته سواء كانت منطقية أو غير منطقية هي نتاج لأفكاره وتصوراته، والفكرة تحدد مضمون الإدراك، وهذا بدوره يثير نوعاً من الأحساس وهذا الأحساس تشكل الدافعية للسلوك وهذه العملية من التفكير تتم على أساس شعوري لا تتدخل بها أي قوة لا شعورية معناه أن المشكلة التي يعني منها العميل تكمن في المعاني والتصورات الخاطئة التي يملكونها العقل المضطرب الذي يحرف الحقائق، وهناك من ضمن هذه النظريات والنماذج العلمية المستحدثة نموذج يعرف باسم نموذج حل المشكلات عُرف في مطلع الخمسينيات مستمد جذوره من نظريات سيكولوجية الذات والتعلم والدور بالإضافة إلى مفاهيم من النظرية الوظيفية الفردية الرئيسية أو المحوية التي يقوم عليها هذا النموذج تفترض أن المشكلة التي يعني منها الفرد مرتبطة بعدم قدرته على التصدي لها، يرجع ذلك أساساً إلى ضعف الدافعية لديه أو إلى تعطل طاقاته أو عدم توفر الفرصة التي تسمح بالتعامل مع المشكلة بالطريقة المناسبة لحلها أو التخفيف من حدتها مما يجعل هذا الفرد يلجأ إلى المؤسسة طالباً المساعدة سواء مادية أو نفسية لمواجهة مشكلاته؛ وتأسساً على هذه الفردية تتجه تكتيكات التدخل في عملية المساعدة إلى تحقيق أهداف هي تحرير أو تنشيط دافعية العميل للتعامل مع المشكلة بعبارة أخرى تغطية الدعم النفسي وتحرير طاقات العميل العقلية والعاطفية واستثمارها وتوظيفها للتصدي للمشكلة، وتوفير فرصة أمام العميل للاستفادة من خدمات المؤسسة، ومن مواردها البيئية المتاحة لحل مشكلته أو التخفيف من حدتها؛ وذلك لتمكينه من أداء وظائفه على النحو المرجو.

٤- مرحلة الإتجاهات والنماذج العلمية: شهدت هذه المرحلة العديد من الإتجاهات ونماذج العلمية التي قامت على تراكمات المداخل النفسية والاجتماعية المعاصرة وفيها على سبيل المثال نظرية الأسواق العامة ونظرية الدور ونموذج التدخل في الأزمات وغيرها كثير من النظريات والنماذج العلمية لخدمة الفرد.

يتضح من العرض السابق أن خدمة الفرد المهنية كان ظهورها بداية مرحلة جديدة لأسلوب مساعدة الإنسان في العصر الحديث فهي طريقة مهنية فريدة جعلت من فعل الخير علم ومن الإحسان منهج علمي متكامل ومن مشكلات الإنسان مجالاً لتطبيق حصيلة التفكير الوضعي. هذا الطبع الإنساني مكن خدمة الفرد من أن تتحرك بحرية وتنطلق بلا حدود تمتص من العلوم الأخرى معارفها ونظرياتها لتسخرها لخدمة الإنسان أينما كان وأينما عاش دون أن تعوق حركاتها أفكاراً جامدة أو فلسفات متجردة هدفها هو رفاهية الإنسان كما هو في موقعه الاجتماعي.

وقد شهدت هذه المرحلة المبنية التي استمرت حتى وقتنا الحاضر العديد من التطورات والتغيرات نظراً لحساسية خدمة الفرد في الاستجابة لكل جديد يطرأ على الظروف الاجتماعية وهي حقيقة فهم الإنسان وقد يكون من الصعب عرض جميع هذه التطورات إلا أننا سنركز على أهمها وهي :

مدرسة التشخيص الاجتماعي :

وهي المدرسة الأولى لخدمة الفرد وضعت إطارها ماري ريتشموند في كتابها المعروف التشخيص الاجتماعي يمكن تحديد ملامحها الأساسية فيما يلى :

١- خدمة الفرد فن يعتمد على العلم والمهارة .

٢- الأسرة هي المحور الأساسي لمشكلات الفرد وبالتالي فالأشخاص علىه أن ينظر إلى المشكلة ليس من خلال ارتباطها بالفرد فقط بل من خلال تفاعله مع الأسرة .

٣- المشكلة هي دائماً بيئية ولهاً فإن العلاج كان يتجه غالباً إلى تقسيم الخدمات المادية الملموسة مثل صرف المساعدات المادية أو الخدمات الإبداعية والتشغيلية.

٤- للعلاج شقين الأول وهو ما يعرف بالعلاج المباشر كجهود تركز على شخصية العميل والثاني العلاج غير المباشر مجهود توجه إلى البيئة .

المدرسة النفسية :

ظهرت هذه المدرسة تأثراً بنظرية التحليل النفسي التي قام فرويد بوضعها عام ١٩١١ في هذه المدرسة اهتمت خدمة الفرد بالنوافذ التالية :

- ١- الاهتمام بدراسة نمط شخصية العميل باعتبار أنها تمثل جانبا هاما في حدوث المشكلة .
 - ٢- إمكانية التأثير في العميل مرتبطة بتحريه من صراعاته الداخلية الشعورية واللاشعورية .
 - ٣- تابع السنوات الأولى في حياة الفرد دورا كبيرا في حدوث المشكلة ففيها تكمن جذور المشكلة التي تعيق تكيفه مع بيئته الاجتماعية .
 - ٤- الاهتمام بإنشاء علاقة بين الأخصائي والعميل تقوم على الحب والثقة والاحترام المتبادل
- وكان نتيجة لهذه الحركة النفسية التي بدأ نطاقها يتسع أنأخذ بعض الأخصائيين ما رأوا أنه يناسب عملهم في خدمة الفرد إلا أن البعض تطرق وإنكب على دراسة واستيعاب معلومات التحليل النفسي والتركيز على تحليل اللاشعور الأمر الذي أدى لحدوث صراع بين الأطباء النفسيين وأخصائيون خدمة الفرد نتيجة التدخل في عمل كل منهم مع الآخر ولكن لحسن الحظ أن قلة من الأخصائيين هم الذين ساروا في هذا الاتجاه المتطرف بينما الغالبية منهم كانت تؤمن بأن المعرفة النفسية أمر له قيمة من أجل مساعدة الأخصائي لحسن الحظ أن قلة من الأخصائيين هم الذين ساروا في هذا الاتجاه المتطرف بينما الغالبية منهم كانت تؤمن بأن المعرفة النفسية أمر له قيمة من أجل مساعدة الأخصائي على أن يقوم فقط بعمله في فهم مشكلة العميل .

مدرسة سيكولوجية الذات : Ego Psychology

وهي اتجاه استمد فلسفته أساسا من الاتجاه الفرويدي لمفهوم الشخصية وإن ازداد التركيز فيه على قوة أنا الشعورية من أهم أنصار هذا الاتجاه أنا فرويد Ana Froud كارين هورني Solivan Hornig سوليفان ويؤمن بأن المشكلة الفردية هي نتاج التفاعل بين الفرد والبيئة والتركيز على التعامل مع الشعور بدلا من اللاشعور ويطلق على أنصار هذه المدرسة بأصحاب النظريات الاجتماعية النفسية التي كانت تمثل محاولات لربط الشخصية بالجوانب الثقافية .

وعلى أي حال فقد استفادت خدمة الفرد من هذه المدرسة كما يلى:

- ١- المشكلة ما هي في المقام الأول إلا مشكلة اجتماعية نفسية Psychosocial تمثل التفاعل بين الفرد والبيئة .
- ٢- التركيز على دراسة الحاضر بدلا من التعمق في دراسة الماضي أو الماضي السحيق.
- ٣- التركيز على الخبرات الشعورية وسبة الشعورية بدلا من الاهتمام بتحليل الجوانب اللاشعورية .
- ٤- الاهتمام بالمنطقة الشعورية وهي منطقة الذات Ego باعتبارها المنطقة التي تعمل على إحداث التوازن بين جوانب الشخصية المختلفة .

المدرسة الوظيفية : Function School

ظهرت هذه المدرسة سنة ١٩٣٥ وتزعمها Otto Rank اعتمادا على ما يعرف بعلم نفس الإدارة وفيه يؤمن بقوة الإنسان وبأنه يملك فطريا قوة الإرادة التي تنشط في مواقف الألم والتحدي وقد اتبعها مدرسة خاصة بالعلاج الوظيفي في فلايديفيا Function Treatment خاصة في جامعة بنسلفانيا لتظهر خدمة الفرد الوظيفية Function Case work وقد امتد أثر هذه المدرسة الوظيفية ليشمل عدائات وطرق الخدمة الاجتماعية الرئيسية الأخرى مثل خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع والطرق الثانوية مثل الإدارة والبحث . وترى Otto Rank أن وظيفة المؤسسة واستخدام محددات الوقت والتركيز على العلاقة المهنية هي الجوانب التي يتميز بها هذا المدخل . هذا وقد أوضحت المدرسة الوظيفية أسس عملية المساعدة في هذا المدخل على النحو التالي :

العميل يملك جوانب القوة والإرادة التي تمكنه من اتخاذ القرارات . حدثت بعض المعوقات التي سببت تعطيل هذه الإرادة . عملية المساعدة هي تحرير الإرادة وتنشيطها وهذه المساعدة تتماشى مع سياسة المؤسسة وبنائها وإجراءاتها . لكي تتحقق عملية المساعدة لابد أن يمر العميل بتجربة نفسية جديدة يضع فيها الأخصائى خبراته بما يتفق مع وظيفة المؤسسة وقيودها .

التجربة هي علاقة جديدة بمراحلها الثلاثة (الاتصال - التوحد - الانفصال) ولها بداية ووسط ونهاية يخطط للاخصائى بمهارة .

الاتجاه العقلى :

ظهر هذا الاتجاه في الستينيات وتأثر بآبحاث ولب جور هام ويرى أن مشكلة العميل ناجمة عن المعانى الخاطئة التي يملكتها العقل أو في العقل المضطرب الذى يحرف الحقائق اى ان الفكرة هي الأساس في مشكلة العملاء وعلى خدمة الفرد وترشيده.

هذا وقد وضع Worner المفاهيم الخاصة بخدمة الفرد العقلي على النحو التالي :

- ١- التفكير هو الذى يلعب الدور الأساسى في توحيد السلوك فهو المصدر لكل الانفعالات والدافع .
- ٢- التركيز على الشعور وعدم إعطاء أهمية كبرى للجوانب اللاشعورية .
- ٣- تذكرة دائما هي حاضر ومرتبطة بموقف حاضر ومن ثم فان المشكلة في حد ذاتها هي موقف حاضر وهي محور عملية المساعدة .
- ٤- تعالج الأفكار الخاطئة بتصحيحها واستبدال أفكار سليمة بها فإذا ما تعدلت الفكرة تعدل الإدراك وتعدل الاحساس وتعدلت الدافع وأخيرا يتعدل السلوك .

الاتجاه السلوكي:

ظهر هذا الاتجاه في اواخر القرن الماضي ويعمل على تعديل عادات العميل الخاطئة باستخدام أساليب التعليم المختلفة مع تثبيتها بواسطة عمليات التدعيم والتعزيز المختلفة ليصبح اطارا علاجيا يقوم على ميكانيكية الفعل ورد الفعل والمثير والاستجابة.





ماهية طريقة العمل مع الأفراد والأسر

طريقة العمل مع الأفراد... المعنى والمضمون:

تعددت تعريفات طريقة العمل مع الأفراد منذ بداياتها كطريقة مهنية في الخدمة الاجتماعية وحتى وقتنا المعاصر. حيث يعكس كل تعريف من تلك التعريفات النظرية مرحلة من مراحل تطور طريقة خدمة الفرد ، لذا فإنه قد يكون من المفيد أن نعرض هنا لمجموعة من تلك التعريفات النظرية لطريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية.

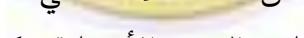
عرفت "ماري ريتشارسون" طريقة العمل مع الأفراد على أنها "مجموعة العمليات التي تهدف إلى تنمية الشخصية بواسطة تأثيرات محسوبة في الفرد لكي ينسجم مع بيئته الاجتماعية".

بينما عرفتها " هيلين بولمان على أنها " عملية تمارس في مؤسسات اجتماعية لمساعدة الأفراد على المواجهة الفعلية للمشكلات التي تعوق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية ".

ويراها " فلورنس هوليس " بأنها " عملية تسعى إلى مساعدة الأسرة والأفراد على إيجاد كل من القدرة والفرصة لتحيا حياة راضية ".

وتعرفها " فاطمة الحارونى " بأنها " طريقة مهنة الخدمة الاجتماعية في مساعدة الأفراد سيئ التكيف الذين يقعون في مجالها باستغلال الطاقات الشخصية والبيئية في تصحح تكيفهم ".


كما عرفها " عبد الناصر عوض " بأنها " طريقة علمية وعملية مهاريه مؤسسية يمارسها أخصائيون اجتماعيون مع الأفراد وأسرهم في مجالات عدّة، بهدف مساعدتهم على استثمار وتنمية قدراتهم الذاتية والبيئية لتحسين أدائهم لوظائفهم الاجتماعية، وتدعمهم استقرارهم مع أوضاعهم البيئية ضمن إطار ثقافة المجتمع ".


هذا ، رأى الكثيرون تعريف خدمة الفرد بأنها " إحدى طرق الخدمة الاجتماعية التي تقدم المساعدة للأفراد والأسر على المستوى الفردي، وذلك بهدف الوقاية أو العلاج من المشكلات التي تحول دون قيامهم بالأدوار الاجتماعية المنوطة بهم على الوجه الأكمل ". وكذلك يراها آخرون بأنها " مساعدة العميل لكي يساعد نفسه " أو هي " عملية تهتم بفهم الأفراد كشخصيات، وتهتم بتكييف هؤلاء الأفراد مع حياة اجتماعية صحيحة " ، كما أنها " طريقة خاصة لمساعدة الأفراد لمقابلة حاجاتهم الشخصية والاجتماعية " ، وخدمة الفرد هي فمن مساعدة العميل في تنمية قدراته الشخصية والاجتماعية للاستفادة منها في تناول المشكلات التي يواجهها في بيئته الاجتماعية ".


مما سبق نستخلص أهم تعريفات الطريقة :

١- تعريف ريتشموند ١٩٢٣ :

تكون خدمة الفرد من العمليات التي تهدف إلى تنمية الشخصية بواسطة تأثير محسوبة في الفرد لكي ينسجم مع بيئته الاجتماعية .

٢- تعريف كارل دى نوابنتر ١٩٣٩ :

تكون خدمة الفرد من العمليات التي تشملها الخدمات المقدمة الفرد كالمساعدات المالية أو الشخصية وذلك بواسطة ممثلى المكاتب الاجتماعية تبعاً لسياستها وعلى أساس الحاجة الفردية .

٣- تعريف هيلين بولمان ١٩٥٧ :

خدمة الفرد عملية تمارس في مؤسسات اجتماعية لمساعدة الأفراد على المواجهة الفعلية للمشكلات التي تعيق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية.

٤- تعريف الدكتورة فاطمة الحاروني ١٩٧٠ :

خدمة الفرد هي طريقة مهنة الخدمة الاجتماعية في مساعدة الأفراد سيء التكيف الذين يقعون في مجالها باستغلال الطاقات الشخصية والبيئية في تصحح تكيفهم.

طريقة العمل مع الأفراد والآخرين الأهداف والخصائص:

أولاًً: أهداف طريقة العمل مع الأفراد والآخرين:

١- زيادة حاجة الطاقة العاملة في المجتمع إلى خدمات طريقة خدمة الفرد وزيادة فعاليتها.

٢- تعمل خدمة الفرد على رعاية الفئات المختلفة في المجتمع.

٣- تدعيم قيم التضامن الاجتماعي وتعزيز الشعور بالولاء عند الأفراد تجاه مجتمعهم لأن خدمة الفرد مظهر من مظاهر الكفالة المجتمعية التي تشعر أبنائها بالوحدة والترابط والعدالة الاجتماعية.

٤- اكتشاف مصادر ومنابع المشكلات الاجتماعية والوقوف على أسبابها والعوامل التي تؤدي إليها مما يساعد على دراستها ووضع الحلول لعلاجها.

٥- تأكيد قيم العدالة بالمجتمع وتحقيق الشعور بالعدل بين أفراد المجتمع.

ثانياً: خصائص طريقة العمل مع الأفراد والأسر:

الخاصية الأولى: أن خدمة الفرد طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية وعندما نذكر كلمة طريقة فإننا نشير إلى أن طريقة هو المصطلح الذي يستخدمه المشغلون بالخدمة الاجتماعية للإشارة إلى فرع من فروع الخدمة الاجتماعية تعمل في ميدان المشكلات الإنسانية لمساعدة الأفراد على الاستفادة من إمكانياتهم وإمكانيات المجتمع لتحقيق الأداء الاجتماعي المناسب وصولاً إلى حسن توافهم الشخصي والاجتماعي.

الخاصية الثانية: تؤمن خدمة الفرد بأن مشكلات الإنسان نابعة بالضرورة من تفاعله مع بيئته الاجتماعية ومن ثم فهي تعتمد على ممارسة أنواع مختلفة من إستراتيجيات التدخل الموجهة إلى شخصية هذا الإنسان وب بيئته في نفس الوقت.

الخاصية الثالثة: يتم التدخل من خلال عمليات عقلانية متتابعة تسير بشكل منطقي من دراسة اجتماعية نفسية للمشكلة وتحديدها إلى تشخيص المشكلة في ضوء العوامل المؤثرة فيها ثم التدخل العلاجي، وأخيراً القيام بعمليات مستمرة للمتابعة والإنماء والتقدم لنتائج التدخل المهني.

الخاصية الرابعة: أن خدمة الفرد تمارس في مؤسسات اجتماعية أولية أو ثانية حكومية أو أهلية لها فلسفتها وأهدافها وشروطها وإمكانياتها التي تحدد اتجاهات عملية المساعدة في خدمة الفرد وحجمها أو مداها.

الخاصية الخامسة: إن خدمة الفرد يمارسها أخصائيون اجتماعيون يتم إعدادهم مهنياً ونظرياً في معاهد وكليات وأقسام إعداد الأخصائيين الاجتماعيين بمستوياتهم المختلفة.

الخاصية السادسة: إن خدمة الفرد تمارس وفق نظام أخلاقي ينبع من المهنة ذاتها ويقوم ذلك النظام الأخلاقي بترشيد سلوك الممارسين وتحديد التزاماتهم الأخلاقية في عملية المساعدة.

الخاصية السابعة: تعتمد خدمة الفرد على قاعدة معرفية عريضة من العلوم الإنسانية والاجتماعية تمكّنها من فهم العملاء ومشكلاتهم وكيفية التدخل المهني لمواجهه هذه المشكلة.

الخاصية الثامنة: وأخيراً تتميز خدمة الفرد بطابعها العلاجي أساساً إن كان ذلك بالضرورة يحقق أهداف وقائية وتنموية بنفس الوقت فهي تتعامل مع العملاء في موقف عدم التكيف أو عدم التوافق النفسي لمساعدتهم على التصدي لمشكلاتهم التي تحدّ من فاعليتهم في أدائهم لأدوارهم الاجتماعية كذلك الجانب الوقائي في خدمة الفرد يتضح من الجهد المبذولة بقصد منع وقوع النتائج التي تترتب على المشكلات أما الأهداف التنموية فتتبع من أساليب التدخل لتحسين الظروف الاجتماعية للعملاء وزيادة فاعلية وكفاءة أدائهم الاجتماعي.



وهناك أراء أخرى حول خصائص طريقة العمل مع الأفراد والأسر تتمثل في الآتى :

- ١- خدمة الفرد طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية تميّز بالتعامل الفردي وليس المقصود بالتعامل الفردي أن تقصّر التعامل على الفرد بل تمتد إلى الأسرة والمجتمع الخارجي.
- ٢- تتميز خدمة الفرد بطبعها العلاجي فجميع العملاء يشتّركون في خاصية واحدة وهي وجود مشاكل تعيق تكيفهم الاجتماعي وإن كان ذلك يتحقق بالضرورة للأهداف الوقائية والأنشائية في نظير الوقت .
- ٣- هدف هذه الطريقة تنمية شخصية العميل .
- ٤- التعامل والتفاعل بين الأخصائي والعميل وثيق ودقيق وهو الوسيلة لتحقيق أهداف خدمة الفرد لذلك فإن العلاقة المهنية على جانب كبير من الأهمية .

- ٥- يمارس خدمة الفرد مهنيون يعملون في مؤسسات اجتماعية ويؤدون وظائفها المحددة ولابد أن يكون هناك إعداداً مهنياً مناسباً للاخصائى من الناحيتين النظرية والعملية .
- ٦- الاتجاه العام لخدمة الفرد هو الاستفادة من قوى شخصية العميل وقوى البيئة المحيطة بها في تصحيح موقفه .
- ٧- لا تؤمن خدمة الفرد بالسلبية بل تؤمن بالتدخل والإيجابية عند تقديم المساعدة فهي تجمع بين الخدمة المعروضة والخدمة المفروضة من أجل صالح العميل .
- ٨- تؤمن خدمة الفرد بأهمية الفروق الفردية بين العملاء ومن ثم فإن عملية المساعدة هي خبرة نوعية متميزة تختلف من عميل لآخر .
- ٩- هناك تلازم حتمى بين المشكلة الاجتماعية والمشكلة النفسية للفرد ومن ثم فإن العلاج هو علاج اجتماعى نفسي .
- ١٠- تؤمن خدمة الفرد بمجموعة من القيم الإنسانية ابرزها احترام كرامة الفرد وحقه في ممارسة حريته واختيار اسلوب حياته كما تؤمن خدمة الفرد بالانسان كقدرة خلقة وطاقات تتطلع الى الانطلاق .
- ١١- تعتمد خدمة الفرد على قاعدة علمية من العلوم الإنسانية المختلفة كما وان لها مهاراتها الخاصة سواء أكانت مهارات إدراكية أو علاقية أو تأثيرية .
- ١٢- توأكب هذه الطريقة التغيرات المختلفة والثقافات المتعددة التي ترتبط بها المجتمعات المتنوعة ومن ثم فان أهم ما يميزها هو طابع المرونة كى تتناسب المجتمعات وثقافاته فهي تتميز بتكنيك للاء في المجتمع ، فالمجتمع الناجي يختلف عن المجتمع الرأسمالي ، فعلى سبيل المثال المراجع المعاصرة لخدمة الفرد تركز على ما يعرف بخدمة الفرد التنموية كتطويع يناسب حاجات المجتمع الناجي من التركيز على مجالات جديدة مثل محو الأمية - تنظيم الأسرة . الخ فضلاً عن التركيز على العلاج الأسرى ومواقف العمل مع الأزمة .
- مكونات طريقة العمل مع الأفراد والأسر:**

مكونات طريقة العمل مع الأفراد والأسر هي العناصر والأركان الأساسية التي تشمل عليها الطريقة - وبمعنى آخر فهي تمثل الوحدات الرئيسية التي يتضمنها العمل وبصورة عامة فلخدمة الفرد المكونات التالية :

١- العميل:

وهو الاسم العام الشائع الذي يطلق على طالب المساعدة في موقف الاحتياج وهو يشمل الجانب الشخصي في المشكلة الفردية من حيث الارتباط تأثيراً وتأثيراً ولما كانت غالبية المشكلات المدرسية هي النتاج الحتمي لتفاعل الفرد مع الظروف المحيطة لا يمكن وحدها أن تخلق المشكلة دون أن يكون الفرد نفسه قد تفاعل معها بأسلوب معين ، فقد أصبح تفاعل العميل والظروف المحيطة جوانب تفاعلية في جميع الحالات .

يعتبر العميل هو محور الخدمة وقد يكون العميل فرداً أو جماعة أو مجتمعاً سوياً كان أو غير سوي وتعتمد خدمة هذا العميل على ما وصلت إليه الخدمة الاجتماعية من مبادئ ، وأساليب العمل . وما استفادته من العلوم الأخرى من معارف ومهارات ، فالعميل الذي تقدم له الخدمة كفرد يحتاج من الأخصائي الاجتماعي أن يكون ملماً إماماً كافياً بطبيعته النفسية وظروف المجتمعية المؤثرة فيه وأساليب التربية الصالحة لتنشأته والاحتياجات الصحية الالزمة له والقواعد المنظمة لعلاقاته مع الآخرين ، كل ذلك يتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يكون ملماً بالعلوم الإنسانية والاجتماعية المتصلة بحياة العميل وأهم العلوم علم النفس والتربية والصحة والقانون .

والعميل الذي تقدم له الخدمة في جماعة يحتاج من الأخصائي أن يكون ملماً إماماً كافياً بحياة الجماعات وأثرها فيه وكذلك بالظروف الاجتماعية المؤثرة في تطور ونمو هذه الجماعات ، وذلك يتطلب منه أن يكون ملماً إماماً كافياً بالعلوم المتصلة بحياة المجتمعات كعلوم الاجتماع والسياسة والاقتصاد .

هذا ومع الاهتمام بصفة خاصة بسمات العميل الجسمية والاجتماعية والعقلية والنفسية في كل مرحلة من مراحل حياته ، فسمات مرحلة الطفولة تختلف عن مرحلة الشباب عن مرحلة النضج أو الشيخوخة ،

إذا أن لكل منها خصائصها التي يرتكز عليها الأخصائي الاجتماعي في تقديمها للخدمة .

والعميل الذي تقدم له الخدمة في مجتمع يحتاج من الأخصائي الاجتماعي أن يكون ملماً بحياة المجتمعات وتركيبها والعوامل المؤثرة في نهوضها وكيفية دراستها والنهوض بحاجتها .

٢- المشكلة :

تواجه الفرد في حياته العيد من المشكلات والعقبات منها البسيطة والمركبة منها المؤلمة ومنها الأشد ألماً والفرد العادي الذي يتمتع بواقعية هو الذي يمكنه مواجهة هذه بقدر مناسب من القدرة والنجاح فقد يجد لها حلأ نهائياً أو قد يجد لها حلأ مؤقتاً أو قد لا يجد لها حلأ على الإطلاق فيحاول إذن أن يعيش فيها ولكن المشكلة في خدمة الفرد هي موقف يواجه الفرد تعجز فيه قدراته عن مواجهته بفاعالية مناسبة .

٣- المؤسسة الاجتماعية :

وهي المكان الذي يلجأ إليه العملاء أو يحولون إليه من الجهات أو الهيئات المختلفة لتقليل نوعاً من المساعدة يحتاجونها وتقديمها المؤسسة كجزء من خدماتها المختلفة والمؤسسة هيئه منظمة قامت في المجتمع كتعبير عن حاجة الناس إلى خدمات معينة لتمثل مسؤولية هذا المجتمع نحو أفراده ولتؤكد أهمية الخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة .

تعتبر المؤسسة الاجتماعية هي الميدان التي تمارس فيه الخدمة ، ولا يعني ذلك أن الخدمة لا تمارس إلا في المؤسسة الاجتماعية فقط ، فقد انطلقت الخدمات حديثاً نحو البيئات المحتاجة إلى خدمة . والمؤسسة الاجتماعية هي المؤسسة المتخصصة لخدمة الأفراد والمجتمعات أو كلها .

فالمدرسة تمارس الخدمات الاجتماعية بقصد مساعدة أبنائها على التمتع بظروف اجتماعية تعاونهم على التحصيل الدراسي دون إعاقة والمصنع يستفيد من الخدمة الاجتماعية كأداة للنهوض بعمالة وزيادة إنتاجهم والمستشفى يعتمد على الخدمة الاجتماعية كوسيلة هامة من وسائل إكساب المريض لبواطن الطمأنينة التي تجعله قادرًا على الشفاء .

وتعمل المؤسسة الاجتماعية في إطار القيم والمستويات الاجتماعية السائدة في المجتمع وتستمد فلسفتها منها وتعمل على النهوض بها كما وأنها ترتبط باحتياجات المجتمع باعتبار أنها الوسيلة في تحقيق مطالبة ، هذا ولا تهدف المؤسسة الاجتماعية إلى تحقيق كسب مادي حيث أنها تعتمد في وجودها ودعم كيانها على إمكانيات الدولة والأهالي .

منظمات ومؤسسات الخدمة الاجتماعية (البناء المؤسسى): وتشمل نوعين من المؤسسات وهما :

(أ) **مؤسسات الأعداد:** ونعني بها المؤسسات العلمية التي تعمل على أعداد الطلاب كى يصيروا أخصائين اجتماعيين حيث تنظم برامج للأعداد النظري والعملى لهم مثل كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية التي تمنح الخريجين درجة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية كما تنظم كليات الخدمة الاجتماعية برامج على مستوى أعلى وهو مستوى الدراسات العليا لمنح درجات الدبلوم والماجستير والدكتوراه .

(ب) **منظمات ومؤسسات الممارسة:** وهى التي يمارس الأخصائى الاجتماعى عمله من خلالها وهذه يمكن تصنيفها كالتالى :

أولاً: من حيث موقع الممارسة المهنية بها:

١- **مؤسسات أولية (أساسية - متخصصة):** أى أنشئت خصيصاً لممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة أو لممارسة أحدى طرقها الأساسية .

٢- **مؤسسات ثانية (مضيفة):** كالمدارس والمصانع والمستشفيات وغيرها ممن تستضيف الخدمة الاجتماعية لستفادة من مساعداتها في أداء وظائفها الأساسية على أفضل وجه ممكن .

ثانياً: من حيث مستوى الممارسة:

١- **مؤسسات تعمل على المستوى المحلى.**

٢- **مؤسسات تعمل على المستوى الإقليمي.**

٣- **مؤسسات تعمل على المستوى القومى.**

٤- **مؤسسات تعمل على المستوى الدولى.**

ثالثاً: من حيث مجال الممارسة:

فهناك مؤسسات تعمل في مجال رعاية الطفولة أو الشباب أو المسنين أو الأسرة أو المسجونين أو المعوقين أو المجال الطبي - النفسي، المدرسي - العمالي - التنموي وغيرها.

رابعاً: من حيث التبعية ومصدر التمويل:

١- مؤسسات أهلية: وهي مؤسسات يقوم الأهالي بإنشائها وإشهارها وتمويلها ذاتياً وإدارتها.

٢- مؤسسات حكومية: وهي مؤسسات تقوم الدولة بإنشائها وتمويلها والإشراف عليها وإدارتها.

٣- مؤسسات أهلية حكومية: وهي التي تجمع بين مزايا كل من المؤسسات الأهلية والحكومية في كل من الإدارة والتمويل وغيرها.



٤- المساعدة أو الخدمة :

وهي الهدف النهائي في خدمة الفرد والذى يسعى إليه الأخصائي الاجتماعى تحقيقاً لعمله وكذلك الذى يسعى العميل للوصول إليه من ذي بدأة تحركه إلى المؤسسة الاجتماعية احساساً بعجزه أو قصوره أو مشكلته ، و تستغل في عملية المساعدة إمكانيات العميل الشخصية كذلك البيئية في إطار أهداف المؤسسة وطبيعة المشكلة.

يقصد بالخدمة الخطوات المهنية التي تتم أثناء تقديم مساعدات موجهة للأفراد أو الجماعات أو المجتمعات . وتشتمل هذه الخطوات على الدراسة والتشخيص والعلاج . فالفرد صاحب المشكلة يحتاج إلى دراسة حالته دراسة اجتماعية ثم تحليل الظروف التي أدت إلى المشكلة ثم وضع الخطوط الرئيسية لمواجهة مشكلته. أما نمو الجماعة فإنه يحتاج إلى دراسة علمية للتعرف على قدرات أعضائها ومهاراتهم مثل تحليل ظروفهم بقصد وضع خطة للعمل معها .

أما بالنسبة لتنظيم المجتمع فإنه يحتاج إلى بحث اجتماعي وذلك بهدف التعرف على احتياجات المجتمع ثم تحليل البيانات التي تنتج عن البحث وأخيراً

يتم التخطيط لتنمية هذا المجتمع . وتعتمد كل هذه الخطوات على مبادئ أساسية للعمل التطبيقي الذي يساعد الفرد على مواجهة مشكلاته ، والجماعة على النهوض بقدرات أعضائها ومهاراتهم والمجتمع في قدرته على المواجهة بين احتياجاته وموارده .

٥- الأخصائي الاجتماعي:

وهو الشخص المهني الذي أعد إعداداً خاصاً لمزاولة هذا المهنة وعليه تحويل ألم العملاء إلى أمن وأمل واستقرار في ضوء الحقيقة والواقع وثقافة المجتمع وأهداف المؤسسة التي يعمل من خلالها وفي ضوء استغلال إمكانيات وقوى شخصية العملاء .

الأخصائي الاجتماعي هو المتخصص المهني الذي يقوم بالخدمة الاجتماعية ويهدف التخصص في هذه المهنة إلى تزويد الأخصائي بالمميزات التالية التي يجعل منه مهنياً صالحًا ل القيام بالعمل الاجتماعي وهذه المميزات المهنية أربعة هي :

- ١- أن يزود بالمعلومات الكافية من الأفراد والجماعات والمجتمعات التي يعمل معها سواء أكانت هذه المعلومات اجتماعية أو اقتصادية أو صحية أو نفسية .
- ٢- أن يزود بالمهارات للعمل الاجتماعي كالمهارة في خدمة الفرد أو المهارة في خدمة الجماعة أو المهارة في تنظيم المجتمع ، وما تتطلب هذه المهارات من إدراك وتطبيق لمبادئها وأساليبها .
- ٣- أن يزود بمجموعة من الخبرات المتصلة بطبيعة النشاط التي يمارسه مع العملاء كالخبرات الرياضية والثقافية والفنية وهذه الخبرات تساعده على إدراك ما يتم من نشاط للأفراد أو الجماعات أو المجتمعات .
- ٤- أن يزود بالاتجاهات الشخصية الصالحة للعمل مع الناس كالمقدرة على حب الناس والرغبة في العمل معهم وتقدير ظروفهم وضبط النفس والمحافظة على المواعيد وغير ذلك من الاتجاهات الازمة لأداء العمل . واكتساب هذه الصفات المهنية تستمد أساساً من ثلث قوى رئيسية هي :

- الدراسة النظرية .
- التدريب الميداني .

- الممارسة الفعلية بعد التخرج من مراكز التعليم المختلفة .

ما سبق يتضح أن الأخصائيون الاجتماعيون هم من يقع عليهم عبء الممارسة المهنية بأسلوب علمي فنى متخصص يؤدى إلى تحقيق وظيفتها وأهدافها وبالتالي يقع عليهم عبء الارتقاء بمكانة المهنة واستمرارية تدعيم المجتمع لها وكما أن لك مهنة ممارس متخصص فإن الخدمة الاجتماعية من يتخصصون في ممارستها بأسلوب فنى وعلمي متميز فهى لم تعد مشاءا لكل من يرغب في القيام بمثل هذا العمل وإنما هى كمهنة تعامل مع الإنسان فإنها تتطلب درجة عالية من الأعداد الكافى ولهذا فهى تعد ممارسيها أعدادا علميا معينا يؤهلهم للقيام بمتطلبات المهنة وللنجاح في العمل مع العمالء باعتبارهم بشرا لا يجب أن يكونوا موضعها للتجريب والمتخصص في ممارسة الخدمة الاجتماعية يسمى بالأخصائى الاجتماعى .

وهو الشخص المعد إعدادا علميا وفنيا ومهنيا ملائما يؤهله للقيام بمارسة هذه المهنة حيث يتم إعداده في مؤسسات علمية متخصصة ككليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية . ومن المفترض أن يتم انتقاء واختيار من لديه الاستعداد ومن يصلح لمارسة هذه المهنة من خلال عقد اختبارات لقبول الطلاب الجدد في الكليات والمعاهد كى نضمن انضمام العناصر الفعالة ذات الاستعداد الجيد للعمل والممارسة والتى يمكن أن تمارس المهنة بكفاءة وفعالية فترفع من صورة مكانتها إذ أن توافر الاستعداد والرغبة أمر هام لنجاح الأخصائى الاجتماعى في قيامه بعمله وفي قدرته على مساعدة الآخرين . وبإضافة إلى ضرورة توافر الاستعداد والرغبة لدى الأخصائى الاجتماعى فإنه يجب أيضا أن يتسم بمجموعة من السمات الأساسية الازمة لنجاحه في عمله مثل :

١- المظهر المقبول المريح غير المنفر .

٢- الملبس المعتمد النظيف غير المسف والملائم لمكان وطبيعة عمله .

٣- الهدوء والاتزان والنضج والحكمة والموضوعية وعدم الحكم على الأمور بمظاهرها .

٤- القدرة على التخييل والتحليل والابتكار إذ يجب أن يضع نفسه في موقف الآخرين دون أن يفقد ذاته المهنية .

٥- الذكاء الاجتماعى بمعنى القدرة على تفهم الآخرين وعلى التعامل معهم بنجاح واكتساب ثقتهم والقدرة على التصرف السليم وسرعة البديهة في مواجهة المواقف المختلفة .

٦- قوة ودقة الملاحظة والقدرة على حسن الاستماع .

- ٧- النزاهة والأمانة وعفة اليد واللسان وحسن السمعة.
- ٨- القدرة على تحمل المسؤولية.
- ٩- القدرة على تقبل الآخرين واكتساب ثقتهم.
- ١٠- سعة الإطلاع والمعرفة والخبرات والمهارات.
- ١١- الصبر والقدرة على التعاون.

وفوق كل هذا وذاك أن يكون الأخصائي الاجتماعي مؤمناً بمهنته وبدوره وبرسالته ومخلصاً لها.



مبادئ طريقة العمل مع الأفراد والأسر:

استقت خدمة الفرد لنفسها مجموعةً من المبادئ لا تختلف كثيراً عن المبادئ العامة للخدمة الاجتماعية ، والتي سبق لنا مناقشتها وإن كنا سنناقشها من خلال منظور خدمة الفرد :

١- مبدأ التقبل:

ويعني تقدير وقبول العميل وظروفه بحسناه وعيوبه بقواه وضعفه بمشاعره الايجابية والسلبية باتجاهاته البناءة والهادمة ... فهو قبول له كإنسان له قيمة وله كرامته ولا يعني قبولنا له تأمينا على سلوكه الأخلاقي وإنما يعني قبولاً ل الواقع كما هو لا الحسن منه أو غير الحسن .
ويشترط في هذا القبول:

الاعتدال لا التطرف الزائد - تقبل العلماء كما هم لا كما يجب أن يكونوا استبعاد النواحي الذاتية للأخصائي الاجتماعي .
ويهدف هذا المبدأ إلى:

- ١- تخلص العميل من مشاعره السلبية كالخجل والخوف .

- ٢- تخفيف حدة التوترات الشديدة كالقلق أو النقص أو الاضطهاد.
- ٣- تهيئة مناخ نفسي مناسب لنمو العلاقة المهنية .

العناصر الفعالة التي يقوم عليها مبدأ القبول :

- ١- الاهتمام بإشعار العميل بقيمه وحقه في الرعاية .
- ٢- الاحترام لإثبات عاطفة اعتبار الذات لدى العميل .
- ٣- الرغبة في المساعدة بإظهار روح التفاهم مع العميل والاستماع إلى مشكلته ورغباته .
- ٤- الاقتناع والإيمان بأن رسالته هي العمل لصالح العملاء .

معوقات مبدأ التقبل:

- ١- شعور العميل بالذنب وارتباط ذلك بالمشكلة .
- ٢- سوء المعاملة من العاملين بالمؤسسة وارتباط الأخوائي في ذهن العمل بالمؤسسة .
- ٣- وقوع العميل فريسة لبعض المخاوف .
- ٤- التحيز لجنس أو لعقيدة أو لموطن أو لفكرة معينة تسيطر على الأخوائي .
- ٥- المغالاة في التعظيم أو التهويين من الموقف الاشكالي .
- ٦- إدمان لبعض جانب بعض العملاء وقوة شروط المؤسسة .
- ٧- نظرة إلى الأخوائي وممارسة عمليات نفسية - تعدد الإجراءات الروتينية على عمل المؤسسة مما يعيق تحقيق عملية المساعدة ويثير قلق وضيق العميل .
- ٨- ممارسة العميل لعمليات نفسية كالإسقاط والتحويل والتبرير .

٤- مبدأ السرية:

تعتبر الأسرار الشخصية هي الجزء الخفي من الشخصية بالنسبة للغير وأن لكل فرد بعض الجوانب الخفية التي يحرص على كتمانها .. ويشعر بالحرج

أو القلق إذا ما أرغمه الظروف على كشف جانب منها .. كما يشعر بالكراهة والحدق تجاه الأشخاص الذين يحاولون كشف سترها دون اقتناع منه.

وتنقسم المعلومات التي يرتبط بها الإنسان إلى ثلاثة قطاعات وهي :

١- أسرار لا يعرفها وهي المعلومات الموجودة في العقل الباطن.

٢- أسرار يعرفها ولا يستطيع أن يبوح بها لأن بها مضره عليها أو تجريح ذاته وقد تكون في منطقة الشعور أو شبه الشعور .

٣- معلومات يستطيع الفرد أن يتحدث بها في سهولة ولكنه يتغير الموقف التي يستخدم فيها هذه المعلومات ويكون موضوعها عادة بؤرة الشعور .

ولهذا فقد كان هذا المبدأ كما يفهم من لفظه هو صيانة مقصوده لأسرار العلاء التي كشفتها عمليات خدمة الفرد وتجنب إذاعتها وانتشارها بين عامة الناس ... وهو يمثل أهمية خاصة في مجتمعنا العربي الذي يعتبر التقاليد والمحرمات من مقدسات الأسرة إلى ما زالت في بعض البلدان تحرص على أبسط أسرارها والعميل في هذا هو أحوج الناس إلى العريف بمبدأ السرية وطمأنينته إلى المحافظة على ما يذلي به من معلومات والتأكد له بأن إتجاهه إلى المؤسسة كذلك سيكون طى الكتمان في الحاضر والمستقبل .

ولكى يتتأكد العميل من المحافظة فأنه لابد من الالتزام ببعض الأسس التي أهمها :

١- أن يكون ما يؤخذ من المعلومات في حدود ما يريد العميل من خدمات ومن العميل نفسه .

٢- أن لا تداول هذه المعلومات إلا بين المهنيين فقط وفي أضيق الحدود .

٣- لا يسجل من المعلومات أمام العميل إلا الضروري فقط لخدمته .

٤- يستحسن استئذان العميل عند تداول أسراره مع مؤسسات أخرى .

وهذه الأسس متداخلة في الممارسة المهنية فان هذا المبدأ لا يمكن للعميل الإيمان به والإحساس بقيمة إلا من خلال الصور والأساليب السلوكية للأخصائى والتي تظهر في التعامل المهني بالصورة الآتية :

١- تهيئة مكان المقابلة.

٢- الزيارة المنزلية بموعد سابق بشرط التحقق من العنوان .

- ٣- بعد عما يميز الخاصيّة وشخصيّته وخصوصاً في حالات استخدام سيارات للمؤسسة عند زيارة العميل بمنزله .
- ٤- استئذن العميل في الاتصال بمصادر مختلفة للدراسة كالأسرة أو العمل أو المدرسة .
- ٥- في عملية الإشراف أو استخدام بعض الحالات للدراسة فيجب أن تغير الحقائق الأساسية التي يمكن أن تميز فردية الحالة أو توضح شخصية العميل .
- ٦- أن تحفظ الملفات الخاصة بالعملاء في سجلات خاصة بحيث أن تكون بعيدة عن متناول أيدي العاملين بالمؤسسة .
- ٧- لا يجب أن تعطى أي بيانات لأى مؤسسة إلا بعد التأكد من أنها لخدمة العميل وأنه موافق على ذلك .
- غير أن طبيعة العملاء لا شك تختلف تبعاً لنوعية المشكلات واختلاف الظروف ولذلك فإن هذا المبدأ لا يطبق مع كل العملاء بنفس الدرجة أو بقيمتها التحفظية وعلى سبيل المثال نجد:
- ١- حالات الأطفال العابثين الذين لا يريدون إطلاع ذوي الشأن على أمور تضر بكيان المجتمع حالات انحراف الأحداث ويكون الاستثناء في الاتصال بالأهل .
- ٢- المرضى بأمراض عقلية لأن هذه النوعية لا تملك القدرة على الحكم الصحيح كذلك حالات الضعف العقلي .
- ٣- في حالات تهديد الصحة العامة بالخطر مثل الأمراض المعدية التي يمتنع العملاء عن الإبلاغ عنها .
- ٤- حالات الخطرين على المجتمع وخاصة حالات السيكيوباتيين .

٣- مبدأ حق تقرير المصير :

وهو مبدأ اجتماعي سياسي يعني ترك الحرية للأفراد والشعوب لتوجيه ذاتها نحو الأهداف الخاصة أو العامة الذي يراها الفرد في صالحه ويطلق على

هذا المبدأ مسميات مختلفة منها التوجيه الذاتي - الاختيار الحر - حرية الإرادة - المساعدة الذاتية - حرية الاتجاه .

ويعرف بأنه:

وهو منح العميل ذوى الأهلية حق التصرف الحر في شئونه الخاصة داخل نطاق المؤسسة وخارجها في حدود القوانين والنظم الخاصة بكل منها وهو حق البالغ المتمتع بحقوقه السياسية والاجتماعية القدرة على تحمل المسؤولية ذى القيم والاتجاهات المقبولة اجتماعيا.

متى يسمح للعميل بممارسة حقه في تقرير مصيره ؟

من المعروف أن الانفعال يعطى التفكير السليم ويقلل الإرادة وكثيراً ما يتخذ الإنسان قرارات هوجاء تحت ضغط الانفعال ، وعلى ذلك فإنه يمكن لأى إنسان ممارسة هذا الحق إذا كان متحرراً من الضغوط والانفعالات المعطلة للتفكير والأحكام السليمة .

أى أنه هناك حدود لهذا الحق لأن حرية الاختيار ليست مطلقة لأن الحرية ليست معناها الفوضوية ، إلا إذا كانت مصحوبة باحترام الحقوق ، ولذا فإن هناك محددات يرجع بعضها إلى العميل نفسه أو إلى المجتمع أو المؤسسة منها :

- ١- الأطفال القاصرون .
- ٢- مرضى العقول .
- ٣- ضعاف العقول .
- ٤- الذين تتعارض معاييرهم وتصرفاتهم مع قيم ومستويات الأخلاق الاجتماعية كالخارجين على القانون .. الهدامون للتعليم الدينية .
- ٥- حالات فقدان الوعي كحالات الصرع وغيرها من نوبات الإغماء .
- ٦- العلماء الذين تشوب تصرفاتهم الانحرافات الضارة .
- ٧-

كيف يحترم الأخصائي الاجتماعي حق تقرير المصير وما هي أهميته ؟
حق العميل في تقرير مصيره موجود من قبل اتصاله بالمؤسسة وكذا خلال استمرار رحلته بها ، ومن حقه أيضاً قطع صلته بها في أي وقت وبدون

إبداء الرأي في الاتصال بمصادر أخرى ولا يجوز الضغط عليه بمحاولة استعماله لفكرة أو لإجراء معين ولهذا فإن أهمية الاعتناق لهذا المبدأ في تنمية قدرة العميل على التفكير والمقارنة والاستنساخ والاعتماد على الذات ويزيد الشعور بالمسؤولية والثقة بالنفس مما يزيد من قوة العلاقة المهنية ويزيد من التفاعل الأساليب العلاجية .

٤- مبدأ العلاقة المهنية :

تعنى بالعلاقة المهنية بأنها حالة من الارتباط العاطفي والعقلي المؤقت تتم بتفاعل مشاعر وأفكار كل من العميل والأشخاص خلال عملية المساعدة . عناصر العلاقة المهنية :

القبول المتبادل - الأمل الذي يمنحه الأشخاص لعملية العون والمساعدة - الحماس للعمل والاهتمام به .
مقوماتها :

الاهتمام بالعميل كشخص ومشكلته كموقف ، السرية والثقة والتمهل مع العميل وتفهمه حدود المؤسسة وخدماتها وإعطاؤه حرية الاختيار كاملة .
ويمكن تقسيم هذه العناصر إلى ثلاثة هي :

١- المشاعر :

وهي حالة من الانفعال تصاحب موقف معينة تظهر لها ردود أفعال تلقائية ظاهرة أو غير ظاهرة وهي ركن هام في التأثير على العميل .

٢- الأفكار والاتجاهات المتبادلة :

حيث إن ارتباط التفكير - الجانب العقلي والواقع هو صمام الأمان الذي يجنبها إنحرافها عن الهدف ، فمشاعر العميل ترتب دائمًا بموضوع عقلي معين حيث يشعر بالغضب كمشاعر من أجل موضوع خاص كفكرة ، والأشخاصي إذ يلتفت إحساس الغضب بالاستجابة له عاطفياً بالقبول أو إشعاره بتقدير حالته وفي نفس الوقت الموضوع نفسه الذي بعث إلى الغضب ويستجيب له عقلياً
استجابة مناسبة ليكون تفاعله مزدوجاً عقلياً ووجودانياً .

٣- التفاعل :

فالمشاعر والأفكار المتبادلة ليست ثابتة دائمًا هي دائمًا في حراك دائري مستمر ومتغير.

دور الأخصائي الاجتماعي في تكوين العلاقة:

حيث أنه يحرص على أن تكون المؤثرات التي تصدر من مهنته هدف واضح وأن يكون لها أفعال إيجابية من قبل العميل وعليه فإنه:

- 1- يبدأ من بداية الصلة في تقييم شخصية العميل.

- 2- يستنتج طرق المعاملة التي من خلال استجابات معينة للعميل والتي يمكن أن يستند إليها.

- 3- يستعد بالفهم الكامل لما درسه ويستخدمه في توجيهه للعملاء نحو الفهم.

- 4- يحدث إتقاء وجاذبي على تيسير حدوث تيارات التفاعل الإيجابي التي تحمل التفاهم والبصيرة والإرادة في التحرك نحو الأهداف.



خصائص العلاقة المهنية:

- 1- أن العلاقة المهنية حالة تنمو تلقائيًا بين الأخصائي العميل وهي بالتالي ليست مجرد أسلوب يمارس وتنمو العلاقة المهنية من خلال التفاعل الإيجابي بين مشاعر وأفكار كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل.

- 2- العلاقة المهنية ثلاثة الأبعاد فهناك بداية العلاقة بين الأخصائي والعميل حيث تسودها المشاعر أكثر من الأفكار - ثم وسط العلاقة حيث تتفاعل المشاعر والأفكار ثم مرحلة إنتهاء العلاقة في نهاية مرحلة العميل المهني مع الحالة.

- 3- العلاقة تقوم على أساس من�احترام والثقة والحرية المتبادلة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل بغض النظر عن نوعية المشكلة التي يعاني منها العميل.

٤- العلاقة المهنية وسيلة لتحقيق هدف علاجي حيث أن تحقيقها يساعد على الوصول بالعميل إلى النضج الاجتماعي فيصبح قادرًا على المشاركة في تفهم مشكلته وعلاجها.

٥- العلاقة المهنية مؤقتة بمعنى أنها وسيلة وليس غاية في حد ذاتها ولذلك فإنها تنتهي بزوال السبب الذي قامت من أجله وهو علاج المشكلة.

٦- العلاقة المهنية حيادية أي لا تتأثر سلباً أو إيجاباً بأي من العوامل أو الصفات الشخصية سواء كانت تتعلق بالدين أو اللون أو الجنس أو العقيدة إلخ.

٧- أن العلاقة المهنية قيادية - أي أن القيادة فيها الأخصائي الاجتماعي وهو الذي يوجهها بما يتفق وظروف العميل والشكل الذي يؤدي إلى تحقيق أهداف المؤسسة في خدمة العميل.

٨- العلاقة المهنية لها مستويات متعددة أي لها درجات عمق مختلفة حسب حاجة كل حالة من حيث نوعية المشكلة فأبسط مستويات العلاقة هي العلاقة التدعيمية وهي تعمل على توفير المناخ النفسي المناسب الذي يساعد العميل على تخلص من توتراته التي يعاني منها - ثم العلاقة التأثيرية التي تتميز بعمق عنصر الثقة والحب والسلطة الوالدية التي بين العميل والأخصائي الاجتماعي وهي تشبه السلطة الوالدية التي يمارسها الآباء على الأبناء وهي ذات تأثير في شخصية العميل - ثم العلاقة التصحيحية أو التقويمية وهي أعمق المستويات العلاجية التي تستخدم لتعديل إتجاهات العميل الضارة.

٩- العلاقة المهنية مؤسية أي لا يتعامل الأخصائي الاجتماعي مع العملاء إلا بالقدر الذي تتطلب مصلحة العميل ووضعه لائحة المؤسسة وشروطها ونظمها.

وهناك مؤشرات تدل على تحقق نجاح العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل من أهم هذه المؤشرات:

١- الشعور بوجود الإرتياج المتبادل عند طرف العلاقة.

- ٢- توفر الثقة عند طرفي العلاقة وخاصة ثقة العميل في الأخصائي وظهوره في إقبال العميل على الحديث والكشف عن جوانب حياته وأسراره دون كذب أو تضليل.
- ٣- وجود التفاهم الكافي بين كل من الأخصائي والعميل ومعرفة كل منهما لحقيقة الدور المطلوب منه في ضوء وظيفة المؤسسة.
- ٤- إلتزام العميل بشروط المؤسسة ورضاه عن خطواتها واستيفاء المستندات والوثائق المطلوبة.
- ٥- اختفاء المشاعر السلبية التي كان العميل يعاني منها في بداية صلته بالأخصائي.
- ٦- اختفاء أساليب المقاومة بصورها المختلفة من التأخير في المواعيد - التضليل الخ
- ٧- تعاون العميل مع الأخصائي والمؤسسة في حدود طاقاته ونشاطه الذاتي.
- ٨- تقبل العميل لإنها العلاقة المهنية دون مقاومة وشعور بالارتياح والامتنان.



الفصل الثالث

عمليات طريقة العمل مع الأفراد والأسر





الفصل الثالث

عمليات طريقة العمل مع الأفراد والأسر أولاً : عملية الدراسة الاجتماعية

الدراسة الاجتماعية والنفسية هي دراسة للضغوط الداخلية للعميل في تفاعಲها مع البيئة الخارجية وذلك بهدف تشخيص المشكلة.

تعريف الدراسة:

الدراسة الاجتماعية هي الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية العميل والكامنة في بيئته. والتي يتحمل أن تكون قد ساهمت في حدوث

الموقف السيئ الذي يعاني منه العميل وذلك بقصد التشخيص الذي يؤدي للعلاج الاجتماعي^(١).

كذلك تعرف الدراسة بأنها عملية مشتركة تهدف إلى وضع كل من العميل والأخصائي على علاقة إيجابية بحقائق الموقف الإشكالي بهدف تشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج^(٢).

خصائص الدراسة:

يمكن حصر خصائص عملية الدراسة في النواحي التالية:

أولاًً: الدراسة عملية مشتركة.

ثانياً: الدراسة لها مناطق محددة.

ثالثاً: الدراسة لها جوانب علاجية.

رابعاً: الدراسة لها مصادر متعددة.

خامسًا: الدراسة لها أساليب متعددة.

ونتناول كل هذه الخصائص بشيء من التفصيل على النحو التالي:

أولاًً: الدراسة عملية مشتركة:

الواقع أن عملية الدراسة الاجتماعية عملية أخذ وعطاء بين الأخصائي الاجتماعي والعميل. يحدث فيها تجاوب عقلي وتبادل الخبرات والمعلومات والمعرفة ووجهات النظر حتى يتيسر لكل منهما فهم وتحديد الدور المطلوب منه أداؤه كاملاً بعد الاقتناع به، وذلك لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

والأخصائي الاجتماعي بما له من دراية وعلم هو الذي يعرف مواطن الدراسة وموضع الاهتمام، ويعرف الأساليب الدراسية المختلفة والموارد البيئية المعاونة في الكشف عن بعض القوى وقياسها لتعطي بعض الحقائق التي توصل للفهم السليم. ولا شك أن قيادة عملية الدراسة تقع كثيرة على عاتق الأخصائي الاجتماعي.

والقول بأن قيادة عملية الدراسة تقع على عاتق الأخصائي لا يتعارض مطلقاً مع تطبيق مبادئ خدمة الفرد، فلابد أن يحاول الأخصائي الاجتماعي إتاحة الفرصة للعميل لكي يتعرف على وظيفته ووظيفة المؤسسة ونشاطها وشروطها ويسمح له بالاستفهام عما يريد من حقائق واستفسارات، وهذه العملية تعتبر دراسة العميل للمؤسسة من أجل فهم وتحديد الدور المطلوب منه. كذلك لابد من جذب العميل إلى المساهمة بنشاطه في بعض الخطوات الدراسية بعد أن تتضح اتجاهاتها، وبعد أن يكون الأخصائي الاجتماعي لديه البصيرة الكافية عن القوى الموجهة لشخصية العميل يحاول إشراكه في فهم دوافعه الذاتية وأساليبه السلوكية ومعناها وما ترمي إليه من أغراض وإن كان هذا نوع من البصيرة ينتمي للعلاج إلا أنه خطوة قد تكون ضرورية لتوضيح رؤية معلم الطريق الدراسي.

وتختلف الجهود والخطوات الدراسية التي يمكن أن يساهم بها العميل من حالة إلى حالة حسب الموقف ومتطلباته. ففي الحالات الاقتصادية يقوم العميل بالقسط الأكبر من النشاط الدراسي، فهو مطالب بتقديم البيانات والشهادات والمستندات التي تثبت حقائق معينة مدلائل ثابتة، بعبارة أخرى هو الذي يثبت أحقيته نفسه بما يقدمه من بنود الدفاع الاجتماعي، وإن كانت هذه مسؤوليات مفروضة على العميل يطلبها منه الأخصائي تتفيداً لسياسة المؤسسة كما في حالة مساعدات الضمان الاجتماعي وغيرها.

ثانياً: الدراسة لها مناطق محددة:

للدراسة في خدمة الفرد مناطق محددة مرتبطة أولاً بطبيعة الموقف أو المشكلة التي تواجه العميل وثانياً بفلسفة المؤسسة وإمكانياتها ويمكن توضيح ذلك بالتفصيل على النحو التالي:

(أ) دور طبيعة المشكلة في تحديد مناطق الدراسة:

إن طبيعة المشكلة ذاتها تشير إلى الجوانب التي تهمنا في كل سمات العميل الشخصية وفي الظروف المحيطة به المرتبطة بطبعتها.

فالمشكلة الاقتصادية مثلاً تحدد نوعية الحقائق الواجب معرفتها كتكوين الأسرة وميزانيتها الشهرية ومصادر الدخل والأقارب الملزمين والطاقات القابلة للعمل وتاريخ المشكلة وتطورها ومدى استفادة الأسرة من مؤسسات أخرى وكيفية التصرف في الدخل والموارد وجهود الأسرة السابقة لحل المشكلة وما إلى ذلك.

كما أن المشكلة الأسرية تتطلب بدورها تركيزاً خاصاً على طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة وكيفية الزواج ونشأة المشكلة وتطورها والقيادة في المنزل وسمات كل من أفرادها وعدد الأولاد وتدخل الأقارب والظروف الصحية والاقتصادية التي أثرت على الجو العاطفي للأسرة..... الخ.

وال المشكلة المدرسية تتطلب إماماً بالجو المدرسي ومواد الرسوب وأراء المدرسين وطريقة الاستدكار ومعامل الذكاء والبطاقة المدرسية وأسلوب شغل وقت الفراغ والجو الأسري والرفاق وما إلى ذلك من حقائق مرتبطة بتخلف الطالب الدراسي.

وحالات التبول اللاإرادي تنبه إلى أهمية التعرف إلى حالة الطفل الصحية (كالجهاز البولي) أو مدى اضطرابه النفسي والسلوكي. فنحن نبحث عن السمات الشخصية للطفل من عناد أو غير أو خوف أو شعور بالنقص ومتابعة هذه السمات منذ ميلاده حتى تاريخ ظهور المشكلة لنتعرف إلى مواقف الإحباط المختلفة التي واجهت الطفل وخاصة في سنين حياته المبكرة من حرمان من العطف أو الحنان أو أسلوب التنشئة الخاطئة كالتدليل الزائد أو القسوة المسرفة أو الإهمال أو اللامبالاة التي ثبتت فيه نزعات اتكالية ونوكوصية أو قلق دائم الخ.

ومع الحدث المشرد قد نركز على طبيعة الجو الأسري ومعامل الذكاء والرفاق والحي والمناطق التي يرتادها ومدى استقراره العاطفي وما إلى ذلك...

ومع المعموق الذي يطلب شهادة للتأهيل قد نسلط الأضواء على طبيعة العجز ودرجته ونوع العمل الذي يناسبه وخبرته الحاضرة والسابقة والتزاماته الأسرية وبيئته التي سيعمل بها ومدى قوته للعاقة وسلامة قواه الجسمية الأخرى وما إلى ذلك.

وبصفة عامة تتزايد اهتمامنا في حالات الطفولة كدراسة الظروف البيئية الخارجية وخاصة الأسرية منها بينما يتزايد اهتمامنا بالسمات الشخصية عند حالات الكبار.

أما في حالات الجناح أو الاضطراب النفسي فيهتم اتجاه "سيكولوجية الذات" بالتاريخ التطوري للتعرف منه على مواقف الإحباط المختلفة التي واجهها الفرد في سنين حياته الأولى والمرتبطة بسلوكه الحالي.

ويتمثل التاريخ التطوري عادة على:

١- الجو النفسي العام الذي واجهه الطفل عند الولادة سواء كانت ولادة طبيعية أو قيصرية، وهل كان الطفل مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه ومدى انعكاس ذلك على سلوك الوالدين حيال الطفل.

٢- مواقف الإحباط المختلفة عند المرحلة الفمية. وما يكون قد واجهه الطفل من إهمال في فترة الرضاعة أو غياب أمه عنه أو مرضها وما إلى ذلك.

٣- عملية الفطام كحدث نفسي هام في نمو الطفل ومدى حرص الأم على الطعام التدريجي وحرصها على تعويضه عن الفراغ النفسي الهام الذي فقده وما يكون قد مارسه من عمليات "عض" أو "مص" متكررة.

٤- مدى نمو الطفل نمواً طبيعياً وخاصة عند التسنين أو المشي أو ضبط عمليتي التبول والتبرز وما إلى ذلك.

٥- ما أحاط بالمرحلتين النرجسية والأوديبية من مواقف وأحداث لها أثرها النفسي على نمو الطفل واحتيازه متناقضات هاتين المرحلتين بسلام.

٦- الأحداث والخبرات الأليمة التي تتابعت سواء كانت فراغاً أو خوفاً أو مرضًا أو وفاة لأحد المقربين إليه والتي قد تثبت مواقف خوف سابقة أو تؤكد كراهية لأنماط خاصة أو تثبت سلوكه الأناني أو العدواني الذي اكتسبه منذ الطفولة المبكرة.

فمثلاً هذه الحقائق الشاملة لتاريخ الطفل التطوري للعميل قد تكشف النقاب عن الأسباب الأولية الكامنة وراء طبيعة السلوك العدواني أو الاضطرابات النفسية التي تكمن وراء التبول الإرادي للطفل أو عيوب الكلام أو الخوف المرضي وما إلى ذلك. كما يحدد وبالتالي اتجاهات عملية المساعدة ذاتها.

(ب) فلسفة المؤسسة تحدد مناطق الدراسة:

كما أن فلسفة المؤسسة وإمكانياتها تحدد بدورها طبيعة الحقائق الدراسية التي تتفق مع أهدافها وبرامجها. فالحقائق التي يركز عليها مكتب الخدمة الاجتماعية للأحداث قد تختلف نسبياً عن الحقائق الواجب التعرف عليها في مؤسسة الإيداع. حيث أن هدف الأولى هو التعرف على العوامل التي أدت إلى انحراف الحدث حتى يمكن التوصية للمحكمة بأفضل أسلوب علاجي، بينما تركز الأخرى على الحقائق الخاصة بقدرات الحدث ومستواه التعليمي والمهني والعقلي حتى تضعه في أفضل قسم مناسب بآقسامها.

كما أن الحقائق التي يتطلبها مكتب الخدمة المدرسية عن تلميذ مختلف دراسياً قد تختلف بدورها عن الحقائق المطلوبة للعيادة النفسية عن نفس هذا التلميذ... وهكذا.

لذلك تختلف المؤسسات في صياغة سجلاتها وتحطيم استمرارات البحث بها حسبما يتتفق وأهدافها وإمكانياتها.

ثالثاً: الدراسة لها جوانب علاجية:

يتتحقق خلال عملية الدراسة جوانب علاجية هامة إلى جانب هدفها الرئيسي وهو تشخيص المشكلة ومن أهم الجوانب العلاجية لعملية الدراسة.

١- تساهم الدراسة في نمو العلاقة المهنية بين العميل والأخصائي الاجتماعي هذه العلاقة التي تنشأ منذ اللحظة الأولى التي يشارك فيها العميل والأخصائي في دراسة المشكلة ومع نمو العلاقة المهنية شعر العميل بالطمأنينة وتقل حدة التوتر والقلق التي يشعر بها ومن ثم يساعد هذا في إدراك العميل لحقيقة مشكلته.

٢- يتحقق للعميل خلال عملية سرد مشكلته استبصار بجوانب المشكلة وإدراك أفضح لحقيقةها فهو عندما يكشف أسباب المشكلة للأخصائي بكل جوانبها فهو في نفس الوقت يكشفها لنفسه أيضاً ومن ثم يصبح أكثر قدرة على حلها.

٣- يعرض العميل أشياء سرده لمشكلته بعض الحقائق ويعبر عن القلق والتوتر الذي كان يمثل ضغطاً نفسياً عليه وهذا يسمى بالإفراج الوجداني وهو في حد ذاته عملية علاجية.

ويجب على الأخصائي الاجتماعي عدم الاتصال بأسرة العميل إلا بعد موافقة العميل على ذلك تطبيقاً لمبادئ خدمة الفرد وفي حالة رفض العميل الاتصال بالأسرة يوضح له الأخصائي أهمية هذا الاتصال لعملية المساعدة.

٣- الأشخاص المرتبطين بالعميل:

قد يحتاج الأمر للاتصال بأشخاص آخرين لاستكمال الدراسة كالاتصال بصاحب العمل أو أصدقاء العمل أو مدرسي الطالب أو رؤساء العميل وفي حالة اتصال الأخصائي لهؤلاء الأفراد لابد من استئذان العميل أولاً وتوضيح أهمية هذه الاتصالات لعلاج المشكلة.

٤- الخبراء والمهنيين:

قد تتطلب الدراسة في بعض الأحيان الاتصال ببعض المتخصصين والخبراء هي مهن معينة مثل الاتصال بمتخصصين في القانون أو برجال الدين أو بأحد الأطباء النفسيين لإجراء بعض الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية للعميل. ويجب على الأخصائي أن يوضح للعميل أهمية هذه الاتصالات في مساعدته لحل المشكلة.

٥- الوثائق:

يحتاج الأخصائي الاجتماعي في بعض الأحيان إلى الاستعانة ببعض الوثائق والمستندات للحصول منها على بيانات أو معلومات مثل شهادة الميلاد أو شهادة الوفاة أو عقد الزواج أو البطاقة الشخصية أو الشهادات الدراسية. كما قد يحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى الاطلاع على بعض السجلات الخاصة بالعميل في نفس المؤسسة. خاصة إذا تردد العميل أكثر من مرة على نفس المؤسسة أو قد يستعين الأخصائي ببعض السجلات الخاصة بالعميل في مؤسسات أخرى.

٦- البيئة المحيطة بالعميل:

تؤثر البيئة تأثيراً كبيراً في إحداث مشكلة العميل ولذا فإن الأخصائي الاجتماعي يحتاج إلى دراسية هذه البيئة للتعرف على تأثيرها في إحداث المشكلة سواء كانت البيئة الداخلية المتمثلة في الأسرة والعلاقات بين أفرادها والعادات والتقاليد التي تؤمن بها والمستوى الاجتماعي والاقتصادي لها أو البيئة الخارجية المتمثلة في الحي الذي يقطن فيه العميل وما به من عادات وتقاليد والمستوى الاقتصادي له ووسائل الترفيه المتوفرة به. كذلك يدرس الأخصائي المؤسسة التي ينتمي إليها العميل مثل المدرسة أو المصنع وعلاقاته داخل هذه المؤسسة.

رابعاً: الدراسة لها مصادر متنوعة:

مصادر الدراسة هي كل ما يمكن الحصول منه على معلومات أو بيانات متعلقة بمشكلة العميل سواء كانت مصادر بشرية (العميل- الأسرة- الأصدقاء) أو هيئات مثل (المدرسة- العمل) أو مستندات مثل (الوثائق والسجلات).

ومن أهم المصادر التي يمكن الحصول منها على البيانات والمعلومات ما يلي:

١- العميل:

يعتبر العميل هو المصدر الأساسي للمعلومات والحقائق الدراسية فهو أكثر الناس دراسة بمشكلته وهو أكثر المتأثرين بها ومن ثم فإن من مصلحته علاجها، كما أن هناك بعض الجوانب الخاصة بالمشكلة لا يستطيع أحد التعرف عليها إلا العميل نفسه مثل المناطق المتعلقة بشخصيته.

٢ - أسرة العميل:

ويقصد بهم أقارب العميل الذي يعيشون معه في نفس المنزل مثل الأب والأم والأخوة أو الأبناء والزوجة وقد يضم أيضًا أقارب آخرين مثل الجد والجدة أو العم أو غير ذلك.

وتستمد الأسرة أهميتها كمصدر ثانٍ من مصادر الدراسة لأنها المكان الذي يعيش فيه العميل ويتفاعل مع أفراده كما أن هناك بعض الجوانب الهامة في الدراسة مثل التاريخ التطوري للعميل لا يمكن الحصول عليه إلا من الأسرة.

خامسًا: الدراسة لها أساليب متعددة:

تحصر الوسائل التي يحصل بها الأخصائي الاجتماعي على حقائق المشكلة من المصادر المختلفة في ثلاثة أساليب رئيسية هي:

- أولاً: المقابلة بأنواعها المختلفة سواء مقابلة العميل أو الأقارب أو الخبراء.
- ثانيًا: الزيارة المنزلية أو المؤسسة.
- ثالثًا: المكاتب أو الاتصالات الكافية.

ويتوقف استخدام الأخصائي لوسيلة دون أخرى على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها فكل أسلوب له أهدافه الخاصة، وسوف نتناول فيما يلي هذه الأساليب بشيء من التفصيل وذلك على النحو التالي^(١):

أولاً: المقابلة:

المقابلة هي لقاء مهني مباشر بين الأخصائي الاجتماعي والعميل وأي مصادر أخرى مرتقبة بالمشكلة وذلك بعرض الدراسة والتشخيص والعلاج. وبمعنى آخر هي اجتماع الأخصائي الاجتماعي بالعميل وجهاً لوجه فهي طريقة يتمكن بها الأخصائي الاجتماعي من تحقيق أهداف الدراسة عن طريق تبادل المعلومات الواقية مع العميل وهي التي تهمه في إجراء التشخيص الذي على أساسه توضع الخطة العلاجية ومن ثم فال مقابلة أيضًا هي إحدى وسائل التشخيص والعلاج.

كما يعرفها "عبد الفتاح عثمان" بأنها لقاء مهني هادف بين الأخصائي والعميل أو أي فرد أو أفراد مرتبطين بالمشكلة في إطار أسس وقواعد منظمة تحقيقاً لعملية المساعدة.

وتمثل المقابلة الداعمة الأساسية لعملية المساعدة ولذا فهي تتميز بمجموعة من الحقائق تتمثل في:

- ١- تعمل المقابلة على تحقيق مجموعة من الأهداف.
- ٢- للمقابلة مجموعة من القواعد والإجراءات التنظيمية الخاصة بها.
- ٣- المقابلة لها بداية ووسط ونهاية.
- ٤- تختلف المقابلات من حيث الهدف، عدد الأشخاص، التوقيت.
- ٥- المقابلة لها مجموعة من الأساليب تساعد على تحقيق أهدافها.

ثانياً: أهداف المقابلة:

تحقق المقابلة أهدافاً رئيسية وأخرى فرعية وأهمها^(٢):

(أ) الأهداف الرئيسية:

- ١- تعديل شخصية العميل كحجر الزاوية في عملية المساعدة. فالمقابلة هي المناخ التي تتم فيه العمليات التأثيرية المختلفة التي يقوم بها الأخصائي نحو العميل.
- ٢- هي الوسيلة لنمو العلاقة المهنية هذه العلاقة لا تتم إلا بتطبيق مفاهيم ومبادئ خدمة الفرد كما سبق أن أوضحنا ولما كانت هذه المبادئ بدورها لا يمكن تطبيقها إلا في إطار مقابلة وجهاً لوجه من ثم فإن العلاقة المهنية لا يمكن أن تتم إلا خلال المقابلة.
- ٣- هي أسلوب هام للتعرف على سمات العميل الشخصية والتعرف على الدور الذي لعبته شخصية العميل في المشكلة.

٤- وسيلة هامة لتعديل اتجاهات المحيطين بالعميل سواء كانوا من الأقرب أو المرتبطين به في العمل أو المدرسة... الخ.

٥- تقيد في استقاء الحقائق من مصادرها الأولية كمقابلة الطبيب أو المدرس- وما إلى ذلك.

(ب) الأهداف الفرعية:

١- وسيلة سرعة للبت في مشكلات العملاء في اللقاءات الاستهلاكية اقتصاداً ل الوقت والجهد.

٢- تزيل أو تخفف عوامل القلق أو اليأس التي تنتاب بعض العملاء عند تحويلهم إلى مؤسسات أخرى لعدم انتظام شروط المؤسسة عليهم.

ثالثاً: القواعد والإجراءات التنظيمية للمقابلة:

يرتبط بالمقابلة بعض القواعد والأصول الواجب مراعاتها وهي^(٤):

أ) تحديد ميعاد للمقابلة.

ب) تحديد مكان للمقابلة.

ج) الإعداد المهني للمقابلة.

د) زمن المقابلة.

وستتناول كلاً من هذه القواعد والإجراءات بشيء من التفصيل:

(أ) تحديد موعد للمقابلة:

إن تحديد ميعاد سابق للمقابلة من الأمور المستحبة بل والواجبة في حياتنا العادية سواء كانت مقابلات عمل أو زيارات خاصة، لما يكلفه هذا التحديد من استعداد وتنظيم وتفرغ. فإذا كان هذا من الأمور الواجبة في المقابلات العادية فهو من أ Zimmermanها في المقابلات المهنية في خدمة الفرد حيث ارتباطها بمشكلات الأفراد ومصائرهم.

وتحديد موعد سابق للمقابلة يحقق فوائد أهمها:

- ١- الميعاد هو لون من الارتباط يشكل بطبيعة التزاماً نفسياً ومعنىًّا عند كل من الأخصائي والعميل ينعكس على حرص كل منهما على نجاح المقابلة ذاتها.
- ٢- تهيئ العميل نفسياً واجتماعياً لما سيدور في المقابلة من مناقشات وما تمسه من موضوعات وما يعكسه ذلك على حسن استجابته للمقابلة.
- ٣- ينظم عمل الأخصائي إدارياً ومهنياً فيكون أقدر على قيادة المقابلة قيادة ناجحة، وتأخذ بعض المؤسسات بالخارج بنظام الأجندة وتأخذ بنظام الكارتات الملونة وثالثة باللوحات البيانية حتى تذكر هذه الأساليب الأخصائي الاجتماعي بمواعيد المقابلات سيسعد لها بدراسة الملفات أو الاطلاع على آخر مقابلة وما إلى ذلك.

وإذا كان تحديد ميعاد للمقابلة هو ما يجب أن يكون فلا يسعنا إلا أن نتطرق إلى ما هو كائن فعلاً في المؤسسات نفسها، فالواقع الميداني كثيراً ما يفرض نفسه لتقى الكثير من المقابلات دون تحديد ميعاد لها. يمكن أن نؤكد أن ثمة عقبات جوهرية تحول دون الأخذ بهذا التقليد في كل الظروف أهمها:

- ١- عدم تحديد الدور الواضح للأخصائي في كثير من المؤسسات.
- ٢- ضغط الحاجة نفسها عند الكثير من العملاء لدرجة يجعلهم يسارعون إلى طلب مقابلة الأخصائي الاجتماعي دون ميعاد سابق.
- ٣- طابع العشوائية والارتجال الذي تجمدت عند بعض المؤسسات الاجتماعية.
- ٤- نقص الإمكانيات المادية والبشرية في كثير من هذه المؤسسات.

ويرتبط بميعاد المقابلة الفترة المناسبة بين كل مقابلة وأخرى. وهذه الفترة تختلف باختلاف طبيعة المشكلات نفسها وطبيعة المؤسسة وإمكانياتها. فقد تكون هذه الفترة أسبوعياً أو أسبوعين أو قد تكون شهراً كاملاً بل قد يقتضي الموقف في بعض الحالات ضرورة مقابلة العميل أكثر من مرة في الأسبوع الواحد.. وهكذا.

(ب) مكان المقابلة:

تختلف المؤسسات في تحديد المكان الذي تتم فيه مقابلات خدمة الفرد حسب إمكانياتها وأهدافها. بينما تخصص بعض المؤسسات غرفة الأخصائي نفسها لتكون مكاناً للمقابلة تخصص أخرى غرفة معينة بالطابق الأول للمؤسسة للمقابلات الفردية بينما تترك الثالثة للأخصائي حرية اختيار المكان لجعل كل إمكانيات المؤسسة مشارعاً لها دون تحديد.

ومرة أخرى يقف الواقع الميداني عقبة في تهيئة أنساب مكان للمقابلة حسب إمكانياتها وظروف كل منها. ولكن سواء كان المكان مناسباً أو غير مناسب من حيث الأثاث والعزلة وكافة الإمكانيات الأخرى فمن المهم أن يتسم قدر الإمكان بالسرية والهدوء بصفة خاصة في المشكلات ذات الحساسية الخاصة أو مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو سلوكية.

ج) الإعداد المهني للمقابلة:

إلى جانب ميعاد المقابلة ومكانها يجب على الأخصائي أن يقوم بخطوتين هامتين هما:

- 1- التخطيط المسبق للمقابلة وأهدافها. ويطلب منه ذلك دراسة وافية للملفات أو السجلات أو الطلب المقدم أو قرار المحكمة وما إلى ذلك حسب ظروف كل حالة ولوضع نصب عينيه أهدافاً محددة ونقط لاستيفائها كما يقدر بخبرته الخاصة احتمالات سير المقابلة واتجاهاتها قدر الإمكان.
- 2- الإعداد النفسي للمقابلة. ويتمثل ذلك في التخلص من الضغوط النفسية الخاصة به سواء كانت لأسباب صحية أو شخصية أو اجتماعية.

وتذهب بعض المؤسسات إلى تحديد حد أقصى لعدد المقابلات التي يقوم بها الأخصائي في اليوم الواحد، وإن كان مثل هذا التحدّد في تصورنا لا يغير من الموقف إذا ما أخذنا في الاعتبار اختلاف مشكلات العملاء واختلاف فترة كل مقابلة تبعاً لذلك بحيث لا يعبر عدد المقابلات ذاتها عن الجهد الذي بذل حقيقة هي اليوم الواحد.

د) زمن المقابلة:

من القواعد التي انتهى إليها علماء التربية أن الإنسان قد يفقد القدرة على التركيز بعد عشرة دقائق إذا ما ظل مستمعاً بصورة سلبية كما يفتر انتباهه بعد ساعة إذا ما كان مشركاً بنفسه في المناقشة.

لذلك يتفق الأخصائيون الاجتماعيون على أن المقابلة لا يجوز أن تزيد مدتها على الساعات مهما كانت الظروف. وهي الفترة التي يفقد بعدها كل من الأخصائي والعميل القدرة على التركيز والفاعلية. أما مدة المقابلة ذاتها فشأنها شأن كافة عمليات خدمة الفرد تحدد بالضرورة طبيعة المشكلة وظروف العميل وإمكانيات المؤسسة فقد تصل إلى أقصاها وهي مدة الساعة في المقابلات المشتركة أو تكوين نصف ساعة في المقابلة الفردية وهذا حسب طبيعة الموقف ذاته.

ثالثاً: المقابلة لها بداية ووسط ونهاية:

تمر المقابلة بمراحل ثلاثة متداخلة وليس متفرقة عن بعضها وهذه المراحل

هي:

١- بداية المقابلة:



وتميز هذه المرحلة بشاعر عديدة أغلبها مشاعر سلبية من العميل ومخاوف وقلق مرتب وربما تصل هذه المشاعر إلى حد العداون ولذلك يقابل الأخصائي الاجتماعي العميل ب بشاشة واطمئنان وقبل واحترام حتى يزيل الحاجز ويخفف الانفعالات حتى يمهد لتكوين العلاقة المهنية.

٢- وسط المقابلة:

وفي هذه المرحلة يبدأ ارتباط العميل بالأخصائي الاجتماعي عن طريق العلاقة المهنية التي تكونت وبدأ فيها التفاعل والتجاوب بين الأخصائي الاجتماعي والعميل ويستخدم الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة وسائل محددة أهمها الملاحظة والأسئلة وتوجيه المناقشة والإنصات الوعي والاستماع الجيد حتى يتحقق الهدف من المقابلة.

٣- نهاية المقابلة:

وهذه المرحلة يتم فيها تلخيص المناقشات التي دارت بين الأخصائي الاجتماعي والعميل والاتفاق على الخطوات التنفيذية التي سيقوم كل منهما بها وتحديد موعد المقابلات التالية حسب ظروف كل منهما وتكون فيها العلاقة أكثر نمواً وأكثر عمقاً من بداية المقابلة.

رابعاً: المقابلات أنواع متعددة من حيث العدد والتوقيت والهدف:

تقسم المقابلات من حيث العدد إلى^(٥):

١- المقابلة الفردية.

٢- المقابلة المشتركة.

٣- المقابلة الجماعية.

وستتناول كل منها بشيء من التفصيل على النحو التالي:

المقابلة الفردية:

هي تلك المقابلة الشائعة حيث تتم فيها مقابلة الأخصائي الاجتماعي نفسه وبمفرده سواء في المنزل أو في أي مكان آخر (كالعميل أو المدرسة) وهي مقابلة تمارس فيها كل أساليب المقابلة وخصائصها كما تعتبر الوسيلة الوحيدة لنمو العلاقة المهنية و المباشرة العمليات التأثيرية المختلفة.

المقابلة المشتركة:

ويشترك مع العميل فيها جميع أفراد الأسرة أو أفراد معينين منها حسبما يقتضيه الموقف. وهي مقابلات تشيع عادة في المشكلات العائلية أو اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة وفي الأسر البديلة حيث يشترك الطفل مع الأم البديلة في المقابلة كما تشيع في بعض حالات الضعف أو المرض العقلي التي قد يكون من المفيد وجود الأب والأم أو أحد الأقارب من خلال المقابلة.

ومثل هذه المقابلات تتم عادة بعد أن يقوم الأخصائي بمقالات فردية مع العميل نفسه ومع الأطراف المعينين بالمشكلة من أفراد الأسرة ليجد من المفيد في النهاية تنظم مقابلة مشتركة بينهم.

ويستهدف هذا النوع من المقابلات منح فرصة أطراف المشكلة للتعبير عن أحاسيسهم وأفكارهم في مواجهة الطرف الآخر في ظل توجيهه مهني وقيادة عاقلة تستثمر هذه الأحسiss وهذه الأفكار رغم احتمال تعارضها لتجهيزها وجهة بناء لحل المشكلة. وهي نمط مستحدث من المقابلات التي استعين فيها بأساليب العلاج الجماعي وأهمية التفاعل المشترك في تحقيق عمليات عظيمة الأثر.

لذلك فهي تتطلب مهارات خاصة من الأخصائي الذي يجب أن يتسم باللباقة ودقة الملاحظة وعدم التهيب من مواجهة الانفعالات. المتصارعة والمهارة في قيادة التفاعل وتوجيه المناقشة. وتلجم بعض المؤسسات بالخارج إلى قصر مثل هذه الحالات على الأخصائيين الاجتماعيين ذوي الكفاءة العالية والمран الطويل.

وبالقدرة تنتهي هذه المقابلات إلى منح كل طرف للتعبير عن كل ما يحس به تجاه الآخر وبالقدر الذي يتفهم كرتاج حقائق موقف الآخر ومعنى مشاعره السلبية تجاهه وبالقدر الذي تنتهي بوضع اتجاهات علاجية واتفاق حول خطط بناء تكون هذه المقابلات قد حققت الغرض منها.

المقابلة الجماعية:

هي تلك المقابلات التي يقابل فيها الأخصائي الاجتماعي مجموعة من العملاء ذوي الظروف المتشابهة أو الحاجات المتجانسة ليشرح لهم فلسفة المؤسسة أو شروطها أو تفسير برامج جديدة عن آرائهم حول موضوعات معينة تقييد في توجيه خدمات المؤسسة.

ومثل هذه المقابلات وإن كنا لم نأخذ بها بعد في مجتمعنا فهي تمارس حالياً في مؤسسات الضمان الاجتماعي والناقهين والمسرحيين من الجنديه ومن إليهم بعض الدول المتقدمة. كما لجأت بعض مؤسسات الجانحين في الولايات المتحدة إلى الأخذ

بنظام المقابلات الجماعية للعلاج الفردي كنوع من نشاط خدمة الجماعة وإنما كنوع من نشاط خدمة الفرد الذي يستثمر وجود الجماعة في تعديل السلوك الفردي.

هذا وعادة ما تكون هذه المقابلات في المراحل يتم بعدها تنظيم زمني للقاءات الفردية. وتقيد مثل هذه المقابلات في توفير الجهد والوقت الضائع في تكرار شرح خدمات المؤسسة وشروطها لكل عميل على حدة، كما قد تساعد بعض العملاء الذين يتهيّبون المقابلة الفردية مع الأخصائي الاجتماعي فمجرد التعرف عليه في ظل مجموعة من العملاء تجعله أقل مقاومة لمقابلته بنفسه حيث أصبح شخصاً مأولاً لديه.

أما المقابلات من حيث التوقيت فتنقسم إلى:



١- مقابلة أولى.

٢- مقابلة ختامية.

٣- مقابلة تالية.

٤- مقابلة تتبعية.

١- مقابلة أولى:

المقابلة الأولى هي أول لقاء مهني بين الأخصائي والعميل سواء بميعاد سابق أو بدونه لتمثل البداية الحقيقة لعملية المساعدة. وهي على ثلاثة أنواع:

١- مقابلة الاستقبال.

٢- مقابلة الأولى.

٣- مقابلات الصدفة.

ورغم أن كلاً من هذه المقابلات هي لقاءات للعميل مع الأخصائي فشّمة خصائص مميزة لكل منها نوضحها فيما يلي:

أولاً: مقابلة الاستقبال: **Intake Interview**

هي مقابلة أولية يقوم بها أخصائي متخصص لاستقبال الحالات والبت فيها. لذلك فهي وحدة مستقلة مرتبطة بهدف محدد تنتهي بانتهاء البت في الحالة إما بقبولها بالمؤسسة أو بتحويلها إلى مؤسسة أخرى. وتتميز مقابلات الاستقبال بالخصائص التالية:

أ) أنها وحدة متكاملة في ذاتها وليس حلقة مرحلية ممدة لحلقات تالية.
ب) تمارس فيها عمليات خدمة الفرد الثلاثة: الدراسة والتشخيص والعلاج ولكن بصورة مبدئية عامة.

ج) الدراسة فيها هي دراسة استطلاعية عامة- كما يقوم التشخيص على مجرد فروض وانطباعات ليكون العلاج في النهاية خطوطاً عريضة تتحصر أما في قبول الحالة كبداية لخطة العلاج أو تحويلها لمؤسسات أخرى أو أن يتحتم على العميل أن عيش بها لعدم قابلية مشكلته للحل.

د) العلاقة المهنية هنا هي علاقة مؤقتة محدودة بانتهاء المقابلة وبالتالي لا تتطلب عمّقاً كبيراً أو محاولة لتععميقها.

هـ) يقوم بها عادة أخصائي اجتماعي ذو خبرة طويلة متمكن يستطيع في مقابلة واحدة كسب ثقة العميل والقيام بالعمليات الثلاث لخدمة الفرد. لذلك تلجأ بعض المؤسسات إلى أن تستند مقابلات الاستقبال إلى الأخصائي الأول Supervisors بل أحياناً يتولاها مدیروا المؤسسات بأنفسهم.

و) يبت في الحالة على النحو التالي:

١- أما بقبول الحالة المؤسسة لانطباق شروطها عليه، وهنا يوجه العميل إلى أخصائي مختص، كما يوضح للعميل الإجراءات الواجب قيامه بها أو المستندات التي عليه إحضارها... وهكذا.

٢- أو بتحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى أما تحويلاً رسمياً من المؤسسة أو توجيه العميل شفاهة للتوجه إليها.

٣- أو تكون المشكلة غير قابلة للحل وعلى العميل أن يعيش بها حيث يتطلب الأمر قدرًا من التوضيح المناسب لكل حالة.

هذا ونظام مقابلات الاستقبال Intake لا تأخذ سوى بعض مؤسسات الأحداث والضمان والمعوقين وقلة من المؤسسات الصناعية في مجتمعنا رغم شموله وانتشاره في المؤسسات الاجتماعية عنه في المجتمعات المتقدمة.

ثانيًا: المقابلة الأولى:

هي أول مقابلة يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الذي حولت إليه الحالة سواء عن طريق أخصائي الاستقبال أو عن طريق آخر. وتميز عن مقابلة الاستقبال فيما يلي:

أ) أنها ليست في ذاتها وحدة مستقلة، وإنما مرحلة من مراحل عملية المساعدة وتمهيد للقاءات تالية وخطوات متعاقبة.

ب) رغم شمولها بدرجة أو بأخرى على عمليات خدمة الفرد الثلاثة إلا أنه قد يغلب عليها الطابع الدراسي والاستطلاعي لحقائق المشكلة.

ج) تعتبر بداية لنمو العلاقة المهنية بكل ما تتطلبه من عمق وإيجابية.

د) قد تظهر فيها مشكلة التحويل من أخصائي إلى آخر وخاصة إذا كانت الحالة محولة من أخصائي الاستقبال وأثر هذا التحويل على علاقة العميل بالأخصائي الجديد.

ه) تتحمل هذه المقابلة مسؤولية كبرى في التخطيط لاتجاهات عملية المساعدة بل وإنجاحها.

ثالثًا: مقابلات الصدفة: Occasional Interview

هي نموذج ثالث من مقابلات الأولى إلا أنها تميّز بعنصر المفاجأة حيث تتم دون ميعاد سابق أو دون التزام بالإجراءات الإدارية. وهي شائعة في كثير من مؤسسات الإيداع والمدارس والمستشفيات حيث يوجد العملاء على مقربة من

الأخصائي الاجتماعي. وعادة ما تدفع إليها ضغط الحاجة عند العملاء والطبيعة الإنسانية لخدمة الفرد ذاتها التي تفرض على الأخباري لظروف عملاته.

وهي مقابلات قد تجمع بين خصائص الاستقبال والمقابلة الأولى من حيث البت فيها بما يناسب كل حالة، وإن كان من المفضل أن تكون في ذاتها نوع من الاتفاق على تحديد ميعاد آخر لمقابلة تالية في أقرب وقت ممكن.

الخصائص العامة المشتركة في المقابلات الأولى:

سواء كانت مقابلة للاستقبال أو مقابلة أولى أو مقابلة الصدفة فثمة خصائص مشتركة بينها تميز طبيعة هذه المقابلات وдинاميكية التفاعل المهني فيها. فهناك دائماً أهداف محددة يجب تحقيقها كما أن هناك طرق خاصة بمارسها الأخباري للوصول إلى هذه الأهداف.

وللمقابلة الأولى أهداف معينة أهمها:

- ١- تحديد الطبيعة العامة للمشكلة.
- ٢- تقرير إمكانية المساعدة في حدود إمكانيات المؤسسة.
- ٣- تحديد الخطوط العريضة لعملية المساعدة.

أولاً: لتحديد الطبيعة العامة للمشكلة يجب أولاً أن يميز الأخباري بين:

- ١- المشكلة كما يراها العميل.
- ٢- المشكلة كما هي في الواقع.

فالعميل قد يعرض المشكلة من خلال تصوراته لها متأثراً بنظرته الذاتية لجوانبها المختلفة إما لجهله بالحقائق الموضوعية في تفهم أبعادها وإنما لتأثيره انفعالياً بال موقف ذاته. وفي كلا الحالتين فإنه قد يصور المشكلة تصويراً محرفاً أو بعيداً عن

الحقيقة سواء كان ذلك عن عمد أو رغمًا عنه. وقد سبق أن شرحنا ذلك تفصلاً عند الحديث عن المشكلة بحقائقها الذاتية والموضوعية.

لذلك كان من الازم واجبات الأخصائي في المقابلة الأولى أن الطبيعة الموضوعية للمشكلة بصرف النظر عن رأي العميل الخاص. فمن خلال إفساح المجال للعميل للانطلاق والتعبير عن موقفه الإشكالي يقوم الأخصائي باختبار حقيقة الواردة في قصة العميل ويعيماها بمعايير دقيق موضوعي بما له من خبرة ودراية وعلم وما فطر عليه من كفاية إدراكية مناسبة. حيث يتوقف على تحديد الموضوعي لطبيعة المشكلة كافة الخطوات التالية والتي منها بالضرورة إمكانية مساعدتها من عدمه.

ولما كانت المشكلة أياً كانت نوعيتها هي دائمًا موقف تتفاعل فيه شخصية العميل مع ظروفه المحيطة فإن تحديد طبيعة المشكلة لابد وأن يستتبعه بالضرورة تحديداً واضحاً للدور الذي يلعبه كل من شخصية العميل والظروف المحيطة في خلق المشكلة ذاتها.

ولا يعني هذا تحديداً مفصلاً مطعاً لكل من دور عنصري المشكلة كلون من ألوان التشخيص وإنما ما تعنيه هو التعرف على الملامح الهامة في شخصية العميل والجوانب الواضحة من ظروفه المحيطة التي لها ارتباط وثيقاً بالمشكلة ذاتها.

فالانطباع الأولى للأخصائي الاجتماعي عن الضعف العقلي الواضح في التلميذ المتelligent دراسياً أو الهاءات الواضحة في المسن طالب الإعانة أو معرفة حقيقة الزوج المودع بأحد السجون هي ألوان من الحقائق التي تحدد إلى حد كبير الخطوات التالية كلها لاتجاهات المساعدة فرغم كونها مجرد انطباعات أولية إلا أنه يترتب على معرفتها اتخاذ قرارات حاسمة بشأن الحالة برمتها منذ البداية بتحويلها مباشرة إلى عادة نفسية كما في حالتي الضعف العقلي والمرض العقلي أو تحويلها إلى جمعية خاصة برعاية المسجونين كما هو الحال في الحالة الثالثة أو تحديد الخطوات الرئيسية التالية لعملية المساعدة.

أما ما يتعلق بالظروف البيئية فالأخصائي عليه أن يكشف في هذه المقابلة عن طبيعة الضغوط الخارجية أسرية كانت أو اقتصادية أو تقافية.... الخ الخ والتي لها دور واضح في أحداث الموقف.

ثانياً: تقرير إمكانية المساعدة:

إن تقرير إمكانية المساعدة هي الخطوة الواجب تحديدها في المقابلة الأولى بعد تعرف الأخصائي على طبيعة المشكلة. ففي هذه المقابلة يجب على الأخصائي أن يقرر واحد من الأمور التالية:

- إن مشكلة العميل يمكن أن تحل كلياً في نطاق المؤسسة.
- أو يمكن تقديم مساعدة جزئية في حل المشكلة.
- أو أن هناك مؤسسات أخرى يمكنها المساعدة بطريقة أفضل فتحول إليها أو أن هناك مؤسسات أخرى هي المختصة بهذا النوع من المشكلات لا هذه المؤسسة.
- أو أن المشكلة خارجة عن نطاق المؤسسة ونطاق أي مؤسسة أخرى وعلى العميل أن يعيش بها.

وفي أي من هذه الحالات ~~على~~ الأخصائي أن يوضح للعميل مبررات هذا الإجراء ويناقشه معه حتى يتمكن من اتخاذ قراره المناسب ويقرر الخطوات التالية سواء قبلت حاليه بالمؤسسة أو حولت إلى مؤسسة أخرى.

ثالثاً: تحديد الخطوات العريضة لعملية المساعدة:

عند تقرير قبول الحالة بالمؤسسة لابد وأن يتم خلال هذه المقابلة تحديد عام لاتجاهات عملية المساعدة في خطواتها الثلاث الدراسية والتشخيص والعلاج. وقياس نجاح المقابلة الأولى ماثل في قدرتها على تحديد الإطار العام لعملية المساعدة لتقادي بعثرة الجهد وتشتيته دون طائل خاصة ونحن ننطليع اليوم إلى الاقتصاد قدر الإمكان في عمليات خدمة الفرد وخطواتها.

ولكي يتحقق ذلك نوضح فيما يلي أهم الجوانب الواجب استيفائها خلال المقابلة الأولى وهي:-

- ١- طبيعة المشكلة نفسها و مجالها الرئيسي أسرية كانت أو اقتصادية ... الخ.
 - ٢- مدى جديتها وخطورتها سواء على العميل أو على أسرته أو على المجتمع.
 - ٣- كيفية تفسير العميل لسبابها أو بمعنى آخر كيفية تشخيصه للمشكلة من وجهة نظره الخاصة.
 - ٤- ما هي الجهود السابقة التي بذلها كمحاولة منه لحلها ولماذا لم تنجح هذه الجهود أو ما هي الأشياء التي حققتها؟
 - ٥- ماذا يطلب العميل من المؤسسة أو بمعنى آخر. ما هي خطته التي وضعها لعلاجها؟
 - ٦- ما هو النمط العام لشخصية العميل وما هي السمات الشخصية الأكثر ارتباطاً بطبيعة المشكلة؟
 - ٧- ما هي طبيعة ظروفه البيئية وأي من هذه الظروف المحيطة لها تقل خاص في الموقف الذي يواجهه.
 - ٨- ما هي المصادر الهامة الواجب الالتجاه إليها لاستكمال دراسة المشكلة.
 - ٩- ضرورة تعريف العميل بالمؤسسة وشروطها وإجراءاتها وإمكانياتها.
 - ١٠- مدى استعداده للتعاون مع هذه الشروط والاستجابة لهذه الإجراءات.
 - ١١- مدى فاعلية العميل واستعداده للتحرك لحل مشكلته.
 - ١٢- وأخيراً ما هي الاتجاهات العلاجية العامة الواجب التخطيط لها سواء في ذات العميل أو في ظروفه المحيطة؟
- ويهمنا أن نشير إلى الأهمية القصوى في الحصول إلى هذه الحقائق من خلال حوار سيال تلقائي قائم على التجاوب العقلي والنفسي في تناجم متعاطف يضفي على المقابلة طابعاً إنسانياً لتمر معه جهود الأخصائي العلاجية، وسبيله إلى ذلك أسس فنية وأساليب خاصة نعرضها فيما يلي:

عوامل إنجاح المقابلة الأولى:

أولاً: العمل على تحطيم دفاعيات العميل أو التقليل من مقاومته قدر الإمكان ومهارة الأخصائي في ذلك هو في ممارسة أساليب المقابلة ومفاهيم العلاقة المهنية في توقيتها ومكانها الصحيح.

ثانياً: البدء من بؤرة اهتمام العميل: بمعنى البدء من مشكلته التي يعرضها بل من جانبها الخاص الذي يشغل تفكيره.

ثالثاً: منح العميل كل الفرص للتعبير عن مشاعره.

رابعاً: التناجم العقلي والعاطفي: ونقصد به هذا التجاوب الطبيع الربح المتعاطف الذي يمثل النواة الحقيقة لنمو العلاقة المهنية.

خامساً: الانتقاء والتخصيص: لا يعني تركنا العميل حرّاً للتعبير عن مشكلته وأحساسه أن الأخصائي يقف موقفاً سلبياً خلال المقابلة الأولى بل هو يمارس عمليات انتقاء وقياسية ليحدد نطاق المشكلة وجوانبها الهامة، فالعميل عادة ما يعرض مشكلته كجوانب متتالية أفقية أو عامة متأنّزاً بانفعالاته الخاصة - فهو قد يشكو مرضه وتدور صحته ثم ينتقل إلى عدم تعاون الزوجة معه ثم يشكو من ابنه الأكبر الذي يضن عليه بالمساعدة ثم من ابنه الآخر الذي علم بهروبه من المؤسسة الإبداعية بل وينقل فجأة إلى منزله الآيل .. وهكذا.. جوانب متراكمة من المحن والنكبات تحتل كل منها عنده أهمية خاصة. ولكنها تشكل على هذا النحو قاعدة عريضة مركبة تتوجه بينها عملية المساعدة وتسيرها على غير هدى.

من هنا أهمية انتقاء الأخصائي لجانب معين أو أكثر من هذه الجوانب للتركيز عليها لما تحتله من أهمية خاصة سواء للعميل أو للمشكلة برمتها أو لإمكانيات المؤسسة. فقد تكون حالة العميل الصحية في المثال السابق هي الجانب الهام والمحور الأساسي للمشكلات الأخرى حيث يؤدي شفاء العميل من مرضه إلى تخفيف حدة الجوانب الأخرى كلها تلقائياً حيث سيمكن من العودة إلى عمله ثم

مواجهة كل ما يحيط به من ضغوط أخرى أو أن تكون مجرد بداية فقط لعملية المساعدة لترجمة الجوانب الأخرى للقاءات أخرى وهكذا.

سادساً: مراعاة الأسس الفنية للمقابلة وقواعدها التنظيمية:

نظرًا لحساسية المقابلة الأولى وأهميتها الزائدة فإنه يجب مراعاة تطبيق الأسس الفنية للمقابلة وقواعدها التنظيمية بالك دقة.

ولما كان نجاحها متوقفًا على حرية انطلاق العميل للتعبير عن مشكلاته وانفعالاته دون قيود فإنه من المهم تجنب الأسئلة المباشرة والممتعدة قدر الإمكان مع الاهتمام باللحظة والاستماع والتعليقات اهتمامًا خاصًا ل توفير المناخ النفسي الصالح لتخفيض توتراته وأساليبه الدفاعية كما تفضل أن تكون هذه المقابلات بالمؤسسة قدر الإمكان.

وفي بحث أجرته الجمعية القومية- لرعاية الأسرة بأمريكا على أسباب تخلف العملاء عن حضور المقابلة الثانية وانسحابهم من المؤسسة ذكر ٤٥٪ منهم أنهم شعروا عقب المقابلة الأولى بقدراتهم على تناول مشكلاتهم بقدرة أفضل وكفاية مناسبة بينما ذكر ٢٧٪ من العملاء أن أسباب ذلك كانت خيبة أملهم عند المقابلة الأولى.

سابعاً: إشراك العميل في التخطيط للعمليات التالية:

لابد وأن يتم خلال المقابلة الأولى ما يطمئن العميل بوضوح كاف على حسن استجابة الأخصائي لمشكلته بصورة عملية فعالة ويتأنى هذا بإشراك العميل في التخطيط للخطوات التالية سواء في تحديد المصادر الواجب الرجوع إليها أو تحديد ميعاد اللقاء التالي أو المهام التي سنجزها الأخصائي وما إلى ذلك. فهذه كلها فكلا عن قيمتها العلاجية ذاتها فهي علامات تكسبه الطمأنينة في أن مشكلته وجدت آذانًا صاغية من الأخصائي ليتحفز بدوره لإنجاز المسؤوليات التي كلف بها والتشوق للعود مرة أخرى في الميعاد المحدد دون تأخير.

أما عدم إظهار هذه الخطة للعميل أو محاولة الأخصائي الانفراد بإنجازها فإلى جانب أن ذلك يجعل من العميل طرفة سلبياً فإن العميل قد يشعر بأن مشكلته لم تلق الاستجابة المناسبة ولم تتل اهتمام الأخصائي رغم نواياه الحقيقية الطيبة لمساعدة. بل قد يؤدي ذلك إلى تخلفه عن المقابلة التالية بل وانسحابه من المؤسسة.

المقابلة التالية أو (الدورية):

المقابلات التالية هي تلك المقابلات المتعاقبة التي تلي المقابلة الأولى التي قد تتم بصفة دورية أو بصفة متقطعة حسب الظروف وتتميز هذه المقابلات عن المقابلات الأولى بخلص العميل من قدر كبير نسبياً من مشاعره السلبية التي تملكته عند لقائه الأول مع الأول مع الأخصائي وتوطد العلاقة المهنية بينهما بتوفر عناصر الثقة والأمن والاستقرار - فباستثناء الحالات المضطربة نفسياً أو سلوكياً فالعميل في المقابلات التالية لم يعد هذا النمط الهش المتهيب كما كان في الماضي بل أضحت أكثر استقراراً وأصلب عوداً.

من هنا كانت المقابلات التالية هي المناخ الصالح لعمليات التأثير والتعديل الإيجابي سواء في ذات العميل أو في طروفه المحيطة حيث بدأت مرحلة من التجاوب العقلي والتفكير الواقعي والاستقرار المناسب.

ولما كانت هذه المقابلات تلي مقابلات سابقة فإن بدايتها لابد وأن تكون نهايات لما سبقها من مقابلات يستعرض خلالها ما تم إنجازه بين المقابلتين أو تناقش فيها ما يكون قد استجد من أمور.

هذا وقد تكون هذه المقابلات بمثابة لقاءات دورية لهدف علاجي كما هو الحال في العيادات النفسية أو في مؤسسات الإيداع، كما قد تكون الاستكمال جوانب دراسية أو مراجعة مستندات كما هو الحال في مؤسسات الإعانة الاقتصادية، كما قد تكون مزيجاً من مقابلات دراسية وتشخيصية وعلاجية كما هو الحال في المنازعات الأسرية وغيرها.

كما تتميز المقابلات التالية في أغلب الظروف بأنها أقل زمناً عن المقابلات الأولى كما لا يشترط أن تتم بالمؤسسة حيث قد تكون في منزل العميل أو في عمله أو في مدرسته..... وهكذا.

المقابلة الختامية: ENDING

المقابلة الختامية هي آخر لقاء مهني للأخصائي مع العميل، وتم عادة في الحالات التالية:

- ١- انتهاء علاقة العميل بالمؤسسة باستكمال علاج المشكلة.
- ٢- تحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى أو أخصائي آخر.

ورغم أنها مقابلات تتم عادة بعد الاستقرار على جوانب علاجية معينة إلا أنه قد يسودها مشاعر مختلفة تتفاوت بين مشاعر الحيرة البسيطة وبين مشاعر عميقة من الخوف أو القلق. وقد تصل هذه المشاعر إلى حد الاضطراب والاتجاهات النكوصية وخاصة عند الصغار وذوي الميول الاعتمادية.

بصفة عامة فهناك واجبات هامة على الأخصائي القيام بها وهي:

- ١- تلخيص الخطوات العلاجية للعميل وأهمية الالتزام بها.
- ٢- توضيح أسباب تحويل العميل إلى مؤسسة أخرى أو إلى أخصائي آخر بالقدر الذي يقتضيه الموقف وباللباقة الواجبة.
- ٣- يمكن طمأنة العميل في بعض الأحوال الخاصة- إلى أن المؤسسة يمكنها مساعدته مرة أخرى إذا ما عادت المشكلة إلى الظهور مستقبلاً- وبصفة خاصة مع المودعين بالمؤسسات الإيداعية أو مرضى العيادات النفسية الذين يتخوفوا من انفصالهم تماماً عن المؤسسة.
- ٤- مراعاة المباعد بين المقابلات الأخيرة تدريجياً وخاصة مع الصغار أو من يعانون من القطام النفسي.

٥- ربط العميل بالواقع الذي سيعيش فيه تدريجياً وإشعاره بأن علاقته الأخصائي لم تكون إلا علاقة مهنية مؤقتة.

٦- عند تحويل العميل إلى أخصائي آخر يجب تقديمها إلى الأخصائي الجديد وأن يكون حازماً في نقل كافة المسؤوليات إليه.

المقابلة التبعية:

المقابلة التبعية نوع آخر من المقابلات المهنية التي تتم بعد وضع خطة العلاج موضوع التنفيذ. وهي مقابلات تتم عادة ما في منزل العميل أو في مقر عمله أو في مدرسته وما إلى ذلك.

وتحصر أهمية المقابلة التبعية وأهدافها فيما يلي:

١- أنها وسيلة هامة للتأكد من متابعة العميل للخطة العلاجية خاصة مع العملاء الذين يعانون عجزاً جسمياً أو عقلياً أو خلقياً.

٢- تجنب العملاء أية انتكاسة قد يتعرضون لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكون في الحسبان خاصة من الجانبين تقتضي المراقبة الاجتماعية أو الرعاية اللاحقة أو الناقدين العائدين إلى بيئتهم الطبيعية.

٣- وسيلة هامة لاستقرار بعض العملاء في حياتهم الجديدة وخاصة ذوي النزعات الاعتمادية أو المضطربين نفسياً أو الأطفال الذين أودعوا لمدد طويلة في المؤسسات ثم نقلوا إلى بيئتهم الطبيعية.

٤- من أهم الأساليب المفيدة لتقدير خدمة الفرد أو خدمات المؤسسة تقييماً علمياً وإحصائياً.

٥- المقابلات التبعية من ألزم المقابلات في حالات الأسر البديلة وحالات الإعانة الاقتصادية حيث تتوقف على هذه المقابلات تحديد مدى حاجة العميل إلى خدمات المؤسسة وتوجيه خطوات العلاج.

ومن ثم فهي مقابلات ذات طبيعة خاصة تشكل حسب ظروف كل حالة وكل جديد يطأ على الموقف. كما أن مكان المقابلة ذاتها منزلاً كان أو عملاً يحدد بدوره قواعدها التنظيمية وزمنها وما إلى ذلك.

وباستثناء الحالات التي تعاني فطاماً نفسياً أو التي تتسم بنمط اتكلالي أو اضطراب نفس فإن العملاء عادة ما يقاومون مثل هذه المقابلات خاصة في حالات الإعانة الاقتصادية الأسر البديلة حيث يعتبرونها تشككاً أو تجسسًا عليهم. أو هؤلاء الذين استقرروا نسبياً في حياتهم الجديدة يرفضون أية وصاية عليهم لينكروا أية صلة لهم بالمؤسسة. لذلك فهي تتطلب مهارة وكفاءة لمواجهة محاولات العملاء المتعددة للتهرب منها، كما قد تزيد حدة هذه المقاومة عند تحويل الحاجة إلى أخصائي جديد لتبنيها لتكون آذاناً مقاومة مزدوجة للزيارة وللأخصائي في نفس الوقت. ومظاهر هذه المقاومة قد تأخذ أشكالاً شتى فقد يلجاً العميل إلى إنكار نفسه أو يتذرع بالمرض أو يدعى عدم حاجته إلى أي مساعدة أو قد يطلب من الأخصائي جعل المقابلات بالمؤسسة حيث سيزوره بها ليحيطه بكل جديد في موقعه..... الخ.

وبالقدر الذي ينجح فيه الأخصائي الاجتماعي في مواجهة هذه المقاومة بكفاية تامة بالقدر الذي يشعر العميل نفسه بما حققت المقابلة له من فوائد تكون المقابلة التالية قد حققت أهدافها المرجوة منها.

ثانياً: الزيارة المنزلية

ما هيتها:

الزيارة المنزلية هي نوع من المقابلات المهنية مع العميل أو مع أسرتها تتم في بيئتهم الطبيعية أو في أي مكان يقيم فيه لتحقيق أهداف مهنية تتحقق من خلالها.

وهي بهذا المعنى مقابلات مهنية شأنها كافة المقابلات الأخرى تتبع فيها أسس المقابلة وقواعدها وأساليبها، كما أنها عملية مهنية تمارس فيها بالضرورة كافة المبادئ والمفاهيم السابق شرحها.

الزيارة المنزلية أسلوب مهني ارتبط بخدمة الفرد عند نشأتها حينما كانت تغلب على مشكلات العملاء الطبيعة الأسرية والمادية كأشياء خارج ذات العميل. ولكنه مع التطور المعاصر لخدمة الفرد تتضارب الآراء اليوم حول قيمتها المهنية لظهور وجهات نظر مختلفة أهمها:

أولاً: آراء تؤيدها بدون حدود: على أساس التلازم الحتمي بين مشكلة الفرد وحياته الأسرية، والزيارة وحدها هي التي تكشف عن طبيعة الجوانب الأسرية في واقعها وعلى طبيعتها.

ثانياً: آراء تعارضها: بدعوى أن العميل يجب أن يكون وحده مصدراً للمعلومات ووحده هدفاً لعملية العلاج. أما ظروفه الأسرية وضغوطه الأخرى "فذاته" أو "أرادته" قادرة على أن تتكلف بها إذا ما منحت القدرة المناسبة خلال عملية المساعدة.

ثالثاً: آراء تقف منها موقف الاعتدال في بينما لا نحتمها في كثير من الأحوال إلا أنها ترى أهميتها الحيوية في حالات خاصة.

و قبل أن نحدد موقفنا من هذه الاتجاهات يحسن أن نوضح الجوانب الإيجابية والسلبية للزيارة المنزلية وخاصة في مجتمعنا المصري.

أسس وخصائص الزيارة المنزلية:

أولاً: الزيارة المنزلية بصفة عامة ليس لازمة حتماً لعمليات خدمة الفرد.

ثانياً: المقابلة في المؤسسة يمكن لها في أغلب الأحيان أن تغني عن الزيارة المنزلية إذا ما تتوفر الكفاية المهنية الواجبة للأخصائي الاجتماعي.

ثالثاً: رغم ذلك فهناك حالات بعينها يت.htm زيارة منزل العميل فيها. وهي الحالات التي سبق أن حصرناها على وجه التحديد.

رابعاً: في مثل هذه الحالات يجب التأكد من أن الزيارة المنزلية هي الأسلوب الوحيد الذي يحقق أهدافها المرجوة وأن لا سبيل إلى مساعدة العميل إلا بزيارة المنزل.

خامسًا: الزيارة المنزلية لا تخرج في النهاية عن كونها إما مقابلة فردية أو مقابلة مشتركة تراعي فيها كافة المفاهيم المهنية وأساليب المقابلة وقواعدها التي سبق أن أوضحتها.

خطوات الزيارة المنزلية وقواعدها :

أولاً: التأكيد من أهميتها لتحقيق أهداف محددة تعادل الجهد والوقت الضائعين فيها كما تتكافأ مع الاعتبارات المهنية التي سيضحي بها خلال الزيارة.

ثانياً: توضيح هدف الزيارة للعميل توضيحاً كافياً وتوضيح ما سوف تتحققه من غايات لها أهميتها لمواجهة الموقف الذي يعاني منه، والأمل هو أن الاقتناع العقلي للعميل بأهمية الزيارة سيخفف نسبياً من مقامته الوجданية لها، تلك المقاومة التي نسلم بأنه لا مفر منها في أغلب الأحيان.

ثالثاً: الاتفاق المناسب على معاذه بما يتلاءم مع ظروف كل من الأخصائي والعميل على حد سواء.

رابعاً: مراعاة الأسس والمفاهيم المهنية خلال الزيارة مع اهتمام زائد بمفاهيم السرية- التقبل- الفردية.

خامسًا: أن يكون مظهر الأخصائي الاجتماعي مناسباً لبيئة العميل، قيمة وعاداته؛ ونقصد بهذا قدرًا من الاعتدال سواء في الزي أو الزينة التي تناسب البيئات الشعبية التي غالباً ما يعيش فيها العملاء ومراعاة آداب الضيافة والعادات الشعبية الشائعة بينهم.

سادسًا: ضرورة التأكيد من العنوان الصحيح للمنزل لتجنب الوقت الضائع ولتلافي سؤال المارة أو أهل الحي عن مكان المنزل.

الزيارة المنزلية المفاجئة أو المعارضة:

تضطر بعض الظروف المؤسسات الاجتماعية إلى أن يقوم الأخصائي بزيارة منزل العميل دون اتفاق سابق في الحالات التالية:

- ١- عند عدم إمكان التعرف على مقر إقامة العميل، إما تضليلاً متعمدًا من العميل حالات الأحداث الجانحين أو جهلاً بها كحالات ضعاف العقول. وفي مثل هذه الحالات يضطر الأخصائي إلى القيام بسلسلة من التحريات الواسعة حتى تسقه المقادير إلى المنزل بوجي الصدفة أو بمعونة السلطات الإدارية أو أهل الحي أنفسهم.
- ٢- في الحالات التي يتحايل فيها العملاء للحصول على مساعدات المؤسسة رغم عدم أحقيتهم لها وذلك بإعطاء بيانات مشكوك في صحتها يدعون فيها الفقر أو الحاجة أو سوء حال المسكن الحالي من الآثار وما إلى ذلك أو عند التشكيك من سوء معاملة الأم البديلة أو الحاضنة للطفل وما أشبه.
- ٣- في الظروف الطارئة التي تتطلب اتصالاً عاجلاً بالمنزل دون انتظار للإجراءات العادية، كحالات هروب الأحداث الخطرين أو عند إجراء جراحة طارئة أو لاستيفاء بيانات عاجلة عن الحدث لتقديمها إلى المحكمة وما أشبه. فمثل هذه الحالات تتحم ضرورة زيارة المنزل دون اتفاق سابق تجنبًا لأخطار محققة على العميل أو على أسرته أو على المجتمع ككل.

وثمة حقائق نرى إيضاحها في هذا الصدد وهي:

- أولاً: تؤمن خدمة الفرد بأن هناك ضررًا واقعًا على العميل عند الزيارات الطارئة والمفاجئة، ولكن هناك ضررًا أشد خطورة إذا لم تتحقق مثل هذه الزيارات، ومن ثم فدورها يجب أن يكون مواجهة الخطر الأشد ضرورة مع التجاوز عن المضار الفرعية.
- ثانيًا: خدمة الفرد ومفاهيمها ليست مجرد شعارات براقة تفرض نفسها دون تفهم واع لدلالتها الواقعية. فالمفاهيم ليست غاية في ذاتها بل هي وسيلة لإنجاح عملية المساعدة بأفضل أسلوب ممكن وأضواء تكشف الطريق الصحيح لهذه المساعدة ومن ثم فلا يضحي بالمساعدة ذاته إذا ما تعثر أحد هذه المفاهيم في الطريق بل علينا أن نؤمن بأنه "إذا لمن نتمكن من أن نقدم للعميل كل شيء فهو في حاجة ماسة إلى أي شيء".

ثالثاً: خدمة الفرد تتعامل دائمًا مع الواقع، ومع ما هو كائن ولكن تتطلع دائمًا إلى ما يجب أن يكون.

رابعًا: المؤسسة الاجتماعية هي الواجهة الواقعية للخدمة الاجتماعية التي تتعامل مع الواقع الميداني بكل ما يزخر به من ظروف وأحداث.

من ثم فيجب أن يترك له الحق في تحقيق أهدافها وفقًا لفلسفتها الأساسية ما دامت الخدمة الاجتماعية تمارس بواسطة أخصائيون مهنيون تحت ظروف ظروف عملهم القيام بمثل هذه الزيارات المفاجئة.

لهذا نرى أن مثل هذه الزيارات المفاجئة هي تعبير عن مرحلة واقعية في تطور خدمة الفرد، لا نحكم عليها بالخطأ أو الصواب فهي واقع لا مفرد من قبوله. ولكن بصفة عامة يجب على الأخصائي الاجتماعي القيام بدور مضاعف لاستعادة ثقة العميل وتخفييف حدة المشاعر السلبية بتوضيح واف للأسباب والمبررات التي أدت إلى الزيارة المفاجئة.

ثالثاً: وسائل أخرى للدراسة الاجتماعية

إلى جانب مقابلة العميل وأسرته سواء بالمؤسسة أو بالمنزل فإن هناك وسائل أخرى للحصول على حقائق المشكلة من مصادرها الأساسية.

فقد سبق أن ذكرنا أن مصادر الدراسة قد تمتد لتشمل العميل وأسرته بالإضافة إلى الأقارب والمتصلين به أو الخبراء أو المستندات والوثائق أو الاختبارات والفحوص المختلفة وما إليها. وللحصول على الحقائق من هذه المصادر فإن هناك عدة وسائل أخرى أهمها:

أولاً: مقابلة خبراء أو أخصائيين: كمقابلة الطبيب المعالج أو لمدرس المختص أو رئيس العمل أو ما أشبه. وهي مقابلات وإن كانت لها طبيعتها المهنية إلا أنها تقوم على التعاون والتآhem كما تعتمد على قدرة الأخصائي في استشارة الآخرين لمساعدة العميل.

ثانياً: الإطلاع على المستندات والسجلات: كالبطاقات المدرسية أو ملفات الحالات أو التقارير الطبية أو تقرير المحكمة وما أشبه في حالة توفر هذه المستندات في المؤسسة أو قريباً منها.

ثالثاً: المكاتب والمراسلات: وذلك في الحالات التي تكون الجهة المطلوبة بيانات منها بعيدة عن المؤسسة أو في بلد آخر. ويجب أن يراعى في مثل هذه المكاتب أن تتسم بالسرية الواجبة لضمان عدم إفشاء أسرار العملاء بين الجهات المختلفة. وتلجأ بعض المؤسسات إلى طمس معالم هذه المكاتب الرئيسية باستعمال رموز مهنية عن أسماء العملاء أو نوع المرض وما إلى ذلك.

رابعاً: المكالمات التليفونية: وهي وسيلة أخرى للحصول على البيانات من مصادرها وتستعمل في الحالات المستعجلة والتي تتطلب إجراءات سريعة.

استماراة البحث الاجتماعي:

تنتهي عمليات الدراسة بالاستقرار على مجموعة من الحقائق سواء خاصة بالعميل أو بظروفه الخارجية. وهذه الحقائق يجب أن توضح في استماراة خاصة تصممها المؤسسة وفقاً لفلسفتها الخاصة يطلق عليها عادة "استماراة البحث الاجتماعي أو التاريخ الاجتماعي" ورغم اختلاف المؤسسات في تحديد رؤوس الموضوعات التي تتضمنها هذه الاستماراة إلا أن هناك موضوعات لها أهميتها في غالبية المؤسسات الاجتماعية نوضحها فيما يلي:

أولاًً: بيانات معرفة:

وتشمل الاسم والسن والجنس والعنوان والمدرسة أو العمل والفرقة أو المهنة والحالة الاجتماعية والوطن والديانة، كما قد تشمل نوع المرض أو العجز أو التهمة..... الخ.

ثانياً: المشكلة كما تقدم بها العميل أو نوع الخدمات التي يريدها

ثالثاً: تكوين الأسرة ويفضل عمل جدول خاص كما هو موضح في النماذج التالية، يوضح أعضاء الأسرة ظروف كل منهم الاجتماعية والصحية والعملية.... الخ.

رابعاً: المسكن والحي: ويوضح هنا طبيعة المسكن ونوع الأثاث والحي والجيرة.

خامسًا: السمات الشخصية للعميل.

ويوضح هنا سمة العميل الشخصية وما بها من جوانب قوة وضعف، كما قد تشمل توضيح سمات آخرين كالآب أو الأم، أو الأقارب وخاصة في مشكلات المنازعات الأسرية واضطرابات الأطفال وما إليها.

سادسًا: الميزانية الشهرية:

وعادة ما يكون لها جدول خاص لتوضيح الخل والمنصرف والديون.... الخ.

سابعاً: تاريخ المشكلة والجهود السابقة لمعالجتها:

ونأخذ هذه صور شتى حسب طبيعة المشكلة وفلسفة المؤسسة وعادة ما تتحصر هذه الصور فيما يلي:

أ- التاريخ الاجتماعي للمشكلة: إذا ما كانت اقتصادية أو اجتماعية يوضح نشأتها والدور الذي لعبه العميل فيها والجهود السابقة التي بذلت.

ب- التاريخ المرضي: إذا ما ارتبطت المشكلة بمرض معين جسمى أو نفسي.

ج- التاريخ التطوري: إذا ما كانت للمشكلة جوانب نفسية أو سلوكية لأسباب نفسية حيث ارتبط سلوك العميل برواسب طففية أو كان حيلاً دفاعية تعبّر عن عقد لا شعورية أو مظاهر صراع طفلي لم يحل.

ثامنًا: العبارة التشخيصية:

للتوضيح طبيعة المشكلة والعوامل المتدخلة لإحداثها.

تاسعاً: الخطة العلاجية:

وتشمل خطوات العلاج بشقيه الذاتي والبيئي. وتل JACK بعض المؤسسات إلى ترك المجال مفتوحاً للخطوات العلاجية بينما تحدد أخرى اتجاهات محدودة كالقبول بالمؤسسة أو استحقاق المعاش وما إلى ذلك.

كما نشير هنا إلى أن من هذه الاستثمارات ما ينفرد بتحريرها الأخصائي ومنها ما قد يشترك معه آخرون من فريق المؤسسة كما هو الحال في مؤسسات ضعاف العقول والمعوقين أو المرضى ومن إليهم. حيث تشمل الاستثمارة على التقرر الطبي أو العقلي أو المهني وما إلى ذلك.



ثانياً: التشخيص الاجتماعي

إن التشخيص خطوة بينية تتوسط عملية الدراسة والعلاج وهو في أبسط صورة عملية تستهدف تفسير المشكلة والأسباب التي أدت إليها.

أولاً: تعريف التشخيص:

يعرف التشخيص بأنه عملية تقسيرية توضح تفاعل العوامل التي تداخلت في الموقف وتفاعلاته مع شخصية العميلة حتى وصل الأمر إلى الموقف الحالي^(١).

كذلك تعرف فاطمة الحاروني التشخيص بأنه هو إيجاد العلاقة السببية بين واقع العميل داخلياً وخارجياً وبين أعراض سوء التكيف من أجل العلاج^(٢).

في حين يعرف "عبد الفتاح عثمان" التشخيص بأنه تحديد لطبيعة المشكلة ونوعيتها الخاصة مع محاولة علمية لتقسيم أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طوعية للعلاج^(٣).

أيضاً يعرف التشخيص بأنه العملية المهنية التي تستهدف الجهد المشتركة بين الأخصائي والعميل والمحيطين به في تحديد العوامل والأسباب التي تفاعلات لإحداث المشكلة من أجل الوصول إلى العلاج المنشود وفي ضوء ذلك التعريف يمكن استخلاص أهم الخصائص التي تميز التشخيص وهي^(٤):

- ١- أنه يبني على الدراسة ويوصل إلى العلاج.
- ٢- أنه يحدد العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة هذه الأسباب التي ترتبط بالعميل من ناحية وبالنواحي البيئية من ناحية أخرى.
- ٣- الرغم من أنه مسؤولية الأخصائي ويختضع لوجهة نظره المهنية إلا أنه يتم التوصيل إليه من خلال إشراك العميل والمتصلين به فهم أقدر من يعرف المشكلة.

ثانياً: مستويات التشخيص:

يقصد بمستويات التشخيص درجات العمق التي يرتبط بها التشخيص وتأخذ هذه المستويات أشكالاً متعددة هي:

أولاً: الأفكار التشخيصية:

الأفكار التشخيصية هي ون من الانطباعات تتميز بأنها:

- ١- انطباعات غير يقينية وغير مؤكدة وأن ارتكزت على شواهد وقرائن معينة.
- ٢- تتسم بالكلية والعمومية دون تفصيلات جزئية فهي انطباعات عامة شاملة.
- ٣- تعتمد عليها مقابلات الاستقبال Intake في توجيه الحالات أو تحويلها.
- ٤- تعتبر وسائل للتشخيص النهائي أو فرضيات يتعين تحقيقها، لذلك كان من المفيد تسجيل هذه الانطباعات في أعقاب كل مقابلة أو خطوة مهنية حتى ترسم للخطوات التالية وبداية لما يعقب ذلك من خطوات.

ثانياً: التشخيص الإكلينيكي "التصيفي":

هو تشخيص يقتصر على تصنيف المشكلة أو المرض أو العاهة دون أي ذكر للعوامل المسببة لها. فبمجرد ذكر هذا التحديد تلقائياً اتجاهات العلاج داخل هذه المؤسسة. ويمارس هذا النوع عادة في المستشفيات ومؤسسات المعوقين والعيادات النفسية والسجون وبعض الوحدات الإجتماعية. حيث يكتفي التشخيص بتحديد طبيعة المرض أو نوع العاهة أو درجة الذكاء أو نوعية المجرد "مجرد معتاد أو مجرد خطير أو مجرم عارض".

ويمتاز هذا التشخيص بالبساطة والتركيز وتجنب الصياغات الوصفية كما يعتبر مصدراً للبيانات الإحصائية والأبحاث العلمية إلا أنه يؤخذ عليه عدم توضيحه للظروف الفردية الخاصة لكل مشكلة والعوامل النوعية التي أدت إليها.

ثالثاً: التشخيص السببي:

هو دوره تشخيص تصنفي عام كالنوع الإكلينيكي السابق إلا أنه يضيف على طبيعة المشكلة طائفتها الخاصة أو نوعيتها المميزة عن الطوائف الأخرى داخل التصنيف العام.

فالقول بأن المشكلة هي اضطراب نفسي هو تصنيف أكلينيكي عام، أما إضافة الطائفة الخاصة لهذا الاضطراب كالانطواء أو القلق أو العقدة الأوديبية هو تصنيف طائفي أو تشخيص سببي.

ولهذا النوع من التشخيص نفس مزايا التشخيص السابق وأن تميز باحتوائه على مزيد من التفسيرات لطبيعة المشكلة وأن كان بدوره لا يوضح فردية المشكلة.

رابعاً: التشخيص الديني الوصفي:

وهذا هو التشخيص الوصفي السياق الذي يوضح تفاعل العوامل الذاتية والبيئية "رأسيًا أو أفقيًا" وأدت إلى الموقف الإشكالي وهو نوع يسود كثيراً بين المؤسسات التي تتناول مشكلات الأسرة والانحراف وعدم التكيف المدرسي... وما إليها.

وهو تشخيص ارتبطت به خدمة الفرد منذ نشأتها كأسلوب لتقسيم المشكلات الفردية، عرفته "ريشموند وهاملتون" بأنه أسلوب وصفي لفهم الجوانب الاجتماعية والنفسية لمشكلة العميل وتقدير الدور الذي لعبه العميل في حدوث المشكلة.

ويمتاز التشخيص الديني بمناسبة للطبيعة الفردية الخاصة لكن من العميل وظروفه المحيطة وبالتالي طبيعة التفاعل بينهما الأمر الذي لا يمكن تفسيره إلا من صياغة سيالة وصفية ولا تخضع لأي لون من ألوان التصنيف.

ولكن يؤخذ عليه أن يشكل أمام الممارسين صعوبة بالغة في صياغته لدرجة جعلت بعض المؤسسات تقابل بين الجهد الواجب بذله لصياغته وبين القيمة الفعلية التي يتحققها لتقيم لها ألواناً متباعدة من الصيغ الشخصية، بل أن بعضها قد أسقطه نهائياً من حسابها مكتفية بالدراسة ثم العلاج مباشرة. كما أن هذه الصياغة الوصفية وقفت عائقاً أمام استثمارها في الأبحاث العلمية والإحصاءات العامة وما إليها.

خامساً: التشخيص المتكامل أو الديني والتصنيفي:

التشخيص المتكامل هو تشخيص جامع لمزايا الإشكال المختلفة السابقة ويقلل ما أمكن من عيوب كل منها. ويمكن تعريفه كما يلي:

تعريف:

"التشخيص المتكامل هو تحديد لطبيعة المشكلة ونوعيتها الخاصة مع محاولة علمية تفسير أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طواعية للعلاج".

كما يعرفه السنهوري بأنه "عملية تفسيرية توضح تفاعل العوامل التي تدخلت في الموقف وتفاعلاتها مع شخصية العميل حتى وصل الأمر إلى الموقف الحالي".

الخصائص الرئيسية للتشخيص المتكامل:

- ١- التشخيص المتكامل يجمع بين التصنيف العام والفردية الخاصة.
- ٢- التشخيص المتكامل يرتكز على أسس وقواعد علمية.
- ٣- قابل دائمًا للتغيير والتعديل بظهور حقائق جديدة.
- ٤- التشخيص في أحسن صورة هو افتراض علمي لأقرب الاحتمالات.
- ٥- التشخيص أسلوب علمي لتحديد العلاج وليس بحثًا مطلقاً وراء العلل.
- ٦- التشخيص ككل عمليات خدمة الفرد - عملية مشتركة بين الأخصائي والعميل.
- ٧- صياغة التشخيص ومضمونه مرتبط بالضرورة بأهداف المؤسسة وفلسفتها.

الأشكال النهائية لصياغة التشخيص النهائي:

توضح نتيجة التشخيص في شكل تقدير مكتوب وتتحدد محتويات هذا التقرير وأسلوب صياغته في ضوء المجال والمؤسسة وطبيعة مشكلة العميل وظروف عمل الأخصائي وسوف نعرض فيما يلي أكثر أشكال التشخيص شيوعاً^(٦).

أولاً: العبارة التشخيصية:

ويطلق عليها التشخيص المتكامل أو الصياغة الدينامية وهي تحتاج إلى مستوى عالي من المهارة والخبرة من الأخصائي كما أنها تستغرق وقتاً وجهداً أكثر

من غيرها من الصياغات ويكثر استخدامها في العيادات النفسية وحالات جناح الأحداث والمشكلات الأكثر تعقيداً، وتوضح الصياغة في صورة تفاعل بين العوامل في شكل وصفي يوضح العلاقة بين العرض وأسبابه.

وأهم المكونات التي يشتمل عليها هذا الشكل من التشخيص:

أ) التصنيف العام:

وهو تحديد المجال العام للمشكلة أسرية أو مدرسية.. الخ ويجب أن يوضع في مقدمة العبارة التشخيصية ليحدد منذ الولادة الأولى نوعية المشكلة الرئيسية لتتوالى بعدها الجوانب التفصيلية التالية ويعتمد هذا التصنيف على الرأي المهني للأخصائي الذي عليه أن يميز أصول المشكلة عن فروعها أو جذورها عن أعراضها الفرعية في ارتباطها بخدمات المؤسسة، فال المشكلة الخاصة بالمريض في المستشفى هي في الأساس صحية ولكنها إذا ارتبطت بانخفاض الدخل فإنها تصبح اقتصادية وإذا انعكست بموضوع على قلق واضطراب العميل وحدة انفعالاته أصبحت نفسية.. ولكن بصفة عامة يفضل أن يكون التصنيف العام مرتبًا بنوعية المؤسسة ذاتها والمجال الذي تخدمه.

ب) التصنيف الطائفي:

وهو الوحدة الجزئية المتخصصة داخل التصنيف العام وذلك لتحديد الطائفة المتميزة التي تنتهي إليها المشكلة في مجالها العام إذا كان التصنيف العام اقتصادية فإن الطائفي قد يكون أرملة ذات أولاد- أيتام- شيخوخة، وإذا كان التصنيف العام جناح أحداث فإن الطائفي يكون تشرد أو انحراف وهكذا.

ج) التصنيف السببي:

ونعني به تحديد العوامل الهامة التي أدت إلى حدوث المشكلة وهي قد تكون:

١- عوامل ذاتية أكثر منها بيئية:

وذلك عندما يظهر بوضوح أن العوامل الذاتية هي الأكثر تأثيراً في المشكلة وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض العوامل البيئية.

٢- عوامل بيئية أكثر منها ذاتية:

وذلك عندما يظهر بوضوح أن العوامل البيئية هي التي لها غلبة التأثير وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض العوامل الذاتية.

٣- عوامل بيئية وذاتية:

وذلك عندما يظهر بوضوح توازن أثر العوامل مما يصعب معه تحديد أوجه العوامل الغالبة وكثيراً ما ستواجهه بعض المواقف التي قد تمثل التفاعل الواضح بين مجموعتي العوامل وبنفس التأثير.

ونود أن نشير إلى أنه لا توجد حالة ترجع إلى عوامل ذاتية فقط أو عوامل بيئية فقط بل أن المشكلة عادة ما تتضمن التفاعل بينهما وإن اختلف قدر التأثير.

د) طبيعة المشكلة الحالية:

لابد أن توضع العبارة **التشخيصية** للمشكلة الحالية للعميل وهنا ينبغي أن نميز بين ثلاثة أشياء وهي:

١- تصنيفات المشكلة:

ويقصد بها تقسيمات المشكلة وبين أن أوضحناها على أنها التصنيف العام- الطائفي - السببي.

٢- طبيعة المشكلة الحالية:

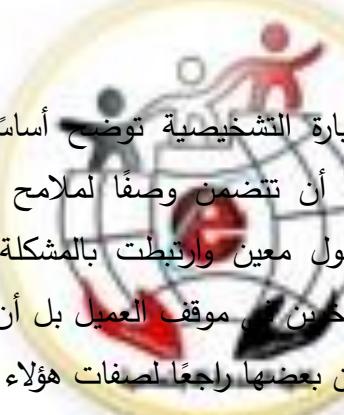
ويقصد بها وصف للمشكلة في الوقت الحاضر.

٣- تطور المشكلة:

ويقصد به مجموعة الخطوات المتتالية التي مرت بها المشكلة من الماضي إلى الحاضر حتى ظهرت بالشكل الحالي.

فالقول بأن المشكلة أسرية فهذا تصنيف عام وبأنها نزاعات زوجية فهذا تصنيف طائفي وبأنها ترجع لأسباب بيئية أكثر منها ذاتية فهذا تصنيف سببي، وإذا ذكرنا أن طبيعة المشكلة الحالية تتمثل في الاعتداء المستمر **بالضرب** من جانب الزوج على زوجته وحرمانها من مصروف المنزل والتفكير في الزواج من أخرى فهذا وصف لطبيعة المشكلة الحالية، وإذا قلنا بأن الزواج تم منذ ستة شهور وأن الزوجة أجبرت عليه لأن زوجها يكرها بعشرون عاماً وأنه ذو مؤهل متوسط وأنه بدأ يغار عليها ويعنها من الخروج وحدث أن ذهبت للإقامة مع أسرتها لمدة عشرة أيام في الشهر الماضي ثم تدخل أخيها الأكبر لحل المشكلة ولكن زوجها زاد في سوء معاملته لها واعتدى عليها **بالضرب**... الخ، فهذا عرضاً لتطور المشكلة.

هـ) صفات العميل الأساسية:



من المعروف أن العبارة التشخيصية توضح أساساً عن العميل صاحب المشكلة لذا كان من الأفضل أن تتضمن وصفاً للامامح شخصية العمل خاصة الصفات التي لها مغزى ومدلول معين وارتبطت بالمشكلة وهذا لا يعني أننا لا نتعرض لصفات الأشخاص الآخرين في موقف العميل بل أن ذلك سوف يتضح عند تحديد أسباب المشكلة والتي كان بعضها راجعاً لصفات هؤلاء الأشخاص.

و) تفاعل العوامل والأسباب:

وهو هذا التقسيم السياي الذي يوضح تفاعل العوامل المختلفة التي أدت إلى الموقف الإشكالي ليميز فريدة المشكلة وظروفها الخاصة من بين التحديات العامة التي احتوتها التصنيفات السابقة والتفسير الديني كصورة وصفية يجب أن يكون وحدة عقلية متكاملة متتابعة في تسلسل منطقي وتتابع زمني ليصور احتمالياً تفاعل كل من شخصية العميل مع ظروفه المحيطة.

وهو قد يتضمن تفاعلاً أفقياً بين العوامل والأسباب في المشكلات البسيطة كما هو الحال في المشكلات الاقتصادية أو المشكلات المدرسية البسيطة أو قد يتضمن تفاعلاً أسيّاً في ربط الحاضر بالماضي في المشكلات الاقتصادية أو

المشكلات المدرسية البسيطة أو قد يتضمن تفاعلاً رأسياً في ربط الحاضر بالماضي في المشكلات المعقدة كما هو الحال في مشكلات الأمراض العقلية والأحداث الجانحين.

ز) تحديد خطوات العلاج:

توضع في نهاية العبارة لتبيين الاتجاهات العلاجية الرئيسية أو ما يمكن أن تتبعه بصفة عامة عند تصميم الخطة العلاجية وتشتمل اتجاهات العلاج على:

١- مناطق الضعف:

سواء في العميل أو الظروف المحيطة والتي لها ارتباط واضح بالمشكلة وفي نفس الوقت يمكن علاجها في حدود إمكانيات المؤسسة.

٢- مناطق القوة:

هي الإمكانيات القائمة في الموقف ويمكن استثمارها في العلاج سواء أكانت أفراداً أو إمكانيات معطلة لم تستثمر بصورة مناسبة.

ثانياً: التشخيص العامل:

وهو صياغة تأخذ بأسلوب العوامل المستقلة تفسير أسباب المشكلة مرتبة حسب أهميتها وهو وأن كان لا يصور التفاعل بين هذه العوامل إلا أنه يتميز بالبساطة وعدم التعقيد.

تعريفه:

هو ذلك التشخيص الذي يحدد العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة.

صياغاته:

أ- قد تقسم الأسباب إلى عوامل ذاتية وبيئية ثم تحدد تلك العوامل التي تدخل في نطاق كل مجموعة.

ب- قد توضع العوامل كلها مسلسلة بغض النظر عن كونها ذاتية أو بيئية.

ولا يكفي عند إعداد هذا النوع من التخخيص الاقتصار على سرد العامل مجرداً ولكن يجب أن نوضح الكيفية التي أسمهم بها هذا العامل في حدوث المشكلة.

مميزاته:

أ- سهولة الصياغة.

ب- يوفر الوقت والجهد إذا قورن بالعبارة التشخيصية.

ج- يساعد الأخصائي في سهولة التطرق إلى النواحي العلاجية.

عيوبه:

أ- لا يوضح تصنيفات المشكلة (العا - الطائفي - النوعي).

ب- لا يوضح التفاعل الكلي بين العوامل والأسباب.

ج- لا يحدد خطوط العلاج.

ثالثاً: خطوات التشخيص:

للوصول إلى التشخيص النهائي ثمة خطوات رئيسية يجب إتباعها (٦):

أولاً: إدراك كلي لحقائق المشكلة بصورة مبدئية.

ثانياً: حصر هذه الحقائق كل على حدة.

ثالثاً: تقييم هذه الحقائق.

رابعاً: التفسير الديني والسيبي للمشكلة.

خامسًا: تحديد مناطق العلاج واتجاهاته.

سادساً: الصياغة النهائية للتشخيص.

أولاً: الإدراك المبدئي لحقائق المشكلة:

إن أولى خطوات التشخيص هي هذه النظرة الكلية العامة إلى المشكلة وأبعادها المختلفة دون التعمق في تفاصيلها وجزئياتها. وقد تتم هذه الخطوة بقراءة البيانات التي احتوتها استماراة البحث الاجتماعي أو مراجعة التشخيص الطبي أو النفسي أو قد تتمتد إلى الاطلاع على الانطباعات التشخيصية المسجلة عقد كل مقابلة.. الخ، فمثل هذه النظرة العامة تحقق فوائد أهمها:

- ١- تكوين الانطباع الكلي عن طبيعة المشكلة وأبعادها الكلية.
- ٢- يحدد هذا الانطباع مجا التفكير ويركزه في دائرة خاصة مرتبط بالمشكلة.
- ٣- يستدعي تحديد مجال التفكير أفكاراً مخزنة في الذهن نظريات علمية وخبرات سابقة ويهيئها لتفسير المشكلة.
- ٤- تمهد هذه الخطوات استشعاراً للأخصائي لجوانب المشكلة عقلاً وحساً أو ما يسمى بتمثص المشكلة Identify with the problem.

ثانياً: حصر الحقائق:

الخطوة الثانية هي عملية حصر الحقائق المشكلة كل على حدة فحقائق المشكلة ما هي في النهاية إلا:

- ١- سمات شخصية لأفراد (العميل أو الآخرين).
- ٢- أوضاع بيئية حالية (الظروف الأسرية أو الاقتصادية).
- ٣- أحداث معينة في الماضي أو الحاضر (كمرض أو وفاة).

من ثم فيجب وضع كل وحدة من وحدات الدراسة في مكانها بين هذه المصنفات الثلاث ليكون أمامنا في النهاية تجمعات تمثل سمات لكل فرد أو كل وضع بيئي على وحدة أو بمعنى آخر يجتمع لنا وحدتان رئيسيتان هما:

- أ) السمة الشخصية للعميل- لتمثل الضغوط الداخلية للمشكلة.
- ب) الأوضاع البيئية "ظروف أو أفراد" لتمثل الضغوط الخارجية للمشكلة.

ثالثاً: تقييم الحقائق:

وإذا تجتمع لنا هاتان الوحدتان بكل ما تحتويهما من خصائص وأوصاف كانت الخطوة التالية هي تقييم كل منها تقييماً محدداً يقيس مدى انحراف كل سمة عن المتوسط العام العادي لهذه السمة. أي قياس ما هو كائن لما يجب أن يكون وتحصر هذه الخطوة فيما يلي:

١- تقييم سمات العميل:

لقياس شخصية العميل ثمة أسلوبين رئисين هما:

- أ) قياس الشخصية في جوانبها الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية قياساً تحليلياً لكل جانب على حدة لتقويم مدى كفاية هذه العناصر أو ضعفها.
- ب) قياس الشخصية ككل كما يصدر عنها من وظائف خارجية قياساً وظيفياً يوضح تفاعل جوانبها الأربع في حركتها على ثبوتها.

ولما كان ما يعنينا هو قياس الدور الذي لعبه السلوك النهائي للعميل في المشكلة بصرف النظر عن طبيعة كل جانب من جوانب الشخصية على حدة، فإن النوع الثاني هو الأكثر مناسبة لقياس سمات العميل في التشخيص.

وترى "هوليس وموفيت" أن قياس سلوك العميل يعتمد على تقييم مركز القوى في الشخصية وهي:

قياس قوات الذات:

قياس الذات العليا، قوتها ومضمونها.

السمات المرضية:

وستتناول كل منها بشيء من التفصيل.

ولتقييم هذه الذات علينا تقويم وظائفها الأربع الأساسية وهي: القدرة على الإدراك + القدرة على الإحساس + القدرة على التفكير + القدرة على الانجاز.

تقييم الذات العليا (الضمير):

لتقييم الذات العليا في العميل يجب النظر إليها من ناحيتين:

أولهما: مدى قوة الذات العليا أو ضعفها أو تأرجحها.

وثانيهما: المضمون الذي تحتويه الذات العليا أي نوع من القيم التي اكتسبها الفرد.

تقييم السمات المرضية الخاصة:

إلى جانب الذات العليا ثمة سمات خاصة في الشخصية تؤثر في سلوك العميل ودوره في الموقف، وهذه السمات هي:



- أ) روابط طفلية خاصة.
- ب) أعراض مرضية معينة.

رابعاً: التفسير الديني والسيبي:

إذ تجتمع لنا حقائق قياسية عن العميل وظروفه المحيطة كانت الخطوة التالية هي البحث عن الكيفية التي تفاعلت بها هذه الحقائق وأدت إلى الموقف الإشكالي. وبصفة عامة ثمة أسلوبين لتحديد طبيعة هذا التفاعل وهما (٨):

- أ) تفاعل أفقي.
- ب) تفاعل رأسى.

التفاعل الأفقي:

التفاعل الأفقي هو هذا التفاعل الذي حدث بين العوامل الحاضرة في وضعها الراهن وأدت مباشرة إلى المشكلة دون الحاجة إلى البحث في الماضي عن أسباب نشوء هذه العوامل الحالية نفسها.

فالقول بأن الأسرة تواجه مشكلة اقتصادية نظراً لغياب الزوج المحكوم عليه بالسجن وصغر سن الأطفال وعدم وجود أقارب ملزمين مع عدم قدرة الزوجة نفسها على العمل هو تفاعل أفقي يصور التفاعل الحالي الذي أدى إلى حاجة الأسرة إلى إعانة المؤسسة.

التفاعل الرئيسي:

وهو التفاعل الذي يوضح كيفية تفاعل عوامل سابقة في الماضي والتي أدت إلى نشوء العوامل الحالية نفسها. وفي المثال السابق قد يشمل تقسيماً لأسباب سجن الزوج أو أسباب عدم قدرة الزوجة على العمل وكافة العوامل السابقة التي تفاعلت وأدى إلى كل منها. والفاعل الرئيسي قد يشمل:

أ) التاريخ التطوري للعميل وسبق أن عدتنا جوانبه فيما سبق.

ب) التاريخ التطوري للمواقف المختلفة كتطور الخلاف بين الزوجين أو متابعة تاريخ المرض وتطوره وما إلى ذلك.

ولكل من هذين النوعين أهمية خاصة في المشكلات المرتبطة بالجناح أو الاضطرابات النفسية أو العلاقات الأسرية والتي يتطلب علاجها التعرف إلى كيفية نشوئها وتطورها والتي تكشف حسب المعتقدات الفرويدية - منابت المشكلة وجذورها الأولى.

هذا وقد يكفي التفاعل الأفقي لعوامل المشكلة الحالية لتفسير المشكلة واتجاهات العلاج في كثير من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وخاصة في المؤسسات التي تقدم خدمات محددة تفرضها فلسفتها الخاصة.

كيفية صياغة التفاعل:

سواء أكان التفاعل رأسياً أو أفقياً فهناك خطوتان يجب القيام بهما وهما:

١- انتقاء العوامل ذاتها.

٢- كيفية تفاعل هذه العوامل.

١- انتقاء العوامل.. تخضع عملية انتقاء العوامل لاعتبارات رئيسية أهمها:

أ) **السببية النسبية:**

أي انتقاء العوامل التي ترتبط بالموقف بعلاقة علية مباشرة أو غير مباشرة، وقد تكون هذه العلاقة تلازمًا في الحدوث أو تعاقبًا في الحدوث. فطرد الأب لابنه من المنزل الذي أعقبه مباشرة سرقة الحدث يمكن أن يكون علة نسبية لانحرافه حيث العلاقة العلية هنا هي علاقة متعاقبة.

أما إذا قلنا أن اضطراب الحدث النفسي مرتبط بفترة المراهقة التي يمر بها فالعلاقة هنا هي علاقة مترابطة حيث أن كلاً من المراهقة والاضطراب النفسي قد حدثا في نفس الوقت.

ب) **العلاقة الجبرية:**

انتقاء هذه العوامل لابد وأن يأخذ في اعتباره العوامل السلبية أكثر من العوامل الإيجابية. ومنطقنا هنا أن:

العوامل السلبية أكثر ارتباطاً بنشوء

المشكلة، فقسوة الأب وليس طيبة الأم هو عامل هام لتفسير اضطراب الحدث مثلاً.

العوامل السلبية هي التي تتطلب

علاجًا بل والتي يمكن علاجها وليس العوامل الإيجابية.

٢- التشخيص.. يرتبط أساساً بالعلاج:

أ) انتقاء الأصول وليس الفروع أو الأعراض. فالفقر وليس سوء حال المسكن هو العامل السلبي حيث أن سوء المسكن ما هو إلا عرضاً للفقر ولكنه ليس عاملًا مستقلاً.

ب) انتقاء العوامل الممكن علاجها أفضل من التي لا يمكن علاجها. فالقول بأن الأم كانت عاملًا من عوامل المشكلة أفضل منه القول بأن: عدم وجود بديل للألم يعرض الحدث عاطفياً عن فقدانه لما كان عاملًا من عوامل المشكلة.

ج) بصفة عامة فالعوامل الشخصية لها أهميتها البالغة في مشكلات الجناح أو الاضطراب النفسي. بينما العوامل البيئية أكثر أهمية في مشكلات الطفولة من العوامل الشخصية.

٣- صياغة التفاعل:

هو هذه الصياغة التي توضح كيفية تفاعل هذه العوامل المنتقة وأثرها المتبادل حتى أدت إلى الموقف الاتكالي وتعتمد هذه الصياغة على الأسس التالية:

أ) التسلسل الزمني أو التعاقب في الحدث: أي سرد التفاعل مع تسلسل الأحداث تسلسلاً زمنياً ومنطقياً ومترباطاً. كالقول بأنه بدأت اضطرابات الحدث السلوكية مع انتقاله إلى منزل أبيه وزوجة أبيه كما زادت حدة هذا الاضطراب مع إنجاب زوجة الأب لابناء احتلوا اهتمام الأب.

فمثل هذه الصياغة صورت التفاعل في تسلسل زمني مترباط مع سير الأحداث.

ب) التفسير الديني لتفاعل هذه العوامل: أي تفسير الميكانيزم النفسي والاجتماعي الذي يوضح الأثر المتبادل بين هذه العوامل. فانتقال الحدث إلى منزل أبيه هي حقيقة مادية غير كافية لتوضيح الموقف. ولكن تفسير هذا الانتقال في معناه النفسي هو الذي يعطي تفسيراً علمياً لما حدث كان تقول مثلاً بأن انتقال الحدث إلى منزل أبيه قد أثار مرة أخرى مشاعر الكراهة نحو الأب المترتبة من الموقف الأدبي

خاصة وقد ارتبط الأب بديل جديد لمه، ما أدى إلى اضطراب سلوكه إلى حدته مع اجتذاب زوجة الأب لأبناء غير أشقاء أثاروا في نفسه مشاعر الغيرة والكراهة والعدوان... الخ.

خامسًا: تحديد مناطق العلاج واتجاهاته:

الخطوة التالية هي تحديد الخطوط العريضة لاتجاهات العلاج على ضوء ما كشفه التفسير الديني للمشكلة. ومن المهم أن تظهر في هذه الاتجاهات مناطق القوة الواجب استثمارها ومناطق الضعف التي يتعين مواجهتها في حدود إمكانيات المؤسسة.

كما يجب أن توضح مدى الخطورة في الموقف والتي تتطلب إجراءً عاجلاً كإيداع الطفل أو صرف إعانة مالية فضلاً عن الاتجاهات العلاجية بعيدة المدى كتعديل سلوك الطفل أو الأقارب... الخ.

سادسًا: الصياغة النهائية للتشخيص:

وهي المرحلة الأخيرة لوضع العبارة التشخيصية ويجب أن يراعي فيها:

أ) أن تتضمن مكونات التشخيص السابق عرضها ما يتاسب والخدمات العلمية للمؤسسة، فقد يكون صياغة إكلينيكية أو سببية أو ديناميكية أو متكاملة حسب فلسفة المؤسسة ذاتها.

ب) أن تكون الصياغة واضحة المعاني محددة المعالم بسيطة الأسلوب.

ج) أن تكون وحدة عقلية متربطة وليس سرداً متناهراً أو مجرد تكرار للتاريخ الاجتماعي.

د) ألا تتسم بالعمومية والتجريد ولكنها صياغة تحدد فردية الحالة بظروفها الخاصة.

هـ) يحسن أن يصاغ التفسير الديني للمشكلة صياغة احتمالية.

رابعاً: خصائص وشروط التشخيص:

يتميز التشخيص الجيد بأنه:

١- التشخيص يعتمد على تكامل المادة الدراسية وكفايتها:

يجب أن يعتمد التشخيص على معلومات صحيحة وكافية عن المشكلة فالصياغة التشخيصية لا تعد إلا بعد استكمال عملية الدراسة التي يجب على الأخصائي أثنائها أن يغطي المناطق المطلوبة وذلك بالرجوع إلى كل المصادر المتوفرة واستخدام كل الأساليب الممكنة بحيث يصبح الأخصائي متأكداً من كفاية هذه المعلومات وصحتها لأنها ما لم تكن كافية فلن يستطيع أن يصل من خلال تحليلها إلى كل العوامل وبالتالي فسوف تكون نتائج العلاج محدودة.

٢- التشخيص يعتمد على مجموعة من الأسس العلمية:

وتتمثل هذه الأسس العلمية في السبيبية + النسبية+ المذهب الجبري+ المذهب البرجماتي+ المذهب العقلي + قاعدة الاحتمالات.

٣- التشخيص يجب أن يرتبط بظيفة المؤسسة:

ليس للتشخيص صياغة موحدة تعمم في كافة المؤسسات وإنما لكل مؤسسة حرية اختيار الصياغة والأسلوب الذي يناسبها وهذا الاختلاف يتضمن:

أ- اختلاف من حيث المستوى:

قد تختلف صياغة التشخيص من حيث المؤسسة باختلاف فلسفة المؤسسة فقد تقتصر على تصنيف عام أو طائفي للمشكلة في بعض المؤسسات ذات الخدمات المحددة كما قد يكون متكاملاً كما هو الحال في مؤسسات الأسرة أو مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية.

ب- اختلاف من حيث المضمون:

من المعروف أن الأخصائي يضع التشخيص بهدف العلاج ومن ثم يجب أن يراعي صياغة الأسباب التي يكون من الممكن علاجها عن طريق هذه المؤسسة

وبمعنى آخر يراعى أن يحتوى التشخيص على الجوانب التي تنفي والخدمات الفعلية لكل مؤسسة على حدة.

٤- التشخيص يجب أن يكون عملية مشتركة بين الأخصائي والعميل:

كان الاعتقاد السائد في خدمة الفرد منذ وقت قريب أن الدراسة هي العملية الوحيدة التي يشترك فيها العميل مع الأخصائي لأننا نحصل منه فيها على معلومات إلا أن الاتجاه المعاصر أصبح يرى ضرورة إشراك العميل في جميع العمليات، فرغم أن التشخيص النهائي هو مسؤولية الأخصائي فإن العملية التشخيصية ذاتها يجب أن تكون عملية مشتركة مستمرة لا ينفرد بها الأخصائي وحده.

واشتراك العميل في التشخيص ما هو إلا أسلوب تربوي يحقق فوائد أهمها:

أ- تكتسب الذات من خلال ذلك قدرة أفضل على التفكير السليم وتدريبها على تحمل المسؤولية.

ب- يضفي اشتراكه موضوعية على التشخيص وواقعية أفضل باعتبار أنه أعلم الناس بدقائقه حياته وأكثرهم إحساساً مشكلاته.

ج- يزيد عنصر الثقة بينهما حيث يشعر العميل بتقدير الأخصائي لقدراته.

د- يكشف أسلوب العميل الخاص في التفكير ومدى واقعيته وقيمة وثقافية مما يعتبر حقائق دراسية جديدة تزيد من وضوح الموقف للأخصائي.

ه- إشراك العميل في التشخيص يمكن الأخصائي من مراجعة وتقدير التشخيص الذي قام بوضعه.

و- يجعل العميل أكثر تحسناً للمساهمة في خطة العلاج والتعاون من أجل إنجاحها.

٥- أن تقدم الصياغة التشخيصية صورة واضحة عن المشكلة:

لما كانت الصياغة التشخيصية بمثابة محصلة لعملية الدراسة والتشخيص فإنها يجب أن تعطي صورة واضحة عن المشكلة تكفي من يطلع عليها أن يضع

خطة علاجية متكاملة للمشكلة بحيث تغنى عن الرجوع إلى أي مصدر آخر عن الحالة.

٦- التشخيص قابل للتعديل والتغيير:

تعتبر الحياة سلسلة متصلة من المواقف التي يعيشها العميل والتي تتميز بالتغيير المستمر من لحظة إلى أخرى ولأن مكوناتها متغيرة فالعميل كائن متغير شأنه في ذلك شأن من يتعامل معهم من أشخاص آخرين والظروف المحيطة به أيضًا متغيرة وبالتالي فعلاقة العميل مع هؤلاء الأشخاص ومع تلك الظروف متغيرة إلا أن هذا التغيير لا يكون محسوسًا في المدى الزمني القصير فالإنسان لا يلاحظ تغيرًا في شخص رأه بالأمس ولكنه يلاحظه إذا رأه بعد عدة سنوات لذا فإن الصياغة التشخيصية لموقف معين لا تكون صالحة له أبد الدهر ولكنها تظل صالحة لفترة قد تكون أيامًا وقد تكون أسبابًا وصلاحيتها خلال هذه الفترة مشروطة بعدم حدوث تطورات مفاجئة تحدث تغييرًا أساسياً في الموقف وإلا فإن الأمر يتطلب إعادة تشخيص الموقف من جديد بحيث يراعي المتغيرات التي طرأت أخيرًا.

هذا وقد سبق أن أوضحنا أن الأخصائي عليه أن يقوم بكتابه الأفكار التشخيصية عقب كل مقابلة وأن هذه الأفكار تكون قابلة للتعديل وفقاً لظهور حقائق جديدة.

٧- التشخيص احتمالي وليس يقيني:

يجب أن نعتبر التشخيص فرضًا علميًّا يتحمل الصواب كما يتحمل الخطأ فهو احتمالي للأسباب التالية:

أ- إغفال العميل متعمدًا بعض الأمور الحساسة من حياته يحرص كل الحرص على كتمانها عن الآخرين مهما كانت الظروف.

ب- العميل كأي إنسان قد ينسى جوانب هامة في الموقف والنسيان ظاهرة لا حيلة لنا فيها.

ج- اعتماد التشخيص على الملاكات العقلية للأخصائي تضفي عليه ذاتية لا يمكن تجنبها فأحكامه الخاصة النابعة من خبرته وتكوينه المتميز ستؤثر بالضرورة على موضوعية التشخيص.

ثالثاً : العلاج الاجتماعي النفسي

تعتبر طريقة العمل مع الأفراد والأسر طريقة علمية تطبيقية لتحقيق أهدافها في مساعدة العملاء والتي تمثل في علاج مشكلاتهم التي يعانون من ضغوطها وما تتضمنه من عقبات تعترضهم في أدائهم لأدوارهم الاجتماعية المختلفة.

ويمكن القول بأن العلاج هو الهدف النهائي لعمليات خدمة الفرد التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بالاشتراك مع عملية منذ بداية صلته بالمؤسسة، وهو إذاً نهاية المطاف بالنسبة لعمليات خدمة الفرد، بل إن كل مبادئها ومفاهيمها وأسسها تعمل على تحقيق غاية محددة وهي التأثير الإيجابي على الموقف الذي يعني منه العميل والخدمات التي تقدم للعملاء عن طريق المؤسسة أو غيرها من موارد المجتمع الأخرى فإنها توجه أساساً للتغلب على العقبات التي تعترضه سواء تمثلت في ضغوط البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها لتتوفر له الإحساس بالأمن الاجتماعي أو كانت موجهة لذاته لتكون أكثر قدرة على تأدية وصفها.

والعلاج رغم أنه يعتمد على العمليات السابقة له - الدراسة والتشخيص إلا أنه عملية مستمرة متطرفة منذ بداية اتصال العميل بالمؤسسة إلى أن ينتهي العمل معه. فحرارة القبول في اللقاء الأول واحترام العميل والاهتمام به وبمشكلاته توفر مناخاً نفسياً صالحًا لتحرير طاقات العميل السلبية وتزيد من ثقته في الأخصائي الاجتماعي هي في الواقع عملية علاجية.

كما أن إنصات الأخصائي الاجتماعي واستماعه الإيجابي لعميله ولقصته واستشارته وتشجيعه على التعبير عنها تساعد على إفراغ الشحنات الانفعالية التي يعني منها وهي عملية علاجية أيضاً، وتخفيف التوترات التي يعني منها العميل تهيئ له قدرة أفضل للتعامل مع ظروفه البيئية المحيطة حيث أن الاستقرار الانفعالي يعيد إليه الرؤية والتفكير السليم.

كما أن مساعدة العميل على إدراك الواقع الذي يعيش فيه والتخلص من الذاتية والنظرة المحددة للموقف تعتبر وسيلة تمهد له الطريق لتناول أمره بوعي كامل

ونضج تام و تستثير قواه الذاتية ليتغلب على مواقف عجز عن مواجهتها قبل اتصاله بالأخصائي الاجتماعي، وهذه كلها عمليات علاجية^(١).

أولاً: تعريف العلاج:

يعرف "أحمد السنهوري" العلاج بأنه مجموعة الجهد والخدمات التي يمكن للأخصائي الاجتماعي بالاشتراك مع العميل أن يجعل منها أثراً فعالاً في شخصية العميل والظروف المحيطة به حتى يصل إلى درجة من الإشباع السليم والقدرة على الاعتماد على نفسه في تناول أموره^(٢).

كما تعرفه "فاطمة الحاروني" بكونه العمل على تحسين الوظيفة الاجتماعية للعميل عن طريق العلاقة المهنية والحصول على الخدمات التي يشير بها التشخيص السليم وذلك بواسطة السيطرة على البيئة والتأثير السلوك^(٣).

كما يعرفه "عبد الفتاح عثمان" على أنه التأثير الإيجابي في شخصية العميل أو ظروفه المحيطة لتحقيق أفضل أداء ممكّن لوظيفته الاجتماعية ولتحقيق أفضل استقرار ممكّن لأوضاعه الاجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة^(٤).

والعلاج وفق وجهة نظر "سالم صديق" هو مجموعة الجهد المهني ذات التأثير المرغوب في شخصية العميل وظروفه المحيطة لتصل إلى معدل أفضل في أدائه لوظيفته الاجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة وقدراته الذاتية^(٥).

ويتضمن هذا التعريف - المفاهيم التالية:-

- ١- إن العلاج يقوم على مجموعة من العمليات المهنية يوجهها الأخصائي الاجتماعي منذ بداية صلة العميل بالمؤسسة.
- ٢- إن هذه العمليات لا تتم دفعة واحدة وإنما هي جهود متتالية من العمل الأساسي؟؟ للأخصائي الاجتماعي
- ٣- إن التعديل قد يتناول شخصية العميل والظروف المحيطة به بقدر متساوي، أو يتناول أحدهما بقدر أكبر من الآخر حسب الظروف الفردية للموقف.

٤- الهدف الأساسي من العلاج هو الوصول بالعميل إلى معدل في أدائه لأدواره الاجتماعية أفضل مما كان عليه الحال وجود المشكلة أو على الأقل معدل مساوي له.

٥- أن هذا التعديل يسير في ضوء اعتبارين أساسيين الأول هو قدرة العميل على التحرك والثاني هو فلسفة المؤسسة وإمكانياتها.

ثانياً: أهداف العلاج^(٦):

أن أهداف العلاج هي ذاتها أهداف خدمة الفرد كما سبق دراستها في مستوياتها الخمس وهذه المستويات هي:-

أ- تعديل أساسي في شخصية العميل من خلال التأثير في جوانب القوة والضعف فيه تعديلاً يستهدف تقوية فعالة لذاته، وفي نفس الوقت تأثير إيجابي في ظروفه المحيطة باستثمار موارد البيئة والمؤسسة للتخفيف من ضغوطها الخارجية عليه، بحيث يكتسب في النهاية قدرة وكفاية لمواجهة الموقف ومثله مستقبلاً بل يمتد إلى أن يصبح نفسه أداة فعالة لمساعدة الآخرين كذلك.

ب- تعديل نسبي في سمات العميل أو في بعض من ظروفه المحيطة قدر الإمكان بصورة تحقق درجة مناسبة من الاستقرار المعيشي وبأقل قدر ممكن من الألم.

ج- تعديل كلي أو نسبي في سمات العميل أو في بعض من ظروفه المحيطة عندما يتعدى تعديلها أو أن يكون العميل نفسه هو المصدر الأساسي للمشكلة.

د- تعديل كلي أو نسبي في الظروف المحيطة دون تعديل يذكر في سمات العميل حينما تكون الضغوط الخارجية هي المسئولة أساساً عن المشكلة حالات الأطفال أو المرض الخ.

ه- تجميد الموقف كما هو دون أدنى تعديل في سمات العميل أو ظروفه البيئية بهدف تجنب مزيد من التدهور، حالات المرض العقلي الحادة مثلًا.

ثالثاً: أساليب العلاج:

يتضح أن ثمة اتجاهين رئيسيين للعلاج هما: العلاج الذاتي والعلاج البيئي.

حيث يقصد بالعلاج الذاتي، أنه التأثير المقصود في سمات العميل الشخصية لمواجهة مواطن العجز في شخصيته وتدعم مواطن القوة فيها، ويقصد بالعلاج البيئي الجهد الذي تبذل لتخفيف الضغوط الخارجية والخدمات العملية التي تقدم للعميل سواء من المؤسسة أو من مصادر البيئة المختلفة.

ورغم الاتفاق التام بين مختلف الاتجاهات والآراء حول أساليب العلاج البيئي، إلا أن وجهات النظر قد اختلفت حول أساليب العلاج الذاتي، وإذا كان هناك اتجاهين واضحين في العلاج:

الأول، اتجاه أمريكي متخيراً أساليب علاجية تناسب التحرر الذي اعتاده الفرد الأمريكي الذي يعتقد بعض التقاليد الأسرية العريقة واتسمت هذه الأساليب بطول فترة العلاج.

الثاني، اتجاه إنجليزي ينادي بالأسلوب التقليدي وخاصة مع العلماء الجانحين والمنحرفين، كما يرى بعض الأخصائيون الاجتماعيون الإنجليز أن الأسلوب الأمريكي المتحرر لا يناسب المجتمع الإنجليزي الذي يدين لتقاليد راسخة، ونحن في حاجة ماسة لأن يكون لنا أساليبنا العلاجية الخاصة التي تناسب مع قيمنا وتقاليدنا وتتناسب أيضاً مع أوضاع مجتمعنا دون التقيد بأي أساليب مستوردة^(٢).

ويرى عبد الفتاح عثمان أننا في حاجة إلى توحيد مصطلحاتنا العلمية لأساليب العلاج والتمييز بينها وبين الأهداف. كما نحن في حاجة إلى أن ننفرد بأساليبنا الخاصة لتتناسب أوضاعنا المحلية دون التقيد بمنهج محدد أمريكي أو إنجليزي، فمن خبرتنا الميدانية سواء في مؤسساتنا المحلية أو المؤسسات الأمريكية لمسنا الهوة الواسعة بيننا وبينهم في مختلف النواحي، فمثلاً شتان بين هذه الأرملة المصرية التي عملت "شغالة" لتعلول الأسرة دون علم ابنها حفاظاً على شعوره لينهار عندما اكتشفها تخدم أسرة زميل ذهب لمنزله للاستذكار، وبين الأمريكية أم الأبناء

الخمس غير الشرعيين (وكل من أب مختلف) وتتعجل صرف المعاش رافضة العمل لأن سيارتها لا تتحمل مشاق الطريق. وشتان بين الحدث المصري سارق الطعام لإصابته بديدان معوية وبين الأمريكي الصغير قاتل رجل البوليس الذي أمره بمعادرة الحانة وفرق كبير بين الأم القلقة على سمعة ابنتها لتنتحب أمام أخصائية المدرسة وبين الأمريكية القلقة على "أنوثتها" لأن زوجها يخونها مع ابنتها.

بل وفي مجال اضطراب الشخصية فالهوة واسعة بين نسبة الـ (1) في الألف المترددة على العيادات والمستشفيات العقلية في مجتمعنا وفي نسبة الـ ٣٩ المترددة على العيادات الأمريكية.

بل شتان بين ذهان مصرى ارتبط بلوثات دينية أو تبلد انسحابي سلبي منتشر في بلادنا وبين ذهان عدواني يقتل العشرات في بلادهم، أن الملايين المترددة على المؤسسات الأمريكية هم غالباً من مصرى الشخصية العائدون من رحلات الحرب والدمار أو ضحايا القلق والعنف والذنب الذي يعيشه المجتمع الأمريكي.

فإذا كان غالبية عملائهم هم من العصابين وشبه العصابين والساعنين إلى المخاطرة فعملائنا هم غالباً الأسيئون والمتواكلون والخائفون. فالفرق شاسع بين مشكلات مجتمع غني ممعن في الفردية وفتور العواطف ومجتمع اشتراكي نام تسوده العواطف والتقاليد ويناضل ليسق الزمن ليدعم التضامن الاجتماعي.

من ثم كان علينا أن نضمن أساليب العلاج أساليب إضافية أخرى تواجه الأمية وتدعيم المسئولية الاجتماعية وتتدخل في مواجهة مشكلات مجتمعنا المتراكمة. وسبيلنا إلى ذلك، أساليب تعليمية تربوية وأساليب ضاغطة وأساليب للعلاج القصير حتى تsemهم إيجابياً في سباق الزمن الذي يخوضه مجتمعنا.

فالعامل المصري ف حاجة إلى تعلم الكثير مما يحيط به من أمور واضحة قبل أن نطلب منه استبطان مشاعره الغامضة. فهو مازال الأمي وقليل الوعي أو ضعيف العقل وهو مازال الطفل نزيل المؤسسة قليل الإدراك أو مازالت الزوجة التي تؤمن بالدجل والخرافات. وهؤلاء وغيرهم ليسوا مشاكل تتطلب حلاً لكنهم عقول تتطلب

معرفة. فإذا كان كمبيرون وروجرز يربان في العلاج النفسي ذاته لوناً من التعلم لتعديل استجابة هروبية بأخرى سوية فإن خدمة الفرد بدورها عملية تعليمية وتربيوية في كثير من الحالات. بل أن هوليس وهاملتون المحتا إلى ما أسمياه بالعمليات التعليمية في خدمة الفرد.

كما أن العميل المصري يمكن أن يستجيب للسلطة الوالدية في حبها وأوامرها لأنه اعتادها من أسرته وتقاليده. بل أن تاول تشير إلى حاجة بعض العملاء إلى السلطة الضابطة حيث يشعرون بالقلق إذا لم يحاسبوا. فمن هذه العلاقة الوالدية يمكن لخدمة الفرد تهذيب الجانح وإثارة الخامن دون انتظار طويل لسعيه أو تحركه.

كما يمكن تقصير مدة العلاج وتبسيط جهده بل والتدخل لمواجهة المشاكل دون انتظار مادامت العاطفة الوالدية تصبغ هذه الخطوات^(٨).

وفيما يلي نستعرض أساليب العلاج بنوعيه: الذاتي والبيئي.

العلاج الذاتي

ينحصر العلاج الذاتي في العمليات التأثيرية التي تستهدف أحداث تعديل إيجابي مقصود في الشخصية (أو في الذات) سواء في مجال العادات الأساسية (الانفعالية أو العقلية أو السلوكية) أو في مجال الاستجابات لمواقيف معينة (الأعراض). أو بعبارة أخرى إما أحداث تعديل جذري في بناء الشخصية أو تعديل نسبي في بعض جوانبها العارضة.

أساليب العلاج الذاتي:

من العسير بعد كل ما قدمناه أن نعرض تصنيفاً مقتناً لأساليب العلاج الذاتي يسد كل الثغرات أو يجيب على كل التساؤلات.

فالأسلوب يمكن أن يكون هدفاً والهدف يمكن أن يصبح أسلوبًا بل أن عدم الالتفاق على معاني المصطلحات العلمية تضييف مشكلة أخرى ورغم هذا فأنتا يمكن

أن نميز بين ثلات وحدات مختلفة لأساليب العلاج تحقق أهدافاً مميزة قدر الإمكان رغم إيماننا بالتدخل الحتمي بين الأهداف ذاتها. وهذه الأهداف ووسائلها هي كما يلي:

أولاً: تدعيم الذات:

(المعونة النفسية) لإزالة المشاعر السلبية التي ارتبطت بحدوث الموقف الإشكالي ذاته كالقلق والغضب والألم والذنب، ولابد من التخلص منها ومن آثارها أولاً حتى يستجيب العميل للعمليات العلاجية التعديلية. وأساليب المعونة النفسية هي: العلاقة المهنية+ التأكيد+ التعاطف+ المبادرة+ الإفراج الوجداني.

ثانياً: تعديل الاستجابة أو علاج الأعراض:

وتعتمد بدورها على نمو العلاقة المهنية إلى جانب أساليب أهمها: الإيحاء+ النصح+ السلطة (الأوامر) كعمليات إرادية والتحويل+ التقمص كأساليب تلقائية.

ثالثاً: تعديل العادات:

وبدورها تعتمد على نمو العلاقة المهنية إلى جانب:

(أ) أساليب لتكوين البصيرة وهي: الاستدعاء+ التفسير+ الاستبصار.

(ب) أساليب التعلم وهي: الاستشارة+ التوضيح+ الإقناع+ التدعيم+ التعميم (انتقال الأثر).

أولاً: المعونة النفسية:

المعونة النفسية هي وسيلة لتخفييف حدة المشاعر المصاحبة للمشكلة أو إزالتها ولكنها ليست مواجهة معتمدة لأي شاعر عصبية أو شبه عصبية. بمعنى أنها أساليب تزيل أو تخفف حدة القلق أو الذنب أو الغضب الواضحة أو المكظومة (عمدًا) والتي نشأت نتيجة المشكلة فأفقدت مؤقتاً قدرة الذات على التماسك والاستقرار. وبإزالتها تعود الذات إلى استقرارها و المباشرة وظائفها كما كانت من قبل.

والمعونة النفسية وأساليبها ليست ملزمة في جميع الحالات دون تمييز ولكن تمارس فقط عندما تتطلبها الحاجة. والقاعدة هنا أن الأخصائي لا ي能夠 لممارسة أسلوب ليس العميل في حاجة إليه أو يواجه مشكلة استطاع العميل حلها بنفسه.

وأهم وسائل المعونة النفسية:

١ - العلاقة المهنية:

وهي الشريان الرئيسي لكافة أساليب العلاج ويتحقق من نموها تدعيمًا لذات العميل وتخفيقًا لتوتراته لما تتوفره من عوامل أمن وثقة واستقرار.

٢ - التأكيد: **Reassurement**

هو أسلوب تدعى إليه حالات خاصة تتناسب العميل فيها مشاعر حادة من القلق أو الألم أو الذنب كحالة الأمم التي جزعت حال معرفتها بالقبض على ابنها أو العامل الذي انهار عقب اكتشاف إصابته بمرض خطير. والتأكيد هو موقف للأخصائي من عميلة يقول له فيه:

"لا تخش شيئاً - فال المشكلة لا ترجع إلى كل هذا القلق" ويشرط لممارسته:-

- ١ - أن يكون موضوعياً وليس خيالياً، فهو يمنح الأمل ولا ينكر الخطورة.
- ٢ - أن يمارس فقط في الحالات الحادة من الفزع والانهيار والقلق الشديد.
- ٣ - لا يتكرر دواماً مع نفس العميل بمناسبة وغير مناسبة.
- ٤ - لا يمارس مع العملاء الذين يبالغون في إبداء مشاعر القلق أو الألم استدراً للعطاء.
- ٥ - لا يمارس مع حالات الخوف أو القلق أو الذنب المرضية العصبية والذهانية.

٣ - التعاطف: **Sympathetic Attitude**

التعاطف اتجاه وجدي يمارس بتركيز خاص في مواقف معينة يعاني العميل فيها موقفاً أليمًا قد يدعوه إلى البكاء الشديد وخاصة عند الفواجع الطارئة.

وهو وأن كان أسلوبًا للعلاج إلا أنه يهيء للعميل للاستجابة له. فالآم التي تكالبت عليها المأسى ثم تفاجأ بابنتها الوحيدة تصاب في حادث لتجهش في البكاء تحتاج إلى قدر من المشاركة الوجدانية لتخفييف آلامها حتى تقتنع بضرورة إجراء الجراحة لابنتها.

٤ - المبادرة : Supportive gift :

المبادرة أسلوب يمارس فقط مع العملاء النافرين أو المتابعين أو الخائفين من الارتباط بالغير حيث قد يقوم الأخصائي بجهود خاصة لجذب العميل إلى طلب المساعدة أو الاستمرار في طلبها. وعادة ما تمارس مع الأطفال أو الأئمط الخائفة أو العدوانية فاقدة الثقة في الآخرين.

وقد تكون المبادرة هدية بسيطة للطفل أو زيارة للسجن في زنزانته، بشرط عدم تكرارها إلا عند الضرورة الملحّة.

٥- الإفراط الوجданى : Ventilation :

هي العمليات التي تساعد العميل على التعبير الحر عن مشاعره التي يكظمها- ولا يقمعها أو يكتبها- فهو رغم أنه يظهرها إلا أنه يعيش في مجالها النفسي ، وتعتمد هذه لعملية على ثلاثة وسائل هي: الاستثارة+ التشجيع+ التوظيف.

١- الاستثارة:

هي أسلوب تنببيه يسلط الأضواء على جوانب عينة يستشف الأخصائي من خلفيتها مضامين وجدانية حبيسة في الشعور وقد تكون الاستشارة بالاستماع أو بالتعليق أو بالاستفهام.

فقد يتساءل الأخصائي من العميل المعموق الذي يبدي تبرماً مقنعاً بما إذا كان مجبيه لمكتب التأهيل قد أنهكه أو قد تعلق الأخصائية على العبارة الإسلامية للأم الغير شرعية بالمستشفى بأنها ربما حائرة حول مصير الطفل - وهذا ليبدأ العميل في التعبير عن مشاعره.

٢- التشجيع:

هو تعزيز الاستثارة لضمان استمرار العميل في التعبير عن مشاعره، لأن يشجع الأخصائي عملة المعمق على الاستمرار في إطلاق مشاعره بالقول "شيء طبيعي أنك تتضايق، أو أن تقول الأخصائية للأم السابقة "مش غريبة أنك تكرهي الطفل وتفكري في التخلص منه".

٣- التوظيف:

هو محاولة استثمار هذه المشاعر وتوجيهها لنواحي أخرى. ويتم هذا التوظيف بأسلوبين:

١- الإبدال:

وهو تحويل الطاقة الوجданية المستدعاة إلى قنوات أخرى تمتصها أو تخفف من حدتها، فبدلاً من أن تتركز كراهية الأم في طفلاها اللقيط يمكن تحويلها إلى كراهية للظروف التي أوقعتها في هذا المأزق أو للأب الذي أنكر علاقته بها.. أو أن تحول كراهية الزوج لزوجته الثانية الحالية لعدم نفسه على الانصياع لرغبة والدته للزواج بها أو للحادث الذي أودى بحياة زوجته الأولى: فانتقال الوحدة الحسية من منقطة إلى أخرى يخفف وبالتالي من تركيز هذه المشاعر عند الشخص الذي كانت كلها موجهة إليه.

٢- الواقعية:

هي محاولة لضبط هذه المشاعر بالمواجهة الواقعية المنطقية. وهو أسلوب يفيد مع كثير من الحالات التي تتسم بالطرف والخيال وعدم النضج ليحتاج الأمر إلى أسلوب يوقف تيار المشاعر المسرفة ويصد هذه الفجاجة العاطفية فقد يواجه الزوج السابق برفق مما إذا كان يرى أن زوجته وحدها تحمل كل مسؤولية الموقف الحالي، أو أنه وقد ألح طويلاً لزواجه منها فماذا يظنه قد تغير فيها اليوم، ولا يخشى الأخصائي من ممارسة هذا الأسلوب مع هذه الأنماط الخاصة من العملاء فرغم أنه

قد يغضب مؤقتاً ولكن سرعان ما يدرك أن الأخصائي على حق لأن ما نكره كان واقعاً حدث فعلاً وهو يعلم ولكنه كان يتهرب إرادياً من ذكره صراحة.

مثال على الإفراج الوجданى:

في مقابلة تمت بين أم بديل عاقد والأخصائية الاجتماعية تسأله الأم عما إذا كانت ترى ضرورة تعريف الطفل الذي تبنته حقيقة أمره وفي شيء من الحذر أضافت بأنها قلقة لهذا الأمر وتخشى أن يعرف الطفل هذه الحقيقة من أحد مما يهدد استقراره ويفسد حياته معها. مزيد من المناقشة المشجعة ذكرت الأم أنه لا أحد يعلم بحقيقة الطفل من الجيران سوى أقاربها الذين يعلموها بقصة التبني. وحتى هؤلاء هم بعيدون عن القاهرة وأنها وزوجها قد تنقلوا عدة مرات من مسكن إلى آخر والجميع من حولها الآن يعتقدون أنه ابنها الوحيد ويعاملونه على هذا الأساس، كان واضحًا عليها هنا علامات الاضطراب والتردد الأمر الذي أدى بالأخصائية إلى الاعتقاد بأن ثمة مشاعر حبيسة تخفيها وراء هذه الكلمات. علقت الأخصائية بقولها أنها ربما ترغب هي نفسها في كتمان هذا الأمر تماماً خاصة أمام الجيران الذين لا يتركوا الناس في حالهم.

بعد نظرة فاحصة إلى الأخصائية اطلقت لتعبر عن أنها عانت كثيراً من كلام أقاربها وأهل زوجها بما فيه الكفاية وكلمة "عاقد" أصبحت تزعزعها وتكره أن تسمعها مرة أخرى من أحد.. وفي صوت متهدج العبرات أخذت تعدد المواقف المختلفة التي مرت بها منذ زواجهما وكيف كانت تكره زيارة شقيقاتها وأبنائهن وزيارة أقرب زوجها إليها..

وتحمد الله على أنها تركتهم جمیعاً وانتقلت إلى القاهرة. بدأ على الأم شيء كبير من الارتياح. وابتسمت الأخصائية لتقول: "وربما خايفة لحسن المكتب هو اللي يقول للطفل الحقيقة" أمنت الأم بسرعة على ذلك واستطردت بأنها "قد شرحت كل شيء واللي في قلبها أفصحت عنه وعلى الأخصائية أن تتدبر الموقف واللي تشور بيه حتمشيه..."

يتضح من هذه المقابلة كيف أن العميلة لم تكن قلقة على الطفل نفسه بل على نفسها أمام الآخرين. وكيف أدى تعبيرها عن مشاعرها الحقيقية إلى استقرارها وتبسيطها لتهيأً بعد ذلك لعملية أخرى لمساعدتها على مواجهة الواقع.

ثانياً: أساليب لتعديل الاستجابات:

من الوهم أن نتصور أننا في جميع الحالات نستهدف تعديلاً جوهرياً في سمات الشخصية الأساسية من خلال عدة مقابلات محدودة.

فلسنا دائماً نملك قوة السحر الذي يغير عالم الأشياء بين يوم وليلة.

ولكن نملك في كثير من الأحوال أن نمنح قوة دافعة تزيد سرعة دوران عجلة الإنسان أو قوة مهدئة تخفف من سرعتها أو قوة مانعة توقف حركتها مؤقتاً.. لكن العجلة نفسها هي لم تتغير.

وهذا ما نعنيه بتعديل الاستجابات أو بمعنى آخر تعديل "الأعراض" فالغضب نفسه قد لا تمنعه أو مشاعر الكراهة قد لا تقتلعها من جذورها. ولكن يمكن أن نعدل من أسلوب التعبير عن هذا الغضب أو هذه الكراهة بدرجة أو بأخرى أو أن نقلل من فرص حدوثها قدر الإمكان وأسلوبنا في ذلك وسائل خمس هي الإيحاء + النصح + التشديد (السلطة) كوسائل إرادية والتحويل + التعمص كوسائل تلقائية، وكلها تعتمد على نمو العلاقة المهنية.

١ - الإيحاء : **Suggestion**

الإيحاء هو بث بعض الآراء والأفكار بصورة غير مباشرة في ذهن العميل وإرادته يتأثر بها دون مقاومة وકأنها صادرة من نفسه. والإيحاء في خدمة الفرد ليس همساً خلف الأذن كما هو الحال في التقويم المغناطيسي أو التحليل النفسي حالما يصبح المريض قابلاً للاستهواء ولكنه "تلميح" أو اقتراح غير مباشر يمارس في حالات خاصة أهمها:

(أ) حالات الحيرة الشديدة للاختيار بين أمرين كل منهما يحتاجه العميل هو تعزيز خارجي لرأي قد تهيأ فعلاً ولكن الحاجة ماسة إلى معونة خارجية لاتخاذ القرار.

(ب) الحالات المتقدمة من الضعف العقلي ليكون الإيحاء بمثابة استثارة لقدر من التفكير المحدود كمن يلقي الحبل للغريق وما عليه إلا محاولة انتشال الحال والتعلق به.

(ج) حالات الأطفال والأنمط الاعتمادية المسرفة التي تحتاج إلى مجرد إدارة لمحرك السيارة فيستطيعوا قيادتها بأنفسهم بعد ذلك.

(د) في حالات الأزمات النفسية الشديدة- الغير مرضية- التي قد تعوق العميل عن رؤية الطريق الواضح للنجاة، بشرط اختفاء أساليب المقاومة.

والإيحاء طريقة علاجية محدودة الأثر تهاجم الأعراض وليس الجذور، كما أنها تتعارض مع مفهوم "التوجيه الذاتي" لذلك فهو يمارس فقط مع الحالات المستثناء من تطبيق هذا المفهوم أو في حالات خاصة تتطلب سرعة اتخاذ قرار لا يتحمل الانتظار، فالآم الغير شرعية التي تملكتها حيرة شديدة للاحتفاظ بابنها- رغم سوء العواقب- وبين التضحيه به في أسر بديلة وعليها أن تتخذ قرارها خلال ساعات قبل مغادرتها للمستشفى قد تتطلع إلى "تعزيز" خارجي من "صديق" ينقذها من صراع عاطفة الأمومة وبين مصيرها ومصير ابنتها.

فقد تقول الأخصائية لها: فيه أسر بديلة كتير بتحب الأطفال ويتتوفر لهم كل حاجة زي أمهاتهم تمام.. بل ومعندهاش مانع تخلي أمهاتهم تشوفهم أو تأخذهم في أي وقت.

٤- النصيحة: Advice

أسلوب آخر لتعديل الاستجابات يمارس في هاتين حالتين مما:

- ١- عند عدم استجابة العميل للإيحاء ويتطلب الأمر سرعة اتخاذ قرار.
- ٢- عند طلب العميل نفسه المشورة.

والنصح يختلف عن الإيحاء بالوضوح والرأي المباشر. ففي مثال الأم السابق قد تتصح الأخلاقية صراحة عميلتها بقولها: "أن إيداع طفلك في أسرة بديلة أفضل حل للموقف الراهن.." ولتقديم النصيحة شروط أهمها:

- ١- أن يطلبها العميل شفاهة أو تلميحاً.
- ٢- التأكيد من موضوعيتها وفائتها العملية.
- ٣- التأكيد من أن العميل يطلبها حقاً وليس من باب "المجاملة" أو "التواضع".
- ٤- لا تقدم النصيحة بعد حدوث الخطأ لتعني "لقد قلت لك هذا من قبل".
- ٥- أن تحمل النصيحة دائماً عنصر الاحتمال والحركة لمنح العميل فرصة الاختيار والتأمل.

وتحذر "فيراد" من أن بعض العملاء قد يستجيبوا عقلاً لما في النصيحة من منطق ولكنهم لا يستجيبون لها عاطفة فيكرهونها، ليخرجوا عقب المقابلة ليسلكوا شيئاً آخر، أو يسلكوا ما كانوا قد قرروه بأنفسهم من قبل.

٣- السلطة والأوامر: Orders

لا يعني بالسلطة دائماً معناها العسكري الأرغامي ولكن يعني بها قيادة والديه تقع في مكان ما بين النصيحة والتعسف. فهي نصيحة ضاغطة تجمع بين الرغبة والعقل والإرغام.

وهي أسلوب يمكن إتباعه خلال عمليات التعذيب والتربية وأن كانت من أzym الأسلالب مع الجانحين الخطرين أو الشواذ حيث يكون الأسلوب العملي لتجنب أخطار محققة.

ويطلق الأميركيون على هذا الأسلوب "التشديد أو التوظيف" Advocation، بينما يطلق عليه الانجليز في صراحة: التعليمات والأوامر Manupulation.

ولممارسة السلطة شروط واعتبارات أهمها:

- ١- وضوح الخطورة من تصرفات معينة.
- ٢- في حالات الأطفال والأنماط الاعتمادية كأسلوب تربوي.
- ٣- أن يكون أسلوبًا أوليًا لتجنب الخطر أو لا يعني قبل عمليات تدعيمية وتفصيرية.
- ٤- يفضل عدم اللجوء إليه إلا بعد نمو العلاقة المهنية إلا عند الضرورة الملحة.
- ٥- يحذر من إتباعه مع العملاء الذين يحسون إحساساً شديداً بالذنب تجنباً لزيادة اضطراب العميل.

وفي مثال الأم السابقة قد تحس الأخصائية خطورة واضحة إذا ما احتفظت الأم بالطفل معها لقول لها. "أنه من الواجب تسليم الطفل لأسرة بديلة سلامة لنفسك وللطفل معًا". أو بأن يقول الأخصائي للحدث متكرر الهروب: "يجب أن تثبت أنك تحترم نظام المؤسسة حتى يسمح لك بالخروج ثانية... وهكذا.

٤- التحويل: **Transference**:

التحويل عملية عرفها اليونان قديماً لعلاج المرضى خلال نومهم في احتفالات "ابيدوراس" وأن استثمرها فرويد فيما بعد العمليات الإيحاء والتأثير.

كما أنها عملة مألفة لنا في حياتنا الشعورية نمارسها خلال ما نطلقه من أحكام عامة على أفراد أو أشياء لجرد خبرة سابقة معها وقد سبق أن ذكرنا أن العلاقة المهنية لها هدف تصحيحي في بعض الحالات عندما يصبح الأخصائي بديلاً لشخص آخر في حياة العميل ليمارس عمليات تصحيح لأحكامه العامة التي سبق أن أطلقها بدون تمييز على آخرين وكانت من عوامل مشكلته معهم.

ويستثمر التحويل بأسلوب علاجي في حالتين:

- ١- إذا ما تم التحويل تلقائياً فيستثمر لتعديل اتجاهاته.
- ٢- أو أن يعتمد الأخصائي القيام بدور معين ليتم التحويل وتبدأ معه عمليات العلاج.

والتحويل قد يكون سلبياً (كراهية) أو إيجابياً (حب) حسب خبرة العميل السابقة وطبيعة الرمز الذي يمثله الأخصائي.

ورغم أن التحويل هو من معوقات نمو العلاقة في صورتها المهنية إلا أنها ظاهرة يمكن الإفادة منها في حالات معينة وبصفة خاصة مع الأطفال وفي المنازعات الأسرية.

ففي حالات التحويل الإيجابي (الحب الزائد) قد يكون التحويل فرصة لممارسة عمليات (تهذيبية) تحد من الإسراف العاطفي المطلق.

أما في حالات التحويل (السلبي)، فقد يكن فرصة لتخفييف حدة هذه المشاعر ليأخذ الأخصائي موقفاً كمن يقول لعملية فيه: "ها أنا ذا مثل أبيك فهل يمكن أن تكرهني إلى هذا الحد".

مثال على التحويل السلبي:

تقدمت أم إلى مكتب لخدمة الأحداث تطلب مساعدتها في تهذيب ابنها سنّة لمروقه وانحرافاته. كانت تبدو مضطربة ثائرة يتسم سلوكها بالجفاء والعداء. في لحظات المقابلة الأولى كانت قليلة الكلام ردودها جافة غير متحاوية. سألتها الأخصائي عما إذ كان مجيئها إلى المؤسسة قد أجهدها. انطلقت الأم لتعبر صعوباتها وكيف أعيتها الحيل إزاء ابنها وما سببه لها من إزعاج.. فم تعد تحمل حتى مجرد الحديث عنه. "فشققاوته خلت الحلة كلها بتتكلم عنه. وبيلوموها الناس على أنها السبب في أفساده، حتى جوزها وأهل جوزها بيتهمومها بأنها دلعته".

علق الأخصائي بأنها ربما تظن أنه بدوره سيلومها كما لامها الآخرين.. اندفعت الأم مؤكدة ذلك وأردفت تقول: "لولا إصرار جوزها وأهل الحلة على تسليمه (للأحداث) ما جاءت إلى المكتب.. فالناس ما بيسيبوش حد في حاله.. إلى تقولي زوريه المشايخ، والي تقولي حطيله حجاب واللى قالتلي وديه مستشفى المجانين" واندفعت في غضب واضح لتعبر عن أنها ملت هذا الكلام "وعايزه تريح نفسها.." عقب الأخصائي بقوله ربما احتملتني أني أنا كمان حضيف حاجة ثانية.. ضحكت

الأم كمن تحسن بالندم وبيان عليها شيء من الاستقرار .. أوضح الأخصائي لها بعد ذلك وظيفة المكتب ودوره معها (دور مختلف عن الآخرين) وكيف أنه لا يحاسبها ولا يلومها بل يريد مساعدتها إذا وافقت على ذلك .. الخ.

(من هذه المقابلة يتضح كيف رأت العميلة في الأخصائي صورة أخرى من هؤلاء الذين يلومونها دائمًا: وكيف استثمر الأخصائي هذا التحويل لتبدأ منه عملية العلاج والتي قد تضمن تصحيح فكرتها السلبية العامة عن الناس والتي قد تكون نفسه عاملًا عامًا في انحراف الحدث ذاته).

مثال على التحويل الإيجابي:

ارتبط طفل بإحدى مؤسسات الإيداع بالأخصائية الاجتماعية ارتباطًا شديداً. كانت أمه دائمًا مصدراً لإشباع كافة حاجاته بينما كان أبوه محكومًا كليه بالسجن فترة طفولته.. وبموت أمه أودع المؤسسة منذ ثلاث سنوات بموافقة أبيه الذي تزوج بأخرى عقب وفاة زوجته.



كان الطفل يبكي كل مساء عندما تغادر الأخصائية المؤسسة لتعود في اليوم التالي. (كان يخشى أن لن تعود تغادر كما ذهبت أمه من قبل ولم تعد إليه حتى الآن). كما كان واضحًا اضطراب سلوكه في المساء بالاعتداء على زملائه وعدم إتباعه لنظام العشاء أو النشاط قبل النوم. استثمرت الأخصائية "تحويل" الطفل حبه لأمه لها وحضرت ذات مساء بعد انصرافها لتجد الطفل متاثر للعديد من المشاكل لتمراس معه أولاً من التأثير المباشر كان من بينها (تعليمات أمراً) كسلطة والديه موضحة له بأن ما يفعله يسيءها ويعرضه للعقاب.... تحسن سلوك الطفل عقب ذلك وبالتدريج بدأت الأخصائية تفطمها "عنها شيئاً فشيئاً حتى امتنل الطفل الواقع.

التقمص: Identification

يقول فرترز الكسندر أن التقمص يلعب أهم الأدوار في نمو الإنسان بما يتتيجه من تقليل للسلوك وامتصاص للاتجاهات فبنمو العلاقة المهنية قد يحدث أن يتقمص أو يتوحد العميل مع الأخصائي كفرد يعيش "مشكلته" ويحس معه بها. يبدو

الأخصائي وكأنه الصورة التي عليه أن يقتدي بها والمثل الأعلى لما يجب أن يكون عليه.

وفي مثل هذه الحالات قد يلجأ الأخصائي إلى استثمار هذه الظاهرة ليركز "عامدًا" على اتجاهات معينة أو يسلك سلوكًا "خاصًا" يمتصه العميل فتعدل استجاباته. فقد يسرف في هدوئه مع العميل الصاخب أو يراجع الفكرة مع العميل المندفع... وهكذا.

ثالثاً: أساليب لتعديل النمط الدائم للعميل:

أن تعديل نمط الشخصية الدائم ضرورة تستوجبها بعض الحالات التي تلعب شخصية العميل دوراً أساسياً في المشكلة. بمعنى أن أي جهود أخرى خارج العميل لن تقييد ولن تمنع حدوث المشكلة وغيرها مستقبلاً - واضح أننا نعني هنا فئات: الشبه عصابي، ومنحرفي الذات العليا وضعاف العقول ومن يعانون قصوراً واضحاً في الإدراك أو الإحساس و التفكير والإنجاز، حيث لا يمكن حل الموقف إلا بتعديل جزئي في الشخصية ذاتها كما تبدو في عاداتها الانفعالي والعقلية والسلوكية وبغير ذلك ستظل شخصية العميل خالفة للأكل وسيبنا إلى ذلك اتجاهين رئيسيين: اتجاه استبصاري واتجاه تعليمي.

أولاً: الاستبصار (تكوين البصيرة):

Insight, Self-awareness:

والاستبصار كما يدل عليه اللفظ هو حالة من الفهم أو الإشراق التلقائي يدرك العميل عندها حقيقة ذاته وما بها من اضطراب وما وراء هذا الاضطراب من أسباب. أو بمعنى آخر يصل إلى حالة من الوعي يدرك عندها: حقيقة نفسه: لماذا يخجل كل هذا الخجل؟ أو لماذا يضطرب عند التحدث إلى الكبار؟

أو لماذا لم يتحمل نقد صاحب العمل له أو لماذا يكره كل الناس؟... الخ من أمور ليست مألوفة. لذلك فهو عملية حيوية في حالات اضطراب الشخصية. الشبه

عصابية- كالخجل الزائد أو الكراهة أو العناد أو العداون التي تعود إلى روابط في الماضي القريب أو البعيد والتي كبحت- ولم تكتب- في الشعور أو شبع الشعور.

ومن المسلم به اليوم- حتى بين إتباع الاتجاه التحليلي- أن الإحباط والصراع والتناقض الوجданاني والحيل الدفاعية ليست بالضرورة لا شعورية ولكن الكثير منها يتم على أساس شعوري أو شبه شعوري يدركه الفرد أو يستطيع إدراكه بالاستدعاء والاستبطان العادي للأحداث الماضية.

لذلك فإن الكثير من اضطرابات الشخصية الشبه العصابية يمكن علاجها بأسلوب الاستبصار كما يمارس في خدمة العميل. ويتم الاستبصار في ثلاثة خطوات أساسية هي: الاستدعاء + التفسير + الاستبصار.

١- الاستدعاء (الاستيطان):



الاستدعاء هو مساعدة العميل على استيطان نفسه دون تأويل لكي تشاهد الذات الوعية ما يحتويه الذهن من خبرات ومشاعر وتنكر لأحداث وخبرات مختزنة في الماضي القريب والبعيد- Seif Observation ولما كانت هذه الخبرات المستدعاة هي بالضرورة جوانب حساسة في حياة العميل الماضية فإنه قد يلجأ إلى مختلف أساليب المقاومة ما لم تكن العلاقة المهنية في أفضل مستوى لها.

ويعتمد الاستدعاء على انطلاق العميل الحر والتأمل الذاتي والتنكر دون مقاطعة لتيار تفكيره أو توارد خواطره حتى تستدعي الخبرات واضحة دون تحريف.

وإن كان استدعاء الخبرة الماضية بمحاجبتها الوجданية هو شرط أساسي للعلاج التحليلي، بمعنى معايشة المريض للخبرة مرة أخرى فليس هذا بضروري في خدمة الفرد بقدر يعوق العملية العلاجية ذاتها أحياناً.

ولهذا نحذر من العميل على استدعاء خبرات قد تثير اضطرابه وخاصة الخبرات الحادة المؤلمة. فاستدعاء خبرة- كبحت- في ذهن العميل الذي يرتعد خوفاً عن وفاة والده بالمستشفى قد تزيد من مخاوفه فيرفض الجراحة.

والاستدعاء يسلط الأضواء على خفايا وراء سلوك العميل الحالي لعبت دوراً هاماً في مشكلته. فقد يشجع الأخصائي الأم غير الشرعية الرافضة إيداع طفلها بأسرة بديلة رغم تهديد أسرتها على توضيح ظروفها ل تستدعي تكرييات ماضية من بينها أنها عاشت طفولتها مع عمتها التي ساقتها ألوان العذاب وكيف كانت دائمًا تخيفها من الغرباء.. الخ من خبرات تفسر مخاوفها الحالية من الأسرة البديلة. أو قد تأخذ هذه الخبرات طريقاً آخر ل تذكر كيف توفيت والدتها بعد أن علمت بمرضها وأن شقيقتها التي تحبها فسخت خطوبتها بعد هروبها من المنزل إلى القاهرة ل تعاني إحساساً (شعوريًا) بالذنب رغبة (شعورية) ل تعذيب الذات فتحتفظ بالطفل وتعرض نفسها عادة إلى الأخطار المحدقة بها.

٢ - التفسير: Interpretation

التفسير هو الترجمة العلمية لهذه الخبرات المستدعاة وتقسيم أثرها على سلوك العميل الحالي. وهي عملية يمارسها الأخصائي عادة مع العميل عقب استدعاء خبراته ل تكشف له حقيقة نفسه وما وراء سلوكه ففي المثال السابق يقوم الأخصائي بتقسيم منطقي للألم بأن احتفاظها بالطفل مرتبط بخوفها من الغرباء وخبرتها السابقة معهم، أو أنها تعاني إحساساً بالذنب وترغب في تعذيب نفسها كما هو الحال في الحالة الثانية. وهو هذا الشكل أما:

- ١- تقسيم منطقي لعلاقة هذه الخبرات بالسلوك الحالي يفرض جهل العميل بها.
- ٢- تصحيح أفكار العميل الخاطئة عن طبيعة هذا السلوك.

تكوين البصيرة: Developing Insight

هو النتيجة النهائية للعملتين السابقتين، نمو تلقائياً عند العميل ليكون قوة دافعة ليسعى "تلقائياً" لتعديل اتجاهاته بعد أن "تبصر" بأنها خاطئة. والذات القوية نسبياً تكون أقدر على الاستبصار الاسترجاعي والتنبؤي معاً حيث يدرك العميل إلى جانب أسباب سلوكه الحالي (استرجاعي) ما سوف يؤدي إليه تعديل اتجاهاته من أوضاع مستقبلاً (تنبؤي).

مثال على الاستبصار :

في مكتب لتوجيه الأسرة تقابلت الأخصائية مع السيدة (ن) ٢٨ سنة تطلب إقناع زوجها ٣٥ سنة بالطلاق لتدور العلاقة بينهما إلى حد لم يعد يطاق.أوضحت لتبير ذلك أن طباعه قد ساءت وigar عليها كالأطفال بل يكره أن تهتم بابنتهما ولا تمنحه هذا الاهتمام.

إجابة على استفهام للأخصائية قالت بأن خلاف قديم بدأ عقب زواجهما مباشرة منذ ثلاث سنوات ثم أوضحت بأنها تزوجته بضغط من والدتها لأنه قريبها وكانت آنذاك تعطف عليه لأنه كفيف وتمنى الزواج بها قبل إصابته بالعمى. زادت حدة الخلاف بينهما هذا العام لدرجة لم تعد تحتمل فهما يتشاركان لأنفه الأسباب بل وبدأ يسبها ويتشكك في سلوكها. بعد عمليات تدعيمية أوضحت بأنها لا تكرهه ولكنها تفضل الانفصال عنه.. ولولا ابنتهما لتركت له المنزل وأقامت مع شقيقها القادر على إعالتها.

بعد مناقشة استبطانية قررت أنها لا تعرف سبباً للضيق الذي انتابها عقب الزواج منه كما أنها لا تعرف سبباً آخر لقبولها الزواج سوى الإشراق الذي أحسست به نحوه وتأثير والدتها عليها.. كما ذكرت بأنه يملك المنزل الذي يقيمون فيه وله معاش من عمله السابق. كان واضحًا أنها تعاني تناقصاً وجاذبياً حاداً وبدت وكأنها تقاوم الحديث عن ظروفها السابقة وتريد أن تصل إلى قرار سريع.. اتجه الحديث لاستيفاء بعض التفاصيل ثم وافقت الزوجة على أن تقابل الأخصائية الزوج ويلتقيا مرة ثانية في الأسبوع القادم.

تمت المقابلة مع الزوج وظهر أنه حساس شديد الاكتئاب ولكنه مؤمن بقضاء الله ومشيئته. استجاب الزوج للمقابلة وكأنها فرصته للانطلاق والتعبير عن أحاسيس دفنت طويلاً، وذكر للأخصائية أنه يحب زوجته رغم معاملتها الجافة، ويخشى أن تتركه في ظروفه الحالية ولكن إذا ما أصرت على موقفها فسيوافق مرغماً على الطلاق فهذه مشيئة الله وسيوفر لها كافة حقوقها وحقوق ابنتهما.

وفي اللقاء التالي مع الزوجة أوضحت لها الأخصائية موقف زوجها فبان عليها الاضطراب ثم أجهشت في البكاء.. بعد فترة من الصمت عبت الأخصائية بأنها تبدو وكأنها تواجه موقفاً محيراً.. تماست الزوجة لتحكي كيف أنها تكره أن تصل به الحال إلى هذا النحو... بعد لحظات استثارتها الأخصائية لتكشف عن المزيد عن نفسها.. انطلقت الزوجة لتحكي كيف عاشت طفولتها مع والدتها وشقيقها، وكانت متعلقة بأبيها أكثر من أمها كما كان شقيقها شديد العطف عليها بل كان دائماً يحميها من سلط والدتها.. أضافت بأنها لم تحس يوماً بعاطفة أمها بل ولا تذكر سوى أنها كانت دائماً مصدراً للكثير من شقاء الأسرة ولولا حكمة "أبيها" رحمة الله لأنها رأت الأسرة منذ زمن بعيد.

تساءلت الأخصائية أنها ربما تمنت لو كان زوجها الحالي مثل أبيها.. سكتت الزوجة وبعد قليل أضافت "أن كل شيء قسمة". هي لا تكرهه ولكنها لا تشعر بالرغبة في استمرار حياتها معه على هذا النحو- عقبت الأخصائية بأنه يبدو وأن مشكلتها مع زوجها هي أنها تراه "أماً آخر لعجزه وأن مشاعرها الطيبة نحو أبيها وشقيقها وإعجابها بهما قد انعكست على زوجها الكفيف الذي لم يمثل في الواقع إلا صورة أخرى لوالدتها وهو الشيء الذي لم تكن ترغبه.. فهي لم تكره زوجها كإنسان كما أنه لم يكرها ولكنها كانت تكره صفة "الضعف" ذاتها فأهملت شئونه الخ.

في المقابلة التالية حضرت الزوجة لتبشر الأخصائية بأنها عدلت تماماً عن فكرة الطلاق وتمنت لها الأخصائية حظاً موفقاً.

ثانياً: التعلم وال التربية:

إذا كان الاستبصار هو تعديل السلوك بمراجعة وتقييم الخبرات الماضية فإن التعليم على النقيض هو تعديل السلوك نتيجة الخبرات الجديدة.

ويمارس الأخصائي الاجتماعي بالضرورة عمليات تعليمية وتربيوية طالما يتعامل مع أنماط متباعدة من العملاء في مختلف المحالات. وسبق أن ذكرنا حاجة

العميل المصري بأميته إلى المعرفة والوعي وحاجة مجتمعنا النامي إلى زيادة إحساس أبنائه بالمسؤولية الاجتماعية.

من ثم كانت أساليب التعلم إضافة لابد منها لأساليب العلاج إذا ما شئنا تعديلاً أساسياً في السلوك بتزويده بالخبرة والممارسة. تنقسم هذه الخبرات إلى ما يلي:

- ١- خبرات يزود بها خاصة بالموقف نفسه خارج الفرد وأثره على سلوكه الحالي.
- ٢- خبرات خاصة بالمؤسسة وأهدافها ودور الأخصائي الاجتماعي فيها.
- ٣- خبرات خاصة بما يجب أن يقوم به العميل لمواجهة الموقف الحالي.
- ٤- خبرات عامة مرتبطة بالتنمية الاجتماعية وتدعيم المسؤولية الاجتماعية للعميل.

ولما كان الأخصائي يتحمل مسؤولية تزويد العميل بهذه الخبرات بطريقة مباشرة فإنه من المهم إتباع أساليب معينة حتى تتصدر الخبرات في "ذات العميل" فتتعذر عاداته وإلا أصبح التعلم مجرد تلقين سطحي لا يلبي العميل أن يتوجهه عند زوال الموقف، هذه الأساليب يمكن حصرها على التوالي في: التبيه + التوضيح + الإقناع + التدعيم، التعميم.

التببيه: **Stimuli**

التببيه هو الأسلوب الذي يمارسه الأخصائي لإيجاد الدافع للتعلم. فوجود الدافع شرط أساسي لتحرير الطاقة في العميل ويوجهها وجهة خاصة.

ويتم التببيه بوسائل مختلفة أهمها: توضيح فوائد التعلم، توضيح أخطار عدم التعلم + إتاحة فرصة التعلم، وتم هذه العمليات تصريحاً أو تلميحاً حسب درجة نضج العميل ودرجة فاعليته. فقد يحتاج الطفل ضعيف العقل إلى تعلم آداب المائدة، كما قد تحتاج الأم إلى تعلم أسلوب معاملة ابنتها المراهقة أو قد يحتاج الحدث إلى تعلم أسلوب التعامل مع زملائه.

فبدلاً من تقديم الخبرة التعليمية - تطوعاً من الأخصائي - يتعين عليه تببيه وإيقاظ الدافع لطلب الخبرة ذاتها بل والإلحاح في طلبها. فقد يبين لضعف العقل

الخطر الواضح على صحته بصراحة ووضوح وقد تلمح الثانية بالميزايا التي تتحقق إذا ما عدلت سلوكها نحو أبنتها. وقد يبدى مع الثالث إعجابه بزميل له يتعامل مع زملائه بأسلوب أفضل وهكذا.

التوضيح: Explanation

التوضيح يعقب التبيه حيث يتطلع العميل إلى الخبرة المعرفية تلقائياً سواء كانت خبرة خاصة بالمؤسسة أو بالأخصائي أو الموقف أو بجوانب عامة مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية. وللتوضيح ثلاثة مناطق رئيسية هي:

- ١- تزويد العميل بمعلومات جديدة، كتعريف الحدث بطريقة استخراج كعب العمل.
- ٢- تفسير لأسباب موقف معين، كتوضيح أسباب حرمان الحدث من الخروج.
- ٣- تصحيح معلومات خاطئة لدى العميل، كتصحيح معلوماته بأن أخلاقه سبله ليس رهناً- بقضاء مدة (العقوبة) بل يتحسن سلوكه حسب تقدير المؤسسة.

الإقناع: Persuasion

الإقناع هو تأثير عقل على آخر، يمارس عندما تلقي الخبرة المعرفية ومقاومة من العميل وهو تأثير يعتمد على المنطق والواقعية وحسن التقدير يتطلب من الأخصائي رحابة الصدر واللباقة في مناقشة العميل في معتقداته الخاطئة ونواحي عدم صوابها كما أنه يمارس مع العميل الذي يتمتع بقدر من الذكاء وتكامل في الذات فقد يعارض الأب في تحويل أبنته إلى العيادة النفسية أو يعارض الزوج في تشغيل زوجته لمعتقدات خاطئة ليكون الإقناع المنطقي هو الأسلوب المناسب لتعديل سلوك العميل.

التدعيم: Reinforcement

أن استجابة العميل لأساليب التوضيح والإقناع يتحدد بناء على ما يتعقبهما من تدعيم أو ما يعقبهما من تثبيط Extinction. والمقصود بالتدعيم هو مكافأة الفعل أو الثواب الذي يعقب الاستجابة. وتخالف أساليب التدعيم تبعاً لنضج العميل وطبيعة

الاستجابة. فقد يكون مع ضعيف العقل الذي استجاب لنظام تناول الطعام كلمة ثناء مشجعة وقد يكون مع الأم التي عدلت من اتجاهاتها نحو ابنتها المراهقة إبراز دائم لمدى التحسن الذي طرأ على سلوك ابنتها... هكذا.

التعيم: Generalization

هي العملية النفسية المسئولة عن نقل ما اكتسبه العميل من عادات جديدة في موقف معين إلى غيره من المواقف المشابهة. وكما سبق أن قلنا أننا لا نستهدف فحسب اكتساب العمل لعادات معينة بل نتطلع إلى انتقال أثر السلوك إلى العديد من المواقف سواء واجهته أو واجهت آخرين من المحظيين به. فقد ينتقل تعديل ضعيف العقل لسلوكه في تناول الطعام إلى سلوكه في الفصل الدراسي بل وقد يمتد إلى أن يعلم العميل الآخرين خبراته كما قد ينتقل تعديل اتجاهات الأم نحو ابنتها إلى اتجاهاتها نحو بناتها الأخرىات بل وقد يمتد بدوره لتكون نفسها موجهة لسلوك الأقارب.... وهكذا.

نماذج للاتجاهات العامة لأساليب العلاج الذاتي (١١):

- ١- في حالات عجز الإدراك العام (الضعف العقلي) أو عجز الإدراك الخاص (الأمية) تمارس الأساليب التعليمية والاستبصار البسيط.
- ٢- في حالات القلق والندم والغضب: تمارس المعونة النفسية والتعديل البيئي.
- ٣- في حالات الإحساس بالذنب أو خوف الذات الزائد من الذات العليا يمارس التغفيس الوجداني وتعديل الاستجابات (الإيحاء والنصح والتحويل) والتأكيد.
- ٤- السلوك الدفاعي الشعوري وشبيه الشعوري: الاستبصار بأساليبه الثلاثة.
- ٥- النقص في الحكم لخطأ المعتقدات: التوضيح والإقناع.
- ٦- عدم اعتبار الذات: الاستبصار والتعلم وتدعيم التعلم.
- ٧- عدم القدرة على التحكم في الدوافع: النصح والسلطة والاستبصار.
- ٨- تزمنت الذات العليا: المعونة النفسية كالتأكيد + الإقناع + التوضيح.

٩- تأرجح الذات العليا: الإقناع+ السلطة + النصح+ التعلم.

١٠- خمول الإرادة: الاستشارة+ الإقناع+ السلطة.

١١- الرواسب الطفالية (الأنانية) وتفيد معها أساليب التعلم كتوضيح آثارها الضارة، والاتكالية وتفيد معها الإيحاء والنصح والسلطة والتمكّن والتّحويل والعدوان بفائدتها التّنفيس الوجданى والاستبصار. والانحرافات الجنسية وتفيد معها الاستبصار والتّنفيس الوجدانى.

ثانياً: العلاج البيئي:

وينقسم إلى خدمات مباشرة وخدمات غير مباشرة:

١) الخدمات المباشرة:

وهي تلك الخدمات العملية التي تقدم للعميل مباشرة سواء من المؤسسة أو من موارد البيئة ويدخل في نطاق هذه الخدمات الإعانات المالية أو التأهيلية أو الطبية أو السكنية أو الإبداعية... الخ. مما يكون له أثر إيجابي في مواجهة المشكلة.

٢) الخدمات غير المباشرة:

وهي جهود تستهدف تعديل اتجاهات الأفراد المحظوظين بالعميل سواء كان ذلك تخفيفاً لضغوطهم الخارجية عليه أو كان لزيادة فاعليتهم لمساعدة العميل مثل الوالد- المدرس- رئيس العمل.. الخ وفي هذه الحالات تمارس بدرجة أو بأخرى أساليب العلاج الذاتي وبصفة خاصة التعلم بأساليبه. تعديل الاستجابات. المعونة النفسية. طالما كانت البيئة هي أشخاص يجب تعديل اتجاهاتهم بطريقة أو أخرى.

بين العلاج الذاتي والبيئي:

هناك إجماع على تأثير نوعية العلاج على بعضهما وما تقسم العلاج إلى علاج ذاتي وعلاج بيئي إلا للدراسة فقط ويمكن عرض وجهات النظر من خلال ما يأبى:-

١- الفرد وبيئته هما وحدة زمنية ومكانية لا يمكن فصلهما صناعياً عن بعضهما فما يحدث لفرد يؤثر في بيئته وما يحدث لبيئته ينعكس عليه. باستثناء بعض الحالات الخاصة التي يكون العلاج البيئي أو العلاج الذاتي وحده هو أسلوبنا لحل المشكلة لحالات اللقطاء - أو الطوارئ الاقتصادية واضطرابات الشخصية.

٢- كلما زادت فاعلية العلاج الذاتي قلت الجهد الموجه للعلاج البيئي حيث سيكتسب العميل القدرة على تعديل بيئته واستثمار مواردها بنفسه.

٣- إن النواحي الذاتية لابد وأن تؤثر في خطة العلاج البيئي كما أن العوامل البيئية لابد وأنها ستوثر في خطة العلاج الذاتي ومثال على ذلك الحدث الذي يسرق بالعمل على تعديل الظروف المحيطة كمعاملة الوالدين أو نقص الموارد الاقتصادية سيخفف الضغوط الخارجية المحيطة بالطفل وبالتالي يسهل لتعديل اتجاهاته. كما أن علاج النواحي الذاتية فيه وتخفيض ما يعاني من توترات داخلية يساعد البيئة المحيطة على تقبيله وتخفيض ضغطها عليه. أي أن العلاج البيئي والعلاج الذاتي متكملين في علاج الموقف الذي يعاني منه العميل.

٤- بالرغم من تقديم العلاج للدراسة في أنه نوعين منفصلين بيئي وشخصي إلا أن التطبيق العملي للعلاج على الواقع يخرج بين هذين النوعين في أغلبية الحالات ولكن بنسب متفاوتة تبعاً لنوع العناصر الغالبة بموقف العميل.

العوائق التي تعطل الاستفادة من العلاج:

قد يتعدى في بعض الأحيان تحقيق أهداف علاجية نظراً لوجود عقبات تحول دون الوصول إلى هذه الأهداف وتنص هذه العقبات بنواحي أربع هي:

١- المشكلة: قد تكون غير قابلة للعلاج كبعض الأمراض الجسيمة مثل السرطان المتقدم أو بعض الأمراض النفسية والعقلية.

٢- شخصية العميل: ويمكن أن تكون شخصية العميل عائق في الاستفادة من العلاج في الحالات الآتية:

أ- عدم إحساس العميل بوجود المشكلة كما في حالات الانحلال الأخلاقي الذي يستمتع به صاحبه- والتزمت الذي ينظر إليه على أنه قيم أخلاقية عليا من معايير الشخصية.

ب- وجود اتجاهات شخصية تتعارض مع الخطط العلاجية كالأفكار الشخصية الخاطئة أو العقائد أو التحيزات التي تدفع العميل لمقاومة المحاولات العلاجية كمعارضة المريض اشتغال زوجته أثناء مرضه.

ج- قد يكون رفض العلاج ومقاومته بسبب عدم ثقة العميل في جدية المحاولات العلاجية لارتباط موقفه الحالي بخبرة قديمة في مؤسسة اجتماعية أحبطت أمنيه.

٣- المؤسسة: من حيث وظيفتها ونطاقها فقد تكون وظيفة المؤسسة محدودة ووسائلها ضعيف لا تلبي إلا جزء من مطالب لبعض العملاء المستحقين لخدماتها وأيضاً تعقيد إجراءات المؤسسة في تقديم الخدمات وقسوة شروطها التي يراد انطباقها.

البيئة:

فقد تكون البيئة بما تضمه من عوامل مقاومة للعلاج سبباً في تعطيل الاستقادة منه. فقد تكثر فيها عوامل الانحراف والتشرد كما يوجد بها المثل السيئ والمستويات الأخلاقية السيئة. وكذلك تعدد إحداث التغير في أسرة العميل أو في مجتمعه الصغير بسبب عدم التمكن من السيطرة على بعض العوامل والشخصيات والعلاقات بها.

شروط العلاج السليم:

حتى يمكن أن تؤدي الخطة العلاجية الهدف الموضوعة من أجله وأيضاً حتى يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يحقق العلاج السليم للعميل فلا بد من مراعاة ما يأوي:-

(١) يعتمد العلاج على الدراسة والتشخيص السليم.

(٢) يجب أن يرتبط العلاج بنوع المشكلة التي يعاني منها العميل.

٣) يجب أن يعتمد على حق العميل في تقرير مصيره.

٤) يجب أن تتفق الخطوات العلاجية وقدرة العميل.

٥) مراعاة أن الموقف كل متفاصل.

٦) يراعى أن تكون خطة العلاج مقنعة.

٧) مراعاة أن العميل فرد في أسرة.

وترى الدكتورة فاطمة الحاروني أن هناك مقومات لنجاح الخطة العلاجية وهي أن نجاح خطة العلاج تتوقف إلى حد كبير على إخلاص وحماس ومهارة الأخصائي الاجتماعي واستجابة العميل للعلاقة والجهودات المهنية وترى أيضاً أن هناك عوامل أو ضمانات تحقق نجاح الخطة العلاجية إلى أبعد مدى مثل:

١- العلاقة المهنية.

٢- توافر الاتزان الانفعالي عند العميل (الخلو من الانفعال الذي يسبب انحراف البصرية).

٣- وضوح الأهداف العلاجية الفرعية وتحديد الأولويات مع مراعاة اتساقها مع مراحل العلاج وترتيبها الزمني ونوع استجابة العميل لها.

ويرى الأستاذ عبد الفتاح عثمان أنه من الخصائص الرئيسية للعلاج أن الخطة العلاجية يجب أن تتناسب مع طبيعة المشكلة وإمكانيات المؤسسة وأيضاً أن العلاج لابد وأن يتفق وأيديولوجية المجتمع وقيمه الاجتماعية ولذلك يرى أن العلاج كجميع عمليات خدمة الفرد لابد وأن يتحقق مع المعاني الإنسانية للخدمة الاجتماعية ومفاهيمها ومفاهيم خدمة الفرد بصفة خاصة.

ويتضح من عرض عملية العلاج الاجتماعي في خدمة الفرد وأساليبه المختلفة الآتي:-

١- أن تعدد واختلاف اتجاهات العلاج في خدمة الفرد تعكس مدى التطور في طريقة خدمة الفرد منها أنها طريقة علاجية تحاول الاستفادة من كل تطور وكل جديد في العلوم الاجتماعية والتقتيش لصالح العملاء.

٢- اعتمد الاتجاه العربي في تقسيم العلاج وفي أساليبه على الاتجاه الأمريكي مع العلم أن الإنسان العربي في قيمه الاجتماعية والأخلاقية يختلف عن الإنسان الأمريكي وإن كان الأستاذ عبد الفتاح عثمان اتجه إلى وضع النظرية الميكانيكية في خدمة الفرد (نظرية الطاقة) لتناسب مع المواطن العربي من حيث سماته وال الحاجة إلى تعديل أساس في سمات النمط القومي للمواطن العربي في سلبياتها وعدم مراعاة وطوعية البيئة العربية للتعديل مع نقص عيناتها ومؤسساتها وإمكاناتها.

البعض وضع العلاقة المهنية كأساس في العلاج والبعض الآخر وضعها ضمن أساليب المعونة النفسية.

ويعتبر العلاقة المهنية مبدأً أساسياً واسع شامل لكل المبادئ والأسس الأخرى بل أن خدمة الفرد نفسها يمكن اعتبارها كعلاقة مهنية سيعمل على مساعدة الأخصائي للعميل على مواجهة مشكلة وحلها ن خلال ظروف مهنية من خلال العلاقة المهنية.

٤- هناك علاقة وثيقة بين العلاج الاجتماعي ومبادئ خدمة الفرد فتطبيق مبادئ خدمة الفرد تعتبر أساليب علاجية مستمرة تساعد وتهيء الظروف الملائمة لعملية المساعدة.

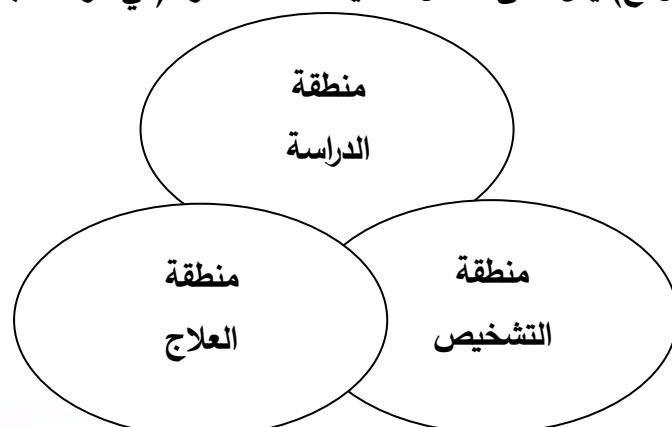
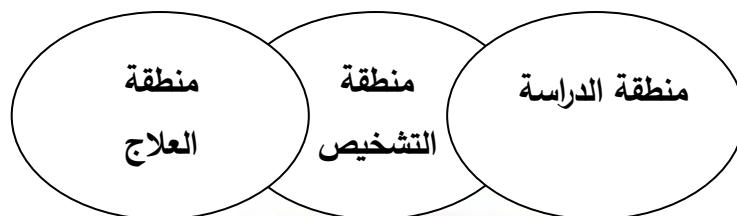
والالتزام الأخلاقي الاجتماعي بمبادئ خدمة الفرد تساعد على تقديم المساعدة للعميل، فالمبادئ تعتبر استجابة للحاجات العقلية ولعاطفية للعميل في موقف المساعدة وهذه الاستجابة تؤدي إلى تكوين وعقد العلاقة التي من خلالها تقدم المساعدة للعميل.

٥- مدخل العلاج السلوكي يعتمد على تعلم العميل لأنماط سلوكية جديدة وهذا يتوقف مع ما وضعه عبد الفتاح عثمان في أسلوب التعليم وال التربية كأحسن أساليب لتعديل النمط الدائم للعميل في العلاج الذاتي.

٣- تداخل عمليات خدمة الفرد:

يمكن التأكيد على أن عمليات خدمة الفرد عمليات متداخلة ومتلازمة ومتوازنة أي أنه تسير معًا من أجل السعي كوسائل لتحقيق أهداف خدمة الفرد المتمثلة في علاج المشكلة، إلا أنه يمكن أن نوضح أن الفصل بين هذه العمليات إنما يكون لإيضاح معناها ومفهومها وأساليبها بالنسبة للدارسين والممارسين، وحينما تتجه إلى العمل مع الأفراد فإن الممارس يجد نفسه يعمل من خلال هذه العمليات ويحقق أهداف عملية أو أكثر في أن واحد فالأخصائي الاجتماعي في لقاءاته الأولى مع العميل إنما قد يتصور أنه بصدق جميع معلومات عن مشكلة عميلة، بينما يتضح له أن العميل في حاجة إلى مثل هذه المقابلة وبمجرد اللقاء الأول مع الأخصائي نجد أن مشكلة العميل قد انتهت فإن حاجة العميل أحياناً إلى تكوين علاقة مطمئنة مع شخص يستطيع أن يتكتم أسرار هذا العميل إنما تمنح له فرصة للتعبير عن مشاعره، وتقدير الأخصائي الاجتماعي لهذه المشاعر إنما قد يبعث في نفس العميلطمأنينة أو إذا كان هناك بعض الأشخاص الذين لديهم الرغبة في عرض بعض أفكارهم التي تشوّشها بعض الخبرات فهم في حاجة إلى شخص يطمئنون إليه لتوجيههم، وتصحيح بعض أفكارهم لتسير وجهة صحيحة أو هم متشككون في هذه الأفكار وبمجرد عرضها على الأخصائي الاجتماعي كمستشار إنما يطمئنون إلى أفكارهم نتيجة لها اللقاء.

ويشير أحمد السنهوري إلى مدى ترابط وتكامل وتفاعل عمليات خدمة الفرد من خلال الأشكال الآتية:



ويشير إلى أن الفصل في عمليات خدمة الفرد فإن ذلك لتسهيل الدراسة، فالعمليات متداخلة ليس لها ترتيب زمن محدد، حقيقة أن التشخيص يقوم على الدراسة الواقية، فالدراسة يجب أن تسبق التشخيص كما أن العلاج السليم يعتمد على التشخيص الدقيق، فالكليات هي التي تحتم هذا الترتيب الزمني فالدراسة الكلية النهائية يجب أن تسبق التشخيص النهائي كما أن التشخيص النهائي يجب أن يسبق العلاج النهائي كعملية كلية.

ولكن الموقف بالنسبة للجزئيات يختلف عن ذلك في واقع التطبيق العملي، فالعميل عندما يتجه للمؤسسة ويقص قصته على الأخصائي الاجتماعي بنفس عن بعض الانفعالات التي يعاني منها وهي عملة علاجية، وفي أثناء استماع الأخصائي الاجتماعي لقصة العميل تكون لديه أفكار تشخيصية مبدئية وتنشأ هذه الأفكار التشخيصية على ضوء المعلومات المبدئية التي استطاع الوقوف عليها وتتكرر هذه العمليات الثلاث في المقابلات المتتالية فكلما ظهرت حقائق جديدة في الموقف أدت إلى نشأة أفكار تشخيصية جديدة تعدل من الأفكار التشخيصية السابقة أو تزيد فهم الموقف أكثر، والأفكار التشخيصية هي فروض واحتمالات يجب على الأخصائي أن يضعها لتقسيم الموقف الجزئي الذي يعرضه العمل ثم ربط هذه الجزئيات بالموقف الكلي على ضوء أفكار تشخيصية ترتبط بحصيلة المعلومات الدراسية التي وصل إليها الأخصائي مع العميل.

وعلى ذلك يمكن القول بأن التداخل في العمليات الثلاث أمر طبيعي وضروري ولكن ما يميز العمليات هو أن:

- ١- الاتصالات الأولى تصطبغ بالطابع الدراسي، وإن كانت لا تخلو من بعض العمليات التشخيصية والعلاجية.
- ٢- إن الاتصالات التالية تتميز بالطابع التشخيصي وإن كانت تتدخل فيها عمليات الدراسة والعلاج إلى درجة ما.

٣- الاتصالات النهائية أو التي تلي الاتصالات التي تتميز بالطابع التشخيصي تتميز بالطابع العلاجي.

والرسوم السابقة توضح لنا أن الشكل (أ) يمثل الثلاث عمليات بدوائر منفصلة بعضها عن بعض وهذا يعتبر تمثيلاً خاطئاً لأننا كما سبق أن أوضحنا أن العمليات الثلاث متداخلة.

وفي الشكل (ب) يمثل العمليات الثلاث بثلاث دوائر يتشابك كل اثنين معاً وهذا تمثيل خاطئ أيضاً إذ أن عملية التداخل غير متكاملة فالتدخل واضح بين الدراسة والتشخيص كما أنه واضح بين التشخيص والعلاج، وهذه عملية تسلسل وتماسك أكثر منها تداخل لأن العلاج غير متداخل مع الدراسة في نفس الوقت الذي يتدخل فيه مع التشخيص.

والشكلين (ج، د) يوضحان عملية التداخل السليم فالتشخيص متداخل مع الدراسة في الوقت الذي يتدخل فيه مع العلاج كما أن الدراسة والعلاج يتداخلان مع بعضهما في الوقت الذي يتدخل معهما التشخيص فهي عملية مقاولة مع الثلاث خطوات في نفس الوقت.

كذلك تختلف درجة التداخل في العمليات الثلاث حسب نوع المشكلة وحسب شخصية العميل فالمشكلة البسيطة كالمشاكل الاقتصادية مثلاً كطلب المساعدات المالية أو البحث عن عمل للعميل أو مساعدة العميل في القيام بمشروع من المشروعات يكون واضحًا فيها المناطق الدراسية بتميز كما أن المرحلة التشخيصية تعقبها بشكل واضح، وكذلك العمليات العلاجية والشكل (ج) يمثل درجة التداخل في هذا النوع من المشكلات.

ويزيد التداخل حدة كلما كان الموقف أعمق أو كانت الشخصية في حاجة إلى تعديل اتجاهاتها، فالعمليات العلاجية في مثل هذه المشكلات تبدأ بعمق وتحتاج إلى جهد قليل أن يستطيع العميل الاشتراك في عملية الدراسة اشتراكاً إيجابياً.

وعلى ضوء هذا التشابك في العمليتين الدراسية والعلاجية تتشابك العمليات التشخيصية كما هو موضح بالشكل (د) ومن أمثلة هذه المشكلات مشكلات الأحداث ومشكلات العلاقات الزوجية وحالات الاضطراب النفسي والمشاكل السلوكية، فإذا نجح الأخصائي مع العميل استطاع أن يصل به إلى درجة من الوعي بالنسبة للموقف يمكنه أن يوضح التداخل بعد ذلك بالرسم (ج) إذا أنه في مثل هذه المرحلة يكون واضحًا في ذهن العميل العمليات الدراسية التي تمت والعمليات التشخيصية والعمليات العلاجية.

والحقيقة أن موقف العميل في هذه العمليات الثلاث يمكن تمثيله بالمنطقة المشتركة بين الثلاث دوائر تمثل شبه مثلث صغير في الشكل (ج) بينما تمثل قطاعاً كبيراً في الشكل (د) وذلك راجع إلى أن العميل في المشكلات البسيطة التي أشرنا إليها يكون واضحًا في ذهنه أسباب مشكلته وفكرته أو تشخيصه عنها وبعض الاقتراحات أو الحلول التي يعتقد أنها تصلح لعلاج المشكلة فالموقف تميز في هذه الحالة بالوضوح.

بينما في المشكلات الأكشن تقدماً يكون الموقف مبهماً بالنسبة للعميل وتغلب فيه نظرته الذاتية على الحقائق الموضوعية في الموقف مما يغللها ويحول دون ظهورها بشكل واضح، كما أن العمليات الدفاعية والتناقض الوجداني يوسع رقعة الإبهام الذي يحوط هذا الموقف الأمر الذي يؤدي إلى شدة التداخل بين العمليات الثلاث^(١٣).

رابعاً : التسجيل في طريقة العمل مع الأفراد والأسر

يعد التسجيل بجميع أنواعه وأساليبه ووسائله من أهم العمليات التي يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي خلال ممارسته المهنية ليس لخدمة الفرد فقط بل لمهنته الخدمة الاجتماعية بصفة عامة.

فالتسجيل إلى جانب ما يحققه من أهداف تدريبية وتنظيمية وتعلمية فثمة عمل هام يتحقق التسجيل يتمثل في نقل التراث العلمي والخبرات الميدانية التي أرى أنها تعد بمثابة الأساس الذي يمكن من خلاله تدبير الواقع لتحقيق إمكانية استشراف المستقبل العملي لخدمة الفرد، والعمل في ضوء هذا الاستشراف إلى تحقيق أكبر فاعلية ممكنة لممارسة الطريقة.

التسجيل في طريقة العمل مع الأفراد والأسر:

يعتبر التسجيل بصفة عامة إثبات المعلومات والحقائق الفظوية والرقمية بأية وسيلة لحفظ المادة التي تحملها هذه المعلومات والحقائق^(١).

ويعرفه السنوري في خدمة الفرد بأنه إثبات المقابلات والخطوات التي يقوم بها الأخصائي في العمل المستمر مع العميل^(٢).

كما تعرفه "فاطمة الحاروني" بأنه تدوين للمعلومات وإثبات الحقائق، بطريقة مناسبة لغرض حفظ المادة التي تحملها هذه المعلومات والحقائق، والمقصود من حفظ المعلومات في سجل هو أن يكون السجل أداة فعالة في خدمة الحالة وخدمة أغراض المؤسسة^(٣).

كما يعرفه "عبد الفتاح عثمان" بأنه عملية فنية لتدوين العمليات المهنية المختلفة لكل حالة في صياغات كتابية أو صوتية أو بيانية مناسبة تحفظها من الاندثار أو تعرض حقائقها للنسياز. وهو بهذا المعنى ليس رصدًا روتينيًّا للحقائق ولكن عملية انتقاء وتركيز تضع العمليات المتباشرة في صياغة مهنية صالحة للاستثمار^(٤).

والتسجيل في خدمة الفرد له طرق متعددة ووسائل عديدة منها:

١- التسجيل بطريقة التدوين أو الكتابة وهو الأسلوب الشائع في مؤسسات خدمة الفرد.

٢- التسجيل الصوتي باستخدام أجهزة خاصة في الحالات النفسية التي تحتاج إلى تحليل عميق.

٣- التسجيل الضوئي مثل استخدام شرائح مصورة فقط ثابتة أو متحركة.

٤- التسجيل الصوتي والضوئي وهو يجمع بين النوعين الثاني والثالث مثل الأفلام السينمائية ويستخدم عادة لأغراض تدريب الطلاب والأشخاصين الجدد.

ويختلف استخدام هذه الطرق من مؤسسة إلى أخرى حسب إمكانات المؤسسة التي يعمل فيها الأخصائي من جانب وحسب طبيعة المشكلة التي يتتناولها وعموماً نستطيع القول أن أكثرها استخداماً في مؤسسات خدمة الفرد بما التسجيل بطريقة التدوين والتسجيل الصوتي أما الطرق الأخرى فغالباً ما تستخدم لأغراض التدريب.

وينسب التقدم الذي أحرزته خدمة الفرد بالنسبة للطرق الأخرى للخدمة الاجتماعية إلى أن الأخصائيين الذين كانوا يعملون بخدمة الفرد أول من سجل خطوات العمل مع عملائهم فوفرت الفرصة لهم لتحليل أسلوبهم وطبيعة عملهم فتوفرت لهم ذلك خبرات أفادت منها المهنة.

والتسجيل عمل فني يعتمد على المهارة ويهدف إلى فهم وتوضيح ما يمكن أن يصل إليه الأخصائي ويجب أن يعتمد على الأمانة العلمية في كل ما يجله الأخصائي في الحالة، كما وأن نوع العمل الذي يقوم به الأخصائي لا يمكن أن يخضع للتطور والتقدم إلا إذا سجلت عنه التقارير الفنية بعناية تامة وكانت خاضعة للفحص والدراسة العملية.

وباختصار شديد لا نستطيع تصور استمرار طريقة خدمة الفرد بصفة خاصة ومهمة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ما لم يكن هناك التسجيل الملائم، ومما هو جدير بالذكر أن الكثير من التجارب والبحوث المعاصرة في خدمة الفرد تمت عن طريق الحالات المسجلة بالمؤسسات الاجتماعية^(٥).

أهداف التسجيل:

تحدد أهداف التسجيل في ثلاثة جوانب رئيسية:

١- أهداف مهنية (عملية).

٢- أهداف إدارية (تنظيمية).

٣- أهداف تعليمية (علمية).

أما الأهداف المهنية:

فتعلق بسلامة أداء وممارسة العمليات المهنية بالمؤسسة أو خارجها من خلال الأخصائي لخدمة العميل، وفي هذا يحقق التسجيل:

- أهداف إجرائية لمساعدة تتصل بالدراسة والتشخيص والعلاج.

- أهداف تتصل ببيان سبب تحويل أو غلق الحالة.

- أهداف تتصل بتقديم مادة علمية تساعد في بحوث تقييم الأداء والممارسة والمقارنة واختبار الاتجاهات المتنوعة للممارسة المهنية في خدمة الفرد.

بينما الأهداف الإدارية (التنظيمية):

تدور حول أهمية التسجيل لما يلي:

- تنظيم العمل بالمؤسسة وتحديد اختصاصات كل فرد.

- تسهيل تقديم الخدمات للعملاء.

- تقييم الأداء المهني لممارسين بالمؤسسة.

- حفظ المستندات أو الوثائق أو المعلومات الدالة على أحقيبة أو عدم أحقيبة عميل ما للمساعدة وذلك حماية للأخصائي من التعرض للشكوى الكيدية.

- يؤمن التسجيل مصالح العملاء لأنه يمكننا من عمل تقرير دوري عن الحالة أو كتابة ملخص تحويلي لها عند تحويلها من المؤسسة لمؤسسة أخرى.

وتحقق الأهداف التعليمية العلمية التدريبية فوائد متعددة تتعلق بما يلي:

- تدريب الطلاب والأخصائيين الجدد في الخدمة الاجتماعية في ضوء قراءتهم لملف حالات قديمة ليتعرفوا على كيفية سير إجراءات المساعدة للعملاء بالمؤسسة.
- تقديم نماذج علمية تصلح كحالات دراسية تعرض على الطلاب داخل قاعات الدروس وحلقات المناقشة.
- وسيلة هامة للأشراف المؤسسي أو الجامعي يعاونهم في توجيه طلابهم.
- مفيد للغاية في معاونة الأخصائي على كيفية تحليل عمله وتقدير ممارساته وتقدير جهده ونقد ذاته لكشف جوانب القوة فيه وتدعمها والتعرف على جوانب الضعف لتلافيها وسد الثغرات المرتبطة بها.
- عرض نشاط المؤسسة ولخدماتها وهذا من شأن اختبار المجتمع بالأهداف الكبرى لطبيعة عملها فضلاً عن تقويم وتحسين وتطوير هذه الخدمات لأن التسجيل يكشف عن نقاط القوة والضعف في الأداء المهني^(٦).

أساليب التسجيل

يمكن أن تميز بين اتجاهين لتصنيف أساليب التسجيل وهما:

أ- تصنیف حسب الأهداف.

ب- تصنیف حسب النوع.

أولاً: تصنیف التسجيل حسب الأهداف:

تنقسم أساليب التسجيل حسب الأهداف إلى قسمين:

أ- أساليب مؤسسية (عملية).

ب- أساليب تعليمية.

حيث أوضحت التطورات المعاصرة مدى اتساع الشبه بين الأساليب المختلفة التي تتبعه المؤسسات في تسجيل عملياتها وبين الأساليب التي تطلبها عمليات التدريب والتعليم المختلفة، الأمر الذي يجعلنا نميز بين كل منها فيما يلي:-

(أ) الأساليب المؤسسية:

تقييم المؤسسات الاجتماعية أساليب مختلفة للتسجيل تتفق وطبيعة خدماتها. فمنها من أخذت بأساليب الاستمرارات "المطبوعة أو البطاقات أو الجداول الإحصائية أو المقاييس المتردجة ومنها من أخذت بأساليب الملخصات أو التقارير الموجزة ومنها من أخذت بأساليب التسجيل الصوتي.

بينما قلة نادرة هي التي تأخذ بأساليب تصلح للتعلم والتدريب. فهي أساليب تتسم بالتركيز والتبسيط واقتصاد النفقات مادامت بهذه الصورة تخدم مصالح عملائها في حدود إمكانياتها.

(ب) الأساليب التعليمية:

وهي أساليب تمارس فقط بهدف التدريب العملي، وتنقسم إلى قسمين:



١- أساليب أولية.

٢- أساليب متقدمة.

والأساليب الأولية: هي التي تسجل العملية المهنية مقابلة كانت أو زيارة منزلية تسجيلاً حرفيًا Verbatim شاملاً لكافة التفاصيل الهامة منها وغير الهامة في إفاضة مسروقة.

ويرى البعض أن هذا الأسلوب يجب إتباعه في المراحل الأولى لتدريب الطلاب ليتدرجوا بعد ذلك نحو أساليب أكثر تركيزاً باكتسابهم تدريجياً المهارات المهنية التي تمكّنهم من التمييز بين العام وغير العام.

ونحن نرى أن الإسراف في ممارسة هذا الأسلوب الحرفي قد حمل تدريب خدمة الفرد أعباءً لا نحتملها اليوم بل كان هذا الإسراف ذاته هو على حساب

إكساب الطالب المهارات الحقيقية لخدمة الفرد ذاتها حيث استهلك وقت التدريب في انكباب طالب على كتابة صفحات طويلة تسرد الكثير من الأمور البديهية المساذجة.

وقد اتجهت العديد من المؤسسات الخارجية إلى الأخذ بأسلوب التسجيل الصوتي وال الحوار الشفاهي بين الطالب والمشرف ليقتصر التسجيل الكتابي على الملخصات المؤسسية القصيرة. فالعبرة ليست فيما يكتبه الطالب وإنما فيما فعله في واقع الأمر.

أما الأساليب المتقدمة فهي أساليب تعليمية أميل إلى التركيز والموضوعية بحذفها الكثير من المتراءفات والأمور البديهية ليقتصر على كل ما هو جوهري في العملية المهنية أو له دلالة خاصة، وهو الأسلوب الذي يجب أن يتوجه إلى التدريب الميداني في كافة مراحله.

هذا ويرتبط بالأساليب التعليمية إلى جانب تسجيل المقابلات- عمليات تسجيلية أخرى كتسجيل النشاط اليومي للطالب وعدد الساعات والتقارير الدرية والمجتمعات الإشرافية وما إليها لقياس النمو المهني للطالب^(٧).

ثانياً: تصنيف أساليب التسجيل حسب النوع:

من الأهمية أن نوضح هنا أنه سواء كنا نسجل لخدمة أغراض المؤسسة أو التدريب فلابد أن يكون لنا خط وطريق واضح ومرسوم في التسجيل.

ويتعدد هذا في أنواع ثلاثة هي:

- أ- التسجيل بالأسلوب القصصي.
- ب- التسجيل بالأسلوب التخيلي.
- ج- التسجيل بالأسلوب الموضوعي.

أ- التسجيل القصصي:

أسلوب يصف الحوار اللفظي ويبين الجو النفسي ويكشف التفاعل العقلي الحادث بين الممارس المهن والعميل في صورة حية دينامية تعرض الأمور بتسلاسل وقوعها الزمني.

مميزاته:

- ١- يصف طبيعة شخصية العميل وانفعالاته.
- ٢- يوضح العمليات النفسية المصاحبة للحوار.
- ٣- يبيّن مدى نمو العلاقة المهنية.
- ٤- يوضح كيفية ممارسة الأخصائي للأسس والمفاهيم المهنية وموافق تطبيقها.
- ٥- يوضح مدى التزام الأخصائي بإجراءات المقابلة أو الزيارة أو المحادثة وأساليبها الفنية.
- ٦- يستخدم بعض عبارات العميل كما هي إن كان لها دلالة مهنية تتصل بمشكلته.
- ٧- مفيد للغاية في نقد الأخصائي أو الطالب لذاته المهنية.
- ٨- وسيلة هامة للأشراف الجامعي الأكاديمي أو المؤسسي على طلاب الخدمة الاجتماعية.

عيوبه:

- ١- مكلف في الوقت والجهد والمال.
- ٢- يصعب الحصول منه على بيانات عاجلة.
- ٣- يصعب استخدامه في البحوث العلمية والإحصاءات العامة.
- ٤- لا يتناسب مع طبيعة المؤسسات التي فيها ضغط كثير في العمل على الأخصائي الاجتماعي.

- ٥- يهرب منه بعض الأخصائيين الجدد لأنه يكشف مستواهم الحقيقي في الممارسة ويوضح فهمهم للأساس النظري وصعوبة تطبيقهم لذلك في الواقع العملي^(٩).
- ٦- نظراً لأنه يصف بدقة ويتسلل وقوع الأحداث كيف بدأت وسارت وانتهت المقابلة، فقد يهرب منه الكثير من الممارسين لأنه يتطلب ذاكرة قوية لكتابه تفاصيل المقابلة بعد انتهائها.

ب) التسجيل التلخيلي^(٩):

أسلوب موجز يلخص المادة العلمية ويعرفها بشكل دقيق ومركز دون التقيد بحرفية المقابلة أو تسلسلها.

ويستخدم هذا الأسلوب التلخيلي في حالات عدّة من بينها:

- عند عمل تلخيص للمقابلة أو الزيارة أو المكالمة.
- عند عمل ملخص دوري عن الحالة يوضح مدى تقدمها كل فترة زمنية تقدرها المؤسسة.
- عند كتابة الملخص الخاتمي لغلق العمل مع الحالة بسبب علاجها أو تحويلها لأخصائي آخر.
- عند تحويل الحالة إلى مؤسسات أخرى يرفق بها موجز مختصر يوضح ما قامت به المؤسسة من جهود وخدمات مع الحالة وأسباب تحويلها.

مميزاته:

- ١- مختصر في الوقت والجهد والمال.
- ٢- لا يعرض الأمور بتفاصيلها ولهذا يتناسب مع ضغط العمل بالمؤسسات المتنقلة بالأعباء.
- ٣- وسيلة سريعة لعمل البحوث العلمية والمهنية.
- ٤- وسيلة سريعة لاستخراج الإحصائيات العامة.

٥- لا يتطلب ذاكرة حادة لكتابه تفاصيل المقابلة بعد وقوعها لأنه يكتفي بنكر ملخص مختصر عن ما تم بها.

عيوبه:

لا يحقق مزايا الأسلوب القصصي المتعددة السابق الإشارة إليها.

ج) الأسلوب الموضوعي:

تسجيل مقيد برؤوس موضوعات محددة مسبقاً وهو على ثلاثة أشكال:

١- تسجيل موضوع من خلال الاستثمارات المتعددة أو الكروت أو البطاقات الخاصة باتصال العميل بالمؤسسة وطبيعة الخدمات التي تقدم له فيها.

٢- تسجيل موضوعي من خلال المقاييس العلمية الاجتماعية والنفسية المختلفة التي توضح سمات العميل من جوانبها المختلفة وتكتشف عن مناطق القوة والضعف في شخصية العميل أو بيئته الاجتماعية.

٣- تسجيل موضوعي عن طريق الجداول البيانية أو الإحصائية التي ترافق دورياً بملف الحال.

مميزاته:

١- يتميز بالبساطة والبعد عن التعقيد.

٢- يكون واضحاً وهادئاً ومحدداً.

٣- مختصراً لوقت والجهد ولكنه قد يكون مكلفاً مالياً لطبع الاستثمارات أو المقاييس.

٤- يعطي بيانات يستفاد منها بشكل مباشر في البحث العلمية أو استخراج إحصاءات معينة.

٥- يوضح نشاط المؤسسة وخدماتها بشكل غير متحيز وأمين مما يكون من شأنه البحث عن كيفية تطوير الخدمة بها بشكل مستمر.

عيوبه:

١- يجب نمو الشخصية المهنية للممارس لأنه يتحول إلى أبه بكاتب حكومي رويني يقوم بملئ استمارات ليستوفي بياناتها بغض النظر عن فائدتها.

٢- لا يراعى مميزات الأسلوب القصصي.

ولكن بغض النظر عن نوعية أساليب التسجيل فإن الأساليب الثلاثة تستخدم معاً في مؤسسات خدمة الفرد بشكل تكامل أو قد يغلب على المؤسسة أسلوب دون آخر أو الجمع بين أكثر من أسلوب للدخول مباشرة في تشخيص المشكلة وهو ما يسمى أحياناً بالأسلوب التشخيصي^(١٠).

الاعتبارات الهامة الواجب مراعاتها في التسجيل:

١- الدقة والأمانة والوضوح. فالتسجيل عملية مهنية وأخلاقية، تستهدف أساساً مساعدة العميل وليس استعراضاً لجذارة الأخصائي. من ثم كانت الدقة والأمانة في التسجيل حتى ولو تضمن أخطاء مهنية للأخصائي الاجتماعي هي ضرورة تحتمها أخلاقيات المهنة وتدعو إليها مصالح العملاء.

٢- أن يخضع التسجيل بأساليبه المختلفة لفلسفة المؤسسة وطبيعة خدماتها.

٣- أن يحدد التسجيل فردية الحالة بظروفها الخاصة.

٤- أن يتجنب العبارات الأدبية والألفاظ الرنانة والغامضة.

٥- رغم ضرورة التزام التسجيل باللغة العربية فمن المفضل أن يتضمن عبارات مختارة من العميل أو الأخصائي كما هي ويكون لها دلالات مهنية خاصة.

٦- يصاغ التسجيل بحيث يأخذ الأخصائي صفة المتكلم والعميل صفة الغائب.

٧- التسجيل عملية اقتصادية تخضع لقوانين القيمة والتكلفة. من ثم فيجب أن يتسم بالتركيز وتجنب المترادفات والجوانب عديمة القيمة.

٨- عند تسجيل الآراء والأحكام المهنية الخاصة يجب أن توضح الأدلة والبراهين التي تؤكدها أو أن ترافق به المستدات الدالة على صدقها^(١١).

محتويات الملف:

يخصص لكل حالة ملف خاص بالمؤسسة تحفظ به تسجيلات الحالة ووثائقها ومكاتباتها الخاصة بها. ويكون الملف عادةً مما يلي:

١- الغلاف الخارجي: ويوضح عليه اسم العميل وعنوانه أو القسم التابع له ونأخذ بعض المؤسسات بأغلفة يبرز منها بطاقة صغيرة يكتب عليها اسم العميل كما تأخذ أخرى بكتابة محتويات الملف كلها على الغلاف الخارج مسلسلة حسب ترتيبها بالملف.

٢- صحيفة الوجه: وهي أولى صهائف الملف تكون عادةً من الورق السميكة وتكون منفصلة عن الملف أو مشبوبة بظاهر الغلاف الخارجي من الداخل. ويسجل في هذه الصحيفة كافة البيانات المعرفة وطبيعة المشكلة وتطورات عمليات المساعدة أولاً بأول.

٣- استمارة البحث الاجتماعي: ويوضح فيها حقائق المشكلة وتشخيصها وخطة علاجها.

٤- التقارير الصحية أو النفسية أو العقلية وعادةً ما يكون لها ألواناً مميزة.

٥- المقابلات المتعاقبة والزيارات المهنية، قصصية أو تلخيصية أو موضوعية.

٦- المكاتب الصادرة والواردة والوثائق والمستندات الخ.

٧- الخدمات العلاجية أو الدورية أو الموسمية.

٨- الملخصات الدورية.

٩- الطلب المقدم أو خطاب التحويل أو صحيفة الاتهام.

وعند قفل الحالة يوضح ملخص للحالة وأسباب قفلها في صدر الملف كما قد يوضح هذا على صحيفة الوجه بإشارة معينة أو علامة خاصة^(١٢).

خامساً : عملية الإنتهاء في طريقة العمل مع الأفراد والأسر

١- مفهوم الإنتهاء : Termination

يشير مفهوم الإنتهاء إلى خاتمة عملية التدخل للأخصائي الاجتماعي والعميل. وهي إجراءات منتظمة لإنتهاء العلاقة المهنية للأخصائي الاجتماعي مع العميل، وتبدأ هذه المرحلة عندما يتم التوصل للأهداف المطلوب تحقيقها، أو عندما ينتهي الوقت المحدد للعمل مع العميل أو عندما لا يرغب العميل في الاستمرار في العمل على مساعدته. غالباً ما تتضمن هذه المرحلة تقييم تقدم العمل نحو تحقيق الهدف (١٢: ٥٣١)، كما أن الإنتهاء يعد بمثابة عملية وليس مجرد نقطة يصل إليها الأخصائي الاجتماعي، فهو عملية معقدة ومتباينة تتضمن مجموعات متباينة من السلوك للأخصائي الاجتماعي والعميل في نفس الوقت (١).

وتشير أدبيات مهنة الخدمة الاجتماعية إلى أن عملية إنتهاء الخدمة هي محصلة فقدان وإنتهاء العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، والتي تتضمن الإنكار والتجاهل، الغضب، الإحباط، والاكتئاب ثم القبول في النهاية (١: ٢٣٩٩).

كما يدل هذا التعبير (الإنتهاء) على نهاية التدخل المهني من جانب الأخصائي الاجتماعي تجاه العميل، وهي مرحلة تحتاج إلى مهارة ولباقة وخطيط، يعد لها الأخصائي الاجتماعي والعميل معاً عندما تتحقق نتائج العلاج، ويصبح العميل في غير حاجة للأخصائي الاجتماعي.

ويجب تقييم الموقف من جميع جوهره قبل إنتهاء هذه المرحلة والتأكد من إمكانية العميل على مواجهة ما قد يقابلها من مشاكل مستقبلاً. (١٣: ١٦٣) وبغض النظر عن الأسباب التي قد تدعوه إلى الإنتهاء، يجب النظر إلى الإنتهاء على أنه جزء من الخدمة، ويتم تففيذه في ضوء احتياجات العميل (١٤).

وبصفة عامة فإن المواقف التي قد يتم إنتهاء الخدمة يمكن تمثيلها في: (١:

(٢٣٩٨

- أ- إنتهاء حسب مخطط زمني مسبق.
- ب- إنتهاء بسبب عدم الرغبة في الخدمة وحسب اتفاق متبادل.
- ج- إنتهاء بسبب عوامل أو أسباب غير مخططة ولكن مع وجود وقت للإنتهاء.
- د- التحول إلى أخصائي اجتماعي آخر أو التحول للحصول على خدمة أخرى.
- هـ- بعد العميل أو تهربه.

والإنتهاء قد يحدث نتيجة لظروف معينة تتعلق بجوانب أخلاقية بعيداً عن أهداف الخدمة وبدون اتفاق مسبقاً مع العميل، ومن تلك الظروف (١٤):

- أ- أن يمثل العميل تهديداً مادياً مباشراً على حياة الأخصائي الاجتماعي.
- ب- أن يسبب العميل مشكلات أو مضاعفات للأخصائي.
- ج- أن يخل العميل بالاتفاق الخاص بشروط المؤسسة (بدون سبب معقول).
- د- أن يطلب العميل خبرات مغایرة لتلك الموجودة لدى الأخصائي.
- هـ- مرض الأخصائي الاجتماعي أو تفاصده عن العمل أو انتقاله للعمل في جهة أخرى أو عمل آخر.
- و- عدم وجود تقديم يذكر أو ملحوظ في العلاج (فشل).

وتتطلب مرحلة الإنتهاء أهمية الاتفاق بين الأخصائي الاجتماعي والعميل منذ البداية على تحديد عدد الأسابيع المحددة للتدخل المهني، وهذا له فائدته الكبيرة للأخصائي الاجتماعي، حيث يمكنه ذلك من العمل خلال تلك الفترة والتوصل لنقطة أو مرحلة النهاية، ثم يبدأ في حصر الأهداف التي تم إنجازها ويركز على طبيعة الإنجاز من خلال عملية التقييم.

وبذلك ينجح الأخصائي الاجتماعي في تقييم قدرة العميل على التعامل مع المشكلات بدون مساعدة منه. وهذه تعد بمثابة المهمة الرئيسية لمرحلة النهاية ويمكن الحكم على التدخل المهن من خلالها (٢٠٧: ١٥).

ولتحقيق الإناء يجب على الأخصائي الاجتماعي الاهتمام والإدراك بمرحلة بداية التدخل المهني، وباستعراض الانجازات تبدأ جهود الأخصائي الاجتماعي لاختبار وتقدير جوانب المشكلة للعميل. ومن أهم المكاسب التي يجب أن يتحققها الأخصائي الاجتماعي من خلال التقييم للمشكلة هي تحسين قدرة العميل على التفكير والخطيط للمستقبل (١٦ : ٥٢).

وتعتبر عملية الإناء في التدخل المهني ذات صعوبة كبيرة في أساليبها عنها في مرحلة البداية، وعليه فإنه يجب على الأخصائي الاجتماعي والعميل خلال عمليات التدخل المهني الأخذ في الاعتبار ما يلي (١٥ : ٢٥٦):

- أ- هل تم إنجاز أهداف التدخل.
- ب- ما هي الأهداف التي لم تتجز؟ وما هو التقدم الممكن حدوثه من خلال إنجازها؟
- ج- هل يمكن التفكير في استكمال هذه الأهداف، واستعداد العميل الآن للتعامل بمفرده مع الموقف، وهل يمكن تقديم إنجاز الأهداف بدون مساعدة الأخصائي؟
- د- هل يمكن أن يفيد الاتصال المستقبلي بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في تحقيق أهداف مستقبلية وفي اتخاذ قرارات تتعلق بالإناء؟

وفي إطار ما تقدم يمكن تحديد مفهوم الإناء في كونه عملة من عمليات التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع العميل، تتم من خلال عمل مشترك بين الأخصائي الاجتماعي والعميل لتحقيق إجراءات إناء العلاقة فيما بينهما، وفي ضوء تقدير وإدراك طبيعة المشاعر التي قد تظهر لدى كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل. ويتم تحقيق عملية الإناء من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بالآتي:

- أ- التخطيط والتحديد لزمن إناء العلاج أو الخدمة.
- ب- تقدير وتقدير طبيعة المشكلة وتحقق حلها.
- ج- مراعاة وتقدير توقعات العميل وردود أفعاله خلال عملية الإناء.

٢- مفهوم الممارسة المهنية:

يشير مفهوم الممارسة إلى التطبيق العملي للاقتراءات النظرية، وهي طريقة لامتحان صحة أو خطأ تلك الاقتراءات، والممارسة هي المقياس السليم لما هو ممكن ولما هو مستحيل، وتنقضي الممارسة لتحقيق الهدف توفر الحرية والمسؤولية.

(٣٢٣ : ١٧)

والممارسة المهنية تعني كل أشكال وأساليب التدخل المهني وما يتربّ عليه من إجراءات وتدابير يتم من خلالها تحديد المشكلات والواقف والعملاء ومهام العمل ومسؤولياته سواء على المستوى الفردي أو الجماعي أو المجتمعي، وما يلزم لذلك من توافر بعض المتطلبات والموارد والإمكانات (١٨ : ٧٧).

ويدل مفهوم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية على استخدام معلومات ومهارات الخدمة لاجتماعية لتقديم خدمات اجتماعية بطرق تتساوى مع قيم الخدمة الاجتماعية وتشمل الممارسة العلاجية والتدعيم والوقاية ويمكن أن تصف مستويات ممارسة الخدمات الاجتماعية إلى ثلاثة مستويات هي: مستوى الوحدات الصغرى، مستوى الوحدات المتوسطة ومستوى الوحدات الكبرى. (١٢ : ٥٠٤ - ٥٠٥).

ومن المفاهيم الخاصة بالمارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية ما يشير إلى كونها تتمثل في تحديد العميل والأخصائي الاجتماعي معاً للمشكلة في جميع جوانبها ووضع خطة لمقابلة هذه المشكلة و اختيار الإستراتيجية التي يمكن بها تحقيق استجابة ملائمة للعمل مع الأفراد والأسر والجماعات والمؤسسات والمجتمعات، وكذا اختيار العمل في ضوء أهم المشكلات، تلك التي تؤخذ في الاعتبار لإحداث التغيير. (١٩ : ٤٢٦).

ووفقاً لمفهوم الخدمة الاجتماعية الذي وضعته الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين عام ١٩٧٣ م فإن مفهوم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية يتكون من التطبيقات المهنية لقيم ومفاهيم الخدمة الاجتماعية، وكذلك الأساليب المهنية لتحقيق واحداً أو أكثر من الأهداف التالية: (٢٠ : ١٧).

- (أ) مساعدة الناس وتمكينهم من الحصول على الخدمات.
- (ب) التوجيه والعلاج للأفراد والأسر والجماعات.
- (ج) مساعدة الجماعات والمجتمعات للحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية وتطوير تلك الخدمات.

كما يشير مفهوم الممارسة المهنية إلى مجموعة الوسائل والأساليب والمهارات القائمة على أساس من المعارف المتنوعة والمستمدة من التراث النظري للخدمة الاجتماعية، ويتم استخدامها وتنفيذها بواسطة أخصائيين اجتماعيين. (٤٠٩ : ٢١).

وفي ضوء ما تقدم يمكن تحديد مفهوم الممارسة المهنية في تلك الجهود والإجراءات والأساليب المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الممارس لطريقة خدمة الفرد، في إطار قيم ومفاهيم ومهارات ومعرفات خدمة الفرد، بهدف تحقيق عمليات خدمة الفرد مع العملاء بحسب الأساليب لمقابلة مشكلاتهم وحصولهم على أفضل الخدمات الممكنة.

ثانياً: أهمية وإشكالية عملية الإنتهاء.

تسعى خدمة الفرد كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية إلى تحقيق أهدافها مع عملائها من خلال عمليات مهنية رئيسية تمكّنها من تحقيق تلك الأهداف، هذه العمليات التي يمكن النظر إليها على كونها تشكل متصلةً للممارسة المهنية لخدمة الفرد، وتمثل عملية إنتهاء العلاج أو الخدمة نهاية هذا المتصل، وبذلك تلعب عملية الإنتهاء هذا الدور الكبير في رسم الصورة النهائية لعملية الممارسة ككل من حيث كونها صحيحة أم أنه قد جانبها الصواب.

ومع التسليم بكون الخدمات أو المساعدات التي تقدم للعملاء بسبيلها دائمًا إلى الإنتهاء فإنه لتوضيح تأثيرات عملية الإنتهاء بما اتخذه الأخصائي الاجتماعي فيها من خطوات وأساليب مهنية على تلك الخدمات وعلى عائد الممارسة المهنية مع هؤلاء العملاء.

ولا تقف التأثيرات المترتبة على الإنهاء أو المصاحبة للأسلوب المتبعة في تحقيقه على طبيعة الخدمات وعوائد الممارسة المهنية لخدمة الفرد فحسب، بل تمتد لتشمل العميل ذاته بانفعالاته وردود أفعاله تجاه عملية الممارسة برمتها، كما أن تلك التأثيرات قد تمتد لتشمل الأخصائي الاجتماعي الممارس نفسه.

فعلى الرغم من أن بعض الدراسات تشير إلى أن ردود أفعال العملاء تجاه الإنهاء غالباً تكون إيجابية وذلك انطلاقاً من كون إنهاء علاقة الأخصائي بالعميل يمثل بداية جديدة ورحلة استقلالية جديدة للعميل، إلا أنه في أحيان أخرى تتضمن ردود أفعال العميل ردوداً سلبية مثل الإنكار والرفض والغضب والإحباط والاكتئاب، ويجدر القول هنا أن العملاء لا يتساون في الخبرات التي يحصلون عليها من الخدمة وبالتالي فهم لا يتساون في ردود أفعالهم تجاه الإنهاء. (٢٣٩٩ : ١).

وقد أشارت دراسة "شريل رسنิก وصوفيا Cheryl Resnick & Sophia

F.

والتي استهدفت تحديد طبيعة العلاقة بين الإنهاء والرضا الوظيفي للأخصائيين الاجتماعيين، كما اهتمت بأوجه إنهاء خدمات العلاج بطريقة غير مخططة وقد أجريت الدراسة على (١٤٤) أخصائي اجتماعي من العاملين بال المجال الطبي، أشارت إلى أن هناك علاقة إيجابية بين كل من الإنهاء والرضا الوظيفي للأخصائي الاجتماعي، كما طرحت توصياتها بضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول عملية الإنهاء.

ومن الجدير بالذكر أن من بين الأسباب التي تجعل إنهاء العلاقة والانفصال تمثل تجربة فاشلة للعملاء، أن الأخصائي الاجتماعي لا يوفق في التمييز بين إنجاز العمل وإنهاء العلاقة، ففي كثير من الحالات نلاحظ أن العميل رغم تمكنه من تحسين أدائه الوظيفي وتحقيق ما اتفق عليه مع الأخصائي الاجتماعي إلا أنه لا يرغب في الانقطاع أو الانفصال.

فإذا كان اهتمام الأخصائي الاجتماعي ينصرف إلى الأفعال أكثر من اهتمامه بالمشاعر، فإن عليه رغم ذلك أن يشعر برغبة العميل في استمرار العلاقة به وذلك لا يعني مطالبة الأخصائي الاجتماعي في جميع الحالات إشباع رغبات العملاء في الإبقاء على العلاقة واستمرارها، بل ما نقصده هو مطالبة الأخصائي الاجتماعي باكتشاف العوام الكامنة وراء مقاومة العميل لعملية الإنهاء. (٣٦٩ : ٣)

وكما يؤثر الإنهاء وأسلوب تحقيقه في كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل بردود أفعال فإنه من جانب آخر يتأثر بعوامل عديدة تتعلق بالأخصائي الاجتماعي والمؤسسة، تلك العوامل التي قد تتمثل في فلسفات ومعتقدات ومقاصد الأخصائي الاجتماعي المعالج إلى جانب مستوى الالتزام تجاه المؤسسة والتدريب وأيضاً العلاقات الإدارية بالمؤسسة.

فقد أوضحت دراسة "أرنفيلد جوديث Ehrenfeld Judith (٤)" والتي اهتمت بالإنهاء في العلاج من منظور العلاج النسوي من خلال إلقاء الضوء على نسق القيم لدى المعالجات والوقوف على إدراكهن لمفهوم الإنهاء وترجمة ذلك إلى ممارسة فعلية، وقد أجريت الدراسة على عدد (٧٧) من الممارسات تم إجراء لقاءات معهن فيما يزيد على (٣١) ساعة لقاء للحديث حول خبراتهن في الإنهاء، كما أجريت تحليلات للقاءات مع المستفيدين.

أوضحت الدراسة أن معتقدات المعالجات من الأخصائيات الاجتماعيات تؤدي إلى اختلافات كبيرة في الخلفيات المعرفية لديهن، وكذلك في التوجهات النظرية والأخلاقية ونمط التعامل مع مرحلة الإنهاء إلى جانب المنهج المتبعة في عملية الإنهاء ذاته.

كما تشير دراسة هربسون Harrison Selma (٥) والتي استهدفت كشف العوامل المرتبطة بالإنهاء بين الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية الطفل ودور المؤسسة حول موضوع الإنهاء، وقد اعتمدت الدراسة على عدة بحوث مسحية طبقت على (٢٢٦) أخصائي اجتماع يعمل معظمهم في مؤسسات عامة بولاية أوهايو Ohio، أشارت الدراسة إلى وجود ارتباط بين مستوى الالتزام تجاه

المؤسسة ن قبل الأخصائي الاجتماعي - ذلك المستوى الذي يحkenه عوامل مثل المكافآت والتدريب - وبين إتمام الإنهاe، كما أوضحت أيضًا تأثر الإنهاe بنمط العلاقات الإدارية للأخصائي بالمؤسسة.

وتساقًا مع الأهمية التي يتمثلها الإنهاe في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة، فقد اهتمت العديد من الدراسات بتناول الإنهاe كعملية أساسية في الممارسة المهنية بهدف الوقوف على طبيعته والصعوبات التي قد تعيقه إلى جانب أهمية التدريب على تحقيقه بالأسلوب الصحيح سعيًا لتحقيق فاعليته في عمليات الممارسة المهنية.

فقد أوضحت دراسة "شبرد وكيرAndrew Tew & Creamer" (٦) والتي استهدفت الوقوف على طبيعة الممارسة المهنية لفريق الخدمات المتكاملة بالمدارس النوعية، أوضحت أهمية وضرورة العمل في إطار عمليتين رئيسيتين هما التخطيط لإنهاء العلاج وعملية الإنهاe ذاتها لتحقيق التدخل النشط الفعال لدعم الأسر التي تواجه المخاطر، كما أكدت أهمية دور الأخصائي الاجتماعي بالمدارس في تحقيق ذلك.

وقد اهتمت دراسة "وودس هندرسون Woods Henderson" (٧) بعملية الإنهاe وطبيعتها بهدف تمية وتطوير سلوك الممارسين أو المعالجين، وذلك من خلال استكشاف مبدئي لسلوكياتهم خلال فترة الإنهاe للعلاج أو الخدمة وقد طبقت الدراسة على (٣٠) من الأخصائيين الاجتماعيين من خلال إجراء مقابلات معهم.

كما أوضحت دراسة لكي Lackey Mary (٨) والتي اهتمت أيضًا بمرحلة الإنهاe في مجال الخدمة الاجتماعية من خلال التوصل لمعايير الإنهاe ودراسة سلوكيات العميل والأخصائي الاجتماعي التي تسهل عملية الإنهاe أوضحت أهمية التعاقد المبدئي بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في توضيح أبعاد عملية الإنهاe وتحقيقها، كما أكدت الدراسة على حقيقة تحسنًا كبيرًا في الاهتمام بمشاعر العميل الإيجابية عند إتباع الأسلوب الملائم في عملية الإنهاe.

وقد أوصت الدراسة بأهمية قيام الأخصائي الاجتماعي بإعداد وتحديد متى يبدأ الإنهاء وتتبع ذلك وصولاً للمرحلة الأخيرة، كما أكدت الدراسة أن إتباع الأخصائي الاجتماعي لذلك مع إجراء فحص وتقدير للعوائد يمكن تطوير نظرية للممارسة أكثر تكاملاً.

وقد أشارت دراسة هاردن مارك وآخرون Hardin Mark Others (٩) والتي استهدفت التخطيط الدائم رعاية الطفولة من خلال تحديد المواد التعليمية والموارد المستخدمة في العملية التعليمية وفي تدريب الطلبة وأخصائي خدمة الفرد في كليات الخدمة الاجتماعية وأشارت إلى ضرورة وأهمية الإمام كيفية إنهاء العلاج والإعداد لذلك من قبل ممارسي خدمة الفرد خاصة عند العمل على تحقيق سلسلة المهام المطلوبة في العمل مع الآباء.

وفي هذا الصدد أيضاً أوضحت دراسة فيكتور وآخرون Pike Victor & Oyjers (١٠) والتي اهتمت بالتوصل إلى دليل للأخصائيين الاجتماعيين للعمل على التخطيط الدائم والمستمر لرعاية الطفولة، أوضحت أهمية تضمين عملية إنهاء وكيفية إجرائها وأسسها النظرية ضمن برنامج المساعدة الفنية والإطار المفاهيمي لخدمة الفرد في مجال رعاية الطفل.

وعلى الرغم من الأهمية التي قد يتمثلها الإنهاء في الممارسة المهنية لخدمة الفرد، إلا أن أدبيات الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة تتفق لتتناول موضوع الإنهاء في كتاباتها بالمستوى الذي تتناول به عمليات الممارسة المهنية الأخرى.

ويتفق هذا ما أوضحته دراسة شبيرو Shapiro Constance (١١) والتي اهتمت بالإنهاء وبكونه من المفاهيم المهمة في مناهج الخدمة الاجتماعية بهدف وضع مفاهيم متكاملة مرتبطة بالإنهاء فقد أوضح أن الإنهاء يعد من الموضوعات التي لا تزال تحت الدراسة والبحث وذلك على نطاق واسع، وذلك من خلال تحليل محتوى مناهج الخدمة الاجتماعية.

وإذا كان هذا الافتقاد لتناول موضوع الإنتهاء يأخذ صفة عدم الكفاية على مستوى الاهتمام الأجنبي فإنه يتسم بالندرة من قبل أدبيات وبحوث الخدمة الاجتماعية بعامة وخدمة الفرد خاصة على المستوى العربي والمصري.

واتساقاً مع الطرح السابق حول أهمية إنهاء الخدمة أو المساعدة في الممارسة المهنية لخدمة الفرد، وكذا التأثيرات التبادلية بين الإنتهاء وبين عناصر ومكونات عملية الممارسة المهنية لخدمة الفرد، إلى جانب ندرة تناول الإنتهاء في أدبيات ودراسات خدمة الفرد، فإنه يجب التتحقق من واقع ممارسة الإنتهاء في الممارسة المهنية لخدمة الفرد وما قد نأمله في ضوء هذا الواقع لإتمام الإنتهاء بالصورة التي تحقق فاعلية الممارسة لخدمة الفرد.

ثالثاً: المنطلقات النظرية لعملية إنهاء في خدمة الفرد:

١- محددات الإنتهاء وأسبابه:

من الملاحظ أن العمليات الدينامية المركبة لوضع نهاية للتدخل المهني وما يحدث خلالها من انفصال بين العميل والأخصائي الاجتماعي لم تجد ما تستحقه من اهتمام مؤلفات الخدمة الاجتماعية، رغم أنها تمثل أحد الأبعاد الدقيقة في الخدمة الاجتماعية والتي لا مفر من أن يواجهها جميع العملاء والأشخاص الاجتماعيين. ولعل إنهاء علاقة ما يمكن أن يمثل في بعض الظروف تجربة إيجابية، إلا أن إنهاء علاقة المساعدة غالباً ما يعبر عن خبرة أليمة ومخزنة ومثيرة للانفعالات المتناقضة، ويشير كل من "فوكس Fox وبولمان Bolman" إلى أن الثغرة التي تظهر في المؤلفات حول هذا الموضوع، تمثل انعكاساً لعمليات الأخصائي الاجتماعي الدافعية نحو المشاعر التي يتضمنها إنهاء الحالة، كما أن هذه الثغرة قد ترجع إلى أن عدم نجاح التدخل يرتبط عادة بإنهاء الحالة وحفظها (٣٦٣ - ٣٦٤).

ونثمة مواقف يتم في إطارها إنهاء الخدمة وتعد بمثابة أسباب تدفع إلى الإنتهاء، يتمثل أولها في: إنهاء الخدمة في ظل الوقت المحدد سلفاً بين الأخصائي

الاجتماعي والعميل، حيث أن المشاركين في الخدمة يدركون في ظل هذا الوضع فترة التدخل ونهايتها، لذلك فإن قرار الإنتهاء للخدمة هنا يكون سهل اتخاذه.

ويتمثل الموقف الثاني في إنهاء الخدمة بالاتفاق أي عندما يتفق كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل على أنه لا داعي للخدمة أو أنها لم تعد مرغوب فيها، ومن المؤشرات التي يعتمد عليها الأخصائي الاجتماعي في ذلك (لوفاء بالأهداف وحاجات العملاء، تحسن سلوك العميل، الإحساس بسهولة نقل العميل لإنها الخدمة) كما قد يتم الإنتهاء بسبب عدم تحسن الخدمة أو عدم توقع تحسنها مع استمرارية العلاج.

ويتمثل السبب الثالث في إنهاء الخدمة لعوامل غير متوقعة، وتعزيز نسبة (٤٠%) من إنهاء الخدمة لهذا السبب، مثل ذلك، حدوث تغيرات مفاجئة في المؤسسة، انتقال الأخصائي المسؤول عن العلاج، أما الموقف الرابع فيتمثل في البعد أو الهروب للعميل، فقد يبتعد العميل من ذات نفسه عن الخدمة دو إخبار الأخصائي الاجتماعي ويعزي هذا لفشل العلاج، وربما بسبب عدم قدرة العميل نفسه على تقييم نتائج العلاج. (١: ٢٣٩٨ - ٢٣٩٩).

ولكي تتم عملية الإنتهاء بالشكل المرغوب فيه في إطار أيّاً من المواقف والأسباب المحدثة له، فإنه يجب على الأخصائي الاجتماعي العمل في ضوء مؤشرات رئيسية، حددتها "هولمان" (Holman ١٤) في البداية يجب التنويه إلى أن هذه الإرشادات تتطلب وجود نوع من التعاقد، سواء كان مكتوباً أو شفهياً متعلق بنوعية الخدمة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، وسوف يتم تناول موضوع التعاقد هذا في جزئية خاصة به - والإرشادات هي:

- ١- يجب أن يتعلّق الإنتهاء بأهداف الخدمة وحسب اتفاق مسبق مع العميل.
- ٢- على الأخصائي الاجتماعي أن يراجع التعاقد الخاص بالخدمة عند التخطيط لإنهائها وذلك للوقوف على الخدمات التي أنجزت أو التي لم تتجز، وعليه أن يوفر البديل في حالة استحالة استمراره في تقديم الخدمة.

٣- إذا كانت الخدمة مقدمة بقرار من المحكمة يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يحدد ما إذا كانت شروط المحكمة قد تتحقق جميعها قبل قرار الإنهاء أم لا.. مع الأخذ في الاعتبار أن العميل قد يسعى إلى الإنهاء ضد رغبة أو توصية المحكمة، وهذا يتطلب من الأخصائي الاجتماعي إخبار العميل وبصراحة بكل الآثار السلبية الممكنة والمحتملة ضده.

٤- إن تحقيق الإنهاء بهدف منفعة مادية أو اجتماعية للأخصائي هذا مرفوض أخلاقياً.

٥- من المحتمل أن يكون للعلاقة فيما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل آثاراً على فكر ومشاعر وسلوكيات العميل، وعلى الأخصائي أن يدرك هذه الآثار ويدرك قوته في هذا الشأن عند الإنهاء.

٦- على الأخصائي الاجتماعي التزاماً مهنياً بالبحث عن استشارة فوراً، إذا أدرك أن أفكار ومشاعر عميلة قد تتأذى خلال الإنهاء وليس لديه القدرة لذلك.

٧- في الممارسة الخاصة، على الأخصائي الاجتماعي تعين شخص آخر مؤهل للعلاج، إذا كان غير قادر على تحلله العلاج بنفسه.

٨- على الأخصائي الاجتماعي أن يدرك أن الإنهاء لن يؤثر على العميل فقط، بل على الأنساق المحيطة به.

٩- يجب النظر إلى الإنهاء على أنه جزء من الخدمة، ينفذ في ضوء احتياجات العميل.

١٠- على الأخصائي أن يكون متمنكاً من استقبال العمليات العاطفية والنفسية المصاحبة للإنهاء.

١١- يجب أن تتضمن عملية الإنهاء تقديم لفظي، وأحياناً كتابياً عن الخدمة.

١٢- يجب أن يمد الأخصائي الاجتماعي عميله بكل المعلومات الازمة إذا هدف إلى الحصول على خدمة أخرى.

١٣- يجب أن يتمتع الأخصائي الاجتماعي بالحساسية الكافية لتحديد متى وكيف تبدأ عملية الإنتهاء.

١٤- يجب أن يتولى الأخصائي الاجتماعي بنفسه مسؤولية إنتهاء الخدمة وما يتبعها من قضايا في حالة ما إذا كان يشترك في الخدمة أطراف أخرى، كما هو الحال في المستشفيات أو المؤسسات التي يشارك العمل فيها أفراد آخرين.

ويتسق مع الأسباب والإرشادات المتعلقة بالإنتهاء تلك المهام التي أوضحتها "أني فورتين Anne Fortune" والتي حددتها في خمسة مهام رئيسية تتعلق بمساعدة العميل على:

١- تقييم درجة التقدم في العلاج: وذلك من خلال مساعدته على تقييم درجة تحقق الأهداف وحالة العميل ومشكلاته وكذا التغيرات التي طرأت على حياته كما يتطلب ذلك إزالة الشكوك والغموض من ذهن العميل بخصوص التطور الإيجابي لحالته، وأيضاً يفيد التقييم في تحديد ما يجب التدخل فيه مستقبلاً، ومراجعة عملية العلاج برمتها.

٢- تعليم المكاسب: حيث أن العميل يستخدم مهاراته بمحدودية مما يصعب معه تعليم ما حققه من مكاسب (فمثلاً قد يحسن اتصالاته بزملائه وليس بأعضاء أسرته) كما يمكن أن يعمم مهاراته في المواقف الحياتية المستقبلية، وكذلك امتدادها إلى البيئة المحيطة به.

٣- الحفاظ على المكاسب: وتعلق هذه النقطة بال مدى الزمني الذي يحتفظ فيه العميل بالمكاسب من المهارات بعد إنتهاء الخدمة مثل التأكيد من ممارسات السلوكيات المكتسبة بعد انتهاء العلاج. وأيضاً نشاء شبكات اجتماعية جديدة خاصة بالعميل لتحقيق دوام واستمرارية المكاسب العلاجية.

٤- التحول إلى خدمة أخرى: فسواء انتهت الخدمة أو تم تحويل العميل إلى أخرى، على الأخصائي الاجتماعي مهمة تسهيل عملية التحويل وذلك من خلال تخفيف درجة تبعية العميل، ومناقشة الأحداث الجديدة التي تخرج عن نطاق العلاج.

٥- التفاعل مع المشاعر المصاحبة لعملية الإنتهاء: حيث أن التعبير عن المشاعر جزئية هامة في عملية الإنتهاء، حيث تجعلها حقيقة، وتصبح عملية الإنتهاء بمثابة بداية جديدة لأوضاع حياتية أفضل، ويجب هنا مناقشة أية ردود أفعال سلبية مع العميل وبصرامة.

٢- التعاقد والإنتهاء :

يقصد بالتعاقد اتفاق مكتوب أو شفوي أو ضمني بين الأخصائي الاجتماعي والعميل على الأهداف وطرق حل المشكلة، أو المواعيد والجدوال الزمنية والالتزامات المتبادلة للعلاج، وذلك للحصول على فهو واضح وفعلي، أو وضع اتفاق حول هذه الموضوعات .

وتتطلب عملية تقديم الخدمة أو المساعدة بصفة عامة تحقيق تعاقد فيما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل سواء أخذ هذا التعاقد الصورة المكتوبة أو يتم في صورة اتفاق شفهي بين الأخصائي والعميل، وفي هذا الصدد يشير "Reid إلى تفضيل الاتفاق أو التعاقدات الشهيفية عن المكتوبة لأنها أقل إثارة للخوف أو القلق إلا في حالة تواجد عدد من الناس أو أن تكون المشكلة معقدة .

ويفيد التعاقد بما يتضمن من بنود واضحة في قياس عائد التدخل المهني في كل مراحل العمل المهني، وكذلك النتائج النهائية لأنه يمثل صورة واضحة لواجبات كل الأطراف المشاركين أو المؤثرين في الموقف.

وعملية الإنتهاء كإحدى العمليات المرتبطة بتقديم الخدمة، يظهر فيها جلياً أهمية هذا التعاقد أو الاتفاق، حيث تتطلب ضرورة التوصل إلى اتفاق بشأن إنتهاء الخدمة، أو تحديد كيف ومتى يتم اتخاذ قرار الإنتهاء فيما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، ومدى إشراك الأخصائي الاجتماعي للعميل في اتخاذ قرار الإنتهاء.

وفي هذا الصدد تشير الدراسات إلى أن نسبة (٥٦%) من الأخصائيين الاجتماعيين يتذمرون قرار الإنتهاء بمفردهم وأن نسبة (٤٤%) يقومون بإشراك العميل في ذلك، وذلك القرار المتبادل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل للاتفاق حول

عملية الإنتهاء يعد بمثابة نتاج عملية التخطيط، والتي تتطلب اشتراك كامل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل للإحساس بزمن أو مرحلة الانفصال عن الأخصائي ولا يجب أن يحدث ذلك مفاجأة، لأنه قد يؤدي إلى رد فعل عكسي، حيث أنه عندما يتتجنب الأخصائي الاجتماعي مقابلة عملية فقد تحدث الانتكasa مرة أخرى .

والتعاقد يجب أن يبدأ قبل بداية الخدمة، فيجب إنشاء تعاقد تفاوضي بين العميل والأخصائي الاجتماعي والذي تتبع أهميته في أنه يخدم هدف مزدوج مهم للغاية لمرحلة العلاج حيث أنه يرشد العميل والأخصائي أثناء عملية العلاج أو الخدمة، إلى جانب كونه يوفر أساس لحل الخلافات أو نقاط عدم الاتفاق بينهما واتي قد تنشأ أثناء عملية العلاج أو الخدمة.

هذا الاتفاق الذي يجب أن يتضمن الحدود التي تفرضها سياسة المؤسسة، في إطار رضا كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل والالتزامات وواجبات كلاً من العميل والأخصائي الاجتماعي كذلك الوقت اللازم لأداء الخدمة وأماكن المقابلات وهو بذلك يعد أساس لتحقيق عملية الإنتهاء ومن الأهمية بمكן الإشارة إلى أن كافة التعاقدات والاتفاقات يجب أن تتفق وآداب المهنة (٤).

٣- الإنتهاء في ممارسة خدمة الفرد:

يهدف الأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة الأفراد والأسر لكي يكونوا قادرين ومستعدين لإغلاق الحالة لذلك يعمل الأخصائي الاجتماعي معهم على استعادة قدرتهم لمقابلة متطلباتهم وتحقيق الاستقرار في الأوضاع والمواقف الجديدة التي تقابلهم، وفي الواقع فإن إغلاق الحالة يتطلب على نحو أساسي ضرورة عمل كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل سوياً لإنتهاء عملهم، من خلال النظر إلى ما تم إنجازه، والتحدث سوياً حول ما سيتم عمله لاحقاً وذلك على الرغم مما يحدث إغلاق الحالة من مشاعر بعدم السعادة لكل من الأخصائي والعميل.

وقد يغيب عن الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في إطار العلاج قصير المدى، أن العميل في مثل هذه الظروف ربما يعتقد أنه ليس من حقه التعبير

عن مشاعره وأفكاره حول إنتهاء الحالة ذلك أن شروط المساعدة التي وضعها الأخصائي الاجتماعي عادة، خلال المقابلة الأولى قد تجعل لعميل يشعر بالحرج في مناقشة الاتفاق الذي وافق عليه في البداية.

بالإضافة إلى أن الأخصائي الاجتماعي في العلاج المحدود المدى غالباً ما يوجه جهه نحو الأفعال، وقد يغفل نتيجة لذلك المشاعر الكامنة وراء الإحساس بالذنب والغضب والاكتئاب

فكل من الأخصائي الاجتماعي والعميل (أفراد أسر) ينتابهم القلق بشأن إنتهاء العلاقة فيما بينهم، ولا فقدان كل منهما الآخر ومن واقع الخبرة العملية، فقد حددت "إليزابيث كوبير - روس" Elizabth Kunler- Ross "الأحزان والآسي" التي تظهر خلال هذه المرحلة في: الغضب المساومة، الوهن والحزن والاستحسان وربما يواجه العملاء مشاكل جديدة تتعلق بمحاولة الحفاظ على مستوى علاقتهم بالأخصائي الاجتماعي وبرغم ذلك، فإن إجراء عملية الإنتهاء يكون مهم جداً لكل من طرفي العلاقة، حيث أنه يتم من خلالها معرفة مشاعر كلاً منهما تجاه الآخر مع تحقيق إنتهاء العلاقة

وفي إطار النظريّة الوظيفيّة يعتبر الإنتهاء أو تجربة الانفصال من المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظريّة، تجربة الانفصال، وهي عادة تجربة أليمة عند نهاية عملية المساعدة، لابد وأن تعقبها فترات من الحيرة والقلق إلا أنها تنشط لدى العميل إرادة الخلق والابتكار وهي نهاية المطاف في عملية المساعدة وتتحدد مهارة الأخصائي في التمهيد لها، وجعلها انفصالاً مؤقتاً إلى لقاء وليس وداعاً نهائياً وفي نهاية التدخل المهني، تبدأ مبادرات خلاقة من العميل لحل مشكلته، وتحرر نسبي لإرادته لفعل شيء ما كالمصالحة أو التنازل أو الاعتذار

وفي ضوء النموذج البيئي ونموذج الأساق، فإن عملية الإنتهاء تتضمن أنشطة رئيسية مثل التقييم الختامي، الفصل من العلاقات وثبتت عملية التغيير، ويتم ذلك من خلال مهارات وطرق تتعلق بإعداد الأخصائي الاجتماعي لتقييمات التطورات الحادثة من خلال الأنشطة السابقة وفي ذلك قد يتأثر الانفصال أو الإنتهاء

بتجارب كل من العميل والأخصائي السابق عن العلاقات وعلى الأخصائي الاجتماع التأهب لذلك بمراجعة خبرات العميل السابقة عن فقدانه من خلال مراحل من الرفض والمشاعر السلبية والحزن لذلك فإن مرحلة الإنتهاء تحتاج إلى تقييم التقدم الحادث للعملية من قبل كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل، ويتحمل الأخصائيون الاجتماعيون أيضًا مسؤولية الاستعانة بالمعلومات الواردة في دراسة الحالات، لمتابعة قضايا اجتماعية قد تنشأ من هذه الحالات، وذلك بالاشتراك مع المؤسسات الاجتماعية وعلى نطاق واسع.

أما الإنتهاء وفق نموذج التدخل في الأزمة وكما حدده جولان Colan فإن عملية الإنتهاء والتي قد تبدأ في اللقاء السابع أو الثامن إذا لزم الأمر فإنها تتضمن مفاهيم ومحددات رئيسية مثل:

(أ) اتخاذ قرار الإنتهاء: ويتضمن ذلك فحص الفترة منذ التحويل وبقاء العميل، افتراض أو اقتراح الفترة الزمنية بين الاتصال والانتهاء التعامل مع مقاومة مرحلة الإنتهاء.

(ب) مراجعة التقدم وتشمل، مراجعة الموضوعات الرئيسية تذكر المهام التي تم إنجازها والأهداف التي تم التوصل إليها وأيضاً التغييرات والعمل الذي لم يستكمل.

(ج) التخطيط للمستقبل: ويشمل، مناقشة المشكلات الحالية ومناقشة خطط العميل، مساعدة العميل على الإحساس بعملية الانتهاء وإمكانية العودة في حالة ظهور مشكلات أخرى.

وتتحدد عملية الإنتهاء وفق نموذج التركيز على المهام في اشتراك الأخصائي الاجتماعي والعميل في القيام بالإجراءات التالية:

(أ) وصف المشكلة المستهدفة كما كانت وكيف أصبحت الآن ويشمل ذلك اختبار أو التأكد من إذا كانت هي أكثر المشكلات أهمية.

(ب) اشتراك كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل في تقدير التغييرات والإنجازات المحققة.

- (ج) التخطيط للمستقبل مثال، كيفية استخدام العميل لأي مهارات تعلمها أو تغيير ظروفه، ومساعدة العميل على التعامل مع ما يظهر من مشكلات مستقبلاً.
- (د) التعاقدات الإضافية لتحقيق عملية الإنماء بشكل ملائم أو للعامل مع مشكلات جديدة وتحديات لمهامه.
- (ه) إجراءات نهاية محددة وفقاً لاستمرار الاتصال بالأخصائي المؤسسة (كما هو الحال في حالة الرعاية الداخلية أو المراقبة المستمرة للعملاء لتنفيذ متطلبات قانونية).
- (و) التحرك لعملية العلاج الطويل أو تنظيم مرحلة التتبع لفحص ما قد تم حدوث تقدم بشأنه.
- (ز) التحويل لمؤسسة أخرى للحصول على مساعدة إضافية مساعدة بديلة.

وفي العلاج الأسري، فإن الأفراد في أغلب الحالات سوف يستمرون في المعيشة مع بعضهم البعض، ومن ثم، فإن استجابات أعضاء الأسرة نحو الإنماء أو الانفصال يتركز محورها عادة حول أدائهم الوظيفي في غياب الأخصائي الاجتماعي (٣: ٣٧٨) ولذلك فإنه يتم التركيز خلال مرحلة الإنماء في العمل مع الأسرة على موافق إعادة التأهيل، مثل ذلك حالات سوء تكيف الفرد أو الأسرة، حيث يتم التركيز على إعادة التأهيل للقدرات الضعيفة أو مواطن العجز، وذلك من خلال تقييم الانجازات المرتبطة حل المشكلة، ذلك التقييم أو إعادة التأهيل يمكن اعتباره ضمن عمليات الوقاية .

والإنماء في العلاج الأسري قد يختلف في مكوناته، وذلك إذا ما أخذ في الاعتبار إمكانية تحقيق الهدف منه بعيداً عن الأخصائي الاجتماعي، والذي قد يتمثل في استمرار الأسرة أو الطلاق ولكن يتم التركيز عادة على الأساليب التي تمثل الأداء الوظيفي للأسرة كوحدة واحدة وبذلك فإن إنهاء الخدمة المقدمة للأسرة يمكن إجرائها في ضوء مؤشرات قياس مثل: التغيرات التي تطرأ على العلاقة بين أعضاء الأسرة تحسن عمليات التفاعل أو الاتصال فيما بينهم، ووجود أدوار أكثر مرنة لأعضاء الأسرة إلى جانب حدوث تغييرات في المسؤوليات، والسلطة وكذلك حدوث تغييرات في

علاقة أفراد الأسرة بالغير، قدرة الأسرة على الوفاء بالاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية لأعضائها إلى جانب قدرتها على تحقيق التنشئة الاجتماعية لأعضائها .

وبصفة عامة يمكن تحديد خطوات وطرق الإناء في خطوتين رئيسيتين: الخطوة الأولى تتمثل في التهيئة اللغوية حيث يتم التمهيد للعميل بعملية الإناء، وقد يكون ذلك بأن يذكر الأخصائي الاجتماعي العميل بما اتفقا عليه في الجلسة الأولى، عند بداية العلاج، مثال ذلك قد يقول الأخصائي الاجتماعي لها نحن نقترب من نهاية عملنا سوياً حيث أتوقع في خلال أسبوعين من الآن أن تكون قد وصلنا إلى خاتمة عملنا المشترك، أو يقول في نهاية إحدى الجلسات أتوقع أننا في خلال ثلاثة أسابيع من الآن تكون قد اطمأنا إلى تحقيق الهدف الذي حدّدناها سوياً أو يقول الأخصائي أتصور أننا قد وصلنا إلى مرحلة يمكن أن تستمر فيها في العمل معتمداً على مهاراتك، وقد ننهي العلاقة بعد أسبوع من الآن .

ثم يقوم الأخصائي الاجتماعي عندئذ بإعداد ملخص للإنجازات الخاصة بالحالة ويمكن مناقشة ذلك مع العميل أما الخطوة الثانية: يهتم الأخصائي فيها بجعل الحالة مفتوحة للتتبع على أن يتقادى إعطاء فرصة لعودة العلاقات الاعتمادية من جانب العميل .

مقترحات للإناء في ضوء واقع الممارسة الميدانية:-

في ضوء ما تقدم من نتائج حول واقع قيام الأخصائي الاجتماعي بإجراءات عملية الإناء للخدمة أو العلاج عند عمله مع الحالات الفردية، والتي أشارت إلى ضعف إجراءاته في إتمام هذه العملية بالأسلوب الملائم. فإنه يمكن وضع مقترحات حول كيفية إتمام عملية الإناء مع الحالات الفردية بالصورة الملائمة من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بإتباع أساليب معينة لتحقيق الإناء، وذلك وفق محددات الإناء التالية:

أولاً: تحديد الفترة الزمنية للإناء والإعداد لها من خلال الآتي:

- ١- الانفاس مع العميل حول بداية عملية الإنتهاء.
- ٢- عندما نرغب في الإنتهاء يجب إتمامه في فترة زمنية محددة له سلفاً.
- ٣- يجب القيام بمتابعة العميل باستمرار خلال فترة الإنتهاء.
- ٤- مقابلة الضغوط التي قد تقع على الأخصائي الاجتماعي لإتمام الإنتهاء دون تجل أو تسرع.
- ٥- يجب تجنب إجراء عملية الإنتهاء بصورة مفاجئة، ومراعاة ضرورة التمهيد والإعداد لها.
- ٦- إتباع خطوات متدرجة ومنتظمة لمرحلة الإنتهاء.

ثانياً: تحديد مدى تحقق علاج المشكلة والإلمام بطبعتها والأهداف المرجوة لتحقيق الخدمة، من خلال الآتي:

- ١- مراعاة التوازن بين لوائح المؤسسة وتحقيق الخدمة بصورة تامة لإجراء الإنتهاء بعد ذلك.
- ٢- عدم التسرع في القيام بالإنتهاء إذا طلبت الخدمة وقت طويل.
- ٣- القيام باستخدام مؤشرات قياس للتقدم في الحالة قبل الإنتهاء.
- ٤- عدم القيام بالإنتهاء في حالة عدم توقع نجاح الخدمة ويجب الاجتهاد حول إنجاح الخدمة.

ثالثاً: مراعاة رغبة العميل وتوقعاته وردود أفعاله، وذلك من خلال الآتي:

- ١- تحديد بداية الإنتهاء وفق رغبة العميل.
- ٢- مناقشة العميل حول ما تم إنجازه وتوقعاته حول الإنتهاء.
- ٣- مراجعة العميل حول أسلوب الإنتهاء وطبيعة أفعاله بعد إجراء الإنتهاء.
- ٤- تقدير مشاعر العميل التي قد تنتابه عند إحساسه بقرب إنتهاء العلاقة.

٥- يتم أخذ رأي العميل إذا تطلب الأمر ضرورة تحويله لمؤسسة أخرى.





الفصل الرابع

ممارسة طريقة العمل مع الأفراد والأسر

بالمجال الأسري

الفصل الرابع

ممارسة طريقة العمل مع الأفراد والأسر بال المجال الأسري

تقديم:

تعد الأسرة باعتبارها البنية الأولى والأساسية في المجتمع من أهم وحدات المجتمع ونظامه والتي تظهر فيها انعكاسات التغيرات التي تحدث في المجتمع بصورة جلية، لذا يصبح واضحًا أهمية دراسة الأسرة في إطار السياق الاجتماعي للمجتمع الذي توجد به إذا ما هدفت أي من التخصصات المهنية إلى تناول أي جانب من جوانب الأسرة أو إذا ما هدفت إلى تناول أي من مشكلاتها، والخدمة الاجتماعية بطرقها المهنية كإحدى هذه التخصصات المهنية في المجمع يجب عليها العمل مع الأسرة في إطار إدراك وفهم طبيعة هذا السياق الاجتماعي لما له من انعكاساته على أوضاع الأسرة وخصائصها وبالتالي طبيعة ونوعية المشكلات التي يمكن أن يفرزها هذا السياق ينسق الأسرة، وهذا ما يحقق للمهنة وطرقها إمكانية التعامل مع الأسرة وأفرادها وزيادة عالية الجهد المبذولة من قبل المهنة وطرقها تجاه الأسرة ومشكلاتها.

هذا ويتم تناول العلاج الأسري في خدمة الفرد من خلال تناول مباحث أساسية تشمل موضوعات رئيسية مثل: الأسرة ماهيتها ومفهومها، المشكلات الأسرية وتصنيفها، خدمة الفرد والمشكلة الأسرية، الأساس النظري للعلاج الأسري، العلاج الأسري كاتجاه علاجي معاصر في خدمة الفرد، دورة حياة الأسرة كإطار مرجعي للعلاج الأسري.

الأسرة ماهيتها ومفهومها:

لا يوجد مجتمع قائم بالفعل ولا يشتمل على بناءات أية على أية صورة من الصور، إلا أنه من الصعب بمكان أن نقدم تعريفاً شاملاً لها وذلك نظراً لتنوعها، فمعظم الزيجات التي نطلق عليها مصطلح الأسرة قد لا ينطبق عليها المعنى

التقليدي الذي نطلقه على الأسرة خاصة إذا عرف أن ملايين الزيجات التي تحدث في الكاريبي أو أمريكا اللاتينية تتم دون أن تصاحبها الإجراءات الرسمية والقانونية والشعائر الدينية (١).

ويتبادر المعنى الاصطلاحي لتعريف الأسرة باختلاف وجهات النظر. هذا بالرغم من الاتفاق حول أهمية الأسرة كنظام اجتماعي يؤدي وظائف ضرورية وحيوية للمجتمعات الإنسانية (٢).

فالأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأولى التي تهدف إلى المحافظة على النوع الإنساني وتقوم على المقتضيات التي يرتضيها العقل الجمعي والقواعد التي تقررها المجتمعات المختلفة.

ويعتبر نظام الأسرة نواة المجتمع لذلك كان أساساً لجميع النظم، وتخالف النظم العائلية في جميع مظاهرها باختلاف الجماعات، كما يختلف نطاقها ضيقاً واسعة فأحياناً يتسع حتى يشمل جميع أفراد العشيرة كما هو الحال في العشير الطوطمية وأحياناً يشمل الزوج والزوجة وأولادهما كما تضم المتزوجين منهم وصغارهم وهي الأسرة الممتدة Extended Family وأحياناً يصيق حتى لا يتجاوز نطاق الأب والأم وأولادهما الصغار وهي الأسرة النووية Nuclear or Conjugal family كما هو الحال في المجتمعات الحديثة ويقال أسرة الإنجاب Family of Procreation أو أسرة التوجيه Family of Orientation أي الأسرة التي ينتمي إليها الوالد والوالدة، وأسرة التبني Family of Orientation أي الأسرة التي نشأ فيها الفرد (١).

وعلى أية حال فإنه لا يمكن أن ينكر أحداً اعتبار الأسرة كتنظيم اجتماعي، لكن بالطبع ، فإن الأسرة تأخذ أشكالاً متنوعة، مثل الأسرة النووية التي تتميز بالعلاقة الزوجية وعلاقة الآباء بالأبناء، والأسرة الممتدة والتي تختلف عن الأسرة النووية في طبيعة شبكة علاقات النسب الهمامة والأقارب، عموماً يمكن النظر إلى الأسرة كجماعة ترتبط برباط الزواج أو الدم أو التبني (٢).

وتعرف الأسرة في نطاق الخدمة الاجتماعية بأنها نظام اجتماعي يتكون أساساً من رجل وامرأة يرتبطان بطريقة منظمة اجتماعياً وقد يزداد عدد أفراد الأسرة بالإنجاب أو بانتماء بعض الأقارب للأسرة كما يمكن إطلاق لفظ الأسرة على الجزء المتبقى منها نتيجة وفاة أو انفصال أحد الوحدات البنائية المكونة لها^(٣).

كما تعرف الأسرة في نطاق مهنة الخدمة الاجتماعية أيضاً بأنها جماعة اجتماعية ونظام اجتماعي جددت صورته ثقافة المجتمع وأقرت أساسه رجل وامرأة يقوم بينهما رابطة زواجية مقررة، وقد يتکاثر عدد الأسرة بإنجاب الأبناء أو بشمول أعضاء ينتمون إلى أحد الزوجين أو كأيهمَا أو بالتبني ويمكن أيضاً أن ينسحب بلفظ الأسرة على جزء منها نتيجة وفاة أحد الزوجين أو كليهما^(٤).

خصائص الأسرة:



إن الأسرة مؤسسة عامة من المؤسسات الموجودة في أي مجتمع على امتداد رقعة العمران البشري بأبعاده الزمانية والمكانية على السواء، ولكن الحقيقة المكملة لهذا المبدأ العام هي أن خصائص المجتمع الإنساني وظروفه هي التي تحدد في كل حالة الشكل التي تتخذه الأسرة في المجتمع، ويأتي على رأس تلك الخصائص والظروف الاجتماعية الأنساق الاقتصادية الثقافية في المجتمع، فهي أبرز العوامل المؤثرة في الأسرة، وإذا دققنا النظر في تأثير المجتمع على الأسرة لوجدنا هذا التأثير ينفذ من خلال التنظيم الاجتماعي للزواج والقيود والمحرمات التي تفرضها على العلاقة الزوجية ونظم النسب وبالتالي شرعية نسب المواليد وقواعد الالشرعية. ونظم القرابة واكتساب اسم الأسرة، ونظم الملكية، والمهنة أو المكانة، والهيبة، والوصاية، نظم الإعالة، وتوزيع السلطة داخل الأسرة وخارجها، وتقسيم العمل، والنشاط الاقتصادي بين الرجل والمرأة، وحقوق وواجبات الوالدين وغيرهما من الأقارب، وحقوق وواجبات الأطفال قبل والديهم وتقبل غيرهم من الأقارب^(١).

ومن أهم خصائص الأسرة الحديثة^(٣):

- ١- تتمتع أفراد الأسرة بالحريات الفردية العامة، فكل فرد كيانه الذاتي وشخصيته القانونية والاعتبارية عندما يبلغ سن الأهلية القانونية.
- ٢- تفسير المركز الاجتماعي لعناصر الأسرة، خصوصاً الوضع الاجتماعي للمرأة في الأسرة والحياة الاجتماعية، حيث نزلت إلى ميدان العمل بعد تعليمها، فأصبحت مشاركة ومسئولة.
- ٣- سيادة الاتجاهات الديموقراطية، فلم يعد المنزل قلعة يحكمها الرجل ويقبض مقاليد أموره وحده، بل أصبح خلية للاستمتاع والشعور بقيم الحياة الاجتماعية.
- ٤- العناية بمظاهر الحضارة والكماليات وإغفال مسائل ضرورية، وتنشر هذه النزعة حتى في أبسط الأسر وأرقاها حالاً.
- ٥- العناية بتنظيم الناحية الروحية والمعنوية في محيط الأسرة، مثل تنظيم أوقات الفراغ واستغلال نشاط الأفراد فيما يعود على الأسرة والمجتمع بالفائدة، والعناية بالفنون والناحية الترويحية.
- ٦- ومن مميزات الأسرة الحديثة أنها أصبحت صغيرة العدد ومحدودة النطاق، فهي تتكون من الزوج والزوجة والأولاد المباشرين ويندر أنها تحتوي بعض ذوي القربي.

٢- وظائف الأسرة:

فضلاً عن الأدوار المنسوبة للأسرة والتي تحظى باعتراف عالمي تقريباً، فإن من الأهمية بمكان الإقرار بالإمكانات المختلفة التي يتزدّرها التنظيم الأسري، وهذا التنوّع مسألة ملزمة لتعدد أشكال التنظيم الاجتماعي والقيم الثقافية والدينية، وقد تفرضت الأسرة، بوصفها وحدة اجتماعية لتحولات جذرية في العقدين الآخرين في شكلها وهيكלהها بسبب التغيرات الديمغرافية وكذلك التغيرات الاجتماعية- الاقتصادية الكبرى^(٤).

وعلى الرغم من كل تلك التغيرات، ستبقى الأسرة تقوم بوظائف أساسية متنوعة، ولسوف يجد الغالبية العظمى من الناس في التفاعل الزواجي والأسري الأساس الحيوي والهام للاستقرار العاطفي والنفسى، كذلك ستبقى الأسرة هي المصدر الأول للتنشئة الاجتماعية، وستظل كذلك مصدر الأمان والمودة وإعطاء الحياة عنى، وقد يتغير الشركاء خلال الزواج، وقد تتغير توقعات الرجال والنساء، الأمر الذى يمكن أن يعطى إلى تغيرات واسعة النطاق في الصيغة الأسرية إلا أن هذه التغيرات لا يجب أن تقرنها بالانحلال والأخلاقية.

إن المجتمع الذى قد يقترب من الانحلال ويكون للأسرة إسهام فى ذلك فلن يكون الأمر راجعاً إلى التغير فى حد ذاته، بل إنه سيرجع في محل الأول إلى عدم القدرة على التغير واستيعاب الأوضاع والمواقف الجديدة^(١).

وإذا جار القول بأن التخصص وتقسيم العمل يؤدي إلى تقكك المجتمع الحديث، فإنه يمكن القول بنفس القدر بأن تقلص وظائف الأسرة يمكن أن يؤدي إلى تفككها، ولكننا رأينا كيف أن التخصص وتقسيم العمل في المجتمع قد أدى إلى تدعيم التضامن الاجتماعي على نحو لم يشهده المجتمع الإنساني من قبل، كذلك نقول أن تقلص وظائف الأسرة قد حول أعضاءها إلى مجموعات من الشخصيات المسقلة التي لا سبيل أمامها للوجود والحياة داخل إطار واحد سوى تكوين شبكة جديدة من علاقات التألف الحميمة التي تهض على أساس من الإقناع والعاطفة لم يكن له نظير في الأسرة من قبل، لأنه ولد إرادة مستقلة وليس ولد حاجات مادية أو اجتماعية ملحة^(٢).

والأسرة كنس اجتماعي لها من الوظائف ما يعد من وجهة نظر المجتمع ضروريات، وقد تعرضت كتابات عديدة لمثل هذه الضروريات، وتعد أكثر هذه الكتابات ملائمة لوظائف النسق الأسري تلك التي عرضها كل من "بنت وتميس" Bennett and Tumis والتي تمثل في المحافظة على التوظيف البيولوجي للأفراد، وظيفة التنازل، التنشئة الاجتماعية للأفراد، إنتاج وتوزيع الخدمات، المحافظة على المعتقدات وتحث الأفراد على النشاط^(٣).

وبذلك يمكن القول أن الأسرة تقوم بأربعة عمليات أساسية هي^(١):

- ١- الإشباع الجنسي لكل من الزوج والزوجة بطريقة يعترف بها الدين والمجتمع.
- ٢- إنجاب الأطفال وبذلها يستمر الجنس البشري.
- ٣- حماية الأطفال وتنشئتهم.
- ٤- تقوم الأسرة بتوزيع العمل على أعضائها.

وبصفة عامة فإن وظائف الأسرة تشتمل على^(٢):

- ١- تنظيم العلاقات الجنسية بين الزوج والزوجة وتنظيم الإنجاب والتناسل.
- ٢- القيام بعمليات التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي للأبناء خصوصاً في مرحلة الطفولة المبكرة والمتاخر حيث يظل الطفل في حاجة إلى الرعاية الدائمة فترة طويلة يتزود خلالها بأهم القيم والمعايير والعادات والتقاليد والعناصر الثقافية الأساسية من أسرته ويكتسب مكونات المجتمع الثقافية من خلال تفاعل الحياة اليومية داخل الأسرة.
- ٣- إشباع الحاجات الأساسية كالحاجة للأمن والحب والانتماء فضلاً عن إشباع الحاجات المادية الأساسية كالمسكن والمأكل والملابس والرعاية أثناء المرض أو العجز.
- ٤- توفير حد معقول من التعليم والتدريب للطفل على كيفية التعامل مع الآخرين عن طريق توفير مناخ للتفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية تلك التي تنتج عن علاقة الطفل بأسرته.

وإذا كانت تلك الوظائف قد تتسلخ على الأسرى بوجه عام فإنه وفق الدراسة التي أجرتها "سناة الخولي" لمعرفة الوظائف التي تقوم بها الأسرة المصرية في الوقت الحاضر تبين الآتي:

- ١- إن وظائف الأسرة المصرية لم تتغير كثيراً فما زالت نسبة لا يأس بها تحتفظ بوظائف كانت تميز الأسرة الممتدة التقليدية، وربما يرجع ذلك إلى التأثير النسبي

(لغات العينة) بالتغيير واستجاباتها المتقاوتة له. تلك الاستجابات التي تعكِي المستوى الاجتماعي والثقافي والمهني.

٢- تحول الأسرة المصرية تحت تأثير الحياة الحضرية بالتدريج من وحدة منتجة إلى وحدة مستهلكة. كما أن إسهام الأسرة ككل في الأنشطة الاقتصادية المتنوعة في المجتمع د زاد من حيث معدله بالمقارنة بـ الأسرة التقليدية القديمة.

٣- لا يظهر بصورة واضحة أن الأسرة المصرية كـ الأسرة في المجتمعات الغربية مثلاً تعتمد اعتماداً يكاد يكون مطلقاً على السوق الخارجية في كل مطالبها المادية على وجه الخصوص.

٤- أصبحت الأسرة المصرية تشارك في الوظيفة التعليمية عن طريق المتابعة والإشراف المنظم في كثير من الأحوال على تقدم أبنائها المدرسي وانجازهم لواجباتهم.

٥- تتغير أساليب التنشئة الاجتماعية إلا أن عملياتها المختلفة لا تزال أهم وظائف الأسر جميعاً، وليس هناك شك في أن طرق التربية والتنشئة الاجتماعية تتغير من فئة إلى أخرى حيث تعكس خبرة الوالدين ومستواهما الاقتصادي والثقافي والاجتماعي والمهني ^(١).

وانطلاقاً من أهمية الأسرة ووظائفها تجدر الإشارة هنا إلى عملية تقلص وظائف الأسرة، وما يمكن أن يكون عليه وضع الأسرة وأهميتها وفقاً لذلك.

تقلص وظائف الأسرة ما له وما عليه:

لعله قد اتضح من كل الدراسات التقليدية والحديثة للأسرة أن المؤسسات المتخصصة الحديثة تستطيع أداء كل (أو على الأقل أغلب) الوظائف التي كانت تؤديها الأسرة في الماضي بنفس الكفاءة، إن لم يكن يشكل أكفاً ومن هنا يصبح من المنطقي أن تتساءل. هل بعد ذلك يمكن أن تعتبر تخل الأسرة الحديثة عن بعض وظائفها تدهور للأسرة.

لا شك أن هذه النتيجة الواضحة تؤكد أن هذه الظاهرة لا يمكن أن تعد تقلصاً حقيقياً للأسرة ولا تدهور لمكانتها، خاصة إذا أُفنا إلى هنا بروز الوظيفة الحقيقية للأسرة

وأوضحها أكثر فأكثر مع الوقت وهي وظيفة بناء الشخصية الاجتماعية الثقافية للفرد، أي وظيفة التنشئة الاجتماعية وكذلك التربية العاطفية وتقنيته بالمشاعر والأحاسيس التي تكفل له فعالية التورّمات ومواجهة الأزمات ولا توجد أي مؤسسة اجتماعية أخرى يمكن أن تؤدي هذه الوظيفة يمثل هذه الكفاءة^(١).

المشكلات الأسرية وتصنيفها:

تمثل المشكلات الاجتماعية بصفة عامة في المفارقات ما بين المستويات المرغوبة والظروف الواقعية فهي مشكلات بمعنى أنها تمثل اضطراباً وتعطيلاً لسير الأمور بطريقة مرغوبة كما يحددها القانون بدراسة المجتمع.

وتتصل المشكلات الاجتماعية بالمسائل ذات الصفة الجمعية التي تشمل عدداً من أفراد المجتمع بحيث تحول دون قيامهم أوارهم الاجتماعية وفق الإطار المتفق عليه والذي يتمشى مع المستوى المألف للجماعة وعادة تكون المشكلة الاجتماعية ذات تأثير عميق لأحد النظم الاجتماعية الأساسية كما في حالة البطالة وتشرد الأحداث وغيرها^(٢).

وتعرف المشكلة بأنها: حالة من الاختلال الداخلي والخارجي الناجم عن وجود نقص في إشباعات الفرد أو الأسرة كل ما يؤدي إلى أنماط سلوكية تتنافي مع الأهداف السامية^(٣).

كما تعرف أيضاً على أنها: موقف اجتماعي يوجد بفعل مجموعة من العوامل والمتغيرات ويعرف الأسرة كوحدة اجتماعية عن أداء وظائفها، أو تحقيق أهدافها، أو إشباع احتياجاتها^(٤).

وبذلك تتضح طبيعة العلاقة بين المشكلة الاجتماعية بصفة عامة والمشكلة الأسرية من حيث التبادل والتأثير، فكما أن المشكلة الأسرية قد تكون نتيجة لمشكلات اجتماعية فإنها قد تكون سبباً في وجود مثل هذه المشكلات الاجتماعية، ويتفق هذا أيضاً مع طبيعة العلاقة بين العوامل المجتمعية والأسرة.

تصنيف المشكلات الأسرية:

تنوع التصنيفات التي تتناول المشكلة الأسرية وفقاً لوجهات النظر تجاه المشكلة الأسرية وزاوية الاهتمام بها، وبذلك يصعب الاتفاق حول تصنیف محدد للمشكلات الأسرية، فالبعض يصنفها وفق مراحل ظهورها أو وفق دورة حياة الأسرة، كما تصنف وفق العوامل المؤثرة في حدوثها وكذلك وفق عجزها عن القيام بوظائفها، ويتم عرض تلك التصنيفات فيما يلي:

١- تصنیف المشكلات وفق مراحل ظهورها ^(١):

(أ) مشاكل قبل الزواج ومن أمثلتها سوء الاختيار الزواجي ومشكلة الإسكان والمغالاة في المهر وارتفاع الأسعار وخاصة فيما يتعلق بمستلزمات بناء الحياة الزوجية.

(ب) مشاكل ما بعد الزواج، ومن أمثلتها سوء التوافق والغيرة والخيانة واختلاف القيم والميول والصراع الزوجي وغيرها.

(ج) مشاكل ما بعد زواج الأبناء ومن أمثلتها الشعور بالوحدة وأمراض الشيخوخة وتقادربن رب الأسرة.

٢- تصنیف المشكلات وفق دورة حياة الأسرة ^(٢):

الملاحظ أن مفهوم دورة حياة الأسرة Family Cycle قد ازداد أهمية في الكتابات الحديثة عن الأسرة، ولا عجب في ذلك لأنه أمكن من خلال هذا المفهوم أن ندرك أن معنى أو مضمون الأسرة يختلف من حالة لأخرى حسب المرحلة الزمنية التي تعيشها تلك الأسرة. ولا شك أن هذا المفهوم الجديد للأسرة يطرح علينا طائفة جديدة من المشكلات نذكر منها:

أ- الزوجان الشبان بدون أطفال.

ب- الزوجان مع أطفالهما في سن ما قبل المدرسة.

ج- الزوجان مع أطفالهما في مرحلة المراهقة المبكرة.

د- الزوجان مع أطفالهما في مرحلة المراهقة.

هـ- دخول الأسرة في مرحلة ما بعد الوالدية، حيث يبقى الأولاد الكبار في البيت أو يكونون قد غادروه بالفعل، ومن ثم يعود الزوجين وحيدين كما كان في البداية.

و- الزوجان يعيشان وحيدين.

زـ- عند وفاة أحد الزوجين تطرأ حالة جديدة يمكن مواجهتها باحتمالات عديدة إما معيشة الطرف الثاني وحيداً أو أن يتزوج من جديد أو ينتقل للإقامة مع أحد أولاده الكبار، أو ينتقل للإقامة بأحد بيوت رعاية المسنين.

ولعل هذا التصنيف يشير إلى أن تلك المراحل لدورة حياة الأسرة كمنظور حديث لدراسة الأسرة ليست مشكلة في حد ذاتها، ولكن ما قد يستتبع هذا التحول من مرحلة إلى أخرى وظروف كل مرحلة من ظهور مشكلات ترتبط بطبيعة ونوع تلك المرحلة.

٣- تصنيف المشكلات وفق عجز الأسرة عن القيام ببعض وظائفها (١):

- (أ) مشاكل الإنجاب والتي قد تنشأ عليه عدم القدرة على الإنجاب أو الإفراط في الإنجاب أو عدم التوازن في الإنجاب مما قد يؤثر في تماسك الأسرة وسعادتها.
- (ب) مشكلات التنشئة الاجتماعية وهي تتعلق بقدرة كل من الأب والأم على القيام بأدوارهم في عملية التنشئة الاجتماعية وتربية أطفالهم.
- (ج) المشكلات الاقتصادية وهي تتعلق بقصور أو نقص في الموارد المالية وعدم كفايتها للفاء بالالتزامات الأسرية أو سوء توزيع الدخل.
- (د) مشكلات أداء الدور حيث أن البناء الأسري يتضمن العديد من المراكز التي تتطلب أداء أدوار معيشة من شاغليها.

وتحتمل المشكلة في عدم قدرة الزوج أو الزوجة أو باقي أفراد الأسرة على القيام بالدور المتوقعة منهم.

ويرتبط بهذا التصنيف أيضاً هذا التقسيم لتلك المشكلات الأسرية والتي تنتج عن عدم إمكانية الأسرة على القيام بدورها وهي (١):

أ- مشكلات الرعاية الأسرية للأبناء وما يترب علىها من مشكلات سلوكية يتعرض لها الأبناء.

ب- مشكلات المراهقة والتي تترتب على عدم وجود قنوات اتصال فعالة بين الوالدين والأبناء وكذلك بين الأبناء بعضهم البعض.

ج- مشكلات أطراف القيادة الأسرية مثل مشكلات تعرض أحد أطراف الأسرة للأمراض العقلية أو الزهانية مما يفقد الأسرة توازنها وعدم قدرتها على الاستمرار.

٤- **تصنيف المشكلات الأسرية** وفق ارتباطها بالضغوط الأسرية والأوضاع المختلفة التي قد تتعرض لها الأسرة وتؤثر على الروابط والعلاقات بالأسرة^(١):

(أ) مشكلات ترتبط بإضافة متغيرات جديدة للأسرة وتؤثر على الترابط الأسري:

Accession to membership.



- الزواج أو الزوج الثاني.
- الحمل المرغوب أو غير المرغوب فيه.
- الهروب من المنزل أو العودة إليه من أخرى.
- وجود رب أسرة جديد بالزواج بآخر ينضم للأسرة.
- وجود صراع مرتبط بالعائلة.
- تبني طفل أو مراهق.
- عودة أحد أفراد الأسرة بعد غياب للعلاج مثلاً.

(ب) مشكلات متعلقة بتفكك العلاقات وفقد الأعضاء :

Loss of membership:

- موت أحد أفراد الأسرة.

- إقامة أحد الأفراد بالمستشفى.

- الصراع الذي يؤدي إلى الانفصال.
- ترك الأطفال للمنزل.
- بدء عمل المرأة.

(ج) مشكلات متعلقة بالانحراف أو الانهيار الخلقي:

- عدم الإعالة أو فقدان الدخل أو فقدان الوظيفة.
- الخيانة الزوجية.
- تعاطي الخمر أو الإدمان.
- الجنوح.

(د) مشكلات متعلقة بالانهيار الخلقي تبعاً لفقدان أو إضافة العضوية:

Demoralization Plus Loss or accession:



مثل:

- حمل غير شرعي.
- الهروب أو هجر الأسرة.
- الانفصال والطلاق.
- السجن لأحد الأفراد.
- الانتحار أو القتل.
- دخول المستشفى لمرض عقلي.

(ه) مشكلات متعلقة بتغير المكانة أو الوضع:

- الفقر أو الغنى المفاجئ.
- التحرك والانتقال لمنزل جديد أو جيرة جديدة.

- تغير في وضع ومكانة المرأة.
- النضج المصاحب لمراحل النمو مثل مرحلة المراهقة أو التغيرات المصاحبة للعلاج.

وتتنوع المشكلات الأسرية من حيث تقسيماتها بواقع الممارسة المهنية بمكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية وذلك من حيث انتشارها وتواجدها بالواقع المجتمعي بين الأسر، ويتحدد هذا التقسيم فيما يلي (١):

أ- مشكلات نزعات زواجية وعائمة.

ب- مشكلات اقتصادية.

ج- مشكلات تتعلق بالحضانة للأطفال.

د- مشكلات تتعلق بالنفقة.

هـ- مشكلات خاصة بالرؤية.

و- مشكلات نفسية.

وبعد هذه التصنيفات لطبيعة ونوعية المشكلات الأسرية وفق الاهتمامات وال مجالات المختلفة لتناول المشكلة الأسرية، تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن مثل هذه التصنيفات تتشكل وفق المنظور الذي يتم تناولها في إطاره إلى جانب الواقع المجتمعي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي الذي تتشكل وفقاً له تلك التصنيفات، فقد تشمل مثل هذه التصنيفات على نوعيات من المشكلات لا نجد لها وجوداً بمجتمعاتنا العربية، وهذا يتبعه أيضاً احتمالية وجود نوعية من المشكلات الأسرية التي تختص بها مجتمعاتنا العربية دون غيرها، بل والأكثر من ذلك إمكانية وجود مشكلات خاصة بالمجتمع المصري ذاته مثل المشكلات الأسرية التي تترجم عن سفر العمالقة المصرية للدول الأخرى.

طريقة العمل مع الأفراد والأسر

والمشكلات الأسرية

لقد اقترحت سيمكوفتش "MARY K. SIMKHOVITCH" في عام ١٩٠٩ أن يستخدم ما يسمى "خدمة الفرد" مع الأسر التي تخدمها المحلات الاجتماعية، وفي عام ١٩١١ كان الكثيرون يتداولون مصطلح "خدمة الفرد" وبدأت فنيته تتكون خلال مقابلات الأخصائيين الاجتماعيين مع عمالئهم وقيامهم بالزيارات المنزلية وبحثهم للحالات^(١).

وقد انتشر تدريس طريقة خدمة الفرد في الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة للتتوسيع في ممارسة هذه الطريقة من منطلق رعاية الأسرة والطفولة لتشمل العمل في المستشفيات والمحاكم والمدارس بناء على تقرير مؤتمر مليفورد الذي عقد في عام ١٩٢٩، وقد ركز هذا المؤتمر على المجالات التي تمارس فيها خدمة الفرد، ومن ثم أصبح التخصص في الخدمة الاجتماعية قائماً على طريقة خدمة الفرد ومجالات ممارستها في خدمات رعاية الأسرة والطفولة وغيرها من المجالات^(٢).

ويشير مصطلح الخدمة الاجتماعية الأسرية إلى ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال العمل المهني مع الأسرة لمساعدتها على القيام بوظائفها كأسرة أو جماعة وأيضاً كأفراد وذلك من أجل تدعيمها من حيث أدائها الاجتماعي لوظائفها مع مختلف أعضائها، ولا يقتصر أمر الخدمة الاجتماعية الأسرية عند حد العمل على الوقاية والحماية بل أنه أيضاً يمتد ليشمل علاج ما تواجهه الأسرة من صعوبات أو مشكلات تهدد استمرارها في القيام بوظائفها^(٣).

لذلك ليس بالغريب أن ترتبط مهنة الخدمة الاجتماعية منذ زمن بعيد بالأسرة وحتى هذه الآونة، بل أن المهنة قد وظفت طرقها الثلاثة الرئيسية وكذلك طرقها الفرعية لخدمة الأسرة.

فهناك طريقة خدمة الفرد بكل جوانبها ونظرياتها الحديثة قد ارتبطت بالبناء الأسري لدرجة أن هناك نظرية قائمة بذاتها تسمى نظرية العلاج الأسري تأكيداً على أهمية العلاج للأسرة التي تصادفها الصعوبات أو المشكلات أو عوامل التفكك والانهيار^(١).

ويذهب هذا الارتباط بين خدمة الفرد كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية والأسرة ومشكلاتها إلى أن تحددت هذه الطريقة (طريقة خدمة الفرد) في أبسط صورها بأنها نشاط معين يبذل نحو فرد أو إسرة يواجهه ظروفًا اجتماعية صعبة هو أو أسرته عاجزة عن مواجهتها مواجهة فعالة أو عاجزة تماماً عن مواجهتها بهدف التخلص تماماً أو التخلص نسبياً من هذه الظروف^(٢).

وتهتم طريقة خدمة الفرد في مجال العمل مع الأسرة، بدراسة وتحديد العمليات المختلفة للعلاج من مشكلات الأسرة وحيث تختلف هذه العمليات وتبين بحسب احتياجات الفرد وطبيعة المشكلات التي يواجهها وحيث تجد أنواعاً من العلاج الذي يعرف باسم العلاج طويل المدى والعلاج قصير المدى، وهناك الكثير من الأدوات والأساليب المستخدمة في التعامل مع هذه المشكلات^(٣).

التجييه والإرشاد الأسري:

تتمثل خدمات التوجيه والإرشاد بصفة عامة في كونها نظام تعليمي أو عملية تعليمية تتم من غير طريق المدرسة ويتضمن التوجيه والإرشاد جهوداً منظمة للتأثير على الأفراد وتعديل سلوكهم ليقابل حاجاتهم بما يتفق وظروف مجتمعهم، ويقسم الإرشاد عادة على أساس المجال الذي يخدمه إلى إرشاد صحي يهتم بالشئون الصحية وإرشاد زراعي يهتم بالنواحي الزراعية وإرشاد تربو يهتم بالشئون التربوية وإرشاد عائلي أو أسري ويهتم بالشئون الأسري^(٤).

ويتمثل الإرشاد والتوجيه الأسري في النشاط الذي تقوم به بعض المؤسسات الاجتماعية لمساعدة الأسرة على التغلب على ما يعتريها من تصدع وتفكك. وتهتم مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية بالمشاكل التي تنشأ عن العلاقات بين أفراد

الأسرة وخاصة المنازعات بين الزوجين التي قد تهدد بالطلاق فتعمل على دراستها ومساعدة العملاء على مواجهتها ^(١).

ويمكن للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة القيام بتوجيه وإرشاد الأسر إلى أساليب المعيشة، الزواج، الطلاق، حالة الضم والوصاية للأبناء، تكرار الزواج، حتى تتمكن الأسرة من النجاح في مثل هذه الحالات، ويجب أن يتضمن هذا التوجيه والإرشاد إعادة توجيهه أهداف الأفراد والجماعات ^(٢).

مداخل الخدمة الاجتماعية في التوجيه والإرشاد الأسري:

يوجد ثلاثة مداخل أساسية للخدمة الاجتماعية تعمل من خلالها على توجيه وإرشاد الأسرة لمساعدتها على تغيير أدوارها والتعامل مع المشكلات التي تواجهها وتمثل هذه المداخل في:

١ - مدخل خدمة الفرد الأسري: **Family Casework:**

ويهتم هذا الاتجاه بمساعدة أفراد الأسرة على تغيير سلوكياتهم وجعلهم مساهمين ومنتجين في الأسرة بدرجة كبيرة، ويتحقق ذلك من خلال استخدام الأساليب الخاصة بخدمات خدمة الفرد مع الأفراد، تلك الأساليب التي تدعم على نحو قوي باتجاهات العلاج النفسي الاجتماعي والتوجهات الخاصة بأسلوب حل المشكلة.

٢ - مدخل خدمة الجماعة الأسرية: **Family Group work:**

ويعتبر هذا الاتجاه أن الأسرة شكل خاص من أشكال الجماعات الصغيرة، ويتضمن كثيراً من النظريات الخاصة بممارسة الخدمة الاجتماعية مع الجماعات، ويحدد هذا الاتجاه العملية الأساسية للأسرة في عملية العلاقات ونوعيتها بها، وعلى ذلك يساعد الأخصائي الاجتماعي أفراد الأسرة على العمل معًا لحل المشكلة.

٣ - ويمثل المدخل الثالث اتجاه العلاج الأسري: **Family therapy:**

ويركز هذا الاتجاه على تغيير البناء الأسري حتى يصبح أكثر تدعيمًا ومواءمة لأفراد الأسرة، وعندئذ ينظر للأسرة كوحدة يمكن تطويرها حتى يتمكنوا

من مساعدتها على تحقيق وظائفها، وعلى ذلك فإن كل من اتجاه خدمة افرد الأسرية، خدمة الجماعة الأسرية والعلاج الأسري يتضمن مهارات أساسية وأساليب تتلاءم مع هذه الأنشطة العلاجية ^(١).

وبذلك يتضح الدور الذي يمكن أن تقوم به خدمة الفرد بالاعتماد على أساليبها العلاجية ونماذج ممارستها في تحقيق عملية التوجيه والإرشاد للأسرة وأفرادها، ممثلة في تلك الجهود التي تقدمها مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة مع الأسرة، حيث أن خدمة الفرد بذلك تعد من أنساب طرق الخدمة الاجتماعية في التعامل مع الأسرة ومشكلاتها.

مداخل ونماذج علاجية للعمل مع الأسرة



تقديم:

هناك العديد من النماذج العلاجية المعنية بشئون الأسرة، حيث أن لكل نموح مجموعة من الافتراضات والتي تؤثر على دور العميل ومعرفة الأسباب الأساسية للمشكلات الأسرية وتحديد مستوى المسؤولية لدى العميل أو المعالج في عملية إعادة حل المشكلة.

١ - العلاج التحليلي النفسي:

العلاقة بين العلاج الأسري والتحليل النفسي:

العلاقة وثيقة بين التحليل النفسي والعلاج الأسري بحكم نقاط مشتركة بينهما وأول مظاهر هذه العلاقة ^(١٩):

أن كثرا من معالجي الأسرة بل من رواد العلاج الأسري قد تلقوا تدريبيهم في البداية كمعالجين تحليليين ومارسوا التحليل النفسي كمنهج علاجي ثم اتجهوا بعد ذلك إلى العلاج الأسري وكانوا جزءا من حركة نشأة هذا النوع من العلاج.

أن نظريات التحليل النفسي وممارساته تعطي للأسرة وللعلاقات الوالدية ولعلاقات الأبناء بآبائهم دوراً مركزياً وحاصلماً في نمو شخصية الطفل على النحو السوي أو النحو غير السوي.

ومن هنا كان من الطبيعي أن يكون رواد حركة علاج الأسرة من أصحاب التوجه التحليلي.

- أن التحليليين لا يرون أنهم يعالجون الفرد بعيداً عن أسرته ولكنهم يعتبرون أن التأثيرات الأسرية المبكرة تترك بصماتها على شخصيته في الوقت الذي تعكس فيه سمات شخصية الفرد ملامح الأسرة وكان المعالج التحليلي النفسي يعمل مع الأسرة ولكن من خلال الفرد المريض.

- اعتبرت مدرسة التحليل النفسي أن تأثيرات الأسرة لم تظل على مستوى العلاقات بين الفرد والآخرين أي على مستوى العلاقات الشخصية ولكن تجسدت في أجهزة ووظائف دائمة داخل شخصية الفرد هي (الهو) و(الأنا) و(الأنماة) والتقاعلات بينها.

يهدف التوجه التحليلي في العلاج الأسري إلى إحداث تغير في البنى التحتية أو البنى الكامنة وراء سلوك الأسرة واعتبر البعض أن هذا التغير هو الهدف الأساسي لعملية العلاج.

- وتأكد النماذج التحليلية النفسية على العوامل التاريخية والتغاضي عن الصراعات المعلقة من الماضي والتي لازالت عالقة بأفراد الأسرة ومواقفهم الحالية ويكون دور المعالج النفسي في إعداد التفسيرات للنماذج الفردية والأسرية مع التركيز على شعور أفراد الأسرة تجاه بعضهم البعض (٢٠).

استراتيجيات وأساليب العلاج التحليلي الأسري:

تتضح أهمية هذا الاتجاه إلى أن أصحابه يهتمون بمعرفة الحياة الداخلية والصراعات القائمة بين أعضاء الأسرة لفهم الروابط المشتركة بينهم وهذا يتيح الفرصة

للتعرف على الأعراض المرضية المتدخلة التي تؤثر على الجلسات الأسرية خاصة عندما يتعامل الأفراد بطريقة تجعل كل منهم يعمل على تجنب الآخر والابتعاد عنه.

ويرى كثيرون من مؤيدي هذا الاتجاه أن أي اضطراب انفعالي لدى أي فرد يؤثر على علاقته بالآخرين. وأن العلاقة العلاجية مع هذا الفرد المضطرب ذات تأثير على علاج اضطرابات الأسرية.

ويمكن للمعالج الأسري الاستفادة من هذا الاتجاه أثناء تطبيق الاستراتيجيات الثلاث للعلاج الأسري حيث يمثل الفرد - العميل - أو أعضاء النسق الأسري - كأفراد محوراً أساسياً في العملية العلاجية. ويتم ذلك في ضوء (٢١):

- التعرف على الدوافع الشخصية للفرد.
- معرفة مصادر آلام الفرد وأحزانه ومتاعبه.
- التعرف على المؤثرات في العلاقات المرضية بين الفرد وبقية أعضاء الأسرة.
- مراعاة التغير الداخلي المستمر في عملية اللاشعور التي تحدث بين أعضاء الأسرة.
- تأثير البيئة الأسرية المضطربة على نمو الفرد أثناء طفولته نمواً مضطرباً.
- الاهتمام بدلائل الإشارات غير اللغوية والإيماءات وأثارها على العلاقات داخل الأسرة.
- فهم التحالفات العلاقات الثنائية والعلاقات الثلاثية التي تحدث داخل الأسرة والتي تحدث نتيجة لسعى فردين بالأشارة إلى ضم شخص ثالث إليهما لضمان مساندتهما لفرض وجهة نظر معينة وهذه المثلثات قد تكون مرضية وتساهم في خلق الصراعات والاضطرابات الأسرية.

دور المعالج في العلاج التحليلي الأسري:

من العوامل التي تساعد على نجاح الجهد العلاجي التحليلي أن يعمل المعالج على (٢١):

١- وجود علاقة قوية بينه وبين الأسرة وصفها البعض بأنها ترقى إلى مستوى التحالف بينهما حيث يسعين إلى هدف واحد. وبدون هذا التحالف قد لا تستمر الأسرة في العلاج. وليس من المطلوب أن يكون لدى المعالج نموذج علي لما يجب أن يكون عليه العلاج لو كان هذا النموذج سيعارض بدرجة كبيرة مع نمط الحياة والتوقعات الخاصة بالمريض أو بالناس الذين يعيش المريض في وسطهم.

٢- لابد وأن تشعر الأسرة بمجرد مقابلة المعالج النفسي بأنها منخرطة في عملية تتوافق وتنسجم مع إحساسهم بتلك المناسبة.

٣- يجب أن يسمع المعالج من جميع أعضاء الأسرة عن المشكلة وعن تصوراته حولها. والسؤال أن الأب أو الأم أو أحد أعضاء الأسرة يفوض من قبل الأسرة أو ينصب نفسه (متحدثاً رسمياً) باسم الأسرة.

لكن هذا لا يمنع من أن يسمع المعالج من كل فرد من أفراد الأسرة تصوراته وفي حضور الجميع، وبعد أن يكون قد أعلن لهم في التدريبات الأولية أن جلسات العلاج فرصة لكل فرد أن يقول ما يريد أن يقول وأن كل فرد له حرية مناقشة الآخرين بما فيهم المعالج.

٤- على المعالج أن يدرس بناء القوة في الأسرة وأن يعرف مواطن النفوذ والسيطرة ومواطن الضعف القابلة للاستغلال لأن هذه المعرفة ستقيده في فهم وتشخيص مشكلة الأسرة على نحو أقرب إلى الدقة.

٤- المدخل السلوكي في علاج الأسرة:

تعتبر الأسرة من وجهة النظر السلوكية البيئة الطبيعية لتعلم وإكساب السلوك فأعضاء الأسرة من خلال التفاعلات اليومية بينهم والعلاقات المستمرة مع بعضهم البعض تكتسب السلوكيات وتدعم سلوكيات بعض الأعضاء وتحظى سلوكيات آخرون بعدم الرضا والتقبل وفي النهاية فالأسرة تمثل مجالاً حيوياً يتعلم فيه عضو الأسرة كيف يسلك تجاه الآخرين وتجاه المواقف المختلفة حتى خارج نطاق الأسرة.

تؤكد النماذج السلوكية على ما يحدث في الحاضر، وتركز على العوامل الشخصية المتبادلة والعوامل البيئية التي تعد بمثابة (مكافأة) تعني الحفاظ على الأنماط السلوكية، ففي مشكلات الزواج بصفة عامة يتم التركيز على العلاقات بين الزوجين بدلاً من العمل على الأخطاء الفردية، ولذا فإنهم يفضلون هذه الطريقة، وبذلك يتعلم الزوجان كيفية تحسين مهارات الاتصال، والإرضاء الجنسي، ومهارات التأكيد (Assertiveness) والتفاوض، ويمارسون أداء الواجبات المطلوبة فيما بين الجلسات، وينظر إلى السلوك باعتباره إما تعلم خطأ أو محاكاة لأحد الأبؤين.

إن توجيه الزوجين إلى تجربة شتى أنواع السلوكيات أثناء الجلسة نفسها يعد أمراً شائعاً. ويتولى الأخصائي القيام بدور المدرب أو النموذج أو المفاوض (٢٣).

أسس العلاج السلوكي الأسري:

ويحدد العلماء السلوكيون الهدف النهائي والشامل للعلاج الأسري السلوكي بأنه تغيير (اتساقات التدعيم) (Contingent Cies of Rein Forcement) حتى يتعلم أفراد الأسرة أن يقدموا التدعيم الإيجابي المناسب للسلوك المرغوب فيه بدلاً من تدعيم السلوك اللاتكيفي.



وقد يكون التدعيم وهو الملمح الرئيسي في عملية تعلم السلوك- بسيط مثل نظرة العين المشجعة أو الابتسامة الحقيقة أو كلمة تقدير، وقد يكون سلوكاً أكثر تعقيداً مثل منح الفرد بعض الامتيازات.

ويعتمد العلاج السلوكي الأسري على التحليل السلوكي للنسق الأسري، والتحليل السلوكي الأولى يتضمن تقدير وظائف الأسرة، وقد يستغرق هذا التقدير عدة جلسات فردية وثنائية وجماعية، وربما يتضمن التقدير ملاحظات طبيعية لفاعلات الأسرة. ويبحث المعالج السلوكي الأسري خلال هذا التقدير بصفة خاصة عن (٢٤):

– إقامة تحالف علاجي مع كل أفراد الأسرة.

– استخدام المشكلة المقدمة كنقطة بداية لتحليل وظائف الأسرة.

- معلومات تفصيلية عن ملاحظات كل فرد في الأسرة وأفكاره ومشاعره حول المشكلة المقدمة.

- معلومات حول تفاعل كل فرد في الأسرة داخل النسق الأسري واتجاهاته ومشاعره وسلوكه نحو أعضاء الأسرة الآخرين وكذلك دافعيته.

دور المعالج الأسري:

يمكن للمعالج الأسري الاستفادة من النظرية السلوكية الأسرية في صياغة أساليب العلاج وأنشاء تطبيق استراتيجيات العلاج الأسري الثلاث حيث أن سلوك أعضاء النسق الأسري يتم و يؤثر في مختلف الجوانب التي تشكل نسق الأسرة.

- الحدود والقواعد الأسرية.

- الاتصالات داخل الأسرة.

- التوازن الأسري. ويتم ذلك من خلال (٢٥):

- تقييم الأوضاع الأسرية قبل التعامل العلاجي مع أعضاء النسق الأسري.
- تشخيص الأوضاع الأسرية من خلال ملاحظة وتسجيل مثيرات وأعراض ومدعمات ونتائج السلوك.
- تقييم التغيير السلوكى الذى يتم كنتيجة للتدخل العلاجي أولاً بأول.
- إجراء تحليل للمشاكل الأسرية للتعرف على مناطق الخلل.
- تحديد نوعية السلوك الذى يتطلب إطفاء و تقليل السلوك غير المرغوب فيه داخل الأسرة.
- مساعدة الأسرة على تغيير السلوك غير السوى.
- تهيئة المناخ المناسب لتدعم أعضاء النسق الأسري للسلوك الإيجابي.

٣- النموذج البنائي في علاج الأسرة:

يعد "منوشن Minuchin" من الرواد الأوائل الذين كانت لهم إسهامات واضحة في العلاج الأسري. ولقد حدد "منوشن" المدخل البنيائي الأسري كأحد المداخل العلاجية الأكثر استخداماً مع الأسرة وقد أكد على البناء الأسري والأنساق الفرعية. وأشار إلى أن البناء الأسري هو مجموعة من الوظائف وأن أساليب السلوك الخاصة بالفرد تعطي مؤشراً على بناء الأسرة وضرورة إعادة تشكيل البناء الأسري بشكل جيد يتنقق والواقع الحالي (٢٦).

ويهدف النموذج البنيائي إلى تغيير تنظيم الأسرة وكذلك تغيير وظائفها ولكي يتحقق هذا الهدفان فإن التدخل يكون مباشراً مادياً أو عملياً. وموجهة بالفعل إلى الأسرة ككل. ولذا فإن دور المعالج يتمثل في (٢٧):

- ربط الأنساق الأسرية بالمتغيرات الحالية التي تساعد على إمكانية فهم الواقع وفهم المزيد من السلوكيات خاصة المرتبطة منها بالجانب النفسي للأسرة.
- يستخدم المعالج الاتصالات الفظوية والاتصالات الرمزية والأنماط التعليمية وكافة الوسائل الأخرى لإنجاز الهدف الحالي.

يببدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة تجمع كل أفراد الأسرة وقد يعقد فيما بعد جلسات فرعية متتالية لحل بعض المشكلات الفرعية التي تخص بعض أفراد الأسرة ثم بعدها يعود المعالج إلى الجلسات الشاملة محاولاً خلق أشكال جديدة من التفاعل بين أعضاء الأسرة.

ويوضع القائمون على المدخل البنيائي الأسري ثلاثة مكونات أساسية يجب مراعاتها في هذا المدخل وهي:

* المكون الأول: ضرورة النظر إلى مشكلة أحد أفراد الأسرة في إطار الأسرة ككل وخاصة الوالدين وتبصير كل منهما وتحمله للمشكلة وضرورة اندماج الأسرة ككل في السعي لحل المشكلة.

* المكون الثاني: الأنساق الفرعية للأسرة ومدى ارتباطها وتفاعلها مع النسق العام. ومدى قيامها بوظائفها.

* المكون الثالث: الحدود الأسرية التي تحبط بالتوجهات الفردية والأنساق الفرعية.

٤- النموذج الاستراتيجي:

يسمى هذا النموذج نموذج "هالي" Haley نسبة إلى مؤسسة "جاي، هالي" ويركز "هالي" أن على المعالج الاستراتيجي استخدام التسهيلات المتعددة، واستخدام المدافعة لدى العمل ويحدد الأخصائي الاجتماعي العديد من المهام المنوطة من العميل القيام بها في إطار التقاليد المعترف بها.

وقد وضع "ميلان" Milan وآخرون خمس نقاط رئيسية لهذا النموذج تتمثل في (٢٨):

١- العمل مع الأسر كأحد الأساق القائمة في المجتمع والتي تسيطر على كافة أعضائها طبقاً لمجموعة من اللوائح والعمل من خلال المحاولة والخطأ.

٢- تفرد كل أسرة ببنائها ومعتقداتها، والهدف الأول الذي يرمي إليه الأخصائي الاجتماعي هو إيجاد خط علاجي لدى الأسرة.

٣- يحاول الأخصائي تحديد بعض النماذج التي تتفق مع طبيعة المشكلة مثل المدخل التكاملي وتوضيح المعلومات المتعلقة بهذا النموذج وطرق العمل.

٤- يهدف المعالجون الأسريون إلى التوسيع في كافة أشكال القوى التي يمكن الاستفادة منها وتحاول زيادة الأداء لدى الأسر والتفكير في العمل بفعالية وربط ذلك بالسلوك.

٥- تدعيم المنظور النسقي لزيادة فاعلية ممارسة الخدمة الاجتماعية.

ويهدف العلاج الاستراتيجي إعادة فهم القوى الحالية وكذلك فهم الأعراض المرضية وتحديد العلاقات بين أفراد الأسرة ومحاولة استعادة القوى لدى أفراد الأسرة وتوضيح إمكانية التدخلات الحالية المناسبة مع المشكلة.

كذلك يهدف العلاج الاستراتيجي إلى تطوير نظم العلاج المستخدمة والتي تساعد على تنفيذ المهام والوظائف الأخرى. ولذا فإن دور المعالج يتمثل في مساعدة الأسر للغلب على المشكلات العامة والمرتبطة بالمرحلة الأولى في دورة حياة الأسرة ويساعد المعالج الأسرة على تصحيح مسارات حياتها.

ويستخدم المعالج هنا الاستراتيجيات المباشرة وغير المباشرة لتحقيق الأهداف التي يراد تحقيقها (٢٩).

٥- نموذج علاج الذات لأحد الزوجين دون الآخر:

يقوم هذا النموذج على فرضيات أساسية تتمثل في (٣٠):

١- لكل مشكلة مفتاح حاسم يحدد قيمتها كما يحدد علاجها فيما أسماه راتليف "صانع المشكلة" وقد يكون الزوج أو الزوجة أو أحد الأبناء.

٢- أي جهود بعيداً عن شخص صانع المشكلة ليست مجدية. فال المشكلة ستتكرر الآن وفي المستقبل.

٣- مرور هذا الطرف في تجربة عملية جادة مع ممارس قادر يحدث تعديلاً جذرياً في سلوكه ومدركاته.

٤- جوهر عملية المساعدة هي:

- مساعدة العميل على التعبير الصادق والصريح عن مشكلاته دون مواربة.

- تقدير مقدار لقوعه ذاته وعلاقة ذلك بمشكلته الأسرية.

- توظيف ما للذات من قدرة على إدراك أفضل لمشكلته.

- ترك العميل يقدم اقتراحاته لحلها.

- مناقشة إسقاطيه لهذه الاقتراحات الاتفاق نهائياً على مدى صلاحيتها.

- البدء بتنفيذها مع استمرار المتابعة والتقويم.

الفصل الخامس

"العلاج الأسري في طريقة العمل مع الأفراد والأسر"

تمهيد

أولاً: مقدمة في نشأة العلاج الأسري

ثانياً: الافتراضات التي يستند عليها العلاج الأسري

ثالثاً: اهداف العلاج الأسري

رابعاً: النظريات التي يعتمد عليها العلاج الأسري

خامساً: استراتيجيات العلاج الأسري

سادساً: مراحل العلاج الأسري

سابعاً: الاساليب العلاجية للعلاج الأسري

الفصل الخامس

"العلاج الأسري في طريقة العمل مع الأفراد والأسر"

مقدمة:

الأسرة ظاهرة إنسانية عرفها الإنسان منذ أقدم العصور ولازمت الحياة في تطورها عبر التاريخ فقد ظهرت في كل مجتمع إنساني مهما كانت حضارته وإن اختلفت أساليبها الحياتية وتكوينها وأشكالها الإنسانية تبعاً للننمط السائد عبر التاريخ ، وفهم الأسرة يعتبر خطوة أساسية لفهم المجتمع ككل ، بظواهره، و مشكلاته، و أهدافه وتعلقاته ، فالأسرة هي الوحدة الأولى التي يقوم عليها بناء المجتمع والتساند الوظيفي بينها وبين نظم المجتمع الأخرى يجعل لدراستها أهمية خاصة كمدخل لفهم هذه النظم ، وتعتبر الأسرة وحدة اجتماعية اقتصادية في نفس الوقت.

وتقوم العلاقة الزوجية على أساس من المودة والرحمة التي تربط بين الزوجين مصداقاً لقوله تعالى: {ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها}* وجعل بينكم مودة ورحمة* أن في ذلك لآيات لقوم يتذمرون}. (سورة الروم: الآية: ٢١) صدق الله العظيم ، تلك المشاعر التي إذا سادت في الأسرة أضفت عليها كثيراً من الراحة النفسية للأباء والآباء ، وتفتضي هذه الوظيفة أن تقوم الأسرة بإشباع مجموعة من الحاجات النفسية لأفرادها منها الحاجة إلى الحب والمحبة وال الحاجة إلى الرعاية الوالدية والتوجيه وال الحاجة إلى إرضاء الكبار، وال الحاجة إلى إرضاء الآخرين، وال الحاجة إلى التقدير الاجتماعي، وال الحاجة إلى الحرية والاستقلال، وال الحاجة إلى تعلم المعايير السلوكية، وال الحاجة إلى تقبل أنماط السلطة، وال الحاجة إلى التحصيل والنجاح وال الحاجة إلى تأكيد واحترام الذات .

ولقد استفادت طريقة خدمة الفرد بالعديد من النظريات العلمية النفسية والاجتماعية مثل التحليل النفسي و سيكولوجية الذات ، والدور ، والوظيفة ، وغيرها من النظريات التي تنظر إلى الإنسان في محيط بيئته الاجتماعية ، ولكن في الآونة الأخيرة اتضح لدى الممارسين لخدمة الفرد من الأخصائيين الاجتماعيين أن هناك الكثير من الفشل في العمل مع الأفراد لحل المشكلات الفردية مما حتم عليهم النظر إلى معالجة هذا القصور ، واتضح أنه لكي يكون هناك نجاح للعمل مع الأفراد لابد أن تدخل الأسرة في العلاج حيث أنه في كثير من الأحيان معالجة

الفرد على حده لا يؤدي إلى العلاج الفعال لأن الأسرة قد تعوق هذا العلاج لأن هذا الفرد العميل قد يعبر بسلوكه عن مظهر أو عرض لمشاكل النسق الأسري ككل وأنه هو الضحية التي ظهرت فيها مشاكل الأسرة ككل ، ولذلك فانه من الضروري دراسة وفهم الفرد في محتوى الأسرة وعلاقاته وتقاعاته داخل هذا النسق الاجتماعي الطبيعي فالفرد ليس منفصل عن هذا النسق ولكنه جزء متفاعل فيها يتأثر ويؤثر فيها ويكون لها تأثير كبير في تشكيل شخصيته وهذا عكس الاتجاه الفردي التقليدي المبني على نظرية التحليل النفسي الفرويدي الذي يعتمد أساساً على الفرد المريض وهذا يوضح مدى أهمية الأسرة والتقاعلات والعلاقات وكيف أن هناك تأثير متبادل بين الفرد وأسرته .

وعلى الرغم من ان العلاج الاسري يركز في الاساس على العلاقات والتقاعلات المتبادلة بين افراد الاسرة ككل واعتبارها وحدة العمل ، وان الدراسة الحالية تركز على التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية للأطفال ضحايا الطلاق، اى أن الوالدين منفصلين ولا يعيشان سوياً مع الطفل الى أن هناك اهتمامات مشتركة تجمعهما ترتبط بمصلحة الطفل ومنها الرؤية والحضانة والولاية والتربية وغيرها ، مما يجعلهما يعملان سوياً ويتعاونان معاً ومع الطفل ايضاً رغم الخلافات التي قد تكون بينهما وذلك لتلبية احتياجات الطفل ومساعدته على مواجهة مشكلاته وتنشئته تنتهي صالحة إن كانوا يريدان له الخير

أولاً : مقدمة في نشأة العلاج الأسري :

إن مساعدة الأسرة يعتبر أحد الوظائف الرئيسية للخدمة الاجتماعية ويوضح ذلك سبيورين Sepourin حينما قدم أفكاراً عن العمل مع الأسر وارتکزت في محتواها على نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية والتي ظهرت في مطلع القرن العشرين في أعمال جوزفين لو وماري ريتشموند وزيكفا سميث وأخرين (Josephine, Marie Richmond and Zikva Smith, and others) ومنذ ذلك الوقت بدأ الأخصائيون الاجتماعيون يتعاملون مع الأسرة كوحدة وذلك لرؤية أعضاء الأسرة معاً ، هذا فضلاً عن تركيز الانتباه على كيفية التفاعل بين شخص وأخر داخل الأسرة .

وقد تعاظم دور الخدمة الاجتماعية في مجال التعامل مع الأسر مع ظهور وتطور

الطب النفسي في العشرينيات من هذا القرن والارتباط الوثيق الذي حدث بين الطب النفسي والخدمة الاجتماعية خلال تلك الحقبة ، مما زاد من مسؤولية الأخصائي الاجتماعي حيال الأسرة حيث كانت مسؤوليات توجيهه المرضى سواء كانوا أطفال في عيادات التوجيه أو راشدين في المستشفى العقلية تقع على عاتق الطبيب النفسي بينما يتعامل الأخصائيون الاجتماعيون مع الأسرة أو بتعبير أدق مع مناطق الخل داخل الأسرة(١).

ألا أن هيمنة نظريات الطب النفسي على أفكار الخدمة الاجتماعية خلال تلك الفترة أعاد نمو مداخل متميزة للخدمة الاجتماعية ، ومن ثم غالب طابع ممارسة الموجهات النظرية للطب النفسي والتي ترتبط بالأسرة ، و كنتيجة لذلك غالب على الطابع العلاجي استخدام أسلوب العلاج الفردي مع أعضاء الأسرة هذا فضلاً عن استخدام الأخصائيون الاجتماعيون للنظريات السيكودينامية عند التعامل مع وحدات الأسرة(٢).

ومن ثم ظهر العلاج الأسري وتطور حتى أنه اردهر في الخمسينيات من القرن الماضي ليقدم منظوراً جديداً لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأسر ، وقد اعتمد الأساس النظري لهذا النموذج العلاجي على ما يسمى بالمدخل التعددي ذلك المدخل الذي يهتم بتحقيق التعاون وفهم المتبادل بين المهن المختلفة التي تقدم المساعدة ، وقد ساعد ذلك على اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين به حتى إنهما أطلقوا على أنفسهم معالجي الأسرة أكثر من استخدامهم للفظ أخصائيين اجتماعيين(٣).

وتطور العلاج الأسري أيضاً في الولايات المتحدة ودول غرب أوروبا خلال السبعينيات ، ومنذ ذلك الحين و هو يكتسب آفاقاً جديدة في أماكن شتى من خلال ما يكتب من أنصار جدد من المعالجين الذين يرون فيه علاجاً أكثر كفاءة من غيره ، و لكن ينبغي الإشارة إلى أن هذا العلاج بدأ كطريقة علاجية واضحة

(1) Broderick, C.B. & Schrader, S.S: The History of Professional Marriage and Family Therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), Handbook of Family Therapy (Vol.2). New York, 1993, P 132

(1) Nelson, T. S., & Trepper, T. S : 101 more interventions in family therapy , Binghamton, NY: Haworth , 1998, P.45.

(2) Watts, R. E. (Ed.): Techniques in Marriage and Family Counseling , VA: American Counseling Association N Y , , Vol. 2, 2002 , p.234.

المعالم قبل فترة السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ يعود ذلك إلى فترة الخمسينات، رغم أن هناك بعض العوامل أيضاً التي ساعدت في ظهور هذا النوع من العلاج قبل تلك الفترة (وهي الفترة التي تميزت بسيطرة الاتجاه التحليلي النفسي الذي استقطب اهتمام وجهود الكثير من المعالجين ، والتحليل النفسي كما هو معلوم يعني كثيراً بالاستنصار وأن جزءاً كبيراً من هذا الاستنصار يعني أن علاقات المريض الحالية و حتى علاقته بالمعالج ما هي إلا تكرار لعلاقاته الأصلية مع أسرته ، وبمضي الوقت تأكّدت القناعة بأن أسرة المريض الحالية وأسرته الأولية عامل هام جداً في نجاح العلاج ، ولعل من المأثور لدى العياديّين ملاحظة حدوث حالات الشفاء لا بسبب العلاج بل بسبب أسرته ، وقد قام ناثان أكرمان (Ackerman.N) أحد مشاهير التحليل النفسي بإنشاء أول مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية للصحة النفسية للأسرة ، وقد ظهر من ملاحظاته الأساسية في مقابّلاته مع الأطفال والأباء والأمهات أن نجاح علاج الفصام لا يتم إلا إذا كان نظام الأسرة يسمح بحدوث التغييرات السلوكية الدائمة التي يتطلّبها العلاج، وإنما كل المحاولات العلاجية ستنهار و ينكص المريض بسبب التأثيرات الأسرية غير المرئية، وهكذا يمكن القول أن التقدّم في العلاج الأسري قد حدث عندما بدأت الرؤية تنتقل من رأسي المريض نفسه إلى رؤيتها في العلاقات المرضية مع والديه مثلاً، أو في رؤيتها على أنه يعكس في اضطرابه جانباً محدداً من مرض والديه أو أسرته ، هذا وقد كان لكثير من العلماء أمثل: سوليفان، فروم، إيريكسون، و هورني (Sullivan, Fromm, Ericsson, and Horney) ، تأثّراً واضحاً في العلاج الأسري من خلال نظرتهم إلى العصاب باعتباره اضطراباً في العلاقات الشخصية المتبادلة، ومن جهة أخرى فقد كان لظهور مهنة الإرشاد الزواجي عامل حفز و دفع لحركة العلاج الأسري، و تأثّرت كل حركة منها بالأخرى بصورة واضحة، وانتقلت كثير من الأساليب المستخدمة في الإرشاد الزواجي إلى حقل العلاج الأسري، وأخيراً فإنه ينبغي التأكيد من أن العلاج الأسري - بالإضافة إلى ما سبق - قد استمد وجوده وبشكل واسع من النظريّات النسقية والتي تستمد هي بدورها مصادرها من مفاهيم النظريّة السيبرينيائة *cybérnétique* (ولذلك نجدها ثرية بمفاهيم مثل : التوازن (the equilibrium) ، الأثر الرجعي، حلقة التنظيم، التغذية الراجعة السالبة والموجبة) وهو ما يجعلها مختلفة عن

الإطار المفهومي للتحليل النفسي^(٤).

ثانياً : الافتراضات التي يستند إليها العلاج الاسري : ()

يستند العلاج الاسري على عدة افتراضات في تحقيق أهداف العمل المهني وهي

-:

١- الاسرة كيان متكامل أو نسق اجتماعي يتكون من مجموعة من العناصر بينها علاقات متشابكة وتفاعل مع بعضها ويؤثر كل منها في الآخر ويتأثر به ولكن يتم فهم النسق الاسري يلزم ان نفهم وندرك كيف تتفاعل كل هذه الاجزاء مع بعضها لتكوين النسق الكلى للاسرة لانه لايمكن فهم الاسرة كنسق إلا عن طريق فهم اجزائها المكونة لها وكيفية التفاعل بينها.

٢- ان الاسرة كنسق اجتماعي محكم بقواعد معينة تؤثر وتحكم في سلوك أعضاء الاسرة وتجعل نماذج سلوكهم تُنفذ في نطاق تلك القواعد ، سواء التفاعلات التي تم داخل نطاق الاسرة، أو علاقات الاسرة بالبيئة الخارجية المحيطة بها.

٣- أن الاسرة كنسق تحاول دائماً أن تتحقق لنفسها حالة من التوازن (the equilibrium) وتقاوم كل شيء يؤثر على هذا التوازن مع الوضع في الاعتبار أن هذا التوازن هو توازن دينامي غير جامد.

٤- على الرغم من أن الفرد في الاسرة نسق متباين إلا أنه في نفس الوقت كصاحب مشكلة جزء من النسق الاسري ومشكلته تمثل عرضًا من اعراض أسرة تعانى من اضطرابات وسوء تفاقة، وذلك لأن الفرد يتأثر بأسرته باعتبارها من أهم النظم التي يعتمد عليها المجتمع في تنشئة ابنائه.

٥- يتركز العلاج على جوانب تعوق الاداء الوظيفي للأسرة ككل ويشمل العمل مع الاسرة كوحدة متكاملة ومع أنساقها الفرعية كوحدات متقابلة خلال تغيير ايجابي فعال في شبكة الاتصالات والتفاعلات داخل النسق الاسري أو خارجه في علاقاته مع الانساق الأخرى في المجتمع ، وصولاً بالأسرة إلى مستوى أفضل للأداء الاجتماعي .

ثالثاً : أهداف العلاج الاسري :

(1) Doherty WJ: Boundaries Between Patient and Family Education and Family Therapy. Fam Relat, 1995, p 358.

(2) Heru , AM: Family psychiatry: from research to practice. Am J Psychiatry , N Y , 2006, p 132.

يهدف العلاج الأسري بصفة عامة لتحسين الاتصالات بين أعضاء الأسرة وتوجيه التفاعلات وال العلاقات بين أعضاء الأسرة مما يقوى من المعايير الأسرية ويؤدي إلى تحسين الوظيفة الاجتماعية والنفسية والعاطفية للاسرة كوحدة كلية ويساعدها على مقاومة التغييرات وحل المشكلات التي تعوق الأسرة على أداء وظائفها (٧).

ويسعى العلاج الأسري إلى تحقيق هدفاً مزدوجاً فهو يسعى لحفظ على نسق الأسرة ومساعدة الأسرة ككل ومن جهة أخرى يساعد الأساق الفرعية في الأسرة على التغلب على المواقف والمشكلات التي تواجههم من خلال إطار مرجعي يتمثل في الأسرة (٨) ويمكن تحقيق ذلك من خلال الأهداف التالية :

يتعامل نموذج العلاج الأسري مع الضغوط التي يمارسها أعضاء الأسرة بعضهم على بعض وكذلك الضغوط الخارجية التي تؤثر على الأسرة .
مساعدة الأسرة على معرفة العوامل التي تؤثر في العلاقات والتفاعلات داخل الأسرة .

مساعدة الأسرة على تقوية القيم الإيجابية ، داخل الأسرة والعمل على تدعيمها مما يؤدي إلى تحقيق التوازن والاستقرار في الأسرة .
مساعدة الأسرة على رفع مستوى التوظيف الاجتماعي .
مساعدة أفراد الأسرة على طريقة التي يتعامل بها الأعضاء وقد تكون سبباً في وجود المشكلات داخل الأسرة.

يهدف العلاج الأسري إلى تغيير العلاقات والتفاعلات المرضية نحو الأفضل.
يهدف العلاج الأسري إلى مساعدة الأسرة للاستمرارية لإشباع احتياجاتها المادية الاجتماعية والمتطلبة لدى أعضاء الأسرة من خلال:
تغيير نسق العلاقات الخاطئة داخل الأسرة .
تغيير نمط الاتصالات داخل وخارج الأسرة المعوقة لأداء الأسرة لوظائفها .
حل المشكلات الفردية لأفراد الأسرة .

-
- (1) Broderick, C.B: Understanding family process: Basics of family systems theory. Newbury Park, CA: Sage, 2000, p 34.
- (2) Stair, V., Banmen., & Gomori M: The Satir model: Family therapy and beyond. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 5 Ed , 2006. p 33.
- (3) Bott, D : Client-centred therapy and family therapy: A review *Journal of Family Therapy*, N Y, 2001 , pp 361-377.

تغيير بعض القيم والاتجاهات السالبة لدى الأسرة ككل والتركيز على الأساليب العلاجية التي ترفع بالأسرة إلى القيام بأدوارها حتى تستمر الأسرة بشكل متوازن . العمل على تقوية القيم الإيجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم قواعد الأسرة وحدودها التي تحقق التوازن والاستقرار في الأسرة .

ويرى الباحث أنه وفقاً لهذه الأهداف التي يسعى العلاج الأسري إلى تحقيقها فإنه سوف يستخدم مجموعة من الأساليب العلاجية للعلاج الأسري في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية للأطفال ضحايا الطلاق والمتمثلة في ضعف المساندة الاجتماعية وانسحاب الاجتماعي والعناد والمشكلات المرتبطة بالولاية التعليمية .

رابعاً: النظريات التي يعتمد عليها العلاج الأسري:

تبينت وجهات النظر حول نظريات العلاج الأسري من جانب المختصين ، فهناك من أسمها نظريات وهناك من أطلق عليها أنواع للعلاج الأسري وآخرون أسموها اتجاهات العلاج الأسري ، ومع اختلاف تلك المسميات إلى أن مضمونها يكاد يكون موحد بين معظم وجهات النظر التي تناولتها حيث اشتق منها المعالجون مجموعة من الأساليب العلاجية والإرشادية تهدف جميعها إلى إعادة توثيق الصلة والعلاقات بين أفراد الأسرة وتحقيق توازن أفضل لكل أفراد الأسرة بما في ذلك العميل المقصود أصلاً بالعلاج أو الإرشاد .

وهنا سوف يعرض الباحث لنظريات العلاج الأسري لكي نلقي الضوء على الطريقة التي تتبناها كل نظرية في العلاج ودور المعالج فيها وذلك لاختيار ما يتاسب مع طبيعة المشكلات الاجتماعية للأطفال ضحايا الطلاق وقد تم تقسيم نظريات العلاج الأسري إلى قسمين هما:

القسم الأول: مدخل العلاج النفسي التقليدي:

ويضم هذا المدخل نظريات العلاج النفسي الفردي ، ولكن بشكلها الجديد ، حيث أن هذه النظريات في الأونة الأخيرة وفي ظل ظهور المدخل النسقي كيفت وتطورت من أساليبها وفنانيتها لتناسب علاج الأسرة ، وتمثل هذه النظريات في ما يلي :-

- نظرية العلاج الأسري التحليلي النفسي (السيكودينامي).

Family therapy theory of sacodanamy

٢- نظرية العلاج الأسري السلوكي.

The theory of behavora family therapy

٣- النظرية المعرفية وتشمل :

(أ) العلاج المعرفي الأسري.

(ب) العلاج العقلاني الانفعالي الأسري.

Family therapy rational and emotional

القسم الثاني: المدخل النسقى في إرشاد وعلاج الأسرة:

ويضم هذا المثل مجموعة من النظريات التي تبني التوجه النسقي ، وتمثل هذه النظريات في ما يلي:-

١- نظرية الأنماق لبوين أو ما يسمى بمنهج الأجيال المتعددة .

Intergenerational theory

٢- النظرة البنائية للأسرة لمنوش.

٣- النظرية الاستراتيجية لهيلي .

٤- النظرية التفاعلية لباستون .

٥- نظرية العلاج الأسري التجريبى لفرجينيا ساتير ووينتير.

Experimental family therapy

٦- نظرية العلاج التكاملية (درج اخر من مدخل علاجي) .

Theory of integrated therapy

القسم الأول: مدخل العلاج النفسي التقليدي:

1- نظرية العلاج الأسرى التحليلي النفسي (العلاج الأسرى السيكودينامي):
يفترض أصحاب التوجيه التحليلي في علاج الأسرة مجموعة من الافتراضات
من أهمها أن التأثيرات الأسرية المبكرة تترك بصماتها على شخصية العميل ، وأن
تأثيرات الأسرة لم تظل على مستوى العلاقات بين الفرد والأخرين ، أي على مستوى
العلاقات البينشخصية ولكن تجسدت في وظائف دائمة داخل شخصية الفرد ، وهي
الهو والأنا ، و الأنا الأعلى والتقاعلات بينها ، وهدف العلاج هنا هو تخفيف حدة
أعراض المشكلة ، ومحاولة تغيير التفاعلات الأسرية، أما عن دور المعالج الأسرى
التحليلي فهو يعمل مع الأسرة ، ولكن من خلال العميل صاحب المشكلة ، ولابد أن
يعرف المعالج الصلة بين أداء الأنا الأعلى عند العميل في الحاضر وطبيعة عملية
التنشئة التي خضع لها في الطفولة ويرسل المعالج الأسرى التحليلي رسائل غير لفظية

كثيرة إلى أفراد الأسرة وهم من جانبهم يتفهمونها ، ويسعى المعالج لفهم المعنى والمعنى
اللاشعوري لكل من العمليات الأسرية (1).

ويتضح من ذلك أن الاتجاه السيكودينامي يركز على خبرات الطفولة المبكرة وأثرها على المشكلة الحالية ، والتي يعاني منها العميل ، ويهتم بتبييض العميل بالتأثير اللاشعوري على مشكلاته، وكذلك يركز على الصراعات اللاشعورية والصراعات الداخلية التي تحدث بين الثلاث منظومات (الهو / أنا / أنا الأعلى) ، حيث أن لها التأثير الكبير على الاضطرابات النفسية أكثر من التفاعلات البنية الشخصية (Interpersonal) ، ويؤخذ على هذا الاتجاه طول فترة العلاج وتركيزه على النواحي اللاشعورية ، وتجاهل النواحي الشعورية والمعرفية، وكذلك إهماله للبيئة الخارجية والسلوك الذي يقوم به الأفراد في هذه البيئة و يؤثر في حدوث المشكلة التي يعاني منها العميل (1).

كما أن المعالجين الديناميين يركزون اهتمامهم على الأشخاص السابقين الذين يلعبون دوراً مهماً في تكوين سلوك العميل الحالي ويميلون كذلك إلى الانتقال بتأثيراتهم إلى الأجيال المقبلة ، وعلى الرغم من أن أصحاب النظرية الدينامية يركزون أساساً على نظرية التحليل النفسي فإن رؤيتهم تتجاوز التحليل النفسي التقليدي إلى آفاق أوسع من أنماط التفاعل وانتقال هذه الأنماط عبر الأجيال.

ومن أهم النظريات التي تعتمد على تطبيق مفاهيم التحليل النفسي في مجال الأسرة هي نظرية ليدز (Theory Leedz) ، ونظرية العلاقات بموضوع (object relations) .

(أ) نظرية ليدز (Theory Leedz)

و فكرة ليدز الأساسية هي أن تميز الأدوار وفقاً للسن والجنس هو الذي يلعب دوراً أساسياً في العلاج الجماعي للأسرة ، والمشكلة الأساسية التي تكمن خلف كل المصاعب الأسرية وفقاً لوجهة نظره هي انحراف شكل العلاقة بين الطفل والوالدين ، حيث تنظر إلى الطفل المشكل على أساس أن مشكلاته نجمت عن زواج فاشل ،

علاء الدين كفافي : الارشاد والعلاج النفسي الأسري ، المنظور النسقي الاتصالي ، ط 1 ، دار الفكر () العربي ، ١٩٩٩ ، ص ص ٢٨٨ - ٢٩٠ .

(1) Carr, A : Family Therapy and Systemic Consultation. Lanham, MD: University Press of America ,1997 , p 124.

والزواج الفاشل نجم بدوره عن رجل مختل تزوج من امرأة تعانى أيضاً من الاختلال النفسي ، ولكي نفهم الأسرة لابد من فهم ديناميات الأفراد^(١) .

وبذلك نجد أن هذه النظرية تتوجه إلى الفرد أكثر ما تتوجه إلى الأسرة رغم أنها تؤكد على أهمية النسق الأسرى و أهمية الأدوار في الأسرة ، إلا أنها تعتمد على مفاهيم التحليل النفسي لذلك فهي تعمل مع كل فرد في الأسرة بصورة فردية .

(b) نظرية العلاقات بموضوع (object relations)

ترتبط هذه النظرية مع النظرية التقليدية " سيكولوجية الأنا " وبصفة خاصة مع نظرية العلاقة التي صاغها رونالد فيربيرن حيث اعتبر أن وجود علاقة مرضية مع موضوع أكثر قوة (الناس) وعدم قدرة الشخص على تكوين علاقة مع أسرة المنشأ يؤثر على منظومة الأسرة الجديدة (أسرته الخاصة) ، وفي علاقته مع شريكه ومع الأبناء وفي العلاج تبعاً لهذه النظرية ينظر للفرد المريض على أنه حامل للانشقاقات والبواعث غير المقبولة لدى أفراد الأسرة الآخرين ، وبخصوص وقت كبير للعمل مع هذه العلاقات السابقة^(٢) .

أما بالنسبة للفنيات التي تستخدم في علاج الأسرة التحليلي فتظهر من خلال المعالج المحلول عن طريق تأكيده دائمأ على الحاجة إلى إعادة معايشة الخبرات التي تميزت بشحنات انفعالية ، وكذلك استئنام المعالج للتقسيرات لتحديد النمط الإسقاطي وحركته داخل الأسرة، ثم إرجاع هذه الإسقاطات إلى أصواتها ومصادرها الداخلية في الفرد وتوضيح صقلها ودورها في التفاعل بين . أفراد الأسرة^(٣) .

أما عن "دور المعالج السيكودينامي مع الأسرة فهو يأخذ أشكالاً عديدة تبدأ من السيطرة والتسلط والمواجهة والحياد إلى مجرد الملاحظة السطحية للسلوك إلى المشاركة بالإحساس والفهم لما هو أبعد من السلوك الظاهر .

المدخل السلوكي في علاج الأسرة :

تمثل الأسرة من وجهة النظر السلوكية، البيئة الطبيعية لتعلم السلوك فالأسرة بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية بين أعضائها، شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد إلى آخر داخل الأسرة، فقد يدعم

علاء الدين كفافي : الارشاد والعلاج النفسي ، المنظور النسقى الاتصالى ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٩٣-٢٩٠ .

(1) Sexton, T. L. & Alexander, J. F : Functional Family Therapy: Principles of Clinical Intervention, Assessment, and Implementation. Henderson, NV: RCH , 1999. p 89.

علاء الدين كفافي : الارشاد والعلاج النفسي ، المنظور النسقى الاتصالى ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٩٣-٢٩٠ .

سلوك أحد أفراد الأسرة سلوكاً معيناً لعضو آخر، ويعارض سلوك عضو ثالث ويتحدى سلوك عضو رابع وهكذا، والأسرة في النهاية تمثل مجالاً أولياً يتعلم فيه عضو الأسرة كيف يسلك تجاه أفراد الأسرة الآخرين، وعن طريق التعلم ينتقل هذا السلوك في معاملة الآخرين خارج نطاق الأسرة.

كما أنه من الواضح لمن يتتبع وضع العميل في العلاج الأسري، لأن عدد العوامل والمتغيرات الفعالة في العلاج الأسري، هو عدد كبير جداً، مما يقتضي أن يبرمج العلاج الأسري بصورة فردية تتناسب وحالة العميل ووضعه الأسري، ولكن بالإمكان إتباع قواعد معينة يمكن اعتبارها روتينية في كل حالة ومن أهم هذه القواعد ما يلى (١) :

- ضرورة البحث في ديناميات العائلة النفسية وذلك في أدوارها وأطوارها المترافقية منذ بدء تكوين العائلة.
- محاولة تعين طريقة أو طرق التعامل والاتصال بين أفراد الأسرة مع العميل ومع بعضهم البعض، وتقدير ما إذا كان هذا التعامل طبيعياً وملائماً، أم مرضياً وغير ملائم.
- ضرورة معرفة موقف الأسرة تجاه الحالة التي يعاني منها العميل، هل الموقف إيجابي يهدف إلى مساعدة العميل واستيعابه في نطاق الأسرة والعائلة؟ أم أنه موقف سلبي يميل إلى رفض العميل وإنكار مسؤولياتهم نحوه.
- محاولة التقليل من الصراعات العائلية القائمة والتي لها أن تدفع بالعميل إلى حالة من الانعزال تجنبًا لواقع غير محتمل من المشاحنات الأسرية.
- محاولة تدعيم اعتماد العميل على نفسه وتحريره من التواكل الأسري وإعطاؤه فرصة تكوين هويته الفردية وتعريضه لتجارب الواقع، وتدريبه على تحمل مسؤولية نفسه في الحياة اليومية.
- يقتضي هذا العلاج محاولة فهم المواقف والحوادث والحساسيات العائلية التي أدت إلى حدوث الحالة التي يعاني منها العميل في البداية، والتي ترتبط بالانكاسات اللاحقة.

إن البحث في العوامل الستة التي سبق ذكرها، تقرر فيما إذا كان من الأفضل للعميل أن يعالج في المؤسسة، وإذا كان من الأفضل أن يظل في البيت أو

أن يتم معالجته في مكان آخر غير البيت، وإذا كان من الضرورة عزل العميل عن فرد أو آخر من أفراد عائلته.

إن الهدف من العلاج الأسري لدى هؤلاء المعالجين السلوكيين هو تعلم الآباء والأزواج والزوجات طرقاً أكثر كفاءة للتعامل مع بعضهم البعض عن طريق تغيير ما يحصل عليه الفرد من إثابة مرتتبة بأنماط العلاقات الأسرية غير المرغوب فيها، أو التي يرى المعالج أنها غير سوية، وتعليم أفراد الأسرة مهارات جديدة ونماذج جديدة من السلوك المرغوب فيه^١.

وقد يستدعي الأمر توزيع واجبات منزليّة للتدريب على مهارات وأنماط سلوكيّة جديدة أو لمساعدة تثبيت هذا السلوك لإحداث مزيد من الرضا عن العلاقة، وبذلك فالعلاج السلوكي يهتم بتعديل سلوكيات أفراد الأسرة غير المناسبة داخل البيئة الأسرية نفسها.. ولا يكتفي العلاج السلوكي بذلك، بل يحاول إكساب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل بين الأفراد الأسرة، مثل تدريب الأسرة على مهارات التواصل ومهارة حل المشكلات.

ويتم التغيير وفقاً للاتجاه السلوكي في العلاج الأسري عن طريق هذه الخطوات^٢:-

التدعميم: حيث يدرب المعالج أفراد الأسرة على تقديم التدعميم الإيجابي للسلوك المرغوب باستخدام أساليب المكافآت والإثابة أو المكافآت المعنوية، مثل الابتسامة أو التقدير الإيجابي أو نظرة عين مشجعة .. إلخ وكذلك تقديم التدعميم السلبي للسلوك السلبي غير المرغوب فيه لإطفاء هذا السلوك، ويتم ذلك باستخدام أساليب عقاب أو حرمان من شيء محبوب ومرغوب فيه.

الوصول إلى اتفاقات من أجل تغيير السلوك: حيث يتم التفاوض بين أفراد الأسرة من أجل الوصول إلى اتفاقات تساعد على زيادة السلوك الإيجابي والتقليل من السلوك السلبي بهدف وضع قواعد معينة تحكم السلوك وتحكم العلاقة بين أفراد الأسرة وعلى جميع أفراد الأسرة الالتزام بهذه القواعد.

"غالباً ما تكتب الاتفاقيات بمساعدة المعالج، حتى يجعل من الممكن التفاوض عليها وتعديلها بسهولة، والشكلان الرئيسيان للاحتجاجات هما اتفاق وضع قواعد

() المرجع السابق ، ص ٢٩٤ .

(2)Alexander Easton & Nathan J. Emery: The Cognitive Neuroscience of Social Behaviour, Psychology Press, New York, 2005, PP. 240- 241.

تحكم العلاقة Quid pro quo واتفاق الثقة الجيدة Good Faith والمقصود به أن يقوم الفرد بالسلوك المطلوب ليحصل على تعزيز إيجابي مستقل عما به الطرف الآخر".

"الفكرة الأساسية التي يقوم عليها العلاج الأسري السلوكي هي أن التغييرات في سلوك الوالدين والأبناء يمكن التحكم فيها بطرق التدريم المختلفة عن طريق تقديم تدعيم سلبي للسلوكيات غير المرغوبة، التي يتطلب تغييرها لإطفاء هذه السلوكيات ويحل محلها سلوكيات أخرى، وبذلك يحدث التغيير في نماذج التفاعلات القائمة، لأن المشكلة الأساسية تكمن في البيئة الاجتماعية التي تدعم السلوكيات المنحرفة وليس في الأبناء، ويمثل العلاج السلوكي علاجاً تدريبياً للوالدين، حيث يتعلم فيه الآباء تمارين فعالة لقيادة الأسرة للتقليل من السلوكيات غير المرغوبة لأبنائهم (1).

ومن هذا يتضح أن العلاج الأسري السلوكي يعالج المشكلة أو الاضطراب النفسي في الأسرة عن طريق تعديل سلوكيات أفراد الأسرة، وتغيير نماذج التفاعلات وال العلاقات المضطربة عن طريق الإثابة والمكافآت لثبت السلوكيات والتفاعلات المرغوبة، أو تقديم تدعيم سلبي لإطفاء السلوك غير المرغوب، كما أنه يعتمد على إكتساب أفراد الأسرة بعض التدريبات والتمارين التي تساعدهم على إكتساب المهارات المختلفة التي تساعدهم في الحفاظ على العلاقات الأسرية المترنة.

ومن أهم الفنون التي يستخدمها المعالجون الأسريون السلوكيون:

- Assertiveness Training التدريب على التوكيدية
- Token Economy الاقتصاد الرمزي.
- problem Solving حل المشكلة.
- positive Reinforcement التدعيم الإيجابي.
- Feedback التغذية المرتدة.
- Homework الواجبات المنزلية.

– التدريب على التوكيدية Assertiveness Training –

(1)Goborl. Keitnet, and others: Clinical Manual of Couples and Family Therapy, American Psychiatric Publishing, London, 2010, P P. 156-157.

ويعد هذا الأسلوب وسيلة سلوكية نفسية تدفع الفرد إلى القيام بسلوك معين للتعبير عن رأيه والوصول إلى حقه بطريقة وتحفف من مشاعر القلق، ومن المهم في حالة استخدام أسلوب تأكيد الذات أن تكون الأهداف واضحة ومن هذه الأهداف (١) .

– تعديل الاستجابات الخارجية في التعامل مع الموقف.

– التخلص من مشاعر الذنب.

– التأكيد على التعبير الخارجي للتخلص من مشاعر القلق.

وتتجدر الإشارة إلى أن تأكيد الذات لا يعني عدوانية الفرد تجاه الآخرين للحصول على حقوقه.

إن المدخل السلوكي الأسري يؤكد على أهمية ممارسة الاتصال المباشر والواضح لكل فرد من أفراد الأسرة نحو الأفراد الآخرين، من حيث التعبير عن أفكاره وعن مشاعره بحيث يسهم هذا الاتصال الواضح في توفير حل فعلى للمشكلات ولتحقيق الأهداف الشخصية والأسرية حيث أن التعبير عن المشاعر الإيجابية النوعية يعتبر عاملًا حاكماً تماماً مثل التعبير عن المشاعر السلبية، ومعظم برامج التدخل في العلاج السلوكي الأسري تتضمن تأكيدًا واضحًا على التواصل الإيجابي.

ويطلب المعالج السلوكي الأسري من أفراد الأسرة أن يقوموا بتقديم أو تمثيل حوالاتهم للاتصال مع مشاعرهم وأن يربوا من قبل المعالجين وأفراد الأسرة القادرين، وقد تستخدم التعليمات والتغذية الراجعة والاقتداء (النماذج) والتدعم الإيجابي في تشكيل مهارات الاتصال متى تم التعبير عنها بأسلوب واضح مختصر ومبادر يناسب كل عضو من أعضاء الأسرة وحتى يتطابق التعبير اللفظي مع التعبير غير اللفظي ويمكن أن يفيد التدريب التوكيدى في مجال علاج الأسرة في المواقف التالية (٢) :-

– في مساعدة عضو الأسرة في أن يؤكد ذاته في إطار الأسرة عندما يجد أنه لم يُعامل بعدالة.

– في تمكين عضو الأسرة في الاستجابة بشكل أكثر مباشرة في الأحداث والمواقف التي يكون لها نتائج هامة بالنسبة له.

(1)Bryan Crisp and David Knox: Behavioral Family Therapy, Library Of Congress Catalogin Publication Data, U.S.A, 2009, P.P. 69-70.

عدنان احمد الفسفوس : اساليب تعديل السلوك الانساني ، السلسلة الارشادية (٢) ، ط ١ ، المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج، ٢٠٠٦ ، ص ٦٩ .

- في مساعدة عضو الأسرة على أن يعبر عن الحب والعاطفة نحو بعض الأشخاص المهمين في حياته.

- الاقتصاد الرمزي : Token Economy -

يشير هذا الأسلوب إلى استخدام بعض المثيرات بعد تشرطيها بمدحومات طبيعية كوسائل لحفز الفرد على التعلم ودعم السلوك المرغوب لديه وإنقاص السلوك غير المرغوب أيضاً عن طريق زيادة رصيد من هذه العلامات أو النجوم أو النقاط أو إنفاصه، لأن نمنح الفرد أو التلميذ هذه النجوم أو العلامات بشيء يرغب فيه أو يحبه ويحدد لكل سلوك مطلوب تعلمه عدداً من النقاط يحصل عليها الطفل إذا ما أدى السلوك، كما تحدد المكافآت وقيمة كل منها، وعلى الطفل أن يحسب كم عدد النقاط أو النجوم التي ينبغي أن يحصل عليها حتى ينال المكافأة (1).

ويستخدم أسلوب الاقتصاد الرمزي في العلاج الأسري ويطبق مع أحد أفراد الأسرة بعد أن يكون المعالج قد حدد السلوك وأساليب المرغوبة وحدد لكل منها عدداً من النقاط، ويمكن أن يستبدل بها تشكيلة من المكافآت على أن يكون محدداً كم هو عدد النجوم أو النقاط المطلوب جمعها حتى يحصل الفرد على المكافأة وأن يكون ذلك معروفاً لأفراد الأسرة جميعاً، ويمكن أن يعاقب الفرد أيضاً على السلوك غير المرغوب فيه أو على عدم التقدم في تعلم واكتساب السلوك المرغوب فيه بالخصم والتقليل من النقاط أو العلامات أو النجوم التي حصل عليها.

العلاج المعرفي :

توجد مدارس في العلاج المعرفي :

- العلاج المعرفي لبيك .Cognitive therapy

- العلاج العقلي الانفعالي لليس .Rational emotive therapy

العلاج المعرفي الأسري :

تبني فكرة العلاج المعرفي الأسري على الأفكار التلقائية التي يقوم أفراد الأسرة بتفسيرها بصورة خاطئة وسلبية مما يؤدي إلى وجود أسرة غير متوافقة، أي أن الأسرة تقرر المواقف بمعتقدات وأفكار سلبية على الرغم من أنه يمكن تفسيرها بصورة أخرى إيجابية، مما يؤثر على مواقف التفاعل بين أفراد الأسرة، و يجعل علاقاتهم

(1)Nancy Boy & Fraunklin Brenna: Reaching out in Family Therapy, Library of congress, New York, 2000, PP. 22-23 .

مضطربة وهناك ثمانية تحريرات معرفية شائعة تحدث أثناء التفاعل الأسري، هي ()

- الاستنتاج التعسفي Arbitrary inference: والمقصود به استنتاج نتيجة معينة من حدث أو واقعة دون أن يكون هناك دليل على ذلك، مما يؤدي إلى وجود تحريرات وتفسيرات سلبية بين أفراد الأسرة تخل بالتوازن القائم في الأسرة.
- التجريد الانتقائي Selection abstraction: المقصود به عدم إدراك الموضوع بالكامل داخل سياقة بمعنى انتقاء أحداث معينة بحيث يتم تفسير الموضوع في ضوئها وتجاهل أحداث أخرى، أو بمعنى آخر يقصد " بالتجريد الانتقائي التركيز على تفصيل مأخذ من السياق مع تجاهل الملامح الأكثر بروزاً في الموقف، وصياغة الخبرة الكلية مفاهيمها على أساس هذا العامل"
- التعميم الزائد Over generalization: والمقصود به أن يفسر أفراد الأسرة الموقف في ضوء مواقف مشابهة له حدثت من قبل رغم اختلافه عنهم.
- التهويل والتهوين Magnification and minimization: المقصود به تكبير حجم المشكلة أو التقليل من حجمها، وهي تكون كبيرة فعلاً، أو التكبير من السلوك السلبي والتقليل من السلوك الإيجابي.
- التفسير بصفة شخصية أو التفسير الشخصي personalization: يعزى الفرد للأسباب والأحداث الخارجية لنفسه دون دليل لتحديد السبب.
- التفكير الثنائي Dichotomous thinking: وهو ما يعرف بالكل أو لا شيء (All or nothing) بمعنى أن تصنف الأحداث إما ناجح كامل أو فشل تام، ولا يوجد تفسير للحدث على أنه شيء يتوسط هذه الأمور.
- التسمية واللاتسمية Labeling and mislabeling: والمقصود بها الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها، فمثلاً يسمى فرد من أفراد الأسرة سلوكاً سلبياً معيناً بأنه سلوك دائم في حين أنه يسمى السلوك الإيجابي بأنه سلوك موقفي وهذه التسمية الخاطئة هي التي تؤدي إلى التحرير.
- قراءة ما يدور في العقل Mind reading: وهذا يعتقد أحد أفراد الأسرة أنه يتبع بسلوك فرد آخر، لأنه يعرف كيف يتصرف في ذلك الموقف بناء على خبرته الشخصية مع هذا الفرد، ويتصرف الفرد الآخر على هذا الأساس إلا أنه قد يكون هذا التتبع خطأً مما يؤدي إلى حدوث مشكلات في التفاعل الأسري.

ويبحث علاج السلوك المعرفي في زيادة فاعلية الفكر الذي وراء السلوك، وتعديل الطريقة التي على أساسها يفكر الشخص ليعدل السلوك إلى أفضل، والمنطق وراء هذا الاتجاه هو الصلة التي وضحت بين التسمية Labeling أو الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها وبين استجاباته وسلوكه في الواقع والمعالج الأسرى المعرفي يقوم بعملية إعادة البناء المعرفي Rational Restructuring وقد حدد ماي May أربع مراحل لإعادة البناء المعرفي وهي () :-

أ - تغيير الطريقة التي تفكر بها الأسرة.

ب - فحص الأفكار الأوتوماتيكية غير العقلانية الموجودة عند أفراد الأسرة.

ج - إشعار أفراد الأسرة بأن التمسك بالأفكار غير المنطقية له نتائجه على المشاعر التي يحسونها.

د - تغيير طريقة تفكير أفراد الأسرة عن طريق أن يتعرفوا على التطبيقات السلوكية والنتائج التي تظهر في مجال العلاقات الشخصية لتبنيهم المعتقدات الصحيحة .

التدخلات المعرفة:

يمكن تطبيق الفنون البناءية المعرفية التي استخدمت من قبل في حالات الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات للتغيير أنماط التفاعلات المضطربة لدى الأسرة، ويكون العلاج من مجموع جراءات تهدف إلى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بصورة تسمح بتطوير بدائل إيجابية مناسبة وأفكار توافقية تتعامل من جديد مع الواقع، غالباً ما تظهر الاستجابة للعلاج في أغلب الحالات الواضحة خلال الجلسات القليلة الأولى ().

يؤكد المرشد في المرحلة الأولى على تحديد المشكلة وعلى مهارات الإرشاد، وفي المرحلة الثانية يتم تحديد التفكير غير العقلاني وتصحيحه فيتعلم العميل الوسائل الفعالة للتعامل مع مشكلاته وتجريب البديل في الواقع، ثم يتحرك العلاج بسرعة نحو خطة العمل فيطلب من العميل أن يتصرف بطريقة مختلفة بناء على أفكاره العقلانية الجديدة عن خبرات الحياة، وفي الخطوة الأخيرة يركز المعالج على عملية الوقاية وتنبيه الاستفادة مما تعلمه العميل خلال الجلسات، وكما هو الحال في أي تعلم جديد لا يؤدي الفرد الأنماط الجديدة بكفاءة في البداية، لذا يكون التعزيز ضرورياً

جوبيث بيك - ترجمة طلعت مطر: العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، المركز القومي للترجمة، () ٢٠٠٧، ص ٢١٢.

(2)Aaron T. Beck, Arthur freeman D: Davis: Cognitive therapy of Personality disorders, Second Editions, the Guilford Press, New York, 2004, P.104.

ويتطلب العلاج التدريب على تحديد الأفكار الاتوماتيكية، ثم تحدي الأفكار غير الوظيفية (٤).
٢

وسنوضح هذا فيما يلي:

- التدريب على تحديد الأفكار الاتوماتيكية:

تعتبر زيادة قدرة الفرد على تحديد الأفكار الاتوماتيكية مطلباً أولياً لتعديل الأفكار المشوهة وغير المناسبة، ويسمح هذا التحديد للأفراد "بالتفكير فيما يقولونه لأنفسهم عن الموقف ويسمح بتعلم طرق جديدة أو بديلة للتفكير، وكيف نحسن مهارة تحديد الأفكار الاتوماتيكية نطلب من الفرد الاحتفاظ بذكرة لكتابة وصف مختصر للظروف المحيطة بفترة الصراع في العلاقة، كما يجب وصف الموقف والأفكار الاتوماتيكية التي تأتي على البال والاستجابات الانفعالية الناتجة، ومن خلال هذا التسجيل يستطيع المعالج أن يشرح للزوجين أو لأعضاء الأسرة كيف ارتبطت الأفكار الاتوماتيكية بالاستجابات الانفعالية، وكيف يensem ذلك في الإطار السالب للآخرين. وبمجرد أن يتعلم الأفراد أن تحديد الأفكار الاتوماتيكية بدقة يؤكد المعالج على ربط الأفكار بالاستجابات الانفعالية والسلوكية، يساعد ذلك على مواجهة الميل العام لأعضاء الأسرة ومسؤوليتهم في تأثيرهم على ما يشعرون به (٥).

- استراتيجيات تحدي الأفكار غير الوظيفية:

٦ ومن الأساليب التي تستخدم في العلاج المعرفي (٦):

(١) الإبعاد وفض المركبة (Distancing and decentering):

بعض المرضى يصبحون باللحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا منها موقعاً موضوعياً ويتأملونها بجدية وينظرون إليها نظرة موضوعية، وتسمى هذه العملية الإبعاد أو الاقصاء أو فرض مسافة، ويتحققوا أفكارهم الاتوماتيكية بوصفها ظواهر نفسية لا بوصفها معادلة للواقع، أما فض المركبة فيعني صرف نظر الفرد إلى نفسه بوصفها بؤرة كل الأحداث.

عادل عبد الله محمد : العلاج المعرفي السلوكي "اسس وتطبيقات" ، دار الرشاد ، القاهرة ، ٢٠٠٢ ، ص (١٩٧)

(2) Julian Someras: Cognitive Behavioural therapy, Centre For Applied Research in Mental Health and Applications, Simon Fraser University, Canada, 2007, P34.

٢) تدقيق الاستنتاجات :Authenticating conclusions

على الرغم مما نحاوله مع المرضى ليصحبوا قادرين على أن يميزوا بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية إلا أنهم لا يزالون بحاجة إلى أن يتعلموا أساليب الحصول على المعلومات الدقيقة، ويمكن للمعالج النفسي أن يستخدم فنيات معينة لكي يحدد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة أو غير مبررة، فيشترك معه في تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح وهي التتحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج، فحين نطلب من المريض التفكير في شرح بديل للموقف فإنه يعني أن تفسيره الأولى متحيز، أو أنه يقوم على استنتاج قليل الاحتمال وقد يمكنه حينئذ أن يعي أنه قد حاول لوي الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة.

ويتطلب ذلك من العميل جمع المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات المعدلة (الجديدة)، ومثل هذه المعرفات هي إسقاط لصراعات العميل وتحتاج إلى تحديد مباشر في الجلسات ويتصفح دور المرشد في المثال التالي:

- تلاحظ الزوجة أن الزوج ينسى إكمال المهام، يطلب منها المعالج التركيز على استعادة أي استثناءات لرؤيتها لزوجها "دائم النسيان"، وهذا التناقض يعزز بالفعل النقطة التي يحاول المعالج الوصول إليها، ويمكن أن يستخدم إستراتيجية أخرى بأن يطلب من الزوجة أن تكتب يومياً متى ينسى إكمال المهام ومتى يكملها، وتهدف هذه التدخلات أن يصل العميل بنفسه إلى إستنتاجاته بأن رؤيته للطرف الآخر غير دقيقة.

٣) إعادة التشكيل أو إعادة صياغة المشكلة :Reframing

لجأ إليه المعالج المعرفي لصياغة جديدة من بيانات قديمة، أي لاتخاذ وجهة نظر مختلفة عن المشكلة الموجودة، ويتضمن إعادة التشكيل - على وجه الخصوص - أخذ الشيء خارجاً ووضعه في مجرى آخر، ومن خلال إعادة التشكيل يعاد صياغة السلبي إلى إيجابي، فمثلاً: يقول المعالج للزوجة إنك تثورين حينما يفعل زوجك ذلك، ولكنه ربما يفعله لا لأنه عدواني، ولكن لأنه يهتم بك إلى حد كبير، ولأن لديه حاجة حقيقية لك، ولا يريد أن يظهر ضعفه.

ب) العلاج العقلاني الانفعالي الأسري:

وينظر المعالج إلى مشكلة الأسرة من خلال الإطار المفاهيمي للعلاج العقلاني الانفعالي، فهو ينظر إلى الذي يثير حول الشكوى الحالية (A) ويخطط في ذهنه أن الهدف هو تغيير المعتقد (B)، وهو التغيير الذي سيفتح الباب للتغيير في الانفعالات وأساليب السلوك التي تمثل المشكلة (C) والمعالجون العقلانيون الانفعاليون يتناولوا المشكلات في الإطار العقلاني الذي يشمل النسق الأسري كله بصرف النظر عن عدد من حضروا الجلسة من أفراد الأسرة ولكنهم يحصرون المشكلة والتناول معاً في إطار فردي وليس في الإطار التفاعلي التبادلي بين الجميع^٢ .

وعلى هذا الأساس يقوم المعالج الأسري التي يتبنى التوجه العقلاني الانفعالي بتحديد المشكلة المتمثلة في اضطراب العلاقات بن أفراد الأسرة (A)، وأن أسباب وجود هذه المشكلة هي المعتقدات والأفكار غير العقلانية التي يتبعها كل فرد من أفراد الأسرة تجاه باقي أفراد الأسرة (B)، ويستبشر المريض العلاقة بين هذه الأفكار غير العقلانية وبين الاضطراب بين أفراد الأسرة (C)، لأن كل فرد في الأسرة عدل سلوكياته نحو باقي الأسرة، ولا يكتفي المعالج بذلك، بل يساعد أفراد الأسرة على تبني أفكار عقلانية ومعتقدات أكثر منطقية لتحل محل الأفكار غير العقلانية، وذلك بهدف الوقاية التامة من هذا الاضطراب وحتى لا يكون عرضة لهذا الاضطراب مرة أخرى^٣ .

تعليق على مدخل العلاج النفسي التقليدي في إرشاد وعلاج الأسرة:

من العرض السابق لنظريات العلاج الأسري التي تدرج تحت العلاج النفسي التقليدي يتضح أن هذه النظريات لم تتغير فهي تتبنى نفس المبادئ والأسس والفتروش التي تقوم عليها، بل الأكثر من ذلك أنه تكاد تكون فنياتها وأساليبها هي المعتادة في العلاج النفسي الفردي .. وإنما الاختلاف يرجع إلى طريقة تطبيق هذه الفنون والأساليب.

أي أن هذه النظريات ظهرت في قالب جديد، حيث إنها كيفت من فنياتها وأساليبها بما يتاسب مع العلاج الأسري، وتعرضت لمشكلة العلاقات المضطربة بين أفراد الأسرة، ولكن بصورة فردية (كل جزء على حدة) لأنها مازالت تخضع لنفس

() علاء الدين كفافي: الارشاد والعلاج النفسي الأسري ، مرجع سبق ذكره، ص ص ٣٣١ - ٣٣٣ .
() المرجع السابق : ص ص ٣٣٤ - ٣٣٦ .

المبادئ العلاجية الأساسية فهي احتفظت بالمضمون الأساسي لها ولكنها ظهرت بشكل مختلف يتناسب مع طبيعة العملية العلاجية التي يتناولها أو طبيعة المرضى، فنظرية التحليل النفسي تركز على خبرات الطفولة وأثرها على المشكلة الحالية، وتحل المشكلات الأسرية المضطربة بوضعها ناتجة عن تأثيرات أسرية مبكرة في مرحلة الطفولة، وتركز تأثيرها على المريض في الوقت الحالي، وإن مشكلة العلاقات بين الأفراد في الأسرة هي في الحقيقة تجسد مشكلة في الوظائف داخل الأجهزة الбинائية التي تشكل شخصية الفرد (الهو/ الأنما/ الأنما الأعلى)، واضطراب التفاعلات بين هذه الأجهزة هو الذي يؤثر على اضطراب علاقة الفرد مع الآخرين .. وعلى علاقاته الشخصية (١).

أما النظرية السلوكية فإنها تعتمد على أن التغيير الذي يحدث للفرد في الأسرة، والتدعم الذي يتلقاه على سلوكه الخاطئ من إثابة هو الذي يؤثر في نماذج العلاقات الأسرية المضطربة ويفصل بالتوازن، وعلى أنه إذا قدم التدعم السلبي للسلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة بالطريقة الصحيحة، فإن هذا سوف يؤدي إلى تغيير سلوك كل فرد في الأسرة، ومن ثم تغير أنماط العلاقات في الأسرة المضطربة، أي أن العلاج ركز على مشكلة العلاقات ولكن بصورة فردية، وقد استخدمت السلوكية نفس فنياتها وأساليبها المعتادة في العلاج.

أما العلاج المعرفي الأسري، سواء العلاج المعرفي لبيك، أو العلاج العقلاني الانفعالي لأبربت أليس فركز على تغيير الطريقة التي يفكر بها كل فرد في الأسرة عن طريق أن يفكروا ويفحصوا الأفكار الأوتوماتيكية غير العقلانية، وطرق التفسير الخاطئة التي يمارسونها في تفسير موقف التفاعل التي يترتب عليها اضطرابات ونتائج سيئة، ثم تبني أفكار جديدة تكون أكثر منطقية وعقلانية من الأفكار القديمة لحل محلها، وبذلك تكسر الأمور بشكل مختلف مؤدياً إلى نتائج أفضل ويؤدي ذلك إلى حدوث تغيير وتحسن في العلاقات الأسرية .

ومن ذلك العرض يتضح أن نظريات العلاج النفسي الأسري التقليدي تعرضت لعلاج اضطرابات الأسرة ولعلاج مشكلة نماذج العلاقات المضطربة عن طريقة تعديل وتغيير سلوك وتفكير كل فرد في الأسرة مما يترتب، عليه إصلاح العلاقات.. على عكس ما تبناه المدخل النسقى في العلاج الأسري، حيث تبني وجهة نظر

مختلفة عن الوجهة التي تناولها المدخل التقليدي في علاج الأسرة، وهو ما سوف يتضح في عرض القسم الثاني.

القسم الثاني: المدخل النسقى في إرشاد وعلاج الأسرة:

لقد ظهرت مجموعة من النماذج أو النظريات التي تهتم بإرشاد وعلاج الأسرة، وكل نظرية من هذه النظريات لها فروضها وتوجهاتها النظرية والفنية والاستراتيجيات الخاصة بها، كما أن كل نظرية تحدد دور المعالج في عملية العلاج الأسري.

وتتفق هذه النظريات في فروض أساسية، هي (١) :-

- أن الأسرة تعمل بوصفها نسقاً متكاملاً للتفاعلات بين أعضائها، وأن هذا النسق له توازن، وأي اضطرابات في هذا النسق يخل بالتوازن القائم.
- أن الأسرة مسؤولة بالدرجة الأولى عن مرضية أبنائها، فالاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأبناء ما هي إلا أعراض لأسرة مضطربة، وهذا يرجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري.
- أن الهدف الأساسي من العلاج الأسري هو التغيير، ولكنهم يختلفون في شكل وطبيعة هذا التغيير.
- أنه لا يمكن علاج أجزاء الأسرة (الأفراد) كل على حدة لأن الكل أكبر من مجموع الأجزاء.
- أن هناك عمليات أسرية خاطئة وتفاعلات سلبية داخل النسق الأسري المضطرب، فإذا اكتشف المعالج هذه العمليات السلبية وعالجها أصبح النسق الأسري سوياً ومتوازناً.

ومن الضروري عند ممارسة الأسري أن يستخدم المعالج أسلوباً ونموذجاً علاجياً مناسباً ذو خلفية نظرية وعملية واضحة، حيث إن مجرد تحديد المفاهيم والمصطلحات لا يؤدي إلى تغيير الأسرة أو علاجها، لذلك لابد من استخدام أسلوب علاجي محدد ومعلوم، وفهم النموذج العلاجي والخلفية النظرية يساعد على تحديد الآتي (٢) :

(١) - ١٤٢ ص ص ، ٢٠٠٨ ، دار الشروق ، عمان ، الارشاد الزواجي الاسري : احمد عبد اللطيف ابو اسعد

(٢) - ١٤٣ - ١٦٤ ص ، ٢٠١١ ، العين ، دار الكتاب الجامعي ، المجتمع لمشاكل الاسرة : يوسف عبد الوهاب أبو حميدان

- متى يقوم المعالج بالتركيز على المشاكل السلوكية بدلاً من الاهتمام بالعلاقات الأسرية؟

- كيف يتعرف الأخصائي المعالج على أنماط التفاعل المرضية بين أعضاء الأسرة؟ وما هو أنساب وقت لاقتحام وإبطال هذا النوع من التفاعل؟

وأصحاب التوجه النسقي هم الرواد الذين ترعموا حركة علاج الأسرة، فكان لهم فضل كبير في وضع أسس ومفاهيم جديدة للعلاج الأسري، كما أن ممارستهم للعلاج الأسري كانت مختلفة عن الممارسة العلاجية للمعالجين أصحاب التوجه التحليلي والسلوكي والمعرفي حيث أن أصحاب مداخل العلاج النفسي التقليدي ساهموا في العلاج الأسري عن طريق أنهم عدلوا وكيفوا من فنون وأساليب المداخل التقليدية لتناسب علاج الأسرة، أما أصحاب التوجه النسقي فكان محور اهتمامهم من البداية هو الأسرة، ولذلك فقد كان لهم السبق في وضع نظريات للأسرة وطرق ممارسة علاجية مركزها الأساسي هو الأسرة، كما اهتموا بدراسة مفاهيم جديدة تخص الأسرة.. ومن هذا المنطلق وضعوا نظريات للعلاج الأسري، وتقبل أن يستعرض الباحث هذه النظريات ويوضح أولاً ما المقصود بالمداخل النسقية.

- المداخل النسقية.

أما النسق System "فيستدلى على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها ببعضها البعض وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء، وأننا لا نستطيع فهم كل فرد من أفراد الأسرة بصورة فردية وعلى حدة لو قمنا بدراسة بعيداً عن السياق الكلى، لأنه سيكون شيئاً منفصلاً معلقاً في فراغ" (1).

وهناك من عرف النسق بأنه "منظومة إنسانية تفاعلية فيها أشخاص يتواصلون مع أشخاص آخرين، ومنظومة الأسرة هي مجموعة معينة من الأشخاص توجد بينهم علاقات قائمة ومستمرة، ونرى هذه العلاقات في شكل تواصل يمكن ملاحظته، وأبسط تعريف للمنظومة أو النسق يضع الأفراد في الخليفة ويضع علاقاتهم في المقدمة" وأى تكون يتضمن أجزاء مرتتبة بعضها مع بعض بعلاقات أو تفاعل يمكن أن نطلق عليه "نسق"، والأسرة تتكون من أفراد يرتبط بعضهم بعض بعلاقات

(1) Hearn , G.: General Systems theory and Social Work, in F.J Turner (Ed .) Social Work Treatment, New York: Oxford university Press, Fifth Editon, 2011, P. 244.

وبدرجات متفاوتة وبينهم تفاعل ويمكننا أن نطلق على هذا مصطلح النسق الأسري^٣
^٣ () .

ومن أهم المداخل أو النظريات النسقية التي ظهرت في علاج الأسرة:

- النظرية النسقية لبووين أو النظرية عبر الجيلية

.Intergenerational theory

Structural theory - النظرية البنائية لمنوش

Strategic theory - النظرية الأستراتيجية لهيلى

Interaction theory - النظرية التفاعلية لباتسون

Experiential family theory - نظرية العلاج الأسري الخبراتي

Integrative theory - النظرية التكاملية

وكل نظرية من هذه النظريات لها مفاهيمها الخاصة بها، وتحدد شكل وأسلوب العلاج الأسري، والفنينات التي تطبقها أثناء الممارسة العلاجية، وقد اتفقت هذه النظريات في مبادئ أساسية، هي مبادئ نظرية الأساق العامة General system .theory (GST)

"من أهم مؤسسى نظرية الأساق العامة بيرتا لا نفي (١٩٨٦) Ludwig Von Bertalanffy تشمل على زوجين، وأسرة وعناصر متقاعلة، ولها تأثيرات متبادلة بينهم، والتركيز يجب أن يكون على كيفية حدوث التفاعلات، وكذلك كيف أن التفاعل بين الأجزاء يؤثر على النسق كله، فمثلاً لو لم يستطع فرد في النسق الأسري تأدية وظائفه داخل النسق وفقاً لطاقاته وقدراته التي تعوقه عن أداء هذه الوظائف، فإن النسق الأسري كله سوف يجد صعوبة في تحمله لوظائف هذا الفرد المقصر () .^٤

ومن أهم المفاهيم الأساسية التي تتبناها نظرية الأساق العامة هو مفهوم الدائرة السببية "Circular causality" ، ويقصد بها أننا عندما نريد التعرف على أسباب المشكلة فإننا ندخل في هذه الدائرة، وفكرتها أن الأحداث تكون مترابطة من خلال سلسلة من التفاعلات لدوائر التغذية المرتدة، ويمكننا أن نرى العمليات التي تحدث داخل الأسرة بهذه الطريقة، فالدائرة السببية عبارة عن سلسلة من الأفعال ورود الأفعال

(1) Talcott Parsons & Edward A.Shils: Toward a General Theory of Action, Theoretical Foundations for the Social Sciences, Harvard university press, 6^{ed.}, 2001, PP 192-194.
(2) op cit , P 195.

التي تؤدى إلى نفس الأفعال مرة أخرى فمثلاً نجد سلوك كل زوج استجابة ومحركاً لسلوك الطرف الآخر، وأيضاً التركيز على الأسر سيئة الأداء الوظيفي يتم تغييره من الأفراد إلى وحدة الأسرة نفسها ليعود العائد مرة أخرى على الأفراد وهكذا⁽¹⁾ .

ونظرية الأساق لها جذورها في علم النفس الجشطلى الذي يتبنى مفهوم الصيغة الكلية، والمبدأ الأساسي عند الجشطلت هو أن تحليل الأجزاء لا يمكن أن يقدم فهماً جيداً للأداء الوظيفي للكل وقد تم تحديد المبادئ النسقية العامة، فيما يلى⁽²⁾ :

- **مبدأ الوحدة الأساسية:** ويقرر هذا المبدأ أن الكل الشامل عبارة عن نسق واحد هائل يمكن النظر إليه باعتباره مكوناً من أي عدد من الأساق الفرعية المحددة.

- **مبدأ تغير النسق:** ويشير هذا المبدأ إلى أن خصائص أي نسق تتأثر بكل جزء من أجزائه، لأنه عندما تغير العلاقة بين أجزائه فإنه يتم إعادة تشكيل النسق بأكمله، والتغير نوعان: الأول من الدرجة الأولى، وهو تغير يصيب المكونات الداخلية وعلاقتها بعضها البعض، والثاني من الدرجة الثانية، وهو تغير يحدث نتيجة دخول معلومات جديدة إلى النسق من خارج حدود النسق.

- **مبدأ القابلية للحياة:** النسق الأسرى يظل حياً ما دام مستمراً في التغيير وإصلاح نفسه في الوقت الذي يبقى نسقاً لا يذوب في غيره من الأساق ويتوافق مع الضغوط التي يصطدم بها، وهنا لا نكون أمام خلل في طاقة النسق الأسرى ويطلق عليها الطاقة المعطلة Entropy التي يؤدى إلى مزيد من التخبط والعشوانية.

- **مبدأ التمييز بين الأساق:** ويوضح هذا المبدأ التمييز بين الأساق المفتوحة Open systems والأساق المغلقة Close systems فعندما يتعرض النسق لكتاب حالات معينة يكون في حالة تحول وإن لم يؤدى هذا التحول إلى إنتاج جديد فإنه يؤدى إلى إعادة ترتيب أجزاء النسق، أي أنها أمام نسق مغلق والتغير الذي يحدث في هذا النسق من الدرجة الأولى، والنسل الأسرى المغلق يسعى إلى الحفاظ على التوازن داخل حدوده ويقطع الصلة بمن حوله، لذلك فهو عرضه للضعف والانهيار، أما النسق المفتوح فهو في حال تبادل دائم

(1) Elizabeth, B. Hurlock: Developmental Psychology, Mc Graw- Hill Education (India) Pvtlimited, Fifth Edition, 2011, P321.

(2) Dean H. Hepworth and others: Direct Social Work Practice Theory and Skills, eighth, Edition, Brookslcole, cengag Learning, Canada, 2010, P P 280 – 286 .

للمعلومات وغير مقطوع الصلة بما حوله، ويتوافق مع المعلومات الداخلة إليه، ويقاوم عناصر الهدم، لأنه يتفاعل مع البيئة المحيطة في إطار القيم والتقاليد.

حدود النسق الأسري: كل نسق له حدود ينحصر داخلها، وتضم هذه الحدود كل العلاقات والأحداث المتضمنة في النسق والتي تختلف عن تلك العلاقات والأحداث القائمة خارج حدوده، وتقوم الحدود بدور مرشحات تسمح أو تمنع دخول أو خروج طاقات، وبالتالي فهناك حدود ذات نفاذية عالية وحدود تنخفض في درجتها في النفاذية، لذا قد تكون الحدود سميكة وقد صل إلى درجة أقرب إلى التمیع.

التوازن الحيوي Homeostasis: لكل نسق خاصية الحفاظ على ذاته أو خاصية التوازن الحيوي، أي الحفاظ على سلوك النسق الأسري وضبطه داخل نطاق الحدود المطلوبة لدرجة أن حدوث أي شيء خارج نطاق المدى المقبول للنسق يصاحبه توتر أو عدم توازن، فتستثار ميكانزمات التوازن الحيوي لاستعادة التوازن.

التغذية الراجعة (المرتدة) Feedback: وهي وسيلة يحتفظ من خلالها النسق الأسري بالاستقرار، وهناك تغذية مرتدة سالبة تشير إلى قوة حافرة لإحداث التغيير، حيث إنها تساعد النسق على استعادة حالة الثبات والاتزان.

مبدأ المحصلة النهائية والواحدة Equifinality: وهو أن النسق المنفتح يكون أكثر من النسق المنغلق فيما يتعلق بالطريقة التي يتعامل بها مع المدخلات فلو أغلقت إحدى الطرق نجد النسق المنفتح يبحث عن طرق بديلة، ويعني آخر يمكن الوصول إلى نفس الهدف بطرق مختلفة وهذا مبدأ المحصلة الواحدة، حيث يمكن أن تؤدي عمليات كثيرة مختلفة إلى نفس النتائج أو نفس المحصلة.

مبدأ الاتصال البيني: تحت الظروف الضاغطة الخارجية، قد يل JACK النسق الأسري إلى تركيز وتكثيف الجهد والضغط أو تحمل الأمر لفرد واحد، وقد يل JACK النسق أسرى آخر إلى توزيع الضغوط والأعباء على النسق بأكمله، مما يجعل النسق يتحمل درجات عالية من الضغوط؛ لأنه يجند أكثر من عضو في الأسرة ليشارك في التحمل بدرجة أو بأخرى. ومع توافر البناء والتكون للنسق تستطيع للأجزاء الداخلية أن تتصل بعضها ببعض اتصالاً تبادلياً منسجماً ومتواافقاً يسمح لكل المكونات في النسق بأن تقوم بوظائفها على نحو صحيح مما ينعكس وبالتالي على أداء النسق ككل.

وتضيف كارين إديلشتين أنه من أهم مبادئ النظرية النسيقية ما يلي (١) :

- أن النسق الأسري والأنساق الفرعية وكل منهم له حدود، وأن الأفراد في علاقات متبادلة داخل الأنساق في كل من البيئة الاجتماعية والمادية، وأنه في داخل هذه التفاعلات والأحداث والسلوك تدور العمليات طبقاً لمبدأ الدائرة السببية التي ترى أنه لا يمكن التحكم في جزء في النسق دون السيطرة على بقية الأجزاء الأخرى، وطبقاً لنظرية الأنساق فإن الكل أكبر من مجموع الأجزاء.
- المحافظة على الاتجاه المرضي في الأسرة لحمايتها من التغير والإبقاء عليه كما هو، وهو ما يمكن أن نسميه بالتوازن الحيوي Homestasis.
- كل من التغذية المرتدة الإيجابية والتغذية المرتدة السلبية لها دور في الأسرة فالالتغذية المرتدة الإيجابية تعزز من الأنشطة للنسق و التغذية المرتدة السلبية التي تتوارد بغض التصريح والإمداد بالمعلومات وتحديد العلاقات بين أفراد الأسرة.

وهذه هي المبادئ العامة للأنساق، التي يتفق عليها أصحاب التوجه النسقي.. ويمكن أن نستخلص من هذه المبادئ أن الأسرة تعمل كنسق متكامل، وهذا النسق له توازنه الخاص به، ويحدث داخله تفاعلات بين أفراد الأسرة هي المسؤولة بالدرجة الأولى عن صحة أو مرض أحد أبنائها، وأن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأبناء ما هي إلا أعراض لأسرة مضطربة أو أسرة مريضة نتيجة للتفاعلات الخاطئة التي تحدث داخل النسق الأسري.

وتتفق نظريات التوجه النسقي على أن الاضطراب النفسي أو السلوك المشكل هو نتيجة للتفاعلات السيئة السلبية داخل النسق الأسري، الذي يؤثر على اضطراب في العلاقات بين أفراد الأسرة.

وبناءً على ما سبق عرضه فإن الباحث يستعرض نظريات العلاج الأسري من المنظور النسقي (ذات التوجه النسقي).

١- نظرية العلاج الأسري عبر الجيل لبوين:

Bowen Transgenerational Family:

تنسب هذه النظرية إلى ميري بوين Murry Bowen وبهين هو أحد مؤسسى العلاج الأسري، وأطلق على هذه النظرية اسم نظرية الأنساق لبوين Bowen

(1) Malcom Payne: Modern Social Work Theory, London, Macmillan Press, Second Edition, 1997, PP. 137- 139.

System theory النسقية وأطلق على هذه النظرية مسميات أخرى مثل منظومة الأسرة أو منهج بوين أو العلاج الأسري عبر الجيل Intergenerational or transgenerational أو نظرية الأجيال الثلاثة في العلاج الأسري Three generations theory وأطلق عليها هذا الاسم (عبر الجيلي أو الأجيال الثلاثة)، لأن بوين يرجع مرضية الأبناء إلى الآباء، ومرضية الآباء لوجود بعض الاضطرابات عند آبائهم، وبذلك فالمرض عند الأبناء يرجع للاضطرابات عند أسرهم الأصلية، ويمر بالأجيال الثلاثة وظهرت هذه النتيجة لبوين أثناء دراسته لمرض الفصام، حيث يعتقد بوين Bowen أن الفصام يحدث نتيجة لعملية أسرية سارت عبر ثلاثة أجيال على الأقل على النحو التالي: الجد والجدة قد يكونان أسواء نسبياً إلا أن بعض روابطهما التي تقسم بعدم السواء تركت بصماتها على طفل واحد وهو غالباً الأكثر التصاقاً بالأم، وهذا الطفل سوف يكبر ويشب مختلاً بعض الشيء، ويتزوج من امرأة تعادله في الاختلال النفسي ويقيمان معاً روابط تقسم بالاضطراب الواضح، وهذا الاضطراب يعود فيصب في طفل واحد (وهو أيضاً الأكثر التصاقاً بالأم)، وهو الطفل الذي تترافق فيه مصائب جيلين سابقين سوف يصبح أكثر أعضاء الأسرة اختلالاً حيث تتفجر فيه الأعراض المرضية^٣).

فجوهر نظرية بوين للعلاج الأسري هو عمليات الانتقال لأجيال متعددة (آخر ثلاثة أجيال) من خلال الأسرة المريضة، فالمعالجين عبر الجيلين يركزون في علاجهم على شمول تراث المشاعر والعواطف للأسرة السابقة (الجيل السابق)، والتي كانت متواجدة من قبل وتركت أثراً على الأسرة الحالية، وكذلك طرق الاتصال مع شبكة الأسرة الممتدة والتفاعلات وال العلاقات والتدعيم المستمد من الأسرة الصلبة، أي أنه يهتم برؤية الأسرة النوية من خلال طبيعة علاقاتها وتفاعلاتها مع الأسرة الأصلية وما تركته من أثر عليها^٤).

ولذلك يرى بوين أن: مرض العلاقات الأسرية الحالية لابد أنه على صلة أكيدة بخبرات مواقف لم تحل في العلاقات بين أعضاء الأسرة الأصليين لكل عضو (أسرة الزوج، أسرة الزوجة)، ولذلك عند التدخل لعلاج الأسرة نرکز على اكتشاف وتتبع أنماط العلاقات ومدى انتقالها من جيل إلى جيل.

(1) Gurevin P.J.: Theories and Strategies Of Family Therapy, Boston, Allyn & Bacon, 2002, P P 128-131.

(2) Papero, DV: The Bowen Theory on Family Counseling and therapy (3 ed), Itasca, IL, F, New York, 2000, PP 272 – 273.

ومن الملاحظ أن بوين متأثر بالتحليل النفسي خاصة في تحليل العلاقات الأسرية المضطربة وتفسيرها في ضوء ما حدث معه للجيدين السابقين وتتبع هذه العلاقات على مدار ثلاثة أجيال، والهدف من نظرية علاج الأنساق الأسرى لبوين هو تعليم الناس أن يستجيبوا، وليس مجرد أن يصدروا ردوا أفعال لمنظومتهم، وتعنى الاستجابة Responding أن تأخذ في الاعتبار حاجات الأسرة، ولكن في النهاية تقوم بالاختبار على المنطق وليس على المشاعر بحيث يتمكن الفرد من أن يصبح ذاتاً قوية ثابتة متمايزه عن منظومتها الأسرية، وفي نفس الوقت على صلة بهذه المنظومة، ويميل هذا الأسلوب العلاجي إلى أن يستمر لوقت طويلاً⁽¹⁾.

ويعني هذا أن الهدف الأساسي للنظرية عبر الجيلية هو أن: تمایز الفرد عن أسرته الأصلية، وهذا شرط ضروري للصحة النفسية، وتمثل عملية التمايز بداية القدرة على تحديد الحدود والهوية التي تخص هذا الفرد بعيداً عن أسرته ليدمج الجوانب المتعارضة للذات، وليسمح بالصراعات النفسية أن تحدث، ويناضل باستمرار بين قلبه من الاستقلالية أو الاعتمادية والرغبة في التمايز، والهدف المبدئي من هذا العلاج هو تشجيع التمايز لكل أعضاء الأسرة، والتمايز يجب أن يحدث عبر الأجيال، فمثلاً الآباء في الأسرة يكونون متمايزين عن آبائهم، لذلك فإن أعضاء الأسرة يتم تشجيعهم ليعودوا إلى أسرهم الأصلية من المنشأ ويعيدوا حل الصراعات التي قد تعيقهم عن تحقيق التمايز، ورأى بوين أن الفحص نقطة نهاية لإعادة حل الصراع نتيجة لنقص في تمایز العلاقات البينشخصية التي ينقلها من جيل إلى جيل⁽²⁾.

وإذا تحقق هذا الهدف وحدث تغيير لكل فرد من أفراد الأسرة فإن هذا التغيير سوف يدفع الأسرة إلى توازن جديد، وبذلك يؤدي هذا التغيير إلى تحسن الأسرة المريضة، وكذلك اختفاء الأعراض التي تظهر عند الابن.

والهدف الآخر لهذه النظرية هو: تقليل الشحنات الانفعالية المرتبطة بسلوك الفرد، وتفسير القلق حتى يستطيع أفراد الأسرة أن يفكروا بطريقة مباشرة ، فيستقيم التفكير ويتقادون عملية تشوية وتشابك الأفكار خصوصاً عندما تناول الانفعالات التي تظهر في التواصل بين أعضاء الأسرة⁽³⁾.

(1) Papero, DV: The Bowen Theory on Family Counselig and therapy op cit , P 274 .

(2) Frank m . Dattilio: Case studies in couple and Family therapy; systimic and cognitive perspectives, Guilford Press, New York, 1998, P P 260 – 262.

(1) op cit , P 263.

وكان بوين عندما يتحدث إلى الزوج العنيف يقول له: لا تحدثي كيف تشعر بل حدثي كيف تفكرون؟، حيث يعتقد أن مضمون المواقف المشحونة بالعاطفة يكون القلق الذي يعوق عملية التواصل وحل الصراع.

ويمكن تلخيص أهداف نظرية بوين في هدفين، هما:

- تحقيق التمايز الذاتي لكل فرد من أفراد الأسرة.
- تخفيض الشحنات الإنفعالية والقلق في جو الأسرة.

فروض النظرية عبر الجيلية لبوين:

تفترض هذه النظرية مجموعة من الفروض، وهي بمثابة أفكار أساسية لنظرية بوين وأهم هذه الفروض (٤) :

المثلث المرضى Perverse triangle

والمقصود بعملية التثليث أنه: عندما تحدث صراعات بين فردين (والدين) وتصبح العلاقة الثنائية بينهما غير مستقرة، فإن الفردين اللذين توجد بينهما هذه العلاقة يحاولان أن يسحبا طرفا ثالثاً (الطفل) ليكون معهما مثلثاً، وربما يتضمن نظام الأسرة عدة مثلثات وغالباً ما تكون متداخلة، وتظهر عندما يحدث التوتر بين أي عضوين في الأسرة، ومن الملاحظ أنه كلما كانت درجة إندماج الأسرة عالياً كان احتمال حدوث عملية التثليث أكبر (٤).

والمثلث المرضى هو عملية من العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة، ويدل على وجود علاقات أسرية غير مستقرة ومضطربة، ويظهر المثلث المرضى الروابط الضعيفة التي تربط أفراد الأسرة بعضهم البعض، مما يؤدي إلى جمود الأدوار الأسرية وسوء في أداء الوظائف داخل النسق الأسري (٥).

والفرضية التي يتبعها بوين هي أن علاج اضطرابات العلاقات الأسرية وأداء الأسرة لوظائفها على نحو جيد، وتتنوع ومرنة الأدوار الأسرية يتوقف على كسر

(2) Frank m . Dattilio: Case studies in couple and Family therapy; systemic and cognitive perspectives op cit , P264.

محمد حسن غانم : العلاج النفسي الجماعي ، بين النظرية والتطبيق ، دار كتب عربية ، القاهرة ، ٢٠٠٥ ، (٤) .

ص ٢٤٦ .

نفس المرجع السابق ، ص ٢٤٧ . (٤) .

علاقة التثبيت داخل النسق الأسري وكسر الروابط الضعيفة بين أفراد الأسرة ليعود المثلث إلى حالة سواء وثبات واستقرار وتغيير شكل العلاقات الأسرية إلى الصورة المستقرة والمتوازنة إيجابياً (4).

العمليات الانفعالية في الأسرة النووية

Nuclear Family Emotional Processes:

عندما ينشأ التوتر في النسق الأسري فإن هناك أربع طرق محتملة تسلكها الأسرة لكي تخفف التوتر، وكأنها ميكانيزمات لتخفيض التوتر عند الأسرة وهي (4).

(أ) **التباعد الانفعالي**: هو نوع من الاستجابة قد يتضمن الابتعاد المادي أو الابتعاد المعنوي بمعنى أنه يتعامل مع الطرف الآخر كما لو كان غير موجود.

(ب) **الصراع الزوجي**: طريق آخر لحل التناقض بين الحاجة إلى التقارب والاندماج من ناحية، وال الحاجة إلى الإبعاد والاستقلال من ناحية أخرى ويظهر التذبذب بين فترات التقارب الزائد وفترات الشجار ثم التباعد.

(ج) **سوء أداء الوظائف عند الزوجين**: يقوم فيه أحد الزوجين بالاستسلام ويتبنى حلاً وسطاً، لكي يحتفظ بالانسجام لتخفيض التوتر في النسق، إلا أن هذا الأسلوب يؤدي إلى شعور الزوج الذي استسلم بأن التقويض تم على حسابه مما يؤدي إلى اضطراب الوظائف عند الزوج الآخر.

(د) **ضرر الأطفال**: عندما يحدث القلق والتوتر بين الزوجين فإن الصراع بينهما يمكن أحياناً أن يتتجنب إذا ما ركز انتباهم على أحد الأطفال بدلاً من التركيز على الطبيعة الحقيقية للتوتر، وهذا ما يحتمل أن يحدث خصوصاً بين الزوجين غير المتماثلين (المندمجين)، وهو ما يشجعه البعض باتخاذ كبش فداء بين الزوجين غير المتماثلين.

عملية إسقاط الأسرة : Family projection process

ترتكز هذه النظرية أساساً على مفاهيم التحليل النفسي كالإسقاط والمخاوف اللاشعورية.. إلخ، وهذه هي الوسيلة التي يمر بها عدم التمايز من الوالد إلى الطفل

() نفس المرجع السابق ، ص ٢٤٧ .

(4) Ckaig A. Everent t. Robert E. LLe: When Marriages Fail Systemic Family Therapy intervention and Issues, Haworth Press, Canda, 2006, P. 25 .

وغالباً ما يحدث ذلك من قبل الأم، فالأم قد تسقط مخاوفها الشخصية وربما شعورها بأنها غبية أو قاصرة على الطفل، ومن هنا ستعامله كما لو كان يتصف بهذه الصفات بالفعل، ويستجيب الطفل بدوره إلى تفسيرها ويصبح قلقاً (١).

البتر الانفعالي Emotional Cut off:

يحاول بعض الناس لكي يتعاملون مع أسرهم المندمجة الأصلية اللجوء إلى حل متطرف، حيث إنهم يحاولون تخفيض القلق الناتج عن المعاناة الشديدة بالذهاب إلى أقصى الطرف الآخر، ويفصلوا أنفسهم بالكامل عن النسق الأسري الأصلي (٢). العملية العلاجية دور المعالج فيها طبقاً لنظرية بوين:

في نظرية الأساق نجد أن المشكلة القائمة أو أسباب المشكلة (فكرة السببية) ظهر في صورة دائرة بمعنى إذا أردنا معرفة السبب في المشكلة علينا أن ندور في دائرة مفرغة لأن سلوك كل زوج هو نفس الوقت استجابة ومحرك لسلوك الطرف الآخر فإذا اشتكت الزوجة للمعالج عن شيء قام به زوجها يحاول المعالج أن يكشف عما سبق هذا الحدث وما الذي تبعه (٣).

وفي الجلسة العلاجية يعمل بوين عادة مع الزوجين وقد يستبعد عامداً وجود الطفل كطرف ثالث مع الزوجين حتى ولو رأى الوالدين أن الطفل هو العضو المريض في الأسرة، لأنه يعتقد أن مشكلة الأسرة دائماً بين الزوجين، وأن مشكلة الطفل ليست أكثر من مجرد أعراض لسوء أداء النسق الانفعالي بين الزوجين، ويرى أنه إذا ما استطاع أن يقيم التوازن الانفعالي داخل الأسرة فإن مثل هذه المشكلات ستختفي، أي أن التغير في الطرفين الأساسيين يحدث تغييراً في الطرف الثالث وهذا هو جوهر العملية العلاجية عند بوين (٤).

أما عن دور المعالج تبعاً للنظرية عبر الجبلية فهو دور إيجابي حيث إنه يقوم بعده مهام يوضحها الباحث فيما يلي (٥) :

يرى بوين أن المعالج هو المسؤول عن دفع أفراد الأسرة إلى المبادرة بالتصريف أو الاستمرار في العلاج، وكذلك عليه مساعدة أفراد الأسرة لمواجهة الماضي كما يُعد نفسه في الوقت الحاضر.

(1) Collie W.Conoley & Jane close Conley: Positive Psychology and Family therapy, Sons, Inc, Simultene ousty in conda, 2009, P 49.

(1) op cit , P50 .

() داليا مؤمن : الأسرة والعلاج الاسرى ، دار السحاب ، القاهرة ، ٢٠٠٤ ، ص ١٣٢ .

() نفس المرجع السابق ، ص ١٣٢ .

(4) Janice M. Rasheed and athors: Family therapy, models and techniques, Sage Publications, Inc, London, 2011, P 232.

ويجب على المعالج أن يخلق جواً داخل البيئة تجعل أعضاء الأسرة قادرين على الاحتفاظ بأهدافهم وأدوارهم، وعلى المعالج أن يلعب دور الموجه الذي يساعدهم على اتخاذ قراراتهم في كيفية تحقيق أهدافهم.

والمعالج وفقاً لنظرية بوين يعمل على تحرير الفرد من الارتباط والتعلق الزائد عن الحد بالأجيال السابقة، ومساعدة كل فرد من أفراد الأسرة على أن يحقق التمايز.

فنيات العلاج الأسري عبر الجيلي أو النسقي:

من أشهر الفنيات التي يستخدمها المعالجين النسقيين:

- Paradoxical interventions - التدخلات المتناقضة
- prescribing the symptom - وصف العرض
- Creating crisis - اختلاق أزمة
- Reframing - إعادة التشكيل أو عادة التأطير
- positive feedback - التغذية الراجعة الموجبة

نقد النظرية النسقية أو عبر الجيلية:

تفقر نظرية بوين إلى بعض الدقة العلمية على الرغم من أن بوين صمم مقاييساً لقياس تمايز الأنما في محاولة منه لتفصيل نظريته بثوب علمي إلا أن طريقة التصحيح في هذا المقياس ما زالت ذاتية إلى حد بعيد ، ويؤخذ على هذه النظرية، وأيضاً عدم دقة طرق التشخيص داخل النسق الأسري لأنه لتحديد التفاعلات والعلاقات داخل الأسرة، وكذلك لتحديد العمليات المرضية داخل الأسرة نستخدم أساليب ملاحظة أو اختبارات إسقاطية، وهذه الأساليب قد تكون غير موضوعية بدرجة كافية تجعل الباحثين يتلقون على العمليات المرضية والتفاعلات المرضية داخل الأسرة (٥).

كما يؤخذ عليها أنها تركز على العلاقة بين الزوجين، حيث إنها المسؤولة كاملاً عن كل ما يحدث في العلاقة، وعلى الرغم من أهمية هذه العلاقة فإن علاقة الأبناء مع الآباء وعلاقات الإخوة وبكل العلاقات والاتصالات الأسرية كلها عوامل أساسية تسهم في اضطراب النسق.

(1) St. George, S. Evolution of Family therapy, in the united states and canda, Counselling, Psychotherapy, and Health, 4(1), Counselling in the Asia Pacific Rim: Acoming Together of Neighbours Special Issue, 2008.

٢- نظرية العلاج الأسرى البنائي لمنوشن

أسس هذه النظرية العالم سلفادور منوشن Silvador Minuchin وتعرف هذه النظرية باسم النظرية البنائية للعلاج الأسري، وذلك لأنها تبحث عن تغيير الأبنية والتركيبات، أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة، ويعمل المعالج بهذه الطريقة على الحدود بين الأنظمة الفرعية داخل الأسرة Sub-systems مع التركيز على العلاقة بين الوالد والطفل (٥).

حيث إن إرشاد الأسرة البنائي مبني على نظرية الأساق العامة، والمعالجون البنائيون يؤيدون حدوث تغيرات داخل النسق الأسري، وبصفة خاصة التغيير في نماذج التفاعل في الأساق الفرعية للأسرة، مثل النسق الزوجي أو النسق الأخوي وإقامة حدود واضحة بين أعضاء الأسرة^٥).

وتفترض هذه النظرية أن أي اضطرابات نفسية أو مشكلات أسرية ناتجة من وجود بناء أسرى مضطرب، ولكي تعالج هذه الاضطرابات وتحل المشكلات الأسرية فلابد من إعادة بناء النسق الأسري بشكل مختلف عن البناء القائم.

حيث يحدد مونشن أن هذه المشكلات جزء من البناء وتحتاج إلى فنيات معينة للتعامل معها، فمثلاً نجد النسق الزواجي كل شريك يحاول أن يظهر كيف يكون الشريك الآخر ظالماً فتكون الشحوى مقدمة والاتهامات المتبادلة بينهما تظهر في تعبيراتهم هي تكون أو هو يكون وكأنهم يأتون للعلاج لتصفية الحسابات لكون المعالجين الأسرى يرون أن كليهما خطأ أنه لا يكون هو - أنها لا تكون هي أنها تكون نماذج البناء التي تصنع الأسرة نسق من الحياة التي تخضع للتواصل والترابط من خلال القواعد الصارمة وغير المنطقية، والتي تحكم هذا البناء (١) .

وكما تفترض المدرسة البنائية أن الأعراض تستمد بقاءها من طبيعة وتجاه الحركة داخل بناء الأسرة، ومن الأدوار التي تمارسها الأسرة ككل والتي تعطيها نمطاً خاصاً بها، وهذه الأدوار وما تتضمنه من مسؤوليات متباينة بين أفراد الأسرة تؤدي إلى ظهور الأعراض وتساعد على استمرارها في عضو أو أكثر، العناصر الأساسية في بناء الأسرة من منظور النظرية البنائية لمتوشن تتضمن (الأنساق الفرعية، والتدرج

(1) Lorna L. Hecker, Josephl. Wetchler: An Introduction To Marriage and Family therapy, The Haworth Press, Inc. NewYork, 2003, P 280.

(2) Mark Rivett and Fddy Street: Family therapy Lookey Points & Techniques, Routledge Press, Newyork, 2009. P 180.

(1) Mark Ryett and Eddy Street: Family therapy Lookey Points. op cit . P188 .

الهرمي، والحدود) وبناء الأسرة هو الذي يحدد من يؤدي هذه المهام داخل الأسرة (أدوار الأسرة)، وقواعد الحصول على المهام التي تم القيام بها وكيفية التواصل بين أعضاء الأسرة وبعضهم البعض، وكيفية حلهم للمشكلات، ويسلك أعضاء الأسرة بطرق متبادلة أو متكاملة مع بعضهم البعض وإذا كانت أدوار الأسرة وقواعدها الخاصة "بمن يفعل ماذا" عبارة عن تقسيمات اختيارية للعمل في البداية فإنها تصبح مع الوقت ذات حسانة أو تصاب بالجمود لأنها لا توظف ويمكن أن تكون قواعد الأسرة صريحة أو ضمنية، وتحكم مدى واسعاً من السلوكيات التي تعتبر ملائمة لكل عضو من أعضاء الأسرة (١).

وبرغم أن هناك أوقاتاً يظل هذا البناء ثابتاً أو مستقراً فإن كل الأسر تمر بفترات مشقة Stress ونمو تنجم عن مطالب داخلية أو خارجية للتغيير ويوجب التغيير على الأسرة أن تتكيف وتقاوض (تعديل قواعد الأسرة) من أجل الوفاء بحاجات أعضاء الأسرة.

أما عن أهداف العلاج الأسري البنائي فالهدف الأساسي هو إعادة بناء النسق الأسري، وهذا يتحقق من خلال الأهداف الآتية: الهدف الأول تغيير تنظيم الأسرة، والهدف الثاني تغيير وظائفها، وهذا الهدفان هما السبيلان إلى أن تحل الأسرة مشكلاتها ولكي يتحققان فإن التدخلات يجب أن تكون مباشرة وعملية ومحظة بالفعل، وعلى هذا الأساس يمكن أن نلخص أهداف العلاج الأسري البنائي فيما يلي (٢) :

تشخيص العناصر المرضية في النسق الأسري وعلاجها.

تغيير تنظيم النسق الأسري عن طريق تغيير في طبيعة العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة.

تغيير وظائف الأسرة عن طريق تحديد الأدوار والمسؤوليات وتحديد القواعد التي تحكم العلاقات الأسرية.

إذا تحققت هذه الأهداف داخل الأسرة فسوف يتحقق توازن أسرى جديد يختلف عن التوازن المختل الذي كانت الأسرة تبقي عليه، ولكي تكون الأسر أكثر نجاحاً وسعادة وأكثر قوة يجب ألا تكون متوازنة فقط، بل يجب أن تكون (٣) :
- مترابطة.

(2) op cit, P189.

(1) Robert Toibbi: Doing Family Therapy, Second Edition, The guilford Press, New york, 2007, P 44.

(2) Salvador Minuchin: Family Therapy, Tehiniques, Harvard university Press, 2004, P 321.

- يفهم كل فرد فيها الآخرين.
- يقضى أفراد الأسرة أوقاتاً مشتركة بعضهم مع بعض.
- أن يكون لديها نماذج اتصال جيدة.
- أن يكون لها درجة عالية من الاتجاهات الدينية.
- أن تكون قادرة على التعامل مع الأزمات بالأساليب الإيجابية المناسبة.

وقد حدد منوشن بعض التصنيفات للأسر، وذلك بهدف التعرف على طبيعة الأسرة وما يحدث داخلها من أنماط تفاعل، وبذلك يسهل تقديم الخدمة العلاجية المناسبة لطبيعة كل أسرة، حيث يسهل التنبؤ باستجاباتهم حسب نمطها ويسهل على المعالج تقديم الأساليب والفنينيات المناسبة لها .

التصنيف الأول: صنف منوشن الأسر من حيث درجة تماسكتها إلى أربعة أسر () :

أسرة متشابكة أو متداخلة *enmeshed family* وأسرة متباعدة *Detached Family* والأسرة المتشابكة هي أسرة مندمجة بعضها مع بعض اندماجاً زائداً عن الحد، وفيها يكون الأفراد معتدين أحدهم على الآخر أو غير متمايزين ويريد أفراد هذه الأسرة أن يتحرروا من الأعباء داخل الأسرة، وأوضح تشبيه لها أنها مثل خيوط العنكبوت المتشابكة التي ينفصل بعضها عن بعض أبداً، أما الأسرة المتباعدة ففيها كل فرد يعيش في عالمه، ولا يشعر أحد منها بأية ضغط على فرد آخر والاتصالات فيها قليلة، وهناك الأسرة المرتبطة *Connected family* وهي الأسرة الأكثر سوءاً لأنها أسرة متماسكة ومتراقبة وتهتم بتأكيد صالح أفراد الأسرة الآخرين ويليها الأسرة المنفصلة *Seperated family* وفيها الاتصالات محدودة بين أفراد هذه الأسرة ويسلك الأفراد فيها كأفراد داخل أسرة وليس كمجتمع.

أما التصنيف الثاني: وقد صنف منوشن الأسرة من حيث درجة تكيفها إلى أربعة أنواع من الأسر () :

- أسرة مشوشة أو مهمشة *Choatic family* تقابل الأسرة المتباعدة في سلوكها وتفاعلاتها.
- أسرة جامدة *Rigid family* تقابل الأسرة المتشابكة.

(1)op cit , P- P. 322 - 324 .

(2) op cit , P. 325.

- أسرة مرنة Flexible family تقابل الأسرة المترابطة.
- أسرة مقنة Standard family تقابل الأسرة المنفصلة.

وهذه التصنيفات توضح طبيعة الأسرة من حيث شكل التفاعلات التي تحدث فيها وطبيعة العلاقات بين أفراد هذه الأسر وأنماط الاتصال الموجود فيها، وهذه البيانات تحدد اتجاه سير العملية العلاجية.

ولكي تؤدي الأسرة دورها بصورة إيجابية وعلى نحو جيد فيجب أن تكون أسرة وظيفية ويقصد من وظيفية الأسرة جيدة الأداء الوظيفي، بمعنى أنها الأسرة التي تؤدي وظائفها المطلوبة منها على نحو جيد.. وهذه الأسر لكي نحكم عليها بأنها جيدة الأداء الوظيفي فلا بد أن تخضع للمعايير الآتية (١) :

الموارد الوالدية: وهي قدرة الوالدين على تلبية الحاجات الأساسية لأبنائهم (من رعاية وحماية- واحتياجات أساسية)، وإذا كانت الأسرة تمتلك موارد معينة فيجب أن تستغلها وتوظيفها لصالح الأبناء والسيطرة على سلوكياتهم.

الاتصال بين أفراد الأسرة: وفيها يكفي لأفراد الأسرة أن يتصلوا بشكل كافي لحل مشاكلهم، ووفقاً لساتير Stair فإنه يوجد ميل عادٍ لتقليل التقارب في فترات الضغط، وفي الأسرة المختلفة وظيفياً يكون الاتصال القريب هو القاعدة وليس الاستثناء، لذلك نجد هذا النطاق ينبع بالصراع واللوع والتهكم مما يخل بالتوازن الأسري.

السلطة الوالدية: وفيها يتم الحكم على هل الوالدين فعالان في تأكيد السلطة؟ الوالدين في الأسرة الوظيفية لديهم دور وموافق تنفيذية في تنظيم الأسرة أما في الأسرة المختلفة وظيفياً يسلّم الوالدان، ويملكون بالسلطة لتجنب الصراع مع الأبناء، مما يؤدي إلى أن الأبناء في هذه الأسر غالباً ما يكونون خارج السيطرة، لذلك فالأسرة المختلفة وظيفياً هي الأسرة المريضة التي تحتاج إلى علاج أسرى، أما الأسرة الوظيفية فإذا حدث فيها أي مشكلة فيكفي الاستشارة الأسرية لأنها تؤدي الوظائف الأساسية على نحو فعال.

وتضيف كارين أديلشتين أنه في الأسر ذات الأداء الوظيفي الجيد نجد الحدود واضحة، حيث أن الحدود والهرمية والسلطة داخل الأسرة التي تعكس الوظائف

(1) Ros Draper and Others: *Teaching Family Therapy*, Karnac Books, Bpc Wheatons Ltd, London, 1991, P P 78- 88.

والحدود الواضحة النفذة هي التي تسهل من التفاعلات مع الإنفاق الفرعية ووفقاً لمنوشن فإن الأسرة لها مهنتين من المهام النفسية التي يجب أن تقوم بها (1) :

المهمة الأولى: الدعم لأعضائها ومواربها لمتطلبات النمو ومواجهة التغيرات النمائية.

المهمة الثانية: تقديم التغذية الراجعة للأسرة والانتقال من تحديد الفردية إلى الطرق التي ترتقي بالإحساس بكل من الانتماء والانفصال، والأسر التي تتجزء هذه المهام يمكن أن نطلق عليها أسرة وظيفية، وبذلك فإن هناك أربعة من نماذج العلاقات غير المرنة تجعل الأسرة غير قادرة على تنظيم سلوكياتها بطرق تقابل احتياجات الأعضاء الأساسية، وبالتالي تفشل في أداء وظائفها وتكون أسرة مختلة وظيفياً، وهذه النماذج هي: الأسرة المتداخلة (المتشابكة)، والأسرة المتباعدة، وكذلك الأسرة الجامدة والأسرة المهمشة.

فروض نظرية العلاج الأسري البنائي:

فترض هذه النظرية مجموعة من الفروض وهي (2) :
أن مشكلات واضطرابات الأسرة ناتجة عن بناء أسرى مضطرب، ولا تحل هذه المشكلات إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة.

إن بناء الأسرة مضطرب، يتضمن خللاً في التفاعلات بين أفراد الأسرة واضطرابات في علاقاتهم ببعضهم البعض وعدم قيام الأسرة بأدائها لوظائفها أو حدوث سوء في أداء هذه الوظائف وتتضح وظائف الأسرة في الأدوار التي يمارسها كل فرد في الأسرة والمسؤوليات المتبادلة بين أعضائها.

أن هناك طبيعة خاصة لكل أسرة، ويجب معرفتها أثناء مرحلة التشخيص ليسهل توجيه العلاجية التي تناسب طبيعة هذه الأسرة.

أن العلاج البنائي يعتمد على التغيير في تنظيم النسق الأسري والتغيير في وظائف الأسرة، هذا ويتم إعادة تنظيم النسق الأسري عن طريق التعرف على الأنماط المرضية التي تتكرر باستخدام استراتيجيات وفنين محدودة، ثم إزالة العناصر المرضية من النسق الأسري.

(1) Thomas L Sexton: Functionel Family Therapy in Clinical Practice, Taylor and Francis Group, LLC, New York, 2011, P 37.

(2) Monica McGoldrick & Kenneth V. hardy, Re- Visioning Family Therapy, Guilford press, New York, 2008, P P 20 ، 23.

تحديد الحدود وتحديد القواعد التي تحكم العلاقات، والتفاعلات، وهذه الحدود والقواعد متყق عليها من جميع أفراد الأسرة ليلتزم بها الجميع، وبذلك يمكن إعادة بناء الأسرة وفقاً للحدود والقواعد الجديدة.

أن هناك مقاومة من الأسر لأي تغيير يحدث، لأنها اعتادت هذا الوضع، والعلاج والتغيير يخل بالتوازن القائم لهذه الأسر (التوازن الحيوي)، ويجب على المعالج أن يتغلب على هذه المقاومة للأسر.

العملية العلاجية ودور المعالج فيها وفقاً لنظرية منوشن:

ووفقاً لمنوشن لكي نحدد مدى ضرورة أو نوع التدخلات العلاجية المطلوبة فلا بد من تحليل البناء الأسري والذي يتضمن الأساق الفرعية (كيفية تشكيل جماعات فرعية)، والدرج الهرمي فيها (درج المشاركين في المسؤولية)، وحدودها (كيفية التفاعل)، وبافتراض أن الأداء الأسري يتسم بالكفاءة فإن ذلك سوف يشجع نوعاً من الاستقلالية الملائمة ارتقائياً (الفردية Individuation)، وكذلك نوعاً من الارتباط الملائم ارتقائياً (الإحساس بالانتماء) لكل أعضاء الأسرة (1).

أما إذا كان الأداء داخل النسق الأسري غير فعال فعلى الأخصائي أن يتدخل لتغيير هذا البناء مع افتراض أن التغيير في البناء سوف يدفع أعضاء الأسرة إلى تطوير المزيد من الطرق الفعالة للارتباط ببعضهم البعض، ويقوم المعالج الأسري البنائي بمنح أعضاء الأسرة فرصة للتفاعل والحوار حتى يمكن ملاحظتهم، وفرصة ملاحظة تفاعلات الأسرة تمكن المعالج من الوصول إلى افتراضات معينة حول بناء الأسرة والقواعد التي تحكم العلاقات فيها، وبعد ذلك يصبح هدف المعالج هو الأنماط المرضية التي تكرر، فيتناولها المعالج مستخدماً الاستراتيجيات حتى يتمكن من تغيير القواعد التي تحكم التفاعلات فيمكن إعادة بناء الأسرة والتفاعلات فيها (2).

والمعالجون البنائيون الذين يعملوا مع الأسر يجب أن يكون لديهم خطوط إرشادية لتحديد كيف، ومتى، وأين، وماذا عن التدخل العلاجي للعمليات الأسرية الموجودة ، فالمعالجون خططون في عقلهم بناء الأسرة، ويحددون أن هذا البناء يرتبط بنماذج إساءة الوظائف، وعلى المعالج أن يعمل على إقامة هرمية جديدة للأباء لتغيير ووضع حدود واضحة وطرق مناسبة للتفاعل، وعلى المعالج لكي يعيد بناء

(1) Asen, E., Dawson, N. & McHugh, B: Multiple, Family Therapy, Karnac Books, London, 2001, P 125.

(2) Beher Mitrani, V & Perz, M : Structural- Strategic approaches to Couple and Family Therapy int. Sexton (Eds) Hand Book Of Family therapy, New York , 2000, P P 177- 178 .

وترتيب النسق الأسري أن يختار من الفنون ما يناسبه هو يمتلك طرقاً مختلفة ليمارس أبسط الفنون فمثلاً يرتدي جلسة أفراد الأسرة بحيث يوجه بعض الأفراد المتحدثين في وجه الأفراد الآخرين ليري عملية التواصل بينهم، وكذلك يستخدم فنية إعادة التشكيل وفيها يساعد الأسرة أن ترى مشكلتها بإدراك مختلف فمثلاً لو أساء الطفل سلوكه فإننا نسمى سلوكه (شقاوة - أنه غير مطاع) بدلاً من أن نسميه (جنوناً) نتيجة رؤية الطفل والأحداث بصورة أقل من المرضية^٧ .

وهناك عدد من الأهداف يجب أن يأخذها المعالج البنائي في الاعتبار،
وهي^٨ :

أولها: أن يوجد تآلف والدياً قوياً، وأن يدعم سلطة النسق الفرعية الوالدى على
الأنساق الفرعية للطفل، إذا لم تكن هذه الملامح البنائية موجودة بالفعل.

والثاني: أن يقوى الحدود ويشجع التفرد إذا كانت الأسرة مرتكبة أو متشابكة.

والثالث: أن يزيد التواصل المباشرة بين أعضاء الأسرة ويشجع الارتباط العاطفي إذا
كانت الأسرة تعانى من التفكك والانفصال.

العملية العلاجية في العلاج البنائي تتم على مرحلتين^٩ :

المرحلة الأولى: أن تتيح لأفراد الأسرة للتفاعل ووضعهم في موقف ليحدث
بينهم تفاعلات ومناقشة وحوار، ومن حلال ذلك يمكن للمعالج أن يقوم بالتشخيص،
لأنه يحدد طبيعة هذه الأسرة والقواعد التي تحكمها، ويحدد موضع الخلل الذي يوجد
في بناء هذه الأسرة وكذلك يحدد العمليات المرضية الموجودة في هذه الأسرة.

المرحلة الثانية: بعد أن تنتهي مرحلة الملاحظة والتشخيص، يدخل في
المرحلة العلاجية ويستخدم فيها المعالج فنون وأساليب واستراتيجيات تمكنه من إزالة
الاضطراب والعناصر المرضية، ثم يضع مع الأسرة قواعد جديدة تحكم التفاعلات
الأسرية، وبذلك يتغير سلوك الأسرة ويتمكن المعالج من إعادة البناء الأسري.

(2) Mitrani, V & Perz, M : Structural- Strategic approaches to Couple and Family Therapy int. Sexton , op cit , P. 179 .

(3) op cit , P. 180 .

(1) Bott, D: Client- centred Therapy and Family Therapy A. Review and Commentary. Journal of Family Therapy , 33, 2001.

ومن ملاحظة أن دور المعالج الأسري البنائي هو دور إيجابي فعال، فهو يعطى توجيهات مباشرة لدفع الأسرة إلى ممارسة أنماط جديدة من التفاعل، وهو ملاحظ لتفاعلات الأسرة، ومدعم ومعزز لأفراد الأسرة على تطبيق القواعد الجديدة، ويختلف مواقف تفاعلية معينة لتسهيل حدوث التفاعل بين أفراد الأسرة.

والعلاج البنائي قصير المدى، وربما يبدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة كل أفراد الأسرة، وفيما بعد قد يعقد جلسات فرعية موازية أو متالية لجسم أو حل بعض المشكلات الفرعية التي تخص مجموعة فرعية، وبعدها يعود المعالج إلى الجلسات الشاملة.

ويحدد منوشن دور المعالجين الأسريين البنائيين في نقطتين أساسيتين هما () :

- تحليل نماذج التفاعل
 - جعل أفراد الأسرة يتخلون عن ردود أفعالهم الآلية، ويساعدهم ذلك على اكتشاف فريديتهم واستقلاليتهم وقوتهم.
- ويكون التدخل متناقضًا لنساعدتهم على فهم سياقهم، فنحن نتقاوض معهم ليتحملوا مسؤولية تغييراتهم.

وفي إحدى الحالات التي قام منوشن بمعالجها أتبع بعض المبادئ الآتية:

بدأ بتحليل نماذج من التفاعلات داخل النسق الزواجي، وركز في البناء الزواجي على أن الأحداث والموضوعات بين الزوجين لا تكون مستقلة، وإنما تكون محدودة ولها قوة متبادلة، أما أن تدمع أو أن تسقطب ويركز في البناء الزواجي على المشكلات الزواجية، وطرق التواصل بين الزوجين والمشاعر والعواطف المتبادلة بينهما، والقواعد التي تحكم علاقتهما، مركزاً على (التعاطف والتسامح وتشجيع استقلالية كل طرف عن الآخر، وكان يربط العاطفة بالتفكير ، فكان يقول للزوج ربما تستطيع أن تبدأ في التفكير ولكن ماذا تستطيع عمله لتكون مثيراً لردود الأفعال العاطفية عند الطرف الآخر، وكيف أن دائرة الاستفزاز المتبادل تقودهم للعنف)، وكان من خلال نماذج التفاعل التي تحدث أمامه يكتشف التغيرات في البناء الزواجي

وكذلك يحل نماذج من التفاعلات في النسق الأخوي، والنسل الوالدى إلى أن يصل إلى اكتشاف الاضطراب والخلل في التوازن الكلى للعلاقة ⁽¹⁾.

ويرى منشون أن المعالج البنائي بأدواته وفنياته يستطيع علاج هذا الخل والاضطراب، لأنه يستطيع التحكم في علاقتهم، فيستطيع أن يشجع الحوار بين أفراد الأسرة من البداية كطريقة لاكتشاف طرق التواصل بينهم، كما أنه يستطيع أن يوقف زيادة الاحتكاك أو تبادل عواطف معينة مع بعض الأسر، ويستطيع تهدئتهم، و يجعلهم يفكرون، ويشجعهم لكي يكونوا متمايزين ومستقلين، ويستخدم تفاصيل ويركز عليها ويتجاهل أخرى، فهو يمتلك القدرة على التحكم في العلاقات الأسرية وتحسين كفاءتها إلى المستوى المطلوب، ومن ذلك يتضح أن منشون يركز في علاجه على إيجاد التعاطف الذي يسمح بوجود الاختلافات في الأسرة كيف يرون الموقف بإدراكات مختلفة عن طريق شرح البدائل واستخدام الفنيات المعروضة، وأهم فنية في العلاج البنائي هي إعادة التشكيل Reframing والتفكير والتأمل في شرح البدائل حيث يؤدي ذلك إلى إدراك الموقف بإدراكات مختلفة مما يشجع على التخلص والتنازل عن بعض الأفكار، وإيجاد مرونة في علاج المشكلات المختلفة ⁽²⁾.

فنيات العلاج الأسرى البنائي:

يعتبر تكنيك تمثيل الأسرة من الأدوات المهمة في التدخل العلاجي؛ حيث إن تمثيل الأسرة لموقف معين أو إعادة تمثيل مواقف سابقة أو لعب الأدوار بالتبادل بين أعضاء الأسرة يعطى الفرصة للتعرف على طبيعة العلاقات وأنماط التواصل، وأداء الوظائف داخل النسق الأسرى، ويرى معالجو الأسرة أنه من المفيد أن تجعل الأسرة تؤدى شيئاً علمياً خاصاً بالمشكلة بدلاً من الحديث عنها فقط، يساعد ذلك الأسرة على أنها تبني نماذج من السلوك صحيحة وسليمة في الخيال لمحاولة جعل هذا الخيال يحدث في الواقع، ومن الممارسات التي يتحمس لها بعض المرشدين الأسريين خاصة عندما يعملون مع أسرة بها أطفال صغار، أن يطلبوا من الأسرة يوماً من الحياة الأسرية بكل تفاعلاتها فإذا نجح هذا الأسلوب فإنه يمثل فرصة أمام المعالج ليرى بعينه كيف تتفاعل الأسرة و تستطيع حينئذ أن يصحح ما يراه مؤدياً إلى المشكلات وأن يدرّبهم على السلوك الصحيح ⁽³⁾.

(1) op cit , P. 204 .

(1) McGoldrick, M., J. & Giordano, J.: Ethnicity and Family Therapy, Socind edition, The Guilford Press, New York, 2010, P 334 .

(2) op cit , P 335 .

والميزة الواضحة في هذه الطريقة هي أن المعالج يمكنه أن يتأكد بنفسه مما يجري في الأسرة بدلاً من أن يعتمد على التقارير أو العرض وحده، ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الفعالة، وقد أطلق عليه مورينو "سيكورداما الموقف". حيث أن كثيراً من المشكلات داخل الأسرة تتصل بعدم قدرة فردین على التحدث مع بعضهما البعض، وفي مثل هذه الجلسات فإن مشكلات الاتصال (الاتصال) تصبح هي الموضوع الرئيسي، فمثلاً إذا اشتكي الأب من أنه عندما يتحدث مع ابنه فإن زوجته تتدخل، فإن المعالج قد يطلب منها أن يبدأ الحديث ويطلب من الأم أن تدخل إلى مناقشتها، وعلى الرغم من أن إعادة تمثيل الأسرة لموقف معين هو موقف مصطنع فإنه يكشف جوانب كثيرة من أهمها الانفعالات وطرق التواصل وطبيعة العلاقات والأدوار التي يقوم بها هؤلاء الأفراد، ولكي تطبق هذه الفنية بصورة صحيحة فيجب أن يوضح المعالج أنه أثناء إعادة التمثيل بنفس الطريقة والأسلوب والانفعالات وحتى نبرة الصوت وتبادل النظارات وطريقة التواصل بصفة عامة، فكلما اقترب إعادة تمثيل الموقف من الموقف الأصلي ساعد ذلك المعالج على سهولة تشخيص هذه الأسرة وتحديد الاتصالات الخاطئة فيها، وكذلك تحديد اتجاهاته في العلاج (1).

ونظريات التوجيه النسقى جميعها تستخدم هذه الفنية لأنها تهتم بالتواصل والتفاعلات بين أفراد الأسرة، فقد كان منوشن لا يهتم فقط بما يقوله أفراد الأسرة كل عن الآخر، بل كان يمنهم الفرصة ليثروا مشاكلهم أثناء الجلسة فيؤلف المعالج عن قصد سيناريو لتمثيل وتعليل صراعات الأسرة وغيرها من مشكلاتها في الجلسة بدلاً من مجرد وصفها (2).

ومن هذه الفنون ما يلي :

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| Re-enacting | - إعادة التمثيل |
| reframing/ Restructuring | - إعادة البناء |
| Home Work | - الواجبات المنزلية |
| Joining | - المشاركة |
| Observation | - الملاحظة |
| Reinforcement | - التدعيم |

(1) McGoldrick, M., J. & Giordano, J.: Ethnicity and Family Therapy, op cit , P336
 (2) op cit , P 337 .

ويضيف Dattillio أن هناك تكتيكات وفنون إضافية مثل عمق التنفس، وإعادة البناء المعرفي للمعتقدات يمكن أن يكون إسهاماً جيداً ضد الوقاية من مشاجرة أو جدالات مستقبلية، من الملاحظة أن العلاج الأسري البنائي يهتم بالبناء، لذلك فهو يركز على تغيير التفاعلات بين أفراد الأسرة، ويتم العلاج مع أفراد الأسرة جميعها، أما العلاج الأسري عبر الجيل فهو يركز على الأجيال السابقة التي تؤثر في سلوك المريض، وهدف المعالج أن يحرر الفرد و يجعله متمايزاً عن الأجيال السابقة، وبذلك بالكشف عن تأثيراتهم عليه وبداخله، وكما تظهر في سلوكه، ولذلك يجب أن تحل المشكلة أولاً مع الأسرة الأصلية من المنشأ ثم يترتب على ذلك حلها في الأسرة النووية.

وتتفق نظرية العلاج الأسري البنائي مع نظرية العلاج الأسري السلوكي في عدة جوانب هي:

- كلها يركز على السلوك الحالي لا على الأحداث التاريخية.
- وعلى التفاعلات بين الناس أكثر من الديناميات الفردية.
- وعلى السلوك الظاهر القابل لللاحظة لا على السلوك الجانبي الذي نستنتج عنه.
- وعلى زيادة قدرة الفرد على التعاون من أجل حل المشكلات.
- كما أن كلها يركز على استراتيجية العلاج القصير ويميلان إلى استخدام الأساليب المباشرة من قبل المعالج.

نظرية العلاج الأسري الاستراتيجي لهيلى:

Strategic family therapy for Haley:

تنسب هذه النظرية إلى جاي هيلى Jay Haley وهو رائد من رواد العلاج الأسري، وقد تطورت المدرسة العلاجية نتيجة لأفكار دون جاكسون Don Jackson الذي صاغ مفاهيم تتصل بتكوين وحل المشكلات.
والأفكار الرئيسية التي تشمل عليها هذه المدرسة (1).

- إن العرض المرضي الموجود يمثل المشكلة.
- مثل هذه المشكلات (الأعراض) تنتج عن تواقيعات خاطئة في الحياة، وخاصة في نقاط حرج، مثل الميلاد والموت.
- تستمر المشكلات لأن الحلول التي تجرب تزيدها عمقاً.
- على العكس من ذلك فإن الشفاء يوجد غالباً في العمل على تركيز المشكلة والهدف من العلاج في هذه الطريقة هو النصح بأساليب تدفع الناس إلى السلوك المختلف".

ويحقق العلاج الاستراتيجي أهدافه في علاج الأسرة عن طريق خلخلة النسق الأسري وجعله غير متوازن لأن هذه الخلخلة ستفتح الطريق أمام التغيير العلاجي ^٧ ويحدث هذا التغيير عن طريق ^(١) :

- الهدف الأول:** إحداث تغيير في سلوك العضو الذي حددته الأسرة كمريض.
- الهدف الثاني:** إحداث تغيير في أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة ومن ثم خلخلة النسق الأسري.

والعلاج الأسري الاستراتيجي هو علاج مختصر و مباشر و حاسم لحل الصراعات والمشكلات الجارية، فهو يعتبر اتجاهًا فنيًا أكثر من كونه نظرياً، والعلاج الاستراتيجي يعكس التغييرات الحادة للشخص المريض فضلاً عن مشاركة أفراد الأسرة في عملية العلاج.

والفرض الأساسي الذي تتبناه نظرية العلاج الأسري الاستراتيجي هو: أن التغيير في الفرد المريض والمضطرب نفسيًا سوف يكون بداية لحدوث تغييرات في النسق الأسري كله على الرغم من أن الأسرة هي المريضة، إلا أن علاج العضو الحامل فيها للمرض سوف يؤدي إلى علاج الأسرة بكمالها لأننا نحدث تغييرات في الأسرة من خلال هذا العضو المريض.

العلمية العلاجية ودور المعالج فيها وفقاً لنظرية العلاج الأسري الاستراتيجي:
العلاج الأسري هنا يتم على مرحلتين هما (١) :

(2) op cit , P 14 .

(1) Carlos E.Sluzki M.D : Toward an Integrated View Of Systemic Models in Family Therapy, family Process, New York, Vol 22, AUG , 2004, p212.

المرحلة الأولى: إجراء مقابلات مع العضو المريض نفسياً في الأسرة والتغيير الذي يحدث لهذا العضو سوف يتبعه تغيرات لأفراد الأسرة كلها لذلك يتم علاج هذا العضو وعمل تغيرات معينة له بحيث تؤثر على النسق الأسري.

المرحلة الثانية: أن يركز المعالج الاستراتيجي على سوء الأسرة لوظيفتها وطبيعة العلاقات التي يؤدي دورها على نحو سليم.

أما عن دور المعالج الاستراتيجي في العملية العلاجية فكما حدد هيلى أن المعالج الاستراتيجي نشط وفعال وليس سلبياً فهو الذي يحدد المشكلات القابلة للحل، وهو الذي يقرر الأهداف، وهو الذي يصمم التدخلات التي تحقق هذه الأهداف، وهو الذي يفحص الاستجابات من المتعالجين، ويفحص نتائج علاجية، ويعمل على تصحيحها باستمرار (١).



Interactive family therapy for Batson:

تنسب هذه النظرية إلى "جوريجوري باتسون" Batson وهو رائد من رواد حركة العلاج الأسري، ويهدف العلاج التفاعلي إلى حل المشكلات القائمة كما يوضّحها المريض من وجهة نظره، إحداث تغيير في النسق الأسري، وكذلك تغيير في قواعد النسق.

ويعتمد المعالج التفاعلي على مجموعة مبادئ يبني على أساسها العلاج التفاعلي، وقد حدد هذه المبادئ ويكلاند Weakland وتنحصر هذه المبادئ فيما يلي (٢) :

- المشكلات التي تدفع الناس إلى طلب العلاج النفسي هي أساساً ناتجاً لصعوبات الحياة اليومية.

(2) op cit , p213.

(1) Mark worden: Family therapy Basics, third Edition, Brooks / Cole, Canda, 2003, P 88.

- كما تظهر المشكلات عندما تتعرض الأسرة لتحولات تحدث في الفترات الحرجة أو فترات الانتقال خلال دورة مراحل حياة الأسرة، خاصة وإن لم تحسن الأسرة مواجهة هذه المشكلات.

- تنمو المشكلات عبر طريقين: الأول التهويل بمعنى أن نتعامل مع صعوبة عادية على أنها مشكلة والثاني هو التهويل من المشكلة ويقصد به التعامل مع المشكلة الحقيقة على أنها صعوبة عادية، والذي يخلق المشكلة هو عدم التقدير الصحيح لحجم وخطورة الصعوبة.

- تتعقد المشكلات بصورة كبيرة عندما تحدث تغذية مرتبة موجبة للمشكلات التي لم يتم حسمها والتوصل لحلها.

- علاج المشكلات يتطلب تغييرًا في أنماط السلوك غير المرغوبة حتى تقطع دائرة التغذية المرتبة الموجبة الخبيثة.

يتضح من هذه المبادئ أن العلاج الأسري التفاعلي يركز على المشكلات القائمة بين أفراد الأسرة وأسباب ظهورها، وكيف تتعقد هذه المشكلات حتى تؤدي إلى صراعات تؤثر في التفاعلات وفي طبيعة العلاقات داخل النسق الأسري، ولذلك يركز الاتجاه التفاعلي على حل المشكلات القائمة أولاً، ثم يترتب على ذلك تغيير في النسق ووضع قواعد جديدة حتى لا يكرر حدوث نفس المشكلات مرة أخرى.

العملية العلاجية ودور المعالج التفاعلي فيها⁽¹⁾ :

المعالج التفاعلي هو معالج مباشر وحازم وفاعل، وتنتمي العملية العلاجية بمقابلة أفراد الأسرة، ويتم التركيز في هذه الجلسات على المشكلات التي أدت إلى اضطراب العلاقات لمحاولة حلها وعلاجها؛ حتى لا تعود مرة ثانية، وأيضاً التركيز على مشكلة الاتصال بين أفراد الأسرة لأنها مشكلة كبيرة تؤدي إلى حدوث تفاعلات خاطئة مما يؤدي إلى اضطراب العلاقات، والتغيير في النسق يتم عن طريق تغيير طرق الاتصال بين أفراد الأسرة ووضع قواعد تحكم طرق التفاعل داخل النسق الأسري.

فنيات نظرية العلاج التفاعلي الأسري⁽²⁾ :

Relabeling or Reframing

- إعادة التسمية أو إعادة التأطير

(1) David M. Klein & James M. White: Family Theories: An introduction, sage publications, INC, London, 1996, P 151.

(2) Jon Carlson: and Othears: Family Therapy: Ensuring treatment Efficacy, Brooks/ Cole Publishing Company, New York, 1997, P 221.

Homework assignments

- التكليفات المنزلية

Symptom preseriotians

- وصف الأعراض

ونظراً لاهتمام باتسون بالاتصالات البينشخصية بين الأفراد فقد اجمع مع جاكسون وهيلي وويكلاند في مشروع بحثي يهدف إلى دراسة نمط الاتصال في الأسر التي بها أفراد فصاميون، وقد توصلوا إلى مفاهيم جديدة توضح أنماط التواصل الخاطئة في الأسرة وأثرها على التفاعل ومن أهم هذه المفاهيم:

Double Bind

- الرابطة المزدوجة أو القيد المزدوج

Family homeostasis

- التوازن الحيوي أو الهيوموستازى الأسرى

مفهوم الرابطة المزدوجة أو القيد المزدوج :-: Double Bind

الرابطة المزدوجة تعد أسلوباً من أساليب التواصل بين أفراد الأسرة المريضة بحيث تصبح الرسالة الواحدة تحمل معنيين أو أكثر على مستويات مختلفة، وهذه المعاني على علاقة خاصة بعضها البعض، ولكنها غير متوازنة أو متقدمة منطقياً إن لم تكن متناقضة.

وبذلك نجد أن الشخص متافقٍ هذه الرسالة (وهو غالباً المريض) مقيد بهذا النوع من التواصل لا يستطيع أن يحدد ما يفعل وما لا يفعل، فهناك تناقض في الرسالة المقدمة إليه، فيوجد تناقض في القول مع الفعل، فمثلاً تقدم الرسالة بهذا الشكل (على المستوى اللغطي أفعل ذلك وعلى المستوى غير اللغطي (إشارات- إيماءات) أو أفعال وسلوكيات معينة تشير إلى الرسالة المتناقضة لا تفعل ذلك وإلا سوف تتال العقاب) (٨).

٣

مفهوم التوازن الحيوي الأسرى Family homestasis (٤) :

وضع هذا المفهوم جاكسون jackson وقد بني على أساس مفهوم الرابطة المزدوجة، ووضع جاكسون وويكلاند تعرفيات لهذا المفهوم حيث اعتبره حالة مرضية الاتزان الذي يعتمد على التأثر والتأثير فإذا حدث تغير في أحد أفراد الأسرة فإن هذا التغير يؤدى إلى تغير في فرد آخر وبذلك تتمتع هذه الأسر ب النوع من الاتزان المرضى الذي يعتمد على نمط من العلاقات المرضية القوية، في بعض الأحيان يكون للتوازن

(1) op cit , P150 .

(2) David Cottrell, & Paula Boston: The effectiveness of Systemic Family Therapy For Children and adolescents, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol (43, july 2002.

الحيوي مميزات، حيث إنه يمكن أن يساعد الأسرة في إنجاز أهدافها التي تتلاءم مع دورة حياتها، لكن غالباً ما يمنع الأسرة من أي تحرك نحو مراحل أخرى من النمو.

وهذا المفهوم يوضح أن التغيير في فرد من الأسرة يتربّط عليه تغيير في الأسرة كلها، وهذا يتقدّم مع وجهة نظر هيلى في العلاج الأسري حيث كان يعالج الفرد المريض ليغير من النسق ثم يعود ليحدث تغييرات في النسق الأسري مرة أخرى ليتناسب مع الفرد الذي تم علاجه، لأنه إذا تم علاج الفرد المريض فسوف يتربّط على ذلك أنه سوف يمارس سلوكاً سوياً مختلفاً عما كان يمارسه من قبل لكنه يمارس هذه السلوكيات داخل أسرته سوف يدخل بالتوازن القائم داخل الأسرة وأوضح مثال يوضح هذا المفهوم المثال الذي قدمه جاكسون وهو لزوجة كانت تشكو من اكتئاب حاد وميل انتشاري، ومع استمرار العلاج بدأت الزوجة تبرأ من اكتئابها، وتغيرت رؤيتها للحياة، وأصبحت تجد في كثير ما تقوم به هدفاً وأملاً ومعنى، وتخلصت من دفعاتها الانتحارية فانتحر الزوج، ويعلق جاكسون على ذلك بقوله أن الأسرة تشكل نظاماً دينامياً ثابتاً بين أعضائها.

كما أن خصائص هؤلاء الأعضاء وطبيعة التفاعل فيما بينهم يعملان على الإبقاء على هذه الحالة الثابتة، ومن هنا فعلاج العضو المريض وتغيير سلوكه لابد وأن يدخل بالتوازن القائم.

وهذا المفهوم يدعم استخدام العلاج الأسري وإحداث التغيير في النسق الأسري كلّه، لأن العلاج الفردي للفرد المريض الذي يعود لأسرته مرة أخرى سوف يؤدي إما إلى انتكاس الفرد وعودته للمرض مرة أخرى أو ظهور الأعراض المريضة في أفراد آخرين في الأسرة وبذلك تظل الأسرة مريضة.

نظريّة العلاج الأسري الخبراتي Experientia L. family therapy

تنسب هذه النظريّة لفريجينا ساتير Virginia Satir وكارل ويتكر Carl Whitaker وهما اثنان من أهم الرواد في العلاج التجريبي.

اهتمت ساتير في الفترة م (١٩٦٧ - ١٩٧٢) بالتركيز على أهمية الاتصالات الواضحة داخل النسق الأسري، أما ويتكر فقد اهتم في الفترة التالية عن (١٩٧٦ - ١٩٧٧) بمشاركة الأسرة في الخبرات التي يخبرونها، وهو يصور الجانب المتطرف للمدرسة التجريبية كما أنه من أكبر المنشقين على الفلسفة الوجودية والفرضية التي يبني عليها هذا المدخل هي أن الأعراض المرضية وإساءة الوظائف في الأسرة هي أعراض لأسرة مريضة، وتظهر هذه الأعراض المرضية وإساءة

الوظائف في الأسرة هي أعراض لأسرة مريضة، وتظهر هذه الأعراض في شكل رسائل لفظية في التفاعل وأثناء الاتصال الجاري في النسق الأسري، وأهداف العلاج وفقاً لهذه النظرية بصفة عامة هي (١) :

- أن يحدث الاتصال واضحًا ومبشراً.
- أن يحدث نمو للأسرة وللأفراد عن طريق المشاركة في الخبرات، وكانت ساتير تسعى لتحقيق الأهداف الفرعية الآتية لعلاج إساءة الوظائف الأسرية:
 - تحقيق قيمة واستحقاق الذات في الأسرة
 - أن يكون الاتصال بين أفراد الأسرة محدداً وواضحاً.
 - أن تكون القواعد الأسرية مرنّة وإنسانية و المناسبة.
 - أن يكون النسق الأسري منفتحاً ومرتبطاً بالمجتمع وأمناً وملئ بالأمل، أما أهداف ويتکير فكان منها سعيه إلى إكمال نواحي متعددة من البناء الأسري ومشاركةهم في الخبرات.

وكانت ساتير تؤمن بأنه عندما تواجهه أفراد الأسرة ضغوطاً معينة فإنها تؤثر في طرق اتصالاتهم، وعادة ما يلجؤون إلى تقمص أربعة أدوار غير منتجة لمواجهة هذه الضغوط (٢) :

- دور المتسامح (وهو الذي يوافق ويحاول أن يرضي ويحب).
- دور اللائم (وهو الذي يسيطر ويتصدّد الأخطاء).
- دور الملوم ومحمل المسؤولية (هو مفكر ولكنه يستقل بعواطفه بعيدة عن تفكيره).
- دور المربك أو اللاهي (هو الذي يفسر الأمور ويثير باستمرار في موضوعات ليس له أي علاقة بها).

وهذه الأدوار الأربع غير منتجة وتدل إلى إساءة الأسرة لأداء وظيفتها المختلفة، وتساعد ساتير الأسر عن طريق أنها تعلم أعضاءها أن تكون مشاعرهم الشخصية ملكاً لهم، ويستطيعون السيطرة عليها، وأن يسمعوا بصفة مستمرة للشخص الآخر ليحدوا من لعب الأدوار غير المنتجة ويرتقوا بالمودة والألفة، كما أنها ركزت

(1) Mark A.yarhouse & James N.Sells: Family therapies A Comerehensive christion Appraisal, Inter varsity press, New York, 2008, P 193.

(2) op cit , P 194

على أهمية الوضوح والتدعيم والاختلاف والتناقض لتحسين الأسرة من وظائفها.. وكان التركيز المبدئي لساتير على مهارات الاتصال حيث إنها استخدمت تدريبات علمية، مثل فنية التصوير الأسري التي تساعد الأسر على أن يصبحوا أكثر وعيًا بوضعهم ومكانتهم، أما ويتکير فهو يؤدي التجارب الإبداعية وغير المنطقية في العلاج الأسري، ويتطور الأشكال التي يطبق بها الطرق والفنون المناسبة وفقاً لطريقه الخاصة، فمثلاً يعرف عنه أنه ذهب لينام ويشارك في الحلم مع الأسرة، وبذلك فهو يظهر سلوكيات غير التقليدية أو المألوفة ليظهر مجهوداته الخاصة ليكون أميناً وطبيعياً وتلقائياً مع الأسرة (٤).

أما عن دور المعالجين التجربيين فهم مثل المحللين النفسيين يهتمون بالأفراد وكذلك بالأنساق الأسرية، ويعتبرون المشكلات النفسية الداخلة هي التي توضح شكل المرضية في هذه الأسر.

ومعظم المعالجين الأسريين التجاريين يصفون نماذج من إساءة الوظائف الأسرية مستخدمين الأفراد أو اثنين من أفراد الأسرة كوحدة للتحليل، وهم يرون أن إساءة الوظائف الأسرية هي بداية لصنع الناس غير القادرين على تحقيق الاستقلالية أو الألفة الحقيقية، خاصة مع الأفراد المتباعدون عن أنفسهم وعن الآخرين، وبذلك فهم يسعون إلى تحقيق النمو، لهؤلاء الأفراد وهذا هو الهدف الرئيسي لهذا المدخل العلاجي (٨).

الاتجاه التكاملی فی العلاج الأسری:

Integrative theory in family therapy

يقصد بالاتجاه التكاملـي في العلاج الأسرـي اتجاه يجمع أكثر من نظرية، فيمكن أن يُدمج تحته نظريتين من نظريـات العلاج الأسرـي أو أكثر، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة أو الاضطراب في الأسرـة الذي يحتاج إلى أن يجمع بين أساليـب علاجـية وأهدافـ وفنـيات وـ توجـيهـات نـظـريـة لـعلاـج مشـكـلة أـسرـية وـاحـدة، وـيفـضـل أن يـطـلق عـلـيه اـتجـاهـ أكثرـ من نـظـريـة، لأنـه يـمـكـنه دـمـجـ نـظـريـتين أو أكثرـ حـسـبـما يـتـطـلـب عـلـاجـ المشـكـلةـ، وـالـشـرـطـ الأسـاسـي لـاستـخدـامـ هـذـاـ الـاتـجـاهـ هوـ أنـ النـظـريـاتـ التـيـ تـدـمـجـ تحتـهـ يـجـبـ أنـ تـكـامـلـ وـلاـ تـتـعـارـضـ بـمـعـنـىـ أـلـاـ يـعـارـضـ تـوجـيهـاـ نـظـريـاـ تـوـجـهـ آخرـ فـيـ

(1) Herbert Goldenberg & Irene Goldenberg : Family Therapy an Overview, (Eighth Edition), Brooks Cole, Cengage Learning, Belmont, 2012, P 402.

(1) *Ibid.*, P 403.

مبادئه أو فروضه أو توجيهاته لأن المعالج الذي يتبنى هذا الاتجاه كأنه تبني نظرية واحدة لها أساس ومبادئ وأهداف وفرض وفرضيات كلها في اتجاه واحد سعياً لتحقيق الهدف المطلوب، وهذا الاتجاه يسهل على المعالج استخدام طرق وأساليب وفنين متعددة تساعد على تحقيق أهدافه وهذا الاتجاه يكسب المعالج الأسري مرونة وحرية حركة بين التوجيهات النظرية التي يتبعها ليسهل عليه التعامل مع المشكلة بأكثر من طريقة. (١)

ظهرت دراسات تجريبية حديثة في مجال العلاج الأسري، وتبنت الاتجاه التكاملـي كأساس لتوجيهاتها النظرية، ودمجـت أكثر من نظرية علاجـية، وحققـ هذا الاتجاه فاعـلية في علاج المشـكلـات الأـسـرـية وـالـعـلـاقـات الأـسـرـية المـضـطـرـية، على الرـغـمـ منـ أنـ التـرـاثـ الأـدـبـيـ لـلـعـلـاجـ الأـسـرـيـ كانـ نـادـرـاـ مـاـ يـدـمـجـ نـسـقـيـ، إـلـاـ أـنـهـ مـؤـخـراـ بـدـأـ الـاتـجـاهـ التـكـالـمـيـ فـيـ الـظـهـورـ فـيـ بـعـضـ الـدـرـاسـاتـ التـجـرـيبـيـةـ.

ويمـكـنـ فـيـ هـذـاـ الـاتـجـاهـ أـنـ دـمـجـ بـيـنـ النـظـرـيـةـ الـبـنـائـيـةـ لـمـنـوشـنـ وـالـنـظـرـيـةـ الـإـسـتـرـاتـيـجـيـةـ لـيـهـلـيـ، حـيـثـ إـنـهـمـاـ لـاـ يـتـعـارـضـانـ وـبـيـنـهـمـاـ جـوـانـبـ مـشـتـرـكـةـ كـثـيرـةـ وـبـالـفـعـلـ الـدـرـاسـاتـ الـتـيـ دـمـجـتـ هـذـيـنـ الـمـدـخـلـيـنـ حـقـقـ فـيـهـاـ الـعـلـاجـ الأـسـرـيـ نـجـاحـاـ مـلـحـوظـاـ، كـمـاـ أـنـ هـنـاكـ نـظـرـيـاتـ لـاـ يـمـكـنـ دـمـجـهـاـ مـعـاـ مـثـلـ النـظـرـيـةـ الـبـنـائـيـةـ لـمـنـوشـنـ وـالـنـظـرـيـةـ الـجـيلـيـةـ لـبـوـيـنـ، لـأـنـ الـبـنـائـيـةـ تـهـمـ بـالـحـاضـرـ وـبـالـعـلـاقـاتـ الـمـضـطـرـيـةـ الـحـالـيـةـ، وـإـزـالـةـ الـعـنـاصـرـ الـمـرـضـيـةـ، وـإـعـادـةـ الـبـنـاءـ الـحـالـيـ، أـمـاـ نـظـرـيـةـ بـوـيـنـ فـهـيـ تـهـمـ بـالـمـاضـيـ وـبـالـعـلـاقـاتـ السـابـقـةـ عـبـرـ ثـلـاثـةـ أـجـيـالـ وـبـالـمـشـكـلـاتـ الـتـيـ لـمـ تـحـلـ مـعـ الـأـسـرـةـ الـنـوـوـيـةـ، وـبـرـجـعـ الـاضـطـرـابـ الـأـسـرـيـ إـلـىـ عـلـاقـاتـ أـسـرـيـةـ قـدـيمـةـ، وـفـيـ درـاسـةـ إـدـيـلـشـتـيـنـ أـثـاءـ الـعـلـاجـ تـمـ الـاـنـتـقـالـ مـنـ الـعـلـاجـ الـبـنـائـيـ إـلـىـ الـعـلـاجـ عـبـرـ الـجـيلـيـ لـبـوـيـنـ، وـلـمـ يـتـمـ الـجـمـعـ بـيـنـهـمـ؛ لـأـنـ طـبـيـعـةـ الـمـشـكـلـةـ تـطـوـرـتـ، وـكـانـتـ تـحـتـاجـ إـلـىـ التـعـمـقـ فـيـ درـاسـةـ أـفـرـادـ الـأـسـرـةـ الـمـمـتـدـةـ مـاـ أـدـىـ إـلـىـ تـغـيـرـ التـوـجـهـ النـظـرـيـ فـيـ مـرـاحـلـ الـعـلـاجـ. (٢)

وـوـظـيـفـةـ الـمـعـالـجـونـ الـإـسـتـرـاتـيـجـيـوـنـ الـبـنـائـيـوـنـ هـيـ مـسـاعـدـةـ الـزـوـجـيـنـ عـلـىـ الـحـصـولـ عـلـىـ سـلـوكـيـاتـ جـدـيـدةـ لـأـنـ سـلـوكـهـمـ الـقـدـيمـ أـصـبـحـ لـاـ يـعـمـلـ، أـوـ بـمـعـنـىـ آخرـ عـادـةـ مـاـ يـوـجـدـ سـلـوكـاـ مـعـيـنـاـ يـكـوـنـ مـسـتـهـدـفـاـ لـلـتـغـيـرـ وـلـوـ اـسـتـطـاعـ الـمـعـالـجـ تـعـدـيلـهـ فـإـنـهـ يـسـاعـدـ الـزـوـجـيـنـ عـلـىـ أـنـ يـمـارـسـوـاـ سـلـوكـ الـآـخـرـ الـمـعـدـلـ، وـمـنـ هـنـاـ يـحـدـثـ التـغـيـرـ فـيـ وـظـافـفـ

(2) Papp. P : The process of changing Family therapy in Denborough (ed) Family therapy Exploring the Filds Past, Present and Possible Futures (Adelaide: Dulwich centre Publications, 2001, P 80.

داليا مؤمن : الأسرة والعلاج الأسري ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢١٢ . ()

السلوك، وهذا يتطلب معالجاً نشطاً ومباسراً ومحدداً لأهدافه، ومركز على المشكلة، ولدية خطة مرسومة محددة، ويمكن للمعالج أن يختار ما يناسبه من فنيات تتناسب مع الهدف المراد تحقيقه، ومن أهم الفنيات التي يمكن استخدامها في هذا المدخل (البنياني الاستراتيجي): فنية إعادة التشكيل، ويقصد بها إدراك جديد للسلوك، وفنية التدخلات المتناقضة وفيها يصر الشخص على فعل عكس ما يريد، ووصفات الأعراض وفيها يطلب المرشدون من المرضى أن يتظاهروا بعمل تغييرات معينة، وكذلك فنية الواجبات المنزلية وهي تكليفهم بالقيام بمهام منزلية معينة. ()

وعموماً فإن المرونة في استخدام الاتجاهات النظرية المختلفة حسبما تتطلب طبيعة المشكلة قد يؤدي إلى نتائج أفضل.. ومن الملاحظات في بعض الدراسات أنها دمجت العلاج النفسي الفردي مع العلاج الأسري، حيث كانت من العناصر الناجحة التي يتحدد على أساسها العلاج الناجح، كما أنها تزيد من مصداقية مدخل العلاج الأسري فنماذج العلاج الأسري تكون فعالة إذا تم تطبيقها بمفردها أو إلحاقها بالعلاج الفردي، فالمهم هو توظيف إطار العمل الكامل الذي يخدم المشكلة والأسرة.

تعليق على نظريات العلاج الأسري ذات التوجه النسقي:

ومن الملاحظ بعد استعراض الباحث لنظريات العلاج الأسري، وخاصة النظريات النسقية، أنهم جميعاً يتفقون على فرض أساسي واحد وهو أن النسق مرتب بالأنساق الفرعية وهذا يشير إلى أن جميع الأجزاء مريضة، ومن الخطأ علاج جزء واحد، لأنه سوف يؤثر على باقي الأجزاء كما أنه من الخطأ علاج كل جزء بمفردة، لأن الكل أكبر من مجموعة الأجزاء، وهذه الأجزاء في حالة ديناميات لذلك يجب علاج الكل أي علاج النسق الأسري بكماله وهو في حالة تفاعل وتواصل أي في حالة حركة وقد اتفقت هذه النظريات على هدف أساسي وهو إحداث تغيير في النسق الأسري.

أما اختلافهم ظهر في تحديد أعضاء الأسرة الذي سيخضعون للعلاج، وتحديد الأساليب والفنينات التي يستخدمها كل معالج حسب توجهه النظري، وكذلك تحديد أنواع التغييرات المطلوب إحداثها في الأسرة وأيضاً تحديد كيفية التغيير أو الطرق التي تحقق هذا التغيير، بالإضافة إلى أن كل نظرية لها أهداف أخرى خاصة بها.

أما الهدف الرئيسي للنظرية البنائية فتمثل في إعادة بناء النسق الأسري وتغيير الوظائف التي يقوم بها، وهذا هو جوهر العلاج عند البنائيين وإعادة ترتيب بناء الأسرة المضطرب، وإزالة العناصر المرضية وتعديل سوء الأداء الوظيفي للأسرة، وكل ذلك يتم في نماذج التفاعلات الجارية بين أعضاء الأسرة ولا يتطلب هذا تحليل أو حل صراعات قديمة مع أجيال سابقة.

أما هدف النظرية الإستراتيجية، والنظرية التفاعلية فكان التركيز على حل المشكلات القائمة بين أفراد الأسرة، وسوف يترتب على ذلك خلخلة في النسق الأسري مما يؤدي إلى توازن أسرى جديد.

أما العلاج التجريبي فقد هدف إلى تحسين مهارات الاتصال بين أفراد الأسرة لأنه يفترض أن الضغوط التي تواجه أفراد الأسرة تؤثر في طرق اتصالاتهم مما يؤدي إلى وجود اضطرابات في الأسرة، إلا أن هذه النظرية تركز على جوانب عملية أكثر من الجوانب النظرية كما أنه يمكن أن يتداخل هذا الهدف في كل النظريات السابقة لأن تحسين طرق التواصل هدف مبدئي وأساس لتدعم العلاقات المضطربة.

أما الاتجاه التكاملـي فلاحظ الباحث أن أكثر النماذج شيوعاً في الدمج هو البنائي والاستراتيجي، ونتائج بعض الدراسات قد أشارت إلى أن العلاج الأسري يمكن الحالة بالعلاج النفسي الفردي ليتحقق فعالية ونجاحاً أكيداً، وأنه إذا أردنا دمج توجهين نسقيين فهذا يتطلب أن يتكاملـاً معاً وللباحث الحرية في اختيار توجيهاته النظرية التي تخدم طبيعة المشكلة التي يقوم بدراستها.

ولذلك فإن الباحث في دراسته سوف يحاول مساعدة الأطفال ضحايا الطلق على مواجهة مشكلاتهم الاجتماعية من خلال مساعدة أسرة كل طفل وحضورها المقابلات الفردية أو على الأقل جزءاً منها لأنها شريك أساسـي في وضع الحلول المناسبـة لتلك المشكلـات.

خامساً : الاستراتيجيات التي يعتمد عليها العلاج الأسري : -
أ- إستراتيجية بناء الاتصالات الأسرية () :

يُعد الاتصال الوسيلة الأساسية التي يتم بوساطتها معرفة المشاعر التي تتناول بين أفراد النسق الأسري والاتصالات قد تكون لفظية من خلال الكلام، وقد تكون غير لفظية من خلال الإشارات والإيماءات وحركات الأيدي، وتتأثر هذه الإستراتيجية إلى حد

(1)Carlson, Jon : Theories and Strategies of Family Therapy Boston MA: Allyn and Bacon , 2002 , p 288.

ما بمجموعة من العوامل منها: أفراد والأسرة، والمستوى الثقافي للأسرة، وطبيعة العلاقات السائدة بين الأفراد.

فاتصالات الأفراد تتأثر بالعديد من العوامل الداخلية والخارجية، وهذه العوامل قد تؤثر بدرجة كبيرة في شخصية الأفراد وسماتهم، وكما تتأثر بالعديد من العوامل منها:

- ١- المجتمع والبناء الاجتماعي.
- ٢- مركز الفرد في البناء الاجتماعي وكذلك داخل النسق.
- ٣- الموقف أو اللحظة التي يتم فيها الاتصال.

ويجب أن يعلم المعالج الأسري أن إستراتيجية بناء الاتصالات تعتمد أيضاً على الاتصالات الداخلية وهي الاتصالات التي تتأثر بالعديد من المتغيرات التي تؤثر في خصائص الشخصية من جانب، وكذلك الاتصال من جانب آخر، والدور الذي يؤديه الفرد في توقيت الاتصال.

ب- إستراتيجية إعادة التوازن الأسري (١):

تهدف هذه الإستراتيجية إلى دراسة موقف النسق الأسري وتحديد مدى التوازن والتماسك الأسري، وهل يؤدي كل قرد داخل النسق واجباته على الوجه الأكمل ، وكذلك يجب على المعالج الأسري أن يحدد نقاط القوة ونقاط الضعف داخل النسق، وهل النسق الأسري يعني حالة من عدم التوازن، ما هي أسبابه، ثم يركز على استعادة التوازن الكامل للأسرة.

ج- إستراتيجية تغيير القيم وتوضيح الحدود الأسرية (٢):

تهدف هذه الإستراتيجية إلى قيام المعالج الأسري بدراسة النسق الأسري، وتحديد القيم والمعايير التي تؤمن بها الأسرة، وتحديد الإيجابي منها وكذلك السلبي وترتيبها طبقاً لإيمان الأسرة بها، وكذلك دراسة الحدود التي تسمح بها الأسرة، وهل النسق الأسري له حدود أم لا، وما تأثير ذلك في علاقات الأبناء ، وكذلك معرفة مدى الاتفاق والاختلاف بين قيم الأسرة وحدودها والقيم والحدود التي يؤمن بها المجتمع وترتبط الحدود الأسرية الخارجي والقيم بشكل كبير بتلك الحدود والقيم السائدة في المجتمع وثقافته.

(2H. Sprenkle & J. L. Wetchler : Family Therapy Sourcebook , New York: Guilford prees , 1996 , p 350 .

(2)op cit , p 351.

سادساً : مراحل العلاج الأسري : - stages of family therapy

يعرف كل المشتغلين بالمشكلات الاجتماعية والنفسية من الممارسين في مجالى مهنة الخدمة الاجتماعية والإرشاد الأسري والطب النفسي ما للأسرة من أهمية في نشأة ونمو هذه المشكلات ، وطالما استعنوا بالأسرة على نحو أو آخر في عملهم ولكن هذه الاستفادة قد تطورت ومرت بعدة مراحل سنوياً فيها فيما يلي :

١ - مرحلة المقابلة الأولى (التخطيط) (planning) :

في هذه المرحلة يقوم المعالج بالتعرف على المشكلات التي يعاني منها العميل ودرستها والتعاون مع العميل في وضع خطة العلاج للمشكلات التي يعاني منها و تتضمن وضع جدول أعمال لعملية العلاج خلال فترة التدخل المهني وكذلك محاولة تكوين صورة عامة عن الأسرة وتجنب أفراد الأسرة للمساهمة في العلاج ، وعلى المعالج أيضاً أن يشرح دوره في هذه المرحلة ونوع العلاقات بينه وبين الأسرة وما هو متوقع منه وأيضاً ما هو متوقع من العميل تجاه المشكلات التي يعاني منها ، وتوضيح أهداف التدخل المهني وكذلك تحديد طبيعة الاتصالات والتفاعلات وأيضاً المعلومات المباشرة من كل عضو من أعضاء الأسرة .

٢ - مرحلة التقدير (assessment) :

في هذه المرحلة من العملية العلاجية هناك ثلاثة مهام رئيسية يجب تنفيذها وهي :

- إنشاء وكتابة التعاقد العلاجي بين المعالج والأسرة لتحديد المشاركة الفعالة من جانب الأسرة والمعالج في عملية العلاج.
- الصياغة النهائية للمشكلات التي يعاني منها العميل.
- بناء التحالفات العلاجية .

في هذه المرحلة يقوم كلاً من المعالج والعميل بتوضيح كافة التوقعات المرتبطة بالمشكلة والتوصل إلى اتفاق للعمل معاً وصياغة ذلك في عقد (سواء شفهي أو مكتوب) يوضح كل منهم خلال عملية العلاج والمدة الزمنية الالزامية للعلاج

() مفتاح محمد عبد العزيز : علم النفس العلاجي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٠٦ .

(1) Alan Carr: family Therapy : Concepts, Process And Practice , 2Ed John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 2006, pp 219- 220.

وكذلك تحديد طريقة إجراء المقابلات وعددتها وإمكان عقدها والمدة الزمنية اللازمة لكل مقابلة وأهدافها وتحديد دور كلاً من المعالج وأعضاء الأسرة في كل مقابلة .

كما يتم في هذه المرحلة الصياغة النهائية للمشكلات التي يعاني منها العميل وتشخيصها ومعرفة العوامل المسببة لها وتحديد دور العميل وأيضاً أعضاء الأسرة في حدوث المشكلة ، ثم يتم تحديد أولويات التدخل المهني وفقاً لاهتمامات العميل وأفراد أسرته ، ثم تنتهي هذه المرحلة ببناء التحالفات العلاجية بين المعالج والعميل وأفراد أسرته وذلك بما يعرف بالعلاقة العلاجية التي تعتمد في المقام الأول على قدرة المعالج في تطبيق مبدأ السرية التي تجعل العميل يتقبله، وتقبل المعالج يعني الثقة فيه من قبل العميل ، والثقة تعني توطد العلاقة المهنية بينهم ، وال العلاقة المهنية السليمة كفيلة بأن تجعل العميل يدللي بالمعلومات الضرورية لدراسة الحالة كما يحدد المعالج في نهاية هذه المرحلة الأساليب العلاجية والفنينات الملائمة لمواجهة مشكلات العميل والتي سوف يقوم بتنفيذها خلال مرحلة العلاج .

٣- مرحلة العلاج () : Treatment

بعد الانتهاء من تشكيل العقد والاتفاق على مضمونه يدخل كل من المعالج الاجتماعي والعميل في لب عملية حل المشكلة وهي مرحلة العلاج وتحقيق الأهداف، أو مرحلة العمل والتغيير كما يسميها البعض ، وتنضمن هذه المرحلة تحويل الخطط إلى أفعال حيث يُوحِّد المشاركون في عملية المساعدة جهودهم ومحاولاتهم ويعملون من أجل إنجاز الهدف أو الأهداف المتفق عليها وتبدأ هذه العملية بتقسيم أو تجزئة الهدف العام إلى أهداف فرعية صغيرة يمكن التحكم فيها والتعامل معها، وإنجازها في وقت أقصر، وتحديد الأساليب والأعمال والمهام والأنشطة التي تساعد على تحقيقها.

وينبغي أن يقوم المعالج الاجتماعي باختيار الهدف ذو الأولوية والأهمية للتعامل معه أولاً واختيار أسلوب أو أساليب التدخل المناسبة وال مباشرة ذات العلاقة بالهدف والتي تساعد في حل مشكلة العميل ثم تطبيقها ويجب على المعالج خلال هذه المرحلة أن يركز على الأسرة ككل وليس على صاحب المشكلة فقط وتحدد واجبات المعالج الاجتماعي في هذه المرحلة فيما يلي () :

عبد المجيد طاش نيازى وأخرون : العلاج الفردى : سلسلة العمل الاجتماعي "قضايا مهنية ٦" ، مكتبة الرشد- ناشرون ، الرياض ، ٢٠٠٧ ، ص ١٣ .

مفتاح محمد عبد العزيز : علم النفس العلاجي ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٠٧ .

- مساعدة العميل للمحافظة على الدافع للتكيف ، والتعامل مع مشاعره وأساليب المقاومة التي يبديها.
- التعليم والتوجيه والتدريب على أساليب التكيف.
- توفير المعونة النفسية.
- تزويد الأسرة بالمعلومات التي تحتاج إليها، وتوفير فرص المشاركة في الاختيار واتخاذ القرار وممارسة الأنشطة.
- يجب على المعالج عدم مناقشة كل الموضوعات المرتبطة بالأسرة أمام كل أعضاء الأسرة، وخاصة بعض الأمور التي لها خصوصية.
- يجب على المعالج مساعدة كل فرد في الأسرة على أن يعبر عن نفسه وخبراته في الأسرة ووجهة نظرهم حول بعضهم البعض وعلى هذا يساعد الأسرة على أن تكتشف مشكلاتها مما يساعد على إعداد الأسرة لكي تتوافر لديها إرادة العمل والتغيير معاً نحو الأفضل .
- يركز المعالج على مساعدة الأسرة ككل على وسائل الاتصال السليمة والتي يعبر فيها كل عضو بصرامة للأخر بما يدور في نفسه.
- يجب أن تكون المقابلة على درجة من المرونة تسمح بتقدير الفروق الفردية نظراً لاختلاف الثقافات والعادات والتقاليد من بيئه لأخرى.

٩

٩

٤- مرحلة الإنتهاء () : **Termination**

هو إنتهاء الصلة بين المعالج وأنساق التعامل بعد تحقيق الأهداف التي تم الاتفاق عليها في العقد المبرم بينهما ويقرر بعد عدم جدوى استمرار ومواصلة التدخل ويتم ذلك تدريجياً تخفيفاً لصدمة الإنتهاء المفاجئ ومن ثم يمكن تحديد الاعتبارات المتعلقة بالإنتهاء كما يلي:

- التأكيد على ضرورة الحفاظ على التغيرات الإيجابية التي تحققت وتعيمها في المواقف المشابهة .
- مساعدة العميل على التعامل مع المشاعر السلبية المتوقعة والمرتبطة بعملية الإنتهاء .
- تقييم نتائج التدخل المهني لمعرفة الأسرة لما كانت عليه قبل العلاج .

(1) Middleman , R. & Wood, G: Skills of direct practice in social work , 4 ed, New York , Columbia University Press , 2003 , p 212.

- التخطيط للمستقبل من خلال مساعدة المعالج للعميل على تصميم خطط توعية للمستقبل تتضمن ما تعلمه طوال فترة عملية المساعدة وذلك لتطبيقها في حياته الواقعية بدون الاعتماد على الآخرين.
- طمأنة العميل بإمكانية الاستفادة من خدمات المؤسسة في حالة احتياجها.

٥- المتابعة (follow-up) :

هي العملية التي تشير إلى الإجراءات المهنية المستخدمة للحصول على المعلومات الضرورية عن مستوى الأداء الوظيفي للعملاء ومدى استمرارية نسق العميل ومتابعته في تحقيق الأهداف التي تم التعامل معها في أثناء عملية المساعدة ومن أهم المميزات التي تتحققها عملية المتابعة شعور العميل بالاطمئنان والأمن عندما يشعر أن المعالج والمؤسسة يحرسان على التعرف على ظروفه وقدراته على التكيف مع ظروفه الحياتية بعد انتهاء عملية المساعدة.

وتساعد على التعرف على ما قد يعانيه العميل من مشكلات أو مواقف جديدة تحتاج إلى تدخل أو إلى إعادة تقيير مرة أخرى.

وقد تحددت مهام المتابعة كما يلي:

- التعرف على الموقف الحالى ومناقشة المشكلات ومحاولة اكتشاف سبب مواجهة العميل لهذه المشكلات هل العميل يذكر حاجة لمساعدة وهل هذه الحاجة لم يتم التعامل معها .
- تحديد الوسائل التي عن طريقها يتم التغلب على المشكلات التي تواجهه .
- مساعدة العميل على الحصول على الخدمات من المؤسسة أو غيرها و يجب تسهيل عملية الحصول على تلك الخدمات في أي وقت .

سابعاً : الأساليب المستخدمة في العلاج الأسرى:

يفرق الباحث بين مصطلحين متداخلين معاً هما أساليب العلاج الأسرى وفنين العلاج الأسرى، فيقصد بفنين العلاج الأسرى الطرق والاستراتيجيات التي يمارسها المعالج مع الأسرة أثناء تطبيق البرنامج العلاجي، والهدف الذي تتحققه هذه الفنون هو إما الحصول على معلومات في المرحلة التشخيصية أو تغيير سلوكيات الأسرة في المرحلة العلاجية.

إما الأساليب فالمحضود بها أدوات أو سائل المعالج التي يستخدمها مع الأسرة لتحديد طبيعة هذه الأسرة أو للحكم على الأسرة في مدى تقبلها للعلاج. وهذه الأدوات أو المقاييس يجب أن تكون مقننة وفيما يلي يعرض الباحث بعض أساليب وأدوات العلاج الأسرى.

أسلوب المقابلة Interview :

يقوم المعالج بعمل مقابلات مع أفراد الأسرة، وكذلك يقوم بلاحظتهم والمشكلة الرئيسية التي تقابلها هي تقنيين المقابلات، وكذلك ما جمعه من خلال ملاحظتهم بمعنى تصنيف المادة التي جمعها إلى فئات ليسهل وضع درجات لهذه الفئات، ومن ثم يسهل اتخاذ قرار مع الحالات التي تم معها المقابلة.

ومن الأساليب المشهورة التي استخدمت أسلوب المقابلة مع الأسر، وكان هناك محاولات لتقنيين هذه المقابلات ما يلي:

طريقة ويلتون: willtok method

وتشمل هذه المقابلة على ثمانية أعمال يقوم بها كل أعضاء الأسرة، وهذه الأعمال مسجلة تسجيل، بينما يلاحظ الباحث الأسرة من خلال نافذة زجاجية ذات اتجاه واحد، وهذا إجراء يسهل ملاحظة التفاعل الأسرى بعيداً عن المراقبة، وتصور الأسرة في المواقف الثمانية على شرائط فيديو، ثم نعطي درجات استناداً إلى أبعاد محدودة بعضها يخص بناء الأسرة والبعض الآخر يخص شكل تفاعلاتها.

المقابلة الأسرية المحددة:

وهذا الأسلوب وضعه باتسون وزملائه وقد صمم لإعطاء الباحث الفرصة للحصول على قدر كبير من المعلومات في فترة زمنية ساعة من الزمن، وتتلخص هذه المقابلة في خمسة أعمال، وبعد إجراء المقابلة يقوم المعالج بعرض نتائجها على أعضاء الأسرة، لكي يروا أسلوب تفاعلهم بعضهم مع بعض، ويعد هذا إجراء أداء إكلينيكية تحفز عملية العلاج.

وعلى الرغم من أنهم حاولوا تقنيين هذين الأسلوبين فإن الدرجات التي سيضعها المعالج على الأعمال التي تقوم بها الأسرة ما زالت تخضع لتقديره الذاتي، وبذلك فهي تعتبر غير موضوعية على الرغم من هذين الأسلوبين يتihan الفرصة لحدوث مواقف تفاعل مهمة عن طريق المهام التي يطلبها المعالج منهم.

(1) Vesna Leskosek : Theories and methods of Social Work, Faculty of Social Work, university of Ljubljana, Slovenia, 2009, P 38.

أسلوب الملاحظة Observation () :

هناك العديد من المقاييس الموضوعية التي تمدنا ببيانات عن التفاعلات الأسرية، وهي مقاييس مفنة كل عنصر فيها يصف سلوكاً معيناً بالدرجات، واستخدام الملاحظات السلوكية مع هذه المقاييس يمكننا من فهم طبيعة تفاعلات الأسرة بصورة أكبر ويمكننا من تفسير استجاباتها على نطاق أوسع وأعمق مما تعطيه المقاييس الموضوعية بمفردها، كما أنها تقييم كيف أن كل عضو من أعضاء الأسرة يتفهم سلوك العضو الآخر.

لذلك فمن المهم للمعالج الأسرى بصفة خاصة أن يلاحظ عينة من التفاعلات الأسرية بصورة مباشرة والمعالج يمكنه أن يسجل ملاحظاته العمليات اللغوية والغير لفظية التي تحدث بين أعضاء الأسرة وهم يتحدثون إلى المعالج، وكذلك وهم يتحدثون كل مع الآخر.

وعلى الرغم من أن محتوى الموضوعات التي يتم طرحها للمناقشة بين أفراد الأسرة لها أهميتها، وهدف الملاحظة السلوكية النسقى هو تحديد سلوكيات معينة من خلال أفراد الأسرة، وتتبع تطور هذه السلوكيات بين أفراد الأسرة، والتي تكون أما سلوكيات مرضية أو سلوكيات غير مرغوبة، "الملاحظة للتفاعلات الأسرية تأخذ أشكالاً مختلفة، ويتوقف هذا على :

مقدار ما يحدده البنايون للاسقادة به في إعادة البناء الأسرى.

تحديد المعايير السلوكية التي يحددها المعالجين أو كما يحددها نظام الترميز الذي يحدد نقاط معينة تخضع للملاحظة Coding system.

وعلى الرغم من أن سلوك الأسرة الذي يظهر تفاعلاتهم قد يختلف بعض الشئ عن التفاعلات النمطية التي تحدث في المنزل فإن أفراد الأسرة أظهروا نماذج دالة من السلوك أثناء تفاعلاتهم عندما أعطوا الفرصة للحديث عن قضايا تخص علاقاتهم، ومع بداية التدخلات مع المعالج أصبح أفراد الأسرة أكثر راحة في جلسة المكتب وفي حضور المعالج.. وكانوا يركزون انتباهم على الاستجابات المتبادلة بينهم أكثر من العفوية والتلقائية التي تحدث بينهم في المنزل.

والهدف للبنائين من هذه الملاحظات هو الاستفادة من ملاحظة التفاعلات والاتصالات بين أفراد الأسرة بصورة طبيعية كلما أمكن تحقيق ذلك، والاستفادة بهذه الملاحظات في الحصول على بيانات والاستفادة منها في إعادة بناء النسق الأسري.

أما المعالجون السلوكيون المعرفيون فإنهم يهتمون بالتفاعلات غير البنائية؛ حيث يمدون الأسرة بموضوعات محددة للمناقشة ويحددون لهم الهدف من مناقشة هذه الموضوعات، غالباً ما يعطون تعليمات محددة للأسرة لتبصرها ولتحركهم لحل المشكلة على عكس البنائين الذين يستخدمون فنية مثل إعادة التمثيل "Enactment" عند منونش ليروا طرق الاتصال والتفاعلات بينهم بصورة طبيعية أي أن الاختلاف هو أن المعالجين السلوكيين المعرفيين ربما يكونوا أكثر مباشرة في هذه العمليات من المعالجين البنائيين.

أما المعالجون البنائيون فأثناء رؤيتهم وملاحظتهم للمناقشات والمواقف الأسرية يستطيعون تحديد المشكلة التي تعوقهم ومواطن الضعف وخطط التدخل التي تحسن من طرق حل مشكلتهم.

أما عن تقييم أساليب الملاحظات فهناك بعض المعالجين يبدون الملاحظة دون وضع تحديد مسبق لفئات من السلوك ليلاحظوها، والبعض الآخر يبحث عن نماذج تتسم بالتكرار ليظهر فيها لعب الأدوار ويوضح الشكوى الحالية للأسرة باستخدام مبدأ أساسي وهو تحليل الوظائف.

غالباً ما يلاحظ المعالجون الأسريون سلوكيات سابقة يتبعوها إلى أن يستطيعوا السيطرة والتحكم في كل سلوك سلبي يقوم به أعضاء الأسرة، والملاحظة التي تحدد هذه السلوكيات توجه انتباه المعالجين إلى السلوك المشكل المراد التحكم فيه والذي يهدد بناء الأسرة.

وبذلك فإن أسلوب الملاحظة من الأدوات الأساسية التي لا يمكن الاستغناء عنها في العلاج الأسري، وفي تحديد شكل وطرق التفاعلات والاتصالات المختلفة بين أعضاء الأسرة، وسواء كانت الملاحظة مقننة أو غير مقننة، محددة بمعايير أو عفوية، فهي في كل الأحوال تساعد المعالج في رؤية النسق الأسري بصورة أعمق وأوضح مما توضحه المقاييس الموضوعية لذلك، وفي العلاج الأسري يحاول المعالج تصميم مواقف تفاعلية معينة بغرض كشف التناقضات أو إثارة الاختلافات، ووجهات النظر أو استفزاز كل فرد في الأسرة نحو الآخرين لملاحظة انفعالاتهم وطرق تواصلهم أو موقف أخرى لتبادل المشاعر الإيجابية أو السلبية لملاحظة مدى

مصاديقهم في التعبير عن ذلك، لذلك فالملاحظة من الأساليب التي تمكننا من الكشف عن أشياء لا تستطيع أي أساليب أخرى الكشف عنها.

٣

الأساليب الاسقاطية () :

من أشهر الوسائل الاسقاطية التي استخدمت مع الأسرة بالفعل اختبار تفهم الموضوع T.A.T، واختبار الرورشاخ، وكانت هناك محاولات لتطبيق هذين الاختبارين، ولكن بصورة جماعية مع أفراد الأسرة جمياً منها:

محاولات فيريرا ferira: التطبيق الأسري لاختبار تفهم الموضوع، وهذه الطريقة تتلخص في أن نطلب من أفراد الأسرة جمياً أن يتخيلوا ثلاثة قصص تبني على ٩ صور، وقد وضعوا طريقة مقتنة للتصحيح مكتنهم من التفرقة بين الأسرة السوية والأسرة المريضة.

محاولات روزمان Rosman: وضع روزمان اختباراً مماثلاً لاختبار تفهم الموضوع، ويدعى اختبار تفهم الموضوع للتفاعل الأسري F.I.A.T ويكون هذا الاختبار من عشرة صور تمثل موقف أسرية مألوفة، حيث تعرض الصور على أعضاء الأسرة مجتمعين، ويطلب منهم إعطاء قصة مشتركة عن كل صورة.

محاولة إيشتين Epstein: وهذه المحاولة استخدمت على اختبار الرورشاخ، وتتالخص الطريقة في تطبيق الاختبار أولاً على أعضاء الأسرة منفردين، ثم يتبع ذلك عرض البطاقات على أعضاء الأسرة مجتمعين، حيث يطلب منهم الاتفاق على استجابة موحدة، ويقوم الفاحص بتسجيل مناقشتهم، حتى يتمكن من دراسة أنماط التفاعل السائدة داخل الأسرة.

طريقة روزنتال Rosenthal: تطبق هذه الطريقة أيضاً على اختبار الرورشاخ، حيث تطبق البطاقات ١ ، ٢ ، ٣ فقط بصورة فردية، واما بقية البطاقات فتطبق جمياً حيث يطلب من كل أعضاء الأسرة الاتفاق على استجابة موحدة، وهذه الطريقة تمكننا من التعرف على تقدير مدى المرضية في التفاعل الأسري.

وهذه المحاولات أثارت- وما تزال- تثير جدلاً كبيراً بين الإكلينيكيين، وهى تتعرض لأوجه نقد كثيرة، إلا أنها توجه الانتباه إلى إمكانية استخدامها بعد تقييدها استخداماً يساعد في عملية التشخيص النفسي الأسري بصورة أكثر دقة وعمقاً وهناك اختبار رسم الأسرة وهو يعتبر من المقاييس الاسقاطية، وقد وضعه جيسي رأيت

وماري ماك انتاير ، ومن أهم الدراسات التي أجريت على هذا الاختبار دراسات محمود الزيادى (١٩٨٧) للتعرف على قدرة الاختبار التمييزية بين المكتئبين والأسوياء ، وحدد ١٢ عنصراً لتصحیحه کمیاً، وتفسیره بشکل موضوعی، وهذه العناصر هي: عدد الألوان- حجم الذات- حجم الأشخاص- التمايز بين الجنسين- الفاعلية الأسرية- العزلة الذاتية- العزلة الأسرية - الاهتمام الذاتي - المساحة البيضاء التنظيم.

وفيه يطلب من العميل أن يرسم صوراً لأفراد أسرته، وهناك اختبار آخر يشبه هذا الاختبار، وهو اختبار رسم الأسرة المتحركة، والفرق بينهما أنه يطلب من المبحوث أن يرسم صور لأفراد أسرته في حالة حركة، والأساليب الإسقاطية هي وسيلة مهمة ومفيدة، خاصة إذا كانت مع الأسرة، لأن التفاعل الأسري وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة يحتاجون إلى اختبارهما بطرق غير مباشرة، وفي هذه الأساليب يسقط أفراد الأسرة مشاعرهم وتفاعلاتهم معاً على الصور المقدمة لهم، إلا أن هذه الأساليب تفتقر إلى الموضوعية، وتتخضع أيضاً لأساليب الحكم الذاتية، كما أن هناك محاولات أخرى للكشف عن التفاعلات وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة ظهرت في دليل التفاعلات الأسرية الذي وضعه هاولوز لكودبشن، وهو بمثابة اختبار اسقاطي يهدف إلى عرض العلاقات بين أعضاء الأسرة والكشف عن مشاعر واتجاهات الأفراد المكتوبة، ويكون هذا الاختبار من ٤٠ صورة مقسمة كالتالي: ١٦ صورة منها للاستعمال مع الأسر ذوي الأطفال الذكور، ١٦ صورة تستعمل مع الأسر ذوي الأطفال الإناث، ٨ صور تستعمل مع كل الأسر، وهذا يعني أن في هذا الدليل يوجد ٢٤ صورة تقدم للوالدين والأطفال في كل الأسر على أنواعها، أما إذا كان في أسرأطفال بنين وبنات فتقدم للأسرة الأربعين صورة، إلا أن هذا الاختبار يخضع للتقديرات الذاتية مثلاً يحدث في جميع الاختبارات الإسقاطية التي تفتقر إلى الموضوعية، إلا أن ظهور هذه المحاولات وغيرها من الاختبارات الإسقاطية لو أحسن تقييمها ربما تكون أفضل الطرق لقياس تفاعلات الأسرة بصورة غير مباشرة.

المقاييس الموضوعية () :

هناك بعض المقاييس والاختبارات التي ظهرت مؤخراً وتحث في مشكلات الأسرة وتهتم بأفراد الأسرة، وهذه المقاييس موضوعية ولها صدق وثبات على درجة عالية، ولها معايير محددة ويسهل تصحیحها وفق هذه المعايير.

وكانت هناك محاولات قدّيماً لوضع مقاييس موضوعية مع الأسر ومن هذه المحاولات محاولة بومان باستخدام اختبار وكسلر بلغيو وتنحصر هذه المحاولة في تطبيق اختبار وكسلر فردياً على كل أعضاء الأسرة، ثم تطبيقه عليهم مرة أخرى في جلسة جماعية، وهنا يستخدمان فقط اختياري الفهم العام والمشابهات، ثم يقومان ببعض المقارنات مثل مقارنة نسبة ذكاء كل فرد في الأسرة بنسبة الذكاء الجماعية التي حصلت عليها الأسرة ككل.

وحدثاً ظهرت مقاييس موضوعية تهتم بالبيئة الأسرية والمناخ الأسري والتفاعلات الأسرية والأنمط المرضية في الأسرة والمشاعر الأسرية والمشكلات الأسرية والتوافق الزواجي..

الفنين العلاجية في الإرشاد والعلاج الأسري:

الفنين Techniques المستخدمة في العلاج الأسري هي التي يتبعها المعالج الأسري مع الأسرة لتحقيق غرض معين، مثل الحصول على معلومات عن الأسرة، أو لتحريك الأسرة من مرحلة لأخرى أو لإقناع الأسرة بتحفيز سلوكيات معينة تمارسها... وغيرها من الأهداف الكثيرة.

وتحديد فنون العلاج الأسري جزءاً مهماً يجب على تساؤل مهم وهو كيف؟
أو الكيفية التي يتم من خلالها التدخل مع الأسر لمعرفة ما يلى () :

- كيف يمكن التدخل بالأسلوب والإستراتيجية المناسبة مع هذه الأسر؟
- كيف يتم تطبيق العلاج الأسري مع الأسرة المريضة؟
- كيف تسير خطوات برنامج العلاج الأسري؟
- كيف ننتقل بالأسرة من مرحلة التشخيص إلى مرحلة العلاج؟
- كيف تستبصر الأسرة بمرض أحد أبنائها؟
- كيف تقنع الأسرة بأنها السبب في نشأة المرض لدى أحد أبنائها؟
- كيف يمكن أن تسهم الأسرة في علاج أحد أبنائها من المرض النفسي؟

ولكي تجib فنون العلاج الأسري على كل هذه التساؤلات فيجب أن يمتلك المعالج الأسري أكبر عدد من الفنون، وألا يلتزم أو يتقيد بفنون محددة تخص نظرية معينة، ويكون لديه مرونة في استخدام الفنون المناسبة في الوقت والمرحلة

المناسبة من العلاج، وتشير الدراسات إلى أن المعالج الأسرى غالباً ما يتجاوز حدود عدد الفنيات المرتبطة عادة بإحدى النظريات، وذلك لأنه لا يستخدم استراتيجيات وفنيات معينة لإقناع فرد فقط، وإنما يستخدم الفنيات التي تناسب جميع أفراد الأسرة وتتناسب طبيعة الشخص المريض وتتناسب طبيعة المرض نفسه، وطبيعة الأسرة في حد ذاتها، وكذلك إلى طبيعة ما وصلت إليه الأسرة من علاقات وتفاعلات ومشكلات وإتصالات خاطئة وسوء أدائها لوظائفها ... الخ.

٦ جلسات الأسرة الإرشادية family council meeting () :

هي تكنيك مهم وأساسي في برامج الإرشاد والعلاج الأسرى، وهي عبارة عن مقابلات أو لقاءات تجمع بين أفراد الأسرة والمعالج، ويتم تنظيم هذه الجلسات بترتيب مسبق مع أفراد الأسرة يتم فيه تحديد الوقت المناسب لمشاركة ومقابلة الأسرة بعضها مع بعض، ومكان المقابلة وإلزاز القواعد التي تحكم الجلسة، وتتضمن هذه المقابلات موضوعات للمناقشة يقوم الباحث بتحديدها مسبقاً، وتشمل اهتمامات الأسرة - طبيعة علاقاتهم بعضهم ببعض - ومشكلات الأسرة .. الخ.

وتهدف هذه الجلسات إلى الحصول على قدر كبير من المعلومات في فترة قصيرة، وتكون فرصة لجمع معلومات مهمة عن طريق الملاحظة داخل الأسرة (الملاحظة التفاعلية غير المباشرة، للتواصل غير اللفظي .. الخ)، كما أنها تتيح فرص لأفراد الأسرة للتعبير عن أنفسهم وتسهل عمليات الاتصال بينهم، وكذلك المشاركة الأسرية وتعطى هيكلًا وشكلًا واضحًا ومتربطاً للأسرة يتم من خلالها التوضيح والشرح والتفسير وتقديم المبررات، وطرح الأسئلة، ومناقشة موضوعات مهمة في حياة الأسرة، وكذلك التوجيه والإرشاد والتصحيح والتعديل في بناء الأسرة.

وتساعد جلسات الأسرة الإرشادية في إعطاء هيكل للأسرة وكذا في المشاركة الأسرية الكاملة وتيسير وسائل الاتصال بين أعضاء الأسرة، والإرشاد في هذه الجلسة يجب أن يشمل الأسرة من الداخل، وأي أعضاء غائبين يجب إبلاغهم بالقرارات ويجب أن يكون هناك قائمة اهتمامات للأسرة ومحاكمة آخرين أثناء هذه الجلسات يعتبر أمراً غير مقبول.

٧ أساليب الملاحظة Observation Techniques () :

محمد ابراهيم السفاسفة: أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي، مرجع سبق ذكره ، ص ، ص () ١٦٨، ١٦٧

هشام سيد عبدالمجيد: البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ()

أسلوب الملاحظة المباشرة **Direct observation technique**

وتتم في المواقف الطبيعية من خلال الأحداث اليومية العادلة في الجلسة ويلاحظها الباحث عن طريق الجلسات الأسرية التي تجمع بين الباحث وأفراد الأسرة.

أسلوب الملاحظة غير المباشرة **Indirect observation technique**

وتتم داخل الجلسات الأسرية، ولكنها محددة مسبقاً، حيث تتم الملاحظة للتفاعل الأسري من خلال موقف تجريبية مصممة أو مضبوطة مثل لعب الأدوار بين أفراد الأسرة أو عن طريق إعادة تمثيل موقف معينة لملاحظة نقاط معينة ومحددة يحددها الباحث قبل إجراءات الموقف.

أساليب المناقشة التأملية **Reflective discussion techniques**

وقد حدد تيلبرى Tibury أن هذه المناقشة تدور حول الأفكار المتبادلة بين أفراد الأسرة لاستدعاء الحوادث والخبرات السابقة لتقسيم وتكوين قدر من الاستبصار بالمواضف الحالية للأسرة، وتشمل أساليب المناقشة التأملية الإيجابية "طرح أفكار جديدة والتوضيح والتفسير، وتصحيح المشاعر، وربط الأحداث الحاضرة بالماضية").

صور الأسرة **family photos** () :

تتميز فنية الإطلاع على صور الأسرة بتقديم ثروة من المعلومات عن توظيف الماضي والحاضر لهذه الأسرة، فأخذ استخداماته هو التغلغل في اليوم صور الأسرة الجماعية، إن الاستجابات (الشفوية وغير الشفوية) بالنسبة لصور والأحداث غالباً ما تعتبر كاشفة لعلاقات الأسرة وتقاليدها وهيكليها وقواعدها ونماذج الاتصال فيها حيث يطلب من الأعضاء أن يحضروا صوراً مهمة للأسرة خاصة فيما يتعلق بعلاقاتهم بأسرتهم وبالأجيال السابقة.

هذه الفنية تكشف عن اتجاهات كل عضو من أعضاء الأسرة نحو الآخرين، وهي أقرب ما تشبه الاختبارات الإسقاطية حيث إنها تكشف عن أشياء معينة غير التي تظهر في الصور، وهذا يفيد المعالج في التعرف على الكثير من المعلومات التي تقيده في مرحلة التشخيص وفي الكشف عن طبيعة العلاقات في هذه الأسرة.

() مفتاح محمد عبد العزيز : علم النفس العلاجي ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٧٢ .

(2) Florence W. Kaslow & Jack Friedman: Utilization of Family Potos and Movies in Family Therapy, Article First Published in Journal of morital and Family therapy, Wiley online Library, Vol 3, Jun . 2007

تصوير الأسرة family sculpting (١) :

لقد تطورت فنية تصوير الأسرة بواسطة كل من ديوهيل و كانتور (١٩٧٣) Duhl, hantor and Duhl، وتقدم هذه الفنية من اجل إعادة بناء نسق الأسرة، ومعالج الأسرة يمكنه استخدام فنية "تصوير الأسرة" في اي مرحلة من مراحل العلاج، ويصور أعضاء الأسرة مادياً (أوضاعهم ومكانتهم وأدوارهم في الأسرة) وأفراد الأسرة البالغين غالباً ما يكونون مصوريين جيدين للأسرة عند منحهم فرصة للاتصال غير الشفوي للتعبير عن مشاعر وأحساس الأسرة، ويعتبر تصوير الأسرة أداء فحص مشهورة، وتمنح الفرصة للتدخل العلاجي في المستقبل.

ويقصد بهذه الفنية التصوير في الفراغ وكأن فرد من أفراد الأسرة يقوم بتحسيد لأفراد أسرته كما يراهم بالفعل يجسد الأفراد في علاقاتهم ببعض... ويصور مشاعرهم تجاه بعضهم البعض، وكذلك يصور الأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة كما يراها، وبذلك يسهل التعرف على علاقات أفراد الأسرة بعضهم ببعض عن طريق أن يقوم كل فرد في الأسرة بتصوير باقي أفراد الأسرة في الفراغ.

يطلق على فنية تصوير الأسرة العملية التي عن طريقها يمكن تحديد أبعاد التقارب والقوة داخل الأسرة في صورة غير لفظية (أشبه بمن ينحت تمثلاً) على سبيل المثال فقد يطلب من الأب أن يصف والديه ومكانته في الأسرة من خلال الكلمات ولكن عن طريق التصوير في الفراغ وهذا الأسلوب يتميز بأنه يُمثل مشاعر مرئية حول تركيبات الأسرة، كما أنه يشرح لأفراد الأسرة الحالية الأسباب التي تجعل الوالدين يتصرفان بطريقة معينة، والمفهوم الذي يبني عليه هذا الأسلوب هو أن الناس يميلون إلى تكرار الأنماط السابقة.

وهذه الفنية يمكن أن تقيد المعالج الأسرى في الحصول على معلومات عن النسق الأسري وعن طبيعة علاقاتهم معاً وعن مشاعرهم بعضهم تجاه بعض بصورة قد لا يحصل عليها من التواصل والتعبير اللفظي.

إعادة التمثيل Re-enactment (٢) :

(1) Lowenstein.L : Creative Family therapy, Techniques : Play, art, and expressive therapies To engage Children in Family Sessions, Toronto, on : Champion Press, 2010.

(1) Stven N. Allen & Sandra L.Bloom: Group and Family therapy of Posttraumatic Stress Disorder, From the Veterans Administration medical Center and university of utah, Salt Lake, Vol 17, Juny 1994.

يعتبر تكنيك تمثيل الأسرة من الأدوات المهمة في التدخل العلاجي، حيث إن تمثيل الأسرة لموقف معين أو إعادة تمثيل موقف سابقة أو لعب الأدوار بالتبادل بين أعضاء الأسرة يعطى الفرصة للتعرف على طبيعة العلاقات وأنماط التواصل، وأداء الوظائف داخل النسق الأسري.

يرى معالجو الأسرة أنه من المفید أن تجعل الأسرة تؤدى شيئاً علمياً خاصاً بالمشكلة بدلاً من الحديث عنها فقط، يساعد ذلك الأسرة على أنها تبني نماذج من السلوك صحيحة وسليمة في الخيال توطئة لمحاولة جعل هذا الخيال يحدث في الواقع، ومن الممارسات التي يتحمس لها بعض المرشدين الأسريين خاصة عندما يعملون مع أسرة بها أطفال صغار، أن يسألوا الأسرة أن تتفذ عن طريق التمثيل في الجلسة يوماً من الحياة الأسرية بكل تفاعلاتها فإذا نجح هذا الأسلوب فإنه يمثل فرصة أمام المعالج ليرى بعينه كيف تتفاعل الأسرة و تستطيع حينئذ أن يصح ما يراه مؤدياً إلى المشكلات وأن يدرّبهم على السلوك المصحح.

والميزة الواضحة في هذه الطريقة هي أن المعالج يمكنه أن يتتأكد بنفسه مما يجري في الأسرة بدلاً من أن يعتمد على التقارير أو العرض وحده، ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الفعالة، وقد أطلق عليه مورينو "سيكودrama الموقف" ، حيث أن كثيراً من المشكلات داخل الأسرة تتصل بعدم قدرة فردين على التحدث مع بعضهما البعض، وفي مثل هذه الجلسات فإن مشكلات الاتصال (الاتصال) تصبح هي الموضوع الرئيسي، فمثلاً إذا اشتكتي الأب من أنه عندما يتحدث مع أبنه فإن زوجته تتدخل، فإن المعالج قد يطلب منها أن يبدأ الحديث ويطلب من الأم أن تدخل إلى مناقشتها.

وعلى الرغم من أن إعادة تمثيل الأسرة لموقف معين هو مصطلح فإنه يكشف جوانب كثيرة من أهمها الانفعالات وطرق التواصل وطبيعة العلاقات والأدوار التي يقوم بها هؤلاء الأفراد، ولكي تطبق هذه الفنية بصورة صحيحة فيجب أن يوضح المعالج أنه أثناء إعادة تمثيل بنفس الطريقة والأسلوب والانفعال وحتى نبرة الصوت وتبادل النظارات وطريقة التواصل بصفة عامة، فكلما اقترب إعادة تمثيل الموقف من الموقف الأصلي ساعد ذلك المعالج على سهولة تشخيص هذه الأسرة وتحديد الاتصالات الخطأة فيها، وكذلك تحديد اتجاهاته في العلاج.

ونظريات التوجه النسقي جميعها تستخدم هذه الفنية لأنها تهتم بال التواصل والتفاعلات بين أفراد الأسرة ، فقد كان منوشن لا يهتم فقط بما يقوله أفراد الأسرة كل عن الآخر، بل كان يمنحهم الفرصة ليتمثلوا مشاكلهم أثناء الجلسة فيؤلف المعالج عن

قصد سيناريو لتمثيل وتفعيل صراعات الأسرة وغيرها من مشكلاتها في الجلسة بدلاً من مجرد وصفها.

وفي هذه الفنية لابد من تدخل المعالج بصورة إيجابية وفعالة وحازمة مع الأسرة حتى تبدأ الأسرة في إعادة تمثيل الموقف أو الأدوار، ويجب على المعالج أن يصمم على أن تعيد الأسرة تمثيل الموقف مبرراً ذلك بأن مجرد وصف الموقف لا يمكنه من تخيله ومن تخيل أشياء كثيرة غير واضحة من عملية الوصف، وأنه لكي يكمل العلاج لابد أن تساعد الأسرة فيما يطلبه، ويمكن أن يساعد الأسرة بتدخل مبدئي في عملية إعادة التمثيل، فمثلاً (إذا كان الموقف فيه الأب منفعلاً وصوته عالٍ يقوم المعالج بتقمص دور الأب مع الأسرة ويدأ نفس السيناريو الذي وصفوه ولكن يتحدث بصوت منخفض وهادئ ولا يظهر أي انفعال وعندما يعلق أفراد الأسرة بأن الأب كان منفعلاً أكثر من ذلك على المعالج أن يقول لهم كيف؟ أريد تمثيل الموقف كما حدث وبنفس الصورة حتى أستطيع أن (أعيش معكم الموقف).

رقص الباليه الأسرى (الرقص الحركي الأسرى) (family Choreography)

في هذا الأسلوب تتعدي الترتيبات التمثيل المبدئي، حيث يطلب من أفراد الأسرة أن يقوموا بوضع أنفسهم في موقع توضح رؤيتهم للأسرة ثم يظهرون كيف يريدون أن يصبح موقع الأسرة، ويطلب من أفراد الأسرة أن يعيدوا تمثيل أدوار أفراد الأسرة ويحاولوا جعلها السيناريو المقصى أن هذا الأسلوب يساعد في تماسك الأسرة ويخلق مواقف حية وهذا التكتيك يساعد في الكشف عن وجهة نظر أفراد الأسرة فيما يتمنوا أن يصبحوا عليه، وكيف يريدون أن يصبح دور كل عضو من أعضاء الأسرة.

الكرسي الحالى (The empty chair)

أسلوب الكرسي الحالى غالباً ما استخدم بواسطة المعالجين الجشطلين وقد تم تكييف هذا الأسلوب للعلاج الأسرى، وفيه يعبر أحد الشريكين عن مشاعره للأخر (الكرسي الحالى) ثم يلعب دور الآخر ويستمر في الحوار وأن التعبير عن المشاعر نحو أسرة غائبة ونحو الآباء والأطفال يمكن ترتيبها والتعرف على المناخ النفسي والعلاقات بينهم عن طريق استخدام هذه الفنية.

عبد الناصر عوض احمد جبل: نظريات مختارة في خدمة الفرد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، (٢٠١١)، ص. ١٩٤.

(1) Nick Coady & Peter Lehmann: Thearetical Perspectives For Direct Social Work Practice, A Generalist- Eclectic Approach, Second Edition, Springer Publishing Company, New York, 2008, P 96 .

التمسir أو رسم المسارات أو الرسم الاستشفافي (Tracking) :

أغلب معالجى الأسرة البنائيين يستخدمون التمسير (رسم المسارات) حيث يرى المعالجون البنائيون أن التمسير جزء جوهري في عملية ربطهم بالأسرة، وأنشاء عملية التمسير يستمع المعالج لقصص الأسرة ويسجل بعنایة الأحداث ونتائجها، حيث أن ما يحدث من النقطة (أ) والنقطة (ب) أو (ج) لإنشاء (د) يمكن أن يكون مساعداً عند تصميم التدخلات العلاجية.

معالجة عدة أسر (Multiple family therapy) :

يتشمل هذا الأسلوب على العمل مع عدة أسر في وقت واحد وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة تشعر أن هناك أسر أخرى تعاني من مشكلات كما يجعل الأسر تلعب دوراً علاجياً فيما بينها ويخفف من التوترات تجاه المعالج إذا وجدت .

إعادة التشكيل أو ما يسمى "إعادة التأطير" (Relabeling or reframing) :

المقصود بهذه الفنية إعادة صياغة المشكلة بشكل مختلف وجديد ووضعها في إطار جديد وإعادة التأطير هنا تعنى أن نغير وجهة النظر المفهومية في علاقتها مع إدراكنا للموقف ووضعها في إطار آخر يناسب الحقائق تماماً ولكنه يغير المعنى ومن هنا فإن القضية في أبسط عبارتها هي أن إعادة التسمية العلاجية تعنى تقديم سلوك العميل من زاوية أو في صياغة لتجذب النقد واللوم ، وعلى التأطير الجديد هو الذي يسمح بالرؤية تمثل تحدياً كبيراً أمام المرشد أو المعالج ويتوقف على نجاحها إلى حد كبير نجاح العملية الإرشادية أو العلاجية وأغلب معالجي الأسر يستخدمون إعادة التشكيل كوسيلة للارتباط بالأسرة، وتقديم إدراك مختلف للمشاكل المقدمة حيث إن إعادة التشكيل عبارة عن انتزاع شيء ما من ترتيبه المنطقي ووضعه في تصنيف آخر ويمكن تحويل إعادة التشكيل السلبية إلى إعادة تشكيل إيجابية.

وقد أطلق منوشن على نفس المعنى مصطلح إعادة البناء Restructuring حيث نقصد به أيضاً إحداث تغيير، وبناء وتشكيل سلوكيات إيجابية جديدة (إعادة البناء يعني مواجهة وتحدى الأسرة في محاولات لإحداث تغيير علاجي ومن أمثلة إعادة البناء: تقييم مهام أعضاء الأسرة، وتصعيد الضغوط في الأسرة، ووضع قواعد سلوكية جديدة في الجلسة العلاجية).

(2) Juliette Oko : Understahding and Using Theory in Social Work, Learning Matter, New York, 2006, P 192.

(3) OP CIT , P193 .

علاء الدين كفافي : الارشاد والعلاج النفسي الاسرى، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٦٩ ()

٧ : وصفات الأعراض (Symptom prescribing)

يقوم هذا الأسلوب على فكرة التناقض، وهي صورة من الرابطة المزدوجة التي يطلب فيها من المريض أن يفعل المزيد من الأفعال التي يدركها كأعراض متعبة أو مزعجة فيطلب من الطفل الذي يثير الضجة ألا يتوقف عن فعل ذلك بل يزيد من الضجة وقد استخدم إريكسون هذه الفنية مع طفل كان يعاني من قضم أظافره بتجيئه لزيادة قضم الأظافر إلى أقصى ما يستطيع، الأمر الذي جعل الطفل يعتبرها عادة مضجرة ومؤلمة وتوقف عن ممارسة العادة كلية، ويلاحظ أن هذا الأسلوب شبيه بأسلوب الغمر flooding الذي يستخدمه المعالجون السلوكيون.

من الملاحظ أن هذه الفنية تتشابه تماماً مع فنية التدخلات المتناقضة والاختلاف بينهما في أن فنية وصفات الأعراض تمارس أثناء الجلسة العلاجية.

٨ : التدخلات المتناقضة (Contraversy techniques)

وفيها يقوم المعالج بإعطاء تعليمات متناقضة فمثلاً بدلاً من أن تطلب من المريض التوقف عن سلوكه تطلب منه أن يستمر في هذا السلوك أكثر وهذا شئ لا يتوقعه المريض.

٩ : تعديل السلوك (Behavior modification techniques)

ويستخدم بعض المعالجين المأسنة أساليب مطورة من مدرسة العلاج السلوكي إلا يصورون هذه الأساليب بشكل مختلف، وعلى سبيل المثال فإن المعالج قد يستخدم أساليب تعديل السلوك مع أسرة لديها مشكلة طفل لديه عادة التبول الليلي اللا إرادي ومع ذلك فإن المعالج يحافظ على تشخيصه للمشكلة على أنها مشكلة علاقات وهي تعبير عن تعليق غير لفظي على جانب منها أما المعالج السلوكي فإنه سينظر إلى مشكلة التبول اللا إرادي على أنها هي المشكلة التي يتعامل معها.

١٠ : التغذية الراجعة (feedback)

وهي عبارة عن استرجاع جزء معين في جلسات سابقة ومناقشته وتقييمه وتعديل السلوك الذي حدث فيه.

(1) حامد عبد السلام زهران : التوجيه والارشاد النفسي ، عالم الكتب ، القاهرة ، ط ٣ ، ٢٠٠٢ ، ص ١١٥ .

(2) نفس المرجع السابق ، ص ١١٦ .

(3) لويس كامل مليكه ، العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الناشر المؤلف ، ط ٢ ، ١٩٩٤ ، ص ٣٣ .

(3) Joseph walsh: Generalist Social Work Practice, intervention/019 methods, Brookss Cole, Cengage Learning, Belmont, U.S.A, 2009, P 32.

ويذكر جيرسون Gerson أن التغذية الراجعة تكنيك علاجي يدفع الأسرة إلى تصرفات جديدة تجعل أنماط السلوك القديمة غير واردة، وعادة ما يستخدم ليتفاعل عكسياً مع التغذية المرتجلة السالبة كميكانيزم يخلق أزمة تحدث تقدماً علاجياً ويحمي الأسرة من البقاء ثابتة فمثلاً يحاول المعالج أن يحمي الأسرة من استخدام العضو المعروف أنه مريض لإخفاء موضوعات أسرية أخرى.

والتجذية الراجعة تعمل على التصحيح عن طريق التخفيف من المدخلات حتى يعود النسق إلى حالة الالتزام، وهناك التجذية الراجعة الموجبة التي تعمل على تضخم رد الفعل، واستقرار النسق الأسري يتحقق من خلال عمليات التجذية الراجعة سواء السالبة أو الموجبة، ويقصد بالتجذية الراجعة السالبة أن نعيد تصحيح النسق المضطرب عن طريق إعادة تأسيس حالة من التوازن السابق الذي كانت تتبناه الأسرة (التوازن المختل) .

أساليب التدعيم (Sustaining Techniques) :

وتتمثل أساليب التدعيم الأسري في التعاطف والتدعيم - والتشجيع - والمشاركة. الواجبات المنزلية أو التكليفات المنزلية (Homework Assignments) :

يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التي يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بها فيما بين الجلسات ولهذا الأسلوب قيمة في أن يجعل جلسات العلاج تقع حيث يمكن أن توجد حلول المشكلات، وليس فقط حيث يجري الكلام وبإضافة إلى ذلك فإنها تعود أفراد الأسرة على أن يفهموا أنهم إذا غيروا سلوكهم فإنهم يمكن أن يغيروا كيف يشعرون وكيف يفكرون كذلك.

وغالباً ما يطلب المعالج الأسري هذه التكليفات من أعضاء الأسرة بأن يقوموا بممارسة سلوكيات أو مهام معينة من شأنها أن تخفف من حدة المشكلة أو أن لا يسلكوا سلوكياً أخرى من شأنها أن تزيد من المشكلة وعلى الأسرة الالتزام بتعليمات المعالج وعمل هذه التكليفات بالطريقة التي ذكرها المعالج.

() علاء الدين كفافي : الارشاد والعلاج النفسي الاسري، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٧٢ .

(2) John wiley & Sons, L td : Cognitive Therapy in Groups and Resources For Practice, Free Michael, New York , 1999.



الفصل السادس

" إدارة الحالة في طريقة العمل مع الأفراد والأسر"

أولاً: التطور التاريخي لإدارة الحالة:

تعتبر كلمة الإدارة بشكل عام من أقدم الممارسات الإنسانية علي الإطلاق، فالإدارة وظيفة اجتماعية تؤثر في المجتمع بكل مجالاته الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، والإدارة الفعالة هي مقياس لتقدير الأمم، ويقوم بوظيفة الإدارة مختلف المنظمات والمؤسسات التي يقع علي كاهلها تقديم الخدمات المختلفة بكل قطاعات المجتمع، والقيام بأعباء الإشراف والرقابة لضمان سلامة وجودة الخدمات المقدمة، إذن فالإدارة في المجالات الاجتماعية هي عبارة عن أوجه الأنشطة الإدارية المرتبطة أو المتعلقة بالتنظيم والتخطيط والتوجيه وتبعد الموارد البشرية والمادية، واستخدامها أفضل استخدام لتحقيق أهداف محددة (١).

والإدارة في الخدمة الاجتماعية هي عمليات متكاملة لتحقيق أهداف المنظمة عن طريق تنسيق الجهود والتعاون بين العاملين في المنظمة مهما تعدد تخصصاتهم، وتمارس في مختلف مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية (أسرة، مدرسي، سجون، معوقين، محاكم) ومؤسساتاتها سواء كانت مؤسسات ثانوية أو مؤسسات أولية للخدمة الاجتماعية، حيث نهدف إلي مساعدة العاملين على القيام بالمسؤوليات المنوطة بهم تبعاً لما تتطلبه تلك الوظائف، بالإضافة إلي تحويل الموارد المتاحة أو التي يمكن إتاحتها إلى برامج للخدمات لشباع احتياجات العملاء الذين يتعاملون مع تلك المؤسسات، بما يؤدي إلى تكامل الأعمال التي يقوم بها العاملون بالمؤسسة لتحقيق الأهداف في أقل فترة زمنية ممكنة مع حسن الأداء (٢).

(١) مني عطية خزام خليل: إدارة المؤسسات الاجتماعية في بيئة متغيرة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠١٣، ص ٧.

(٢) ماهر أبو المعاطي: الاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات الاجتماعية، أسس نظرية ونماذج تطبيقية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠١٠، ص ١١١.

وهنا فإن الإدراة في الخدمة الاجتماعية عبارة عن عمليات وختصارات تستهدف تمكين العاملين في المنظمات من أداء المسؤوليات المنوطة بهم تبعاً لمتطلبات وظائفهم لتحقيق أهداف المنظمة بشكل فعال في إطار المحددات القائمة^{١٢٥}.

وهنا تبدو إدارة الحالة كمفهوم جديد نسبياً، ولكن على العكس من ذلك ظهر هذا المفهوم منذ فترة بعيدة حيث امتدت جذورها إلى عام ١٨٦٣، عندما أُسست ولاية ماساتشوستس بالولايات المتحدة الأمريكية مجلس للأعمال الخيرية لتنسيق الخدمات للفقراء والمرضى^{١٢٦}.

ومنذ ذلك الوقت وإدارة الحالة تستخدم في مجالات متعددة: كالصحة النفسية، واحتياجات الأسرة، والاقتصاد، والتكنولوجيا، والشئون المالية، والعملة، والعنف المنزلي، والعدالة الجنائية، والمحاكم، والسجون، والصحة والتعليم، وإدمان المخدرات، والإسكان، ودعم الأسرة^{١٢٧}.

وإدارة الحالة لها تاريخ طويل وثري في الخدمة الاجتماعية، فكل من دور الإيواء والمنظمات الخيرية في أواخر القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين كان لهما دور رائد في ربط سكان الأحياء الفقيرة بمؤسسات الأعمال الخيرية، ونتيجة لانتشار المؤسسات الخاصة وال الحاجة إلى تنسيق العملاء، أدى ذلك إلى ظهور مفهوم إدارة الحالة^{١٢٨}.

ولقد ظهر مفهوم إدارة الحالة كرد فعل ووسيلة لمساعدة العملاء "أفراد، وأسر" في التعامل مع المجتمع الذي يزداد تعقيداً، وفي مقابل ذلك التعقيد، توجد أسواق خدمات إنسانية

(١٢٥) أبو الحسن عبدالموجود : التطوير الإداري في منظمات الرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠٠٧، ص ١٦.

(١٢٦) Maria S, Libyan Co, et al: **A model for Case Management of High Cost Medicaid Users**, Journal Nursing Economics, 1996, P 303.

(١٢٧) Central Regional Office, et al: **Department of Case Management and Social Services**, Massachusetts Commission for The Deaf and Hard of Hearing, 2004, P 2.

(١٢٨) Philipe, Popple, Leslie, Leighninger: **Op cit**, P 123.

معقدة وغير كافية، وهنا ظهرت إدارة الحالة كوسيلة لتنسيق وتوزيع الخدمات على العملاء في مختلف مجالات الخدمات الإنسانية بالمؤسسات المختلفة^{١٢٠}

وأستخدمت إدارة الحالة في الفترة من ١٩٦٠ وحتى ١٩٧٠ في التركيز على المشكلات الطويلة والمعقدة، تلك المشكلات التي تحتاج إلى فترة زمنية طويلة إلى حد ما، وفي السنوات الحديثة فإن إدارة الحالة في خدمة الفرد بدأت في التركيز على المشكلات البسيطة والتي تحتاج إلى تدخل مهني قصير الأمد وذات المستويات البسيطة أيضاً، والتي لا تحتاج إلى تعمق هذا بالإضافة إلى المشكلات المعقدة والمركبة والتي تحتاج إلى العديد من المهارات والمعرفة لدى أخصائي خدمة الفرد كمدير للحالة^١ .

ويعكس ذلك أهمية إدارة الحالة في خدمة الفرد، واستخدامها مع المشكلات العميقة والبسيطة، طويلة الأمد وقصيرة الأمد لمساعدة العملاء، وبدأت تتمو إدارة الحالة ويشترك فيها مهنيون آخرون، وبدأ تحدٍ جديد لا وهو إدارة العلاقات بين المهن المختلفة من العاملين في إدارة الحالة^{١٢١}

وهناك العديد من المجالات التي تستخدم فيها إدارة الحالة، ومن تلك المجالات الصحة العامة والصحة النفسية ومرتكز العدالة الاجتماعية ومرتكز الأسرة والطفولة، والمرضى العقليين، والمشددين، ومرتكز ليدز، ومتعاطي المخدرات^١ .

ثانياً: العلاقة بين إدارة الحالة والخدمة الاجتماعية:

رغم جذور إدارة الحالة الراجعة إلى الجهود الأولى لمهنة الخدمة الاجتماعية، إلا أن هناك فريقين من الباحثين يختلفان في وجهة النظر حول مفهوم إدارة الحالة على النحو التالي:

- **الفريق الأول:** يرى أن هناك تميز بين إدارة الحالة، وممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية، وذلك في ثلاثة عناصر وهي^{١٢٢}

^{١٢٠}Sam Shoal: **Case Management and Michel Services for Substance Abusing Mother With Co-Occurring Problems in Child Welfare**, Proquest in Formation and Learning Company, 2006, P 24.

في خدمة الفرد، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٧٥. ^{١٢١} سامية عبد الرحمن همام: **المتغيرات المؤثرة على إدارة الحالة**

^١Philippe, Popple, Leslie, Leighninger: **Op cit** P128.

^{١٢٢}Frankel, Arthur J; Gellman, Sheldon R: **Case management: An introduction to concepts and skills** (3rd ed.) Lyceum Books, Chicago, 2012, p202.

- ١- أن إدارة الحالة تعمل وفقاً لمبدأ "بناء الخدمات ووفقاً للإمكانيات الخاصة بالعملاء" عكس الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، والتي تستند في معظم ممارساتها إلى إجراءات المؤسسة، والتنسيق النظري للأخصائي الاجتماعي.
- ٢- بناء حزمة أو مجموعة من الخدمات من بين مجموعة من الخيارات والعمل على الموارنة بين الخدمات والاحتياجات التي تم تحديدها وتقديرها بشكل متكامل.
- ٣- أن إدارة الحالة تتضمن المتابعة حتى بعد تقديم الخدمة بشكل يضمن وصول الخدمة ومتابعة كفاءتها.

وهنا تعمل إدارة الحالة على بناء خدمات جديدة، أما الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فهي ترکز على الخدمات القائمة، والتي قد تلبي رغبات العملاء وقد تكون أكثر تكلفة.

- **الفريق الثاني:** يحدد العلاقة بين إدارة الحالة والخدمة الاجتماعية فيما يلي (١٢):

 - ١- **إدارة الحالة كمنظور في الخدمة الاجتماعية:** حيث إن تركيز إدارة الحالة ينصب على تقديم الخدمات للعملاء، وهذا جزء من أهداف الخدمة الاجتماعية التي تهدف إلى توفير الخدمات بأقل تكلفة، وقدر عالٍ من التنسيق والفعالية وكانت الخدمة الاجتماعية لديها بعض التغيرات في هذا المجال، ولهذا فإن إدارة الحالة يجب أن تعمل على تقوية دور الخدمة الاجتماعية خاصة في المجالات التي تتسم فيها مهنة الخدمة الاجتماعية بتقديم أداء ضعيف في الممارسة، وهنا تسهم إدارة الحالة في تعزيز دور الأخصائي الاجتماعي عند الممارسة المهنية في مختلف المجالات.
 - ٢- **إدارة الحالة كنوع من أنواع التغيير:** حيث ترکز على الأهداف السياسية المؤسسية والإدارية بدلاً من التركيز على الأهداف العلاجية التي تتبعها مهنة الخدمة الاجتماعية، وهنا تتحول ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية إلى وظيفة إدارية ضمن الجهاز الإداري أكثر منها قوة دافعة للتغيير الاجتماعي للعملاء.

^(١) Gary Albert: **Building Healthy Communities: Using Gregory Matson's abdicative Methodology to Describe The holly Spirit's Use of Philanthropia and Case Management**, Proquest in Formation and Learning Company, 2004, P 83.

^(٢) Payne M: **The Polities Of Case Management And Social Work International journal Of social Work Welfare**, Oxford Blackwell Publisher, London, 2000, P 27.

٣- الخدمة الاجتماعية كمنظور مهني ومهاري صحيح في إدارة الحالة: وترى إدارة الحالة كأحد أشكال الخدمة الاجتماعية التي تعكس توازن أفضل بين العناصر المختلفة للخدمة الاجتماعية، وتساهم مهارات وقيم ومعارف الخدمة الاجتماعية في مهام تنسيق الخدمات بطريقة تستجيب لاحتياجات العملاء، وتحفزهم على المشاركة في العملية.

وهنا تم تطبيق خدمات إدارة الحالة في مجالات مختلفة، خاصة في الخدمات الصحية، والخدمات الإنسانية، والخدمات الخاصة بالأسرة، وخدمات إدارة الحالة عند تطبيقها مع العملاء قد تكون مشابهة في الشكل، ولكن تختلف من حيث المنهج في تطبيقها من مؤسسة إلى أخرى في مختلف قطاعات الخدمات الإنسانية^{١٣٦}.

ومما سبق يتضح أنه بالرغم من الغموض الذي أحاط بطبيعة إدارة الحالة، إلا أن إدارة الحالة ارتبطت بالخدمة الاجتماعية كطريقه لحل مشكله ما، والتي تستند على مزيج من الكفاءة الإدارية جنباً إلى جنب مع المهارات العلاجية، ويقصد بها مهارات الخدمة الاجتماعية وال العلاقات الإنسانية^{١٣٧}.
٣ ثالثاً: فلسفة إدارة الحالة:

- ١- تستند إدارة الحالة في خدمة العروض إلى مجموعة من الأسس وذلك فيما يلي^{١٣٨}:
- ١- احتياجات العملاء الفردية هي فريدة من نوعها، وتحتختلف مع مرور الوقت من حيث نوعها وأولوياتها.
 - ٢- يمكن للعملاء أداء أدوارهم، والعمل في المجتمع، وحل مشكلاتهم، إذا قدم لهم الدعم، وهنا ينبغي تشجيعهم على العمل بشكل مستقل قدر الإمكان.
 - ٣- على العملاء القيام بدور فعال في عملية إدارة الحالة.

^{١٣٦}Alice Amok Ana- Koi: **Case Management for Adults Living with HIV / AIDS, A qualitative Study of Social Workers**, perceptions and Lived Experiences, Proquest LLC, 2010, P 10.

^{١٣٧}(٢) فيرونيكا كولشيد: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص ٢٥.

^{١٣٨}Barbell: **The Impact of Intensive Case Management on The Level of Functioning of Severely Emotionally Disturbed Adolescents in Out- of Home .Care**, PhD, College of Social Work, University of South Carolina, New York, 1996, P 22.

- ٤- إدارة الحالة هي خدمة مستمرة تستجيب لاحتياجات العملاء كلما كان ذلك ضرورياً لخدمة العملاء.
- ٥- الأشخاص الذين يعانون من أزمة يمتلكون من القدرات ما يؤهلهم لفهم، وإدارة الأحداث في حياتهم.
- ٦- العلاقات مع العملاء يجب أن ترتكز على الاعتقاد بأن الناس يركزون على احتياجاتهم الخاصة، ويمكن وضع خطط تفصيقية، وعلاجية، لتلبية تلك الاحتياجات.
- ٧- خطط إدارة الحالة تستند على نقاط القوة لدى الشخص، بدلاً من التركيز على نقاط الضعف والعجز.
- ٨- فريق العمل المهني يقبل ويدعم القرارات التي يتخذها العملاء.
- وينظر آخرون لفلسفة إدارة الحالة على النحو الآتي^{١٣٤}
- ١- يتمثل الهدف الرئيسي في إدارة الحالة في تمكين العملاء من تحقيق الاستقلالية والاعتماد على النفس.
 - ٢- أن العملاء لديهم من القدرة الذاتية ما يمكنهم من السيطرة على مجريات حياتهم.
 - ٣- أن العملاء لديهم من نقاط القوة والموارد، وكذلك من نقاط الضعف والعجز.
 - ٤- العلاقة بين مدير الحالة والعميل علاقة شراكة متبادلة يتم التفاوض فيها على ما يتم اتخاذها من قرارات.
 - ٥- ينبغي مشاركة العميل في جميع مراحل إدارة الحالة من التقدير، والتخطيط، والتنفيذ، واتخاذ القرارات، والتقييم، وحل المشكلات، وصولاً لإنهاء الخدمة بالمؤسسة.

رابعاً: قيم إدارة الحالة:

هناك العديد من قيم إدارة الحالة والتي تتحدد في الآتي^{١٣٥}

¹³⁸ Anne Thomas Adams: **Case Management A resource Manual, Center for Human Resources**, Brandies University, New York, 2010, P 39.

١) **الوصول إلى الخدمات:** الهدف الأساسي لمدير الحالة هو دعم العملاء الذين يعانون من مشكلات وعجز في الوصول إلى الخدمات، وذلك من خلال ربطهم بشبكات الدعم التي وقع عليها الاختيار للمساعدة والتعاون في وصول العملاء لتلك الخدمات، وتوفير الخيارات أمامهم للحصول على الخدمة التي تشع احتياجاتهم وجميع أنشطة إدارة الحالة تعمل على الوصول بالعميل إلى الاستقلالية وإعطائهم الحق في اختيار الخدمة ومن يقوم على تقديمها.

٢) **الحقوق الفردية وكراهة الفرد:** مدير الحالة يجب أن يفهم ويشجع ويساعد العملاء على ممارسة كافة حقوقهم الفردية والحفاظ على كرامتهم بغض النظر عما يقعون فيه من مشكلات وأزمات وبغض النظر عن اختلاف مستوى تعليمهم وجنسياتهم ودياناتهم ومساعدتهم على ممارسة كافة حقوقهم التي يجب الالتزام بها في كل الأوقات، والموافق ومساعدتهم على اجتياز مراحل عجزهم ولهم الحق في الحفاظ على كرامتهم، والاحترام كباقي الأشخاص الآخرين بغض النظر عن حالات عجزهم الفردي أو حاجات دعمهم.

٣) **أهمية العلاقات الإنسانية المتبادلة والمترابطة:** يجب على مدير الحالة أن يفهم ويدعم ويشجع العملاء على أهمية العلاقات الإنسانية المتبادلة مع الآخرين والعمل على إيجاد علاقات إنسانية متبادلة للعميل ومساعدته في الدخول في علاقات صداقية للتأكد على أهمية وجود تلك العلاقات في حياته والتي تعتبر نوعاً من أنواع المساندة الاجتماعية للعميل.

٤) **أهمية التعاون كقيمة:** يجب على مدير الحالة أن يدرك ويفهم أهمية التعاون بين كل المشاركين لخدمة العملاء ويعمل على تعزيز ذلك التعاون الذي يعمل على مواجهة نقاط الضعف في أسواق الخدمات وشبكات الدعم الرسمية وغير الرسمية، وذلك لاتخاذ قرارات بشكل شامل وسليم والعمل على تعزيز تبادل المعلومات بين النظم والمؤسسات والأسواق المختلفة مما يؤدي إلى اتخاذ قرارات سليمة من أجل العملاء.

^{١٣٩} National Association of Social Workers: **Rules Conduct for Case Managers, Serving People With Developmental Disabilities**, Health Care Policy, Community Supports& Services, Washington, 2003, P 2.

٥) إدارة الموارد والمحافظة عليها: يجب على مدير الحالة أن يدعم ويبصر العملاء لكي يدركوا أن الموارد العامة المتاحة والتي تكون في بعض الأحيان محدودة لذا طرق الحصول عليها واستخدامها لابد أن يكون وفقاً لمعايير تقسم بالمسؤولية والمحافظة ويكون دور مدير الحالة هو إدارة تلك الموارد بطرق تقسم بالكفاءة والفاعلية كونه مسؤولاً عن إدارتها.

٦) النزاهة كقيمة: يجب على مدير الحالة إجراء العمل المهني الخاص به بأسلوب جدير بالثقة وأن يكون واعياً ومحافظاً على المعايير والقواعد والتعليمات واللوائح التي تحكم ممارسته.

٧) الكفاءة: علي مدير الحالة أن يكون مستعداً لتلبية وتنفيذ المعايير المهنية والالتزامات المهنية الخاصة بالممارسة وأن يسعى إلى تطوير وتحسين خبراته المهنية واكتساب المهارات التي تتيح له القدرة علي القيام بأدوار ومهام مدير الحالة.

خامساً: مبادئ إدارة الحالة:

هناك العديد من حاولوا وضع تحديد نيقق لمبادئ إدارة الحالة ومن تلك المحاولات ما قام به "دي جيورسانسكي Di Gursansky" ، والذي حدد أهم مبادئ إدارة الحالة فيما يلي (١) :

١- الاختيار: للعملاء الحق في الاختيار ما بين الخدمات التي تقدم لهم، وكذلك اختيار من يقدم لهم الخدمة.

٢- التعاقد والمحاسبة: يتم تحديد خطة الرعاية وذلك من خلال تحديد الأهداف والمسؤوليات لجميع الأطراف المشاركة علي أن يكون ذلك التحديد للأهداف والمسؤوليات مكتوباً في صورة عقد مهني يكون خاضعاً للمساءلة والمحاسبة.

٣- تحديد الخدمات مع التركيز على الاحتياجات: ويكون تحديد الخدمات وتقديمها يرتكز حول العملاء واحتياجاتهم.

٤- تحديد الخطط من جانب العميل: حيث يشارك العملاء بشكل فعال مع مقدمي الرعاية في وضع وتطوير خطط الرعاية.

^{١٤}Di Gursansky, et al: **Case Management Policy, Practice and Professional Business**, Allen& Unwind, Australia,2003 P P 19- 20.

- ٥- **تكامل الخدمة وكفاءتها:** الخدمات المطلوبة والتي تلبي احتياجات العملاء يتم وضعها من قبل فريق عمل وتكون استجابة لاحتياجات الخاصة بالعملاء، وذلك من خلال وضع حدود لامتداد الخدمة والتقديم المستمر لها والعمل على جعل الخدمة تقدم بشكل متكامل وفعال.
- ٦- **تنمية الخدمات:** من الضروري إيجاد خدمات جديدة لتلبية حاجات العميل لكي تتوفر خيارات رسمية وغير رسمية أمام العملاء.
- ٧- **المراقبة والمساءلة:** يتم تحديد النتائج بما يسمح للمتابعة والمراقبة من قبل العميل ومدير الحالة، وهي تسمى أو يطلق عليها "قياس جودة المساءلة".
- ٨- **الاستجابة في الموقف المناسب:** يقوم مدير الحالة بمراجعة ترتيبات واتفاقيات الخدمة للاستجابة للتغير الظروف، وهو ما يطلق عملية "حسن التوقيت".
- ٩- **التكلفة والفاعلية:** يقوم مدير الحالة بإنشاء حزمة أو مجموعة من الخدمات التي توفر في التكلفة المادية لتلك الخدمات، وذلك من خلال استيعاب كلٍ من المصادر الرسمية وغير الرسمية للخدمات.
- ١٠- **مراجعة عامل الوقت:** تتحدد ترتيبات الخدمة وفقاً لأطر زمنية تضمن استمرارية الخدمة التي ترتبط بحاجات العميل والنتائج المتعاقدة عليها بالنسبة للخدمات ما بين العميل ومدير الحالة.
- ١١- **التقدير والمدافعة:** المعرفة التي اكتسبت من العمل مع العملاء وأنساق الخدمات، والتي تستخدم للمدافعة عن العملاء على مستويات الأفراد والأنساق.

كما حدد "جارى ألبرت" **Gary Albert** ^{١٤} عدة مبادئ أخرى ومنها:

- ١- **إدارة الحالة القائمة على نقاط القوة للعميل:** حيث يمكن الاستفادة من نقاط القوة لدى العميل لتعزيز إعادة التأهيل والمرور بالأزمة وتتضمن نقاط القوة في المهارات والمعرفة والموارد، وهنا يتم وضع تلك النقاط من القوة لدى العميل في خطة العلاج.
- ٢- **إدارة الحالة القائمة على العلاقات السليمة:** والتي يجب أن تكون قائمة على أساس من الصدق والاحترام والثقة المتبادلة بين مدير الحالة والعملاء، ويجب أن تكون العلاقة نشطة وديناميكية، ويجب أن تكون تلك العلاقة متضمنة ونابعة

^{١٤} Gary Albert: **Op Cit**, P 18.

من الأهداف المستمرة من احتياجات، وأهداف، وطلعات العملاء، والعلاقة القائمة على احترام ثقافة العملاء.

٣- حق تقرير المصير: وذلك بموجبه يكون العميل لديه الحرية في تقرير مصيره من اختياره للخدمة والتدخل والخطيط للحالة، والحق في اختيار من يقدمها له.

٤- تدعيم الاستقلال الذاتي: مساعدة العميل على أن يصبح مكتفياً ذاتياً بقدر الإمكان، وإتاحة الفرصة أمامه لتقرير مصيره، ومن ثم فإن العملاء سيتخذون مزيداً من القرارات المرتبطة بشؤون رعايتهم.

٥- شمولية الخدمات: يجب أن تشمل جميع جوانب حياة العميل، بما في ذلك (الإسكان، والترفيه، والتوظيف، والرعاية الاجتماعية، والمالية، والطبية، والأسرية، وغيرها)، ويعكس هذا المبدأ التأكيد على أن لا توجد حاجة للعميل دون العمل على محاولة إشباعها.

سادساً: أهمية إدارة الحالة^{١٤٢}

١- الأسس الفلسفية والنظرية لإدارة الحالة تعطيها أو مكتنها من الاستخدام الواسع مع مجموعة متنوعة من العملاء، ومنها العمل مع المراهقات، والمرضى العقليين، والمسجنين، والمساينين بأمراض مزمنة، وكبار السن، والفاتات الخاصة، والمشكلات الأسرية، وفي المحاكم، وفي السجون.

٢- أساليب وطرق وتقنيات التدخل لإدارة الحالة متشابهة مع أهداف أفراد المجتمع كل رغم اختلافها من فئة إلى أخرى، ومن مجال إلى آخر، وهنا تم اقتراح عمليات لإدارة الحالة هي الحد الأدنى عند التعامل مع مختلف العملاء، وهي التخطيط، والتقدير، والمتابعة، والمدافعة، والتقييم.

٣- تقنيات وأساليب التدخل لإدارة الحالة مزنة، وقابلة للتغيير، ويمكن موائمتها بسهولة مع أصحاب المهن الأخرى المشاركين لمدير الحالة "فريق العمل".

٤- تعتمد إدارة الحالة على مجموعة من التدخلات العلاجية والنماذج التي تعمل على تقديم خدمات محددة مفهومة، ومنطقية لمواجهة المشكلات، وإشباع احتياجات العملاء.

^{١٤٢}James Walk, et al: **The Managerial nature of Case Management**, National Association of Social Work, Inc., Volume 39, Number 2, Washington, March, 1994, P 156.

- ٥- يرجع نجاح إدارة الحالة وأهميتها إلى إمكانية قياس عائد التدخل المهني من خلال إدارة الحالة، حيث يمكن قياسها وملحوظتها، وذلك لأنها تستند عموماً على نماذج وأهداف وإستراتيجيات قابلة للملاحظة والقياس، ويمكن مساءلة مدير الحالة عن مدى التقدم في حالة العميل، وذلك من خلال تركيزها على منظور الشخص في بيئته، والذي أصبح أساساً لكل ممارسات مهنة الخدمة الاجتماعية.
- ٦- إدارة الحالة هي العملية الإبداعية التي تتضمن مهارة في التقدير وتقديم المشورة والتعليم، والتدريب، والتقييف، والنمذجة، والمدافعة، والتي تهدف إلى تحسين الأداء الاجتماعي الأمثل لخدمة العملاء.

سابعاً: أهداف إدارة الحالة:

يتمثل الهدف الرئيسي لإدارة الحالة في التركيز على مساعدة العميل على أداء وظائفه المتعددة وأدواره الاجتماعية المختلفة والمتنوعة وتدعم مهارات العميل على استثمار الخدمات الاجتماعية مع التركيز على كفاءة وفاعلية هذه الخدمات لمواجهة مشكلات العميل المتعددة والمعقدة، وتلبية احتياجاته غير المشبعة^(١) كما تهدف إدارة الحالة إلى^(٢)

- ١- تعزيز استمرارية الرعاية خاصة مع العملاء الذين يحتاجون إلى التعامل معهم لفترات زمنية طويلة، وقد تحتاج هذه الرعاية إلى تقديمها في مجموعة من الخدمات المتنوعة والمؤسسات المختلفة.
- ٢- توفير إمكانية الوصول إلى الخدمات ويجب أن تكون شاملة ومتسقة ومستمرة.
- ٣- تعزيز المساءلة عن طريق تعيين مدير للحالة يكون وحده مسؤولاً عن ضمان الفعالية الشاملة للتنسيق.
- ٤- تعزيز الكفاءة والفاعلية من خلال استباقية تقديم الخدمات في الوقت المناسب للعملاء الذين يعانون من مشكلات.
- ٥- تحقيق الحد الأقصى من الأداء خاصة مع العملاء الذين لديهم احتياجات متعددة تؤثر على أدائهم وتجعلهم يؤدون بمستوى منخفض.

^(١) Cynthia Ann Grumman: **An Analysis of Case Management Programs and Practices, Correlates of Organizational Strength**, PhD, University of Massachusetts, Boston, 1997, P 11.

^(٢) James A. Hall, et al,: **Op cit**,P 133.

٦- تكامل الرعاية الرسمية وغير الرسمية، حيث تعمل إدارة الحالة علي ضمان الخدمة الرسمية التي تكون متسقة ومتكلمة مع المساعدات الأخرى غير الرسمية.

وحدد الإتحاد الدولي للأخصائيين الاجتماعيين أهداف إدارة الحالة في الآتي^{٤٤)}:

- ١- تحسين وتطوير أساليب حل مشكلات العملاء أو التخفيف من حدتها.
- ٢- وضع أسواق فعالة يغلب عليها النزعة الإنسانية والتي تمد مدير الحالة بالعديد من المصادر الرئيسية عند العمل مع الحالات.
- ٣- ربط العملاء بالأسواق الموجودة التي توفر لهم وتمدهم بالفرص والخدمات.
- ٤- تحسين مجال أو نطاق نسق توصيل الخدمات.
- ٥- المساهمة في تطوير وتحسين السياسات الاجتماعية.

وتتعدد أهداف إدارة الحالة بالمحاكم ومحال التقاضي في الآتي^{٤٥)}:

- ١- الحل المبكر للمنازعات.
- ٢- الحد من الوقت المهدر والتكلفة في التقاضي.
- ٣- استخدام أكثر فاعلية للموارد القضائية مثل "مكتب تسوية المنازعات".
- ٤- دعم وتطوير تكنولوجيا المعلومات.
- ٥- الحد من الانتقادات الموجهة للنظام القضائي خاصة في مجال الأسرة بسبب عدم الكفاءة وزيادة وقت التقاضي وتكلفته.

ثامناً: الافتراضات النظرية لإدارة الحالة^{٤٦)}

تنطلق إدارة الحالة من مجموعة من الافتراضات النظرية يمكن أن نوجزها في الآتي:

- ١- إدارة الحالة عبارة عن مجموعة من وظائف الخدمات الاجتماعية التي تساعد العملاء علي الوصول إلي الموارد التي يحتاجون إليها لمواجهة احتياجاتهم

^(٤٤) James M, Karls M, et al: **NASW Standards for Social Work Case Management, NASW Board of Directors**, Washington, June 1992,, P 8.

^(٤٥) Justice M, Jagannadha R: **Case Management and it's Advantages**, Federal Judicial center, Washington, 1996,P 9.

^(٤٦) Steven Michaicel: **Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment**, Macmillan, London, 2008, P 9.

ومشكلاتهم، وتشتمل تلك الوظائف على التقدير ، والتخطيط، والربط، والتنسيق، والمتابعة، غالباً ما تكون الموارد التي يسعى العملاء للحصول عليها إما في البيئة الخارجية على سبيل المثال (الإسكان، والتعليم، والصحة..) أو حاجات داخلية مثل تطوير المهارات الحياتية وحل المشكلات.

٢- المدافعة هي وحدة من السمات المميزة لإدارة الحالة، وتعمل المدافعة على جعل الخدمات تتناسب مع احتياجات العملاء وليس العكس.

٣- تنفذ إدارة الحالة من قبل فرد متخصص يهدف إلى مساعدة العملاء في الوصول إلى الموارد ومواجهة مشكلاتهم وإشباع احتياجاتهم، ويسمى ذلك الفرد (مديراً للحالة) وتدار إدارة الحالة من قبل فنيين ومهنيين تلقى عليهم تلك المسؤولية جنباً إلى جنب مع الوظائف العلاجية والاستشارية الأخرى التي يقومون بها ويطلق عليهم (فريق العمل).

٤- الفرق الأساسي بين إدارة الحالة والعلاج هي أن إدارة الحالة تؤكد على الحصول على الموارد لمواجهة احتياجات العملاء في حين أن العلاج يركز على تسهيل التغيير الداخلي للشخصية، وعلى الرغم من أن هناك اختلاف بين إدارة الحالة والعلاج في الهدف والوظيفة إلا أن كليهما يسعى إلى التصدي لاحتياجات غالبية العملاء.

تاسعاً: معايير إدارة الحالة:

تم إدارة الحالة في إطار معايير ومحددات توجه هذه العملية، وهنا حددت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين (NASW) بالولايات المتحدة معايير لإدارة الحالة لتوجيه الأخصائيين الاجتماعيين المهنئين الذين يؤدون بشكل خاص وظيفة إدارة الحالة، وفي هذه الحالة يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور (مدير الحالة) وعمل الأخصائي الاجتماعي مديرًا للحالة هو جزء من ممارسته المهنية لمهنة الخدمة الاجتماعية أو كعضو في فريق العمل بإدارة الحالة في العديد من مؤسسات الخدمات الإنسانية والمجالات المختلفة لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية مثل الأسرة، والمحاكم، والسجون، والصحة، والتعليم، وغيرها، وقد حددت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين (NASW) عشرة معايير في ثلاثة أساق وهي^(١)

^(١) James M, Karls M, et al: Op ,Cit p6.

- **النحو الأول: نسق العميل:** ويتضمن (أولوية اهتمامات العميل، حق تقرير مصيره، والسرية، والتدخل على مستوى العميل).
- **النحو الثاني: الأسواق المحيطة بالعميل:** ويتضمن (التدخل على مستوى الأسواق، المسؤوليات المالية، ضمان جودة وواقعية البرنامج).
- **النحو الثالث: نسق مدير الحالة:** ويتضمن (المؤهلات المطلوبة - عبء الحالات - العلاقات بين المهنيين).

وذلك المعايير هي:

- **المعيار الأول "التعليم":** أن يكون مدير الحالة حاصلاً على درجة البكالوريوس أو على درجة جامعية لبرنامج الخدمة الاجتماعية معتمدة من مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية، وأن يمتلك المعرفة والمهارات والخبرات اللازمة لأداء أنشطة وأدوار ومهام إدارة الحالة بكفاءة وفاعلية حيث تحتاج إدارة الحالة في الخدمة الاجتماعية إلى العديد من المهارات كالمهارة في تقديم النصيحة، التقدير، التنظيم، التخطيط، التقييم، الاستشارة، والعلاج، كما يتضمن أيضاً اختيار المهارات الملائمة لكل حالة، والتي تختلف باختلاف الحالات، كما تتطلب أيضاً الأداء المهني الجاد، وكذلك الالتزام بأدبيات المهنة، وكذلك المعرفة النظرية في مختلف العلوم الإنسانية، وأخيراً الاهتمام بالدراسة المهنية.

- **المعيار الثاني "المهارات المهنية":** يجب أن يستخدم الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة مهارات وقدرات مهنية وشخصية لخدمة العميل، بحيث تكون مصالح العملاء هي محور اهتمامه، وهنا يجب على مدير الحالة أن يتبع الآتي:

- ١- تشجيع العميل في طلب النصيحة والاستشارة حينما يكون ذلك مناسباً له.
- ٢- الاعتماد على الاختيارات والبدائل المهنية.
- ٣- تحديد احتياجات العميل للخدمة سواء كانت طويلة الأمد أم قصيرة الأمد.
- ٤- إتباع التحويل حينما يكون ذلك مساعداً على خدمة العميل.

- **المعيار الثالث "مشاركة العملاء":** يجب أن يكفل مدير الحالة مشاركة العملاء في كافة الخطوات المتعلقة بممارسة إدارة الحالة، أو المشاركة في جميع مراحل ممارسة

إدارة الحالة، حيث يعتبر ذلك حقاً أصيلاً من حقوق العملاء وهو ما يطلق عليه حق تقرير المصير.

- **المعيار الرابع"احترام خصوصية العملاء":** أن يحافظ مدير الحالة على حق العميل في الخصوصية ويضمن السرية الملائمة، والمناسبة للمعلومات التي قد يدللي بها مدير الحالة للآخرين.
- **المعيار الخامس" التدخل في الوقت المناسب":** يجب أن يتدخل مدير الحالة في الوقت المناسب لضمان وصول الخدمات بطريقة مباشرة للعملاء ولأسرهم.
- **المعيار السادس"التدخل على مستوى انساق الخدمة":** على مدير الحالة أن يتدخل على مستوى انساق الخدمة لدعم خدمات إدارة الحالة وللتتوسع في تقديم وتحسين الخدمات المطلوبة.
- **المعيار السابع"امتلاك المعرف والمهارات":** أن يكون لدى مدير الحالة في الخدمة الاجتماعية المعرف والمهارات الالزمة حول الموارد المتاحة، وتكليف الخدمات وكيفية إعداد الموازنات ويكون مسؤولاً عن كافة وظائف وأنشطة إدارة الحالة.
- **المعيار الثامن"مراقبة الخدمات":** يجب أن يشارك مدير الحالة في الخدمة الاجتماعية في أنشطة ضمان الجودة والأنشطة التقييمية المصممة لمراقبة مدى تناسب وكفاءة كلٍ من تقديم الخدمات التي يعمل فيها مدير الحالة، وكذلك خدمات إدارة الحالة والتي يقدمها مدير الحالة نفسه لضمان المسئولية المهنية الكاملة.
- **المعيار التاسع"مناسبة عدد الحالات التي يعمل معها الأخصائي":** يجب أن يكون عدد الحالات التي يعمل معها الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة مقبولاً، بما يسمح له أن يخطط ويقدم ويقيم خدمات إدارة الحالة المرتبطة بالتدخل على مستوى العميل، والأنساق المحيطة به بنجاح.
- **المعيار العاشر"احترام الزملاء":** على مدير الحالة في الخدمة الاجتماعية أن يعامل جميع الزملاء باحترام وأن يسعى جاهداً لتحسين العلاقات المهنية الداخلية والخارجية والتعاون مع المؤسسات لصالح العميل، وعلى مدير الحالة استشارة مدير الحالة السابق، وأن يحافظ على أوضاع المهنة واحترامها، وأن يطور من أساليب العمل بقدر المستطاع لصالح العملاء.

عاشرًا: المعارف والمهارات الالزمة لإدارة الحالة:

هناك العديد من المعارف والمهارات التي يجب أن تتوفر لدى القائمين على إدارة الحالة "مديرى الحالة" وفي البداية لابد أن نعلم أن مديرى الحالة كمصطلح لا يمثل مهنة بحد ذاتها، ولكنها تخصص داخل كل مهنة كالأخصائيين الاجتماعيين والأطباء النفسيين، ومديرو الحالة يأتون من خلفيات علمية ومهنية مختلفة وفقاً لطبيعة المؤسسة والعملاء غالباً ما يكونوا إما أخصائيين اجتماعيين أو أطباء بما يملكون من خبرات وإعداد من خلال التدريب^{١٤٤}.

ويتوقف نجاح ممارسة إدارة الحالة على حالة الشخص الذي يتولى منصب مدير الحالة، لذلك فإن الإشكالية التي تثار حالياً هي كيفية إعداد مدير الحالة وذلك للقيام بأدواره، وحظي ذلك باهتمام كثير من المنظرين وعلى الرغم من عدم الاتفاق على معايير ومؤهلات خاصة بمديرى الحالة إلا أنه يرى البعض أن هناك مجموعة من الخصائص من الأفضل أن تكون متوفرة لدى من يشغل منصب مدير الحالة، وتتعدد تلك الخصائص فيما يلي^{١٥٠}:

١- أن يكون حاصلاً على درجة البكالوريوس، ويفضل أن يكون حاصلاً على درجة الماجستير.

٢- الخبرة العلاجية لمدير الحالة لابد أن لا تقل عن خمس سنوات، وأن تكون مع مجموعة متنوعة من المجالات والعملاء.

ويمكن تحديد المعارف والمهارات الالزمة لمدير الحالة والتي منها^{١٥١}:

- معرفة مختلف النماذج والنظريات المفسرة للمشكلات والاحتياجات المتعلقة بالعملاء.
- القدرة على وصف الفلسفات والممارسات والسياسات ونتائج أكثر النماذج قبولاً في العلاج.

⁽¹⁾ Rachel D, Murphy: **Perceptions of Quality of Services and Goods and Clint / Case Management Relationship**, A bell& Howell Information Company, London, 1997, P 2.

⁽²⁾ Eun Jun Park: **A Comparison of Knowledge and Activities in Case Management Practice**, Proquest Information and Learning Company, Iowa, 2006, P 32.

⁽¹⁾ Steven Michaicel :Op cit 3.

- معرفة ديناميات الفرد والأسرة والتي سندتها في بعض المقررات مثل (التنمية البشرية ومقدمة في علم النفس والزواج والأسرة).
- معرفة العلاقة بين العوامل الاجتماعية والنفسية والفيسيولوجية والاقتصادية.
- المعرفة باهتمامات وسياسات المؤسسة.
- المعرفة بالقوانين واللوائح التي تؤثر على تقديم الخدمات.
- معرفة الموارد والخدمات المتاحة في المجتمع والتي يمكن الاستفادة منها.

وهناك من يرى أن المعرفات التي يجب أن تتوافر في الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة تتحدد في () :

١) معارف متعلقة بالمؤسسة من حيث :

- عرض وظيفة المؤسسة وفلسفتها.
- نوع العملاء الذين تخدمهم المؤسسة من ناحية السن والجنس وحاجاتهم وميلهم.
- كيفية مساعدة المؤسسة لعملائها ووسائل تحقيق تلك المساعدة.
- ميزانية المؤسسة وما تشتمل عليه من إيرادات ومصروفات.
- معرفة سياسة المؤسسة الداخلية.

٢) المعرفات المتعلقة بالمجتمع المحيط بالمؤسسة :

- المؤسسات الاجتماعية المختلفة الموجودة في المجتمع.
- تاريخ المجتمع وسماته وقيمه وعاداته.
- الدور والمتطلبات التي يوفرها المجتمع للمؤسسة حتى تحقق أهدافها.

٣) المعرفات المتعلقة بذاته :

- فهمه لذاته والمشاعر المرتبطة بالسلطة والمسؤولية.
- فهم دوره في تيسير عمل الأفراد والجماعات في المؤسسة التي يعمل فيها لتحقيق الأهداف.
- فهم علاقاته بجميع العاملين بالمؤسسة من خلال فهمه للتنظيم الداخلي وعلاقة المؤسسة بغيرها من المؤسسات الأخرى في المجتمع.

(٢) ماهر أبو المعاطي: إدارة المؤسسات الاجتماعية "مع نماذج تطبيقية من المجتمع السعودي"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠٤، ص ٤١، ٤٢.

ولتحقيق الكفاءة لمديري الحالة فإن المعرفة وحدها ليست كافية لتحقيق ممارسة إدارة الحالة بشكل أفضل ومديري الحالة في حاجة إلى مهارات عملية صنفت إلى أربعة أنواع من المهارات الأساسية لمديري الحالة^{١٠٢}:

- ١- مهارات التعامل مع الآخرين (الاتصال، والتفاوض، والتعاون).
- ٢- مهارات مهنية (التسويق، والشبكات، والتدقيق، والتخطيط، والتقدير، والمتابعة، والتقييم).
- ٣- المهارات المركبة على المعرفة (التفكير الناقد، وحل المشكلات، والبحث، والتقدير).
- ٤- المهارات الشخصية (التنظيم، وإدارة الوقت، وتحديد الأولويات، والابتكار، والانضباط الذاتي).

وهناك مجموعة أخرى من المهارات المتنوعة ومنها (تأكيد الذات، والقدرة على تحفيز الآخرين، ومهارات التحدث أمام الجمهور، والقدرة على تمكين العميل، والوساطة، والمدافعة، ومهارة التفاوض، ومهارات القدرة على حشد شبكات الدعم الرسمي وغير الرسمي للعملاء، ومهارة الحفاظ على علاقات إيجابية ومحترمة مع الزملاء والعملاء والجهات المختلفة^{١٠٣})

وصنف آخرون مهارات مدير الحالة إلى الآتي^{١٠٤}:

مهارات فكرية: ويقصد بها القدرة على التفكير المنطقي المرتب وتصور الأمور ورؤيه الأبعاد الكاملة لأي مشكلة ومن أمثلة المهارات الفكرية (مهارة التخطيط وتحليل المشكلات ومهارة القيادة والتفاوض والإقناع ومهارة اتخاذ القرارات).

١- مهارات إنسانية: ويقصد بها القدرة على التعامل الفعال الناجح مع الآخرين من الزملاء، ومع المسؤولين ومع الرؤساء ومع العملاء ومن المهارات الإنسانية (مهارة الاتصال مع الآخرين، ومهارة كسب ثقة الآخرين وكسب احترامهم).

^(١) Eun Jun Park: **Op cit**, P 34.

^(٢) Kathleen Sue Stellrecht: **Basic Understandings, and Attributes of High Quality Case Management, Consumer Perspectives**, PhD, University of Wisconsin, Madison, 2004, P 33.

^(٣) مدحت محمد أبو النصر: إدارة منظمات المجتمع المدني، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٧، ص ٣٢.

٢- مهارات فنية: ويقصد بها القدرة على القيام بالعمل المطلوب بالشكل المناسب ومعرفة تسلسل هذا العمل وخطواته والإجراءات الازمة للقيام بالعمل المطلوب ومن أمثلة المهارات الفنية (مهارة رصد وتحليل البيانات، ومهارة استخدام الحاسب الآلي، ومهارة كتابة التقارير، ومهارة العرض والتقديم، ومهارة التسجيل).

حادي عشر: وظائف إدارة الحالة:

هناك العديد من وجهات النظر التي تناولت وظائف إدارة الحالة وباستعراض بعض هذه الكتابات يتضح أن الاختلافات بينها غير جوهرية وجميعها تعبّر عن مضمون واحد تقريباً، وقد حددت بعض وجهات النظر وظائف إدارة الحالة في^{١٠٢}:

١- تقدير المستفيد لتحديد الاحتياجات من الخدمات.

٢- وضع خطة دعم ورعاية محددة.

٣- الإحالة.

٤- الرصد والمتابعة.

وحددها "بيني سارجنت Penny Sargent" في الآتي^{١٠٢}:

١- الفحص والتشخيص. ٢- التخطيط للرعاية.

٣- الرصد والمتابعة. ٤- التقدير.

٥- التنسيق.

ووفقاً لرأي Jeffrey A, Alexander فإن وظائف إدارة الحالة تحتوي على خمس وظائف^{١٠٤}:

١- التقدير والتقييم. ٢- التخطيط.

٣- الربط. ٤- المدافعة.

٥- الرصد والمتابعة.

^(١) Levine, S., et al.: **Targeted Case Management (T C M) Training**, Mc Graw- Hill, New York, 2008, P 1.

^(٢) Penny Sergeant, et al: **Patient and Career Perceptions of Case Management for Long- Term Conditions**, Blackwell Publishing, London, 2007, P 512.

^(٣) Jeffrey A, Alexander, et al: **Case Management and Client Access to Health and Social Services in Outpatient Substance Abuse Treatment**, Journal of Behavioral Health Services & Research, New York, 2007, P 222.

ويمكن إيجاز كل وجهات النظر السابقة في الجدول التالي، من خلال التعرف على الوظائف والمهام المرتبطة بإدارة الحالة⁽¹⁾:

جدول رقم (٢)

يوضح وظائف إدارة الحالة والمهام المرتبطة بكل وظيفة

الوظيفة	المهام
التقدير	<ul style="list-style-type: none"> - التحديد الأولي لاحتياجات ورغبات العميل ونقاط القوة والموارد. - التحديد الأولي للحالة النفسية والاجتماعية للعميل. <p>يتضمن التعاون والمشاركة بين العميل وفريق العمل من أجل:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تحديد أهداف العميل. - وضع إستراتيجيات لكل هدف يراد تحقيقه.
الخطيط	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد مسؤوليات كل عضو من أعضاء فريق العمل ومسؤوليات العميل في تنفيذ الإستراتيجيات المتفق عليها. - تحديد الإطار الزمني لتنفيذ الإستراتيجيات.
التنسيق	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد الخدمات ودعم احتياجات العميل لمقابلة احتياجاته أو أهدافه. - إحداث التحويلات الملائمة للخدمات والمساندة. - إمداد العميل بالمعلومات أو مساعدته للوصول إلى الخدمات التي يحتاجها.
المتابعة	<p>التأكيد المستمر على الاتصالات بمصادر الخدمات والمساندة الاجتماعية المستمرة التي تعمل على تقديم العميل والتي تتحدد في الإجابة على الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - هل العميل يحصل على الخدمة؟ - هل الخدمة المقدمة مناسبة وكافية؟ - هل استفاد العميل من الخدمة؟ (إن لم يكن حقق الاستفادة، يعود مدير الحالة إلى وظائف الربط والخطيط).
المدافعة	<p>مساعدة العملاء على الوصول للخدمات المستحقة من خلال:</p> <ul style="list-style-type: none"> - التوعية بالخدمات المتوفرة. - الاتصال الفعال. - التفاوض. - استخدام السياسات والقوانين والقواعد.

ثاني عشر: مستويات إدارة الحالة:

تتعدد مستويات إدارة الحالة وهذه المستويات هي⁽¹⁾:

١- المستوى الأول: إدارة الحالة الإدارية.

⁽¹⁾ Randy Mon Check: **Drug Court Case Management, Role, Function and utility**, National Drug Court Institute, U S A, 2006, P 11.

⁽¹⁾ Summers N : **Fundamentals Of Case Management Practice Exercises and Reading** , Brook/ Cole Thomson, Canada, 2001 p 53 , 54

٢- المستوى الثاني: تنسيق الموارد.

٣- المستوى الثالث: إدارة الحالة المكتفة.

١) المستوى الأول: إدارة الحالة الإدارية: يخصص هذا المستوى من إدارة الحالة

للأفراد ذوي الأداء العالي الذين يحتاجون إلى مستوى قليل من المساعدة ويستطيعون التعامل مع تفاصيل الخطة الموضوعة بأنفسهم، ويعلم العملاء في هذا المستوى بشكل مستقل إلى حد كبير حيث يستخدمون جميع الموارد المتاحة التي يوجهون إليها.

٢) المستوى الثاني: تنسيق الموارد: ويخصص هذا المستوى من إدارة الحالة للأفراد

الذين لديهم مشكلة التعامل مع تفاصيل خطة علاجهم، وعادة ما يحتاجون إلى المساعدة وقد يشاركون في عملية مساعدتهم أو توجد لديهم مصاعب تتطلب المزيد من المساعدة، ومع ذلك فلا يسببون أي مخاطر لأنفسهم أو للآخرين، ويكون عبء الحالات لمدير الحالة في هذا المستوى كبير.

٣) المستوى الثالث : إدارة الحالة المكتفة: ويخصص هذا المستوى للأفراد الذين

يحتاجون إلى إشراف ومساعدة كبيرين، لكي يظلوا في المجتمع وفي الظروف التي لا تزيد من مشاكلهم ويكون عبء الحالات لمدير الحالة صغيراً، وتسمح بالمزيد من العناية الفردية، وقد يتعرض مديرو هذه المستوى للخطر ويعرضون الآخرين له وتحتاج إدارة الحالة إلى العمل المكثف مع العميل لضمان توفير شبكة دعم مستمرة.

ثالث عشر: نماذج إدارة الحالة:

تعددت نماذج إدارة الحالة في خدمة الفرد، والتي قد تكون منها نماذج علاجية وأخرى غير علاجية، وأخرى إدارية، وعلى مدير الحالة عند التعامل مع أية مشكلة أن يختار النموذج المناسب للمشكلة من ناحية والمدخل العلاجي من ناحية أخرى، وتحدد علاقة مدير الحالة بالعميل في كل نموذج حسب درجة الارتباط بالعملاء ووظائف مدير الحالة بالنموذج، وتختلف النماذج وفقاً للنتائج المرجوة منها^{١٦٧}:

⁽¹⁾ Christine Bigby, et al: **Planning and Support for People With Intellectual Disabilities**, Jessica Kingsley, Philadelphia, 2007, P 34.

لذا هناك من يصنف نماذج إدارة الحالة وفقاً لثلاثة أبعاد رئيسة تتحدد فيما

يلي^{١٦٣}

- ١- دور مدير الحالة.
 - ٢- اللاعب الذي يقع على مدير الحالة.
 - ٣- سلطة مدير الحالة.
- ويشمل **البعد الأول**: نوع تقديم الخدمة هل بطريقة مباشرة أم بطريقة غير مباشرة؟
- ويتضمن **البعد الثاني**: حجم ونوع الحالات المعروضة على مدير الحالة "عدد الحالات التي يعالجها وحجمها" وعلى أية طريقة تم تشكيلها هل في مجموعات علاجية متجانسة "على أساس السن والتشخيص وشدة المرض أو الأزمة أو المشكلة" أم تم تشكيلها بطريقة مجموعات علاجية غير متجانسة.
- **أما بعد الثالث**: ويتعلق بمصدر وحجم السلطة لمدير الحالة على الخدمات والموارد وتشمل تلك السلطة "السلطة القانونية والمالية والعلاجية" ويعتبر هذا بعد من أهم الأبعاد عند اختيار النموذج المناسب.

لذلك يمكن تصنيف نماذج إدارة الحالة كالتالي:

١) نموذج التوسط:

وتمثل المهمة الرئيسية لنموذج التوسط فيربط حاجات العملاء بالموارد ومدير الحالة في ذلك النموذج يكون فرداً واحداً، ويقتصر دور مدير الحالة في تسهيل إحالة العميل بحيث يتم توصيل العميل بمقدم الخدمة سواء في نفس المؤسسة أو بمؤسسة أخرى، ويعتمد هذا النموذج على قدرات تقدير وتقييم مدير الحالة للعملاء ومدى معرفته بموارد المجتمع، ويعتبر هذا النموذج من أقل النماذج فاعلية في إدارة الحالة، وذلك بسبب عدم وجود علاقة علاجية بين مدير الحالة والعميل، والتي تكون قاصرة على ربط العميل بمقدمي الخدمة ناهيك عن عدم وجود متابعة للتأكد من تلقي العميل للخدمة^{١٦٤}

٢) نموذج إدارة الحالة العلاجية "الإكلينيكية":

⁽²⁾ Laura Hamblin Tyler: **The Effect of Case Management on Outcomes, A multi-Dimensional Evaluation of Services for Individual With Serious Mental Illness**, PhD., Virginia Common Wealth University Richmond, Virginia, 1997, P 19.

⁽¹⁾ Philip Phlisher: **Toward A Typology of Case Management**, Wiley Inter Science, Washington, 2007, P 2.

في إدارة الحالة العلاجية يكون لدى مدير الحالة القدرة والمهارة لنمو العلاقة العلاجية بينه وبين العميل حتى يستطيع أن يُقرّ موقف العميل ويعرف على الحاجات المتغيرة، وهنا التدخل مع العميل ليس فقط للتتوسط وتنسيق الخدمات ولكن يشمل أيضاً العلاج النفسي والاجتماعي للعميل والتدريب على مهارات الحياة اليومية والتدخل مع الأسرة والتدخل المباشر في الأزمات والتوعية النفسية للعميل وللأسرة، وهنا تكون إدارة الحالة ليست مجرد وظيفة إدارية لتنظيم وتنسيق الخدمات ولكن يكون التركيز منصباً على الجوانب النفسية والبيولوجية والاجتماعية للعملاء من أجل التغيير المنشود في شخصية العملاء والانخراط في المجتمع والتعافي من الأزمات والمشكلات^{١٦٤}

٣) نموذج العلاج المجتمعي التأكدي "الحازم":

يستخدم هذا النموذج مع العملاء المتبعدين والخائفين والمتردد़ين الذين ليس لديهم الالتزام والامتثال لمعايير خدمات المجتمع النفسية والاجتماعية، وهنا يميل نموذج العلاج المجتمعي الحازم نحو استهداف هؤلاء الأفراد والعملاء من منطلق المسؤولية الفردية والمجتمعية لمدير الحالة تجاه العملاء، ويقوم هذا النموذج من خلال فريق عمل متخصص للتدخل مع العملاء، وغالباً ما تكون الحالات المعروضة على ذلك الفريق محددة، ولهذا فإن هذا النموذج يقوم على عرض الخدمات على العملاء خاصةً من يتسمون بالرفض وعدم التعاون^{١٦٥}

٤) نموذج إدارة الحالة المركّز "المكثف":

إن الهدف الرئيسي للنموذج هو تحديد احتياجات العميل خاصة تلك التي تستهلك الكثير من الوقت والجهد والموارد، وصمم لمواجهة احتياجات العملاء الذين يجدون صعوبة في التوافق مع المجتمع وتكون إدارة الحالة مكثفة إما من خلال إصدار أنشطة مكثفة لخدمة العملاء، أو من خلال عدد الحالات المعروضة^{١٦٦}

٥) نموذج القوه:

⁽¹⁾ Simpson A , et al.,: **Case Management Models and The Care Program Approach**, Journal of Psychiatric and Mental Health, Nursing, London, 2003, P 478.

⁽²⁾ Ryan Asky: **Case Management A critical Review Mental Health Practice** vol 7 no 8 London, May ,2004, P 13.

⁽³⁾ Simpson, A, et al : **Op cit**, P 483.

يركز نموذج القوه علي نقاط القوه في العميل بدلاً من البحث في التاريخ الاجتماعي والمرضي والنفسى للعميل مع التأكيد علي العلاقة المهنئية والعلاجية بين العميل ومدير الحاله وتشجيع استخدام شبكات الاتصال الرسمية، وهنا يعمل مدير الحاله نحو التركيز على نقاط القوه الشخصية والبيئية كأساس للعمل معاً، ثم يركز مدير الحاله على تحقيق الأهداف التي تم الانفاق عليها مع العميل، ويفترض هذا النموذج أن العملاء يمتلكون من الحرية الشخصية وحق تقرير المصير ونقط القوه ما يؤهلهم لاكتشاف قراتهم الداخلية^{١٦٢}

٦) نموذج إدارة الحالة المتكاملة:

ويستخدم هذا النموذج من خلال فريق عمل متكامل من مقدمي الخدمات، ويتألف الفريق من مجموعة من المهن المختلفة، والتي تعمل على تقديم الخدمات المتعددة للعملاء، وقد يتكون فريق العمل من "مدير الحالة، العاملين في مجال التوعية، أخصائي إعادة التأهيل، الطبيب النفسي..."، وهنا مدير الحالة لا يقوم بدور التسويق فقط، ولكن أيضاً يوفر الرعاية والمساندة والتدريب على مهارات الحياة، وتكون العلاقة العلاجية والمهنية بين فريق العمل والعميل مفتوحة ومستمرة وليس قاصرة على أهداف محددة^{١٦٠}

وهناك تصنيف آخر لنماذج إدارة الحالة تقسم إلى نماذج موجهة بمدير الحالة، وهي التي تؤكد على أولوية خطة الخدمة، أما النماذج الموجهة بالعميل فتؤكد على علاقة العميل بمدير الحالة ويوضح الجدول التالي الفرق بين النماذج الموجهة بالعميل والنماذج الموجهة بمدير الحالة (١٦٩):

⁽¹⁾ Justice M. Jagannadha Rao, et al : **Op cit.** P 2.

⁽²⁾ Philipe Fleisher : Op. cit. P3.

⁽³⁾ Rose, S., Moor, V.L.: "Case Management" in Encyclopedia Of Social Work 19th ed. DC. NASW Press. Washington. 1997. p 338.

الفرق بين النماذج الموجهة بالعميل والنماذج الموجهة ب يقدم الخدمة "مدير الحالة"

النماذج الموجهة ب يقدم الخدمة"مدير الحالة"	النماذج الموجهة بالعميل.	خصائص إدارة الحالة
- العميل يُعرف ويُتصرف من أجله.	- العميل فاعل يُعرف، ويُتصرف.	الفهم الأساسي للعميل
- تحديد المشاكل والأزمات وإدارتها.	- تحديد مواطن القوة للعميل وتنميتها.	نظرة مدير الحالة للعميل
- التزام العميل وتكيفه مع خطط الخدمات.	- المشاركة الفعالة وإعادة صياغة المشكلات وتقديم التوجيهات.	سعى مدير الحالة
- تحسين نماذج تقديم الخدمات وتحسين سلوك العميل.	- التوجيه الإيجابي- الثقة بالنفس.	أهداف إدارة الحالة
- الحصول عليها مباشرة من المخرجات التي يقدمها مقدمو الخدمات.	- الأخذ مباشرة باتجاه العميل للخطة.	تقدير احتياجات إدارة الحالة
- التحويل إلى مقدمي الرعاية واستخدام النسق الرسمي.	- بموارد المجتمع ككل والتأكد على الشبكات الاجتماعية غير الرسمية.	التنسيق
- تأكيد الالتزام بخطط العلاج.	- التقويم المتتبادل للعملية وعلاقتها بالخطة الموجهة.	الرقابة
- استخدام أقل للعلاج الداخلي وتحسين الاستخدام.	- زيادة الاستقلال الذاتي وزيادة الثقة بالنفس مع الشبكات الرسمية.	التقييم
- تحديد المشكلات والتأكد من التزام العميل بخطبة العلاج ومدى الاهتمام بسلوك العميل ووظائفه والتفاعل الأسري والحفاظ على الموعيد.	- تحديد مواطن القوى ومعوقات تحقيق الأهداف وتطوير الشبكات الاجتماعية وتقدير دور كل سوق خدمي مدعم أو معوق.	التركيز

وبعد العرض السابق لأهم نماذج إدارة الحالة بصفة عامة، إلا أن هناك بعض النماذج التي ترتبط بشكل مباشر مع المجال الأسري بصفة عامة، والمنازعات الأسرية بصفة خاصة، والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

١) النموذج التسهيلي:

ويكون دور مدير الحالة في هذا النموذج هو عزل نقاط الخلاف عن نقاط الاتفاق، والتعرف على غايات واهتمامات كل طرف من الطرفين ويساعدهما في وضع الاختيارات والبدائل بهدف الوصول إلى الاتفاق ويستوجب تطبيق هذا النموذج أن يكون حضور

الطرفين المتنازعين معًا أثناء عملية التسوية وبذلك يستطيع مدير الحالة تسهيل عملية الاتصال بشكل تعاوني وفاعلية^{١٧٠}

٢) النموذج العلاجي المكثف:

ويقدم هذا النموذج تدخلاً مكثفاً، وهذا يعني أن هذا النموذج يستغرق فترة قصيرة في التطبيق لحل النزاع بأسرع وقت ممكن ويستخدم هذا النموذج مع الأسر التي بها منازعات مزمنة، ويكون التدخل علاجي، وذلك نظراً لأن الأسر ذات المنازعات المزمنة غالباً ما يكون بها أفراد لديهم خبرات نفسية سيئة، ولديهم مشكلات في الاتصال بالأخرين ويكونوا أيضاً أكثر عرضة للضغط النفسي، وهناك أربعة محاور للتدخل باستخدام هذا النموذج وهي^{١٧١}

أ- **المحور المعرفي:** ويتضمن تزويد طرفي النزاع بالمعرفات حول كيفية التعامل مع نزاعاتهم وكيفية الوصول إلى ترتيبات خاصة بالتسوية.

ب- **المحور المهاري:** ويتضمن الإستراتيجيات التي من خلالها يتحقق التعاون بين طرفي النزاع والتفاوض حول الموضوعات التي تكون محل النزاع.

ج- **المحور السلوكي:** ويتضمن المحاولات الدائمة للوصول إلى الحلول وتحقيق الاتفاق حول المنازعات الأسرية.

د- **المحور التقويمي:** المتابعه ويتم فيها معرفة مدى تنفيذ طرفي النزاع الأسرى للترتيبات المتفق عليها.

٣) النموذج التقويمي:

ويقدم مدير الحالة في هذا النموذج معارفه وخبراته للطرفين المتنازعين، ويساعدهم في تقويم موقفهم في ضوء ما قد يحدث إذا لم يتم التوصل إلى تسوية، ويكون دور مدير الحالة هنا تبصير الطرفين المتنازعين بالواقع ويكون ذلك مفيداً في التوصل إلى اتفاق، ويقوم مدير الحالة بطرح الحلول واقتراح الحل المناسب في حالة عدم قدرة الطرفين على طرح و اختيار الحلول مع مراعاة حق طرفي النزاع في السرية وتقرير مصيرهما^{١٧٢}

^(١) Ann Milne, Jay Folberg: **Divorce and Family Mediation, Model, Techniques and Applications**, Guilford Publications, New York, 2004, P 13.

^(٢) David A, Hoff Man: **Intensive Therapeutic Mediation: Impasse Directed Mediation An A family Court**, Judicial Council of California, California, 1999, P 18.

^(١) Anne, Milne, Jay Folberge: **Op. cit.**, P 14.

رابع عشر: خطوات إدارة الحالة:

تمر إدارة الحالة بمجموعة من الخطوات المتسلسلة التي تبدأ باكتشاف الحالة أو تحديد العميل حتى تصل إلى مرحلة المتابعة وفيما يلي عرض لتلك المراحل والخطوات:

١) مرحلة اكتشاف الحالة أو تحديد العميل:

تشمل تلك المرحلة تحديد الأشخاص الذين يمكن أن تؤثر فيهم نتائج خدمات إدارة الحالة تأثيراً إيجابياً علي نوعية حياتهم، وعلى تكلفة رعايتهم وأحياناً تكون عملية اكتشاف الحالة عملية مباشرة كما هو الحال عندما يحول العملاء من المؤسسات الأخرى أو الأفراد الآخرين إلى المؤسسة^{١٧٣}٢.

٢) تقدير احتياجات العميل:

يقوم مدير الحالة خلال عملية التقدير بجمع المعلومات الخاصة بالحالة الصحية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية، والتعرف على احتياجات العميل ونوع الخدمة الازمة الرسمية وغير الرسمية، و لتحقيق ذلك يكون علي مدير الحالة الاتصال بالعديد من المصادر المختلفة الرسمية وغير الرسمية للحصول علي المعلومات، ومن تلك المصادر العميل نفسه، وأفراد الأسرة وغيرها من المصادر غير الرسمية كالأصدقاء والجيران^{١٧٤}٠

لذا تشمل عملية التقدير العناصر التالية^{١٧٤}٤:

- البيانات الشخصية.
- الحالة التعليمية.
- الحالة الصحية والسن.
- الحالة الجسمية.
- الحالة الاجتماعية.
- الحالة النفسية.
- الحالة المائية.
- الحالة البيئية.
- أنساق دعم العميل.

^{١٧٣} Boyle S.W, et al: **Direct Practice in Social Work** ,Pearson Education , Inc , Boston , 2006 ,p384.

^{١٧٤} Boyle S.W, et al: Op Cit p384.

^{١٧٤} National Association of Social Work: **Best Practice Health Care Case Management Standards**, Dc, N A S W , Washington, 2001, p6.

وهنا يجب أن يهتم التقدير بثلاث مجالات هي^{١٧٦}:

- ١- تقدير قدرة العميل على مواجهة التحديات البيئية: وهنا التركيز يكون منصباً على القوى والإمكانيات الكامنة لدى العميل، وليس على العيوب أو أوجه النقص.
- ٢- تقدير قدرة جماعة الدعم غير الرسمي على توفير الرعاية أو حل مشكلة العميل: وهنا يتم تحديد أفراد الأسرة الحالين، أو أفراد الأسرة الممتدة، وعلاقاتهم مع العميل، وتحديد موارد الدعم غير الرسمية للعميل وتحديد نوع وكيفية المساعدة التي يمكن أن تقدمها جماعة الدعم غير الرسمية.

٣) تقدير موارد أسواق الدعم الرسمي"المؤسسي":

والتركيز هنا يكون منصباً على قدرة أسواق الموارد الرسمية على تلبية احتياجات العميل، حيث يركز مدير الحالة على مدى توافر وكفاية وملائمة الموارد ومدى قبول وإمكانية وصول العميل لهذه الموارد.

ويهتم التقدير أيضاً بتحديد السلوك غير المرغوب فيه، أو السلوك المشكلة، وهنا ي العمل التقدير على تعليم السلوك المرغوب أو السلوك البديل أو استبدال السلوك الحالي، حيث ي العمل التقدير على^{١٧٧}:

- أ- وصف محدد ومفصل للسلوك.
- ب- استعراض الحالة الاجتماعية والصحية والاقتصادية السابقة والحالية.
- ج- تقدير السلوك غير المرغوب سابقاً.
- د- النتائج المترتبة على السلوك غير المرغوب.
- هـ- تحديد السلوك المرغوب.
- و- ما هي بدائل السلوك الحالي والسلوكيات المناسبة.
- ز- تحديد ما يحفز الشخص لإجراء التغيير السلوكي.
- ح- تاريخ الإشكالية السلوكية ومحاولة إيجاد حلول لها.

⁽³⁾ Ashman K.K, Hull J.H: **Understanding Generalist Practice**, Brook/Cole Thomson Learning London , 2002, p 512-515.

⁽¹⁾ Shelly Kristine, et al.,: **Training Manual for MR / DD Services Target Case Management**, A bell& Howell Information Company, Washington, 2011, P P 12, 13.

ولجمع هذه المعلومات يقوم مدير الحالة بعقد مقابلات مع العميل، وأفراد الأسرة ومقدمي الخدمات لآخرين والأخصائيين الاجتماعيين والجيرة والأصدقاء، أو أي شخص لديه معرفة تساعد على فهم شخصية العميل^{١٧٤}).

٤) التخطيط للخدمة أو العلاج:

يعتبر التخطيط خطوة هامة في إدارة الحالة، حيث يشمل التخطيط على تحديد إستراتيجيات وتقنيات معينة تختلف باختلاف الحالات، والفرق الفردية بين تلك الحالات، وكذلك مجالات الممارسة المهنية، كما تتطلب هذه المرحلة أيضاً الوضوح والمناقشة المفتوحة بين كلٍ من أخصائي خدمة الفرد "مدير الحالة" والعملاء وذلك لتحديد أهدافهم ومحاولة إدراك هذه الأهداف^{١٧٥}.

ويشتمل التخطيط للتدخل استناداً إلى المعلومات التي تم جمعها من خلال مرحلة التقدير الآتي^{١٧٦}:

- 
- أ- تحديد خطة العلاج.
 - ب- تحديد أطر زمنية في خطة العلاج لمراقبة مدى استجابة العميل.
 - ج- التفاوض مع العميل وتعديل خطة العلاج.
 - د- تحديد الأهداف والإجراءات لتلبية الاحتياجات الصحية والنفسية والأسرية والاجتماعية للعملاء.
 - ه- تشمل الأنشطة التي تضمن المشاركة الفعالة من العميل أو "من يمثل العميل من الناحية القانونية" كمحامي أحد أطراف النزاع، لوضع هذه الأهداف وتحديد مسار العمل لتلبية احتياجات العملاء المحددة.

ولتطبيق ذلك ينبغي على مدير الحالة الآتي^{١٧٧}:

- أ- تحديد الخدمات التي سيقدمها مدير الحالة، هل سيقوم مدير الحالة بالعلاج أو بالإرشاد بنفسه أم عن طريق ممارسين آخرين.

⁽²⁾ Levine, S. et al: **Op. cit**, P1.

⁽¹⁾ سامية عبدالرحمن همام: مرجع سبق ذكره، ص ١٩٨٠.

⁽²⁾ Lizz Phelps: **Case Management**, MacMillan, London, 2009, P 192.

⁽³⁾ Boyle. S.W. et al: **Op Cit** p386.

ب- يجب أن تحدد الخطة الموارد الرسمية وغير الرسمية التي قد تكون مفيدة في تلبية احتياجات العميل.

ج- تحديد المعوقات التي قد يواجهها العملاء في الوصول إلى موارد معينة.

د- تحديد أهداف وأغراض الخدمة.

٥) تنفيذ وتنسيق الخدمات:

إن مرحلة التنسيق بين الأسواق المختلفة التي يمكن أن تساعد في حل مشكلة العميل، ومصادر تلك الأسواق وتحقيق الارتباط والتواصل فيما بينهم يعتبر مرحلة هامة في إدارة الحالة، وذلك للاستفادة من خدمات كل من هذه الأسواق ولعدم التكرار أو الإزدواجية^{١٨٢} (١).

وهنا يقوم مدير الحالة بثلاث مهام:

١- ربط العملاء بالموارد المناسبة لاحتياجاتهم.

٢- الدافع للحصول على الخدمات.

٣- تقديم خدمات مباشرة.

١) ربط العملاء بالموارد المناسبة لاحتياجاتهم:

وتصنف أسواق الموارد إلى شقين هما^{١٨٣} (٢):

أ- **أسواق موارد رسمية:** وتشمل المؤسسات والمنظمات التي لديها برامج وخدمات مرتبطة باحتياجات العميل.

ب- **أسواق الموارد غير الرسمية:** وتشمل أسرة العميل والأصدقاء والزملاء أو أي فرد أو جماعة أخرى يمكن أن تقدم مساعدة للعميل.

٢) الدافع للحصول على الخدمات:

ومهمة الدافع تنقسم إلى شقين هما^{١٨٤} (٣):

^(١) سامية عبدالرحمن همام: مرجع سبق ذكره، ص ١٩٨٠.

^(٢) Boyle .S.W. et al: **Op Cit** p388.

^(٣) Ashman .K.K, Hull .J.H: **Op Cit** p250.

أ- **الدافع عن الطبقة أو الفئة:** ويقصد به العمل على تغيير السياسات والقوانين وأساليب الممارسة التي يتتأثر بها قطاع من العملاء أو المواطنين ويمارس على مستوى المجتمع المحلي أو المجتمع القومي.

ب- **الدافع عن الحالة:** ويقصد به أن يقوم مدير الحالة الذي يعمل مع الحالة بوضع خبراته ومهاراته المهنية إلى جانب عميله ليصبح أكثر قوة في تعامله مع الأشخاص والمؤسسات الأخرى، حيث يتوحد الأخصائي الاجتماعي مع صالح عميله بحيث يعتبر نفسه طرفاً أساسياً في المواجهة.

٣) تقديم خدمات مباشرة:

اختافت الكتابات حول الخدمات المباشرة التي يقدمها مدير الحالة فالبعض يرى أن مدير الحالة لا يقدم أي نوع من أنواع العلاج، والبعض الآخر يرى أن هناك نموذجين لإدارة الحالة، الأول: يعتمد على التنسيق فقط، والآخر: يضيف إلى التنسيق مهام علاجية، والرأي الغالب في معظم الكتابات يرى أن مدير الحالة يقوم ببعض مهام العلاج والإرشاد والتي منها^{١٨٤}

- أ- التدخل في الأزمات.
- ب- القيام بدور المعلم، فقد يحتاج العميل إلى تعلم بعض المهارات أو تقديم المعلومات الهامة التي تساعد في وضع القرارات.
- ج- تحفيز العملاء ودعمهم خلال فترات التغيير ومساعدتهم للاندماج في بيئاتهم.
- د- تكوين علاقة علاجية مع العميل.
- هـ- وضع نموذج للسلوكيات التي تساعد العميل على تحقيق الأهداف الحياتية الهامة.
- و- تغيير بيئه العميل مثل إزالة المعوقات ومساعدة العميل على استخدام الموارد المتوفرة.

٦) الإرشاد والتدعيم:

تعتمد إدارة الحالة في خدمة الفرد على الإرشاد والتدعيم كمرحلة من المراحل التي بدورها تركز أولاً على وجود علاقة مهنية بين كلٍ من مدير الحالة والعميل، والتي يمكن من خلالها

⁽²⁾ Rose, S ,M , moor , V.L : Op. cit, P62.

إرشاد العميل لتحديد الأهداف المناسبة والتي تتلاءم مع قدراته وإمكاناته وكذلك تدعيم الأنماط السلوكية الإيجابية التي تظهر من جانب العميل، وذلك من خلال المقابلات المهنية الأمر الذي يؤدي إلى استمراريتها^{١٨٦}.

٧) مراقبة توصيل الخدمات وإعادة التقدير:

تتمثل الخطوة الرئيسية لإدارة الحالة في مراقبة موقف العميل للتأكد من أن الخدمات المطلوبة يتم تقديمها في وقت مناسب وبطريقة فعالة وذلك من خلال الاتصالات الفعالة لضمان تنفيذ خطة الرعاية، وقد تكون تلك الاتصالات مع العميل نفسه أو أفراد الأسرة أو مقدمي الخدمة أو الأشخاص الآخرين المهمين في حياة العميل أو حدوث المشكلة وتحديد بشكل سليم ما إذا^{١٨٧}

- أ- تم إشباع وتقديم الخدمات وفقاً لخطة الرعاية المرسومة للعميل.
- ب- أن الخدمات في خطة الرعاية كافية.
- ج- أن هناك تغيراً في احتياجات العميل أو حالة العميل وهنا يكون أمر ضروري إجراء تعديلات في خطة الرعاية.

٨) التقييم :

يعد التقييم المستمر لتقديم الخدمات والموارد التي يحددها مدير الحالة مع العميل أمراً أساسياً، فبدون هذا التقييم لا يعرف مدير الحالة ما إذا كانت شبكة الموارد تلبى أهداف العميل الحالية؟ ومتى يعدل في الهدف لتلبية الاحتياجات الجديدة للعميل^{١٨٨}

وإذا كانت عملية المراقبة - الخطوة السابقة - مستمرة خلال إدارة الحالة فإن التقييم يقع في المرحلة الأخيرة من تقديم خدمات إدارة الحالة، حيث يجب إشراك العميل في التقييم، إلا أنه في العديد من الحالات التي تقدم فيها خدمات إدارة الحالة سنجد أن التقييمات لا تقع خطوة نهائية لأن العملاء لا يزالون يتلقون الخدمات طوال حياتهم^{١٨٩}

عبدالرحمن همام: مرجع سبق ذكره، ص ١٩٨١. (١) سامية

(٢) Levine, S. Senizaiz F, L: OP CIT, P 1.

(١) Philipe ,Popple, Leslie, Leighninger: OP CIT p 124.

(٢) Boyle S.W. et al: Op Cit p389.

وهناك ثلاثة مهام أساسية في عملية التقييم^{١٩٠}:

- **المهمة الأولى:** تحديد كيف يتم جمع البيانات، هل من خلال استخدام سجلات الحالة؟ أم من خلال استخدام أساليب أخرى، مثل ملاحظات مدير الحالة أو إجراء مكالمات للمؤسسات الأخرى؟

- **المهمة الثانية:** النظر إلى النتائج بعناية، لتقدير مدى تحقيق الأهداف، وكذلك الحاجة إلى معرفة ما إذا كانت خدمات إدارة الحالة مفيدة في حد ذاتها أم لا؟

- **المهمة الثالثة:** تشمل تقييم أنساق الموارد التي قدمت الخدمة للعميل، فهل يمكن لهذه الأساق مواصلة تقديم الخدمة للعميل؟ وهل تحتاج إلى زيادة أو تحسين مستواها؟ وما معوقات الاستفادة منها؟

٩) الإنتهاء:

يحدث الإنتهاء بالحصول على الخدمة أو تحقيق عملية المساعدة أو عندما يترك مدير الحالة ملف العميل أو يتوفى العميل أو ينتقل إلى مكان آخر، وعندما تنتهي خدمات إدارة الحالة يتم الإنتهاء مع كل من العميل والأسرة وأنساق الموارد التي قدمت الخدمة، وكما هو الحال في أي عملية إنتهاء قد يعني الأخصائي الاجتماعي والعميل وأي شخص آخر من المشاركين من مجموعة متنوعة من المشاعر السلبية المحتملة^{١٩١}.

لذلك فإنه من غير المنطقي أن يتم غلق الحالة أو إنتهاءها دون مقدمات، وهذا غير منطقي، ولكن يحاول الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة إتباع سياسة الباب المفتوح، وذلك من خلال قولهم للعملاء إن من حقهم الرجوع إلى الأخصائي الاجتماعي وطلب المساعدة في حالة عودة المشكلة أو في حالات الضرورة^{١٩٢}.

١٠) المتابعة:

تعد متابعة العملاء الذين يتلقون خدمات إدارة الحالة أمراً بالغ الأهمية، نظراً لطبيعة المشكلات التي تواجههم، فقد ظلوا في مخاطر طوال حياتهم ويحاول مدير الحالة الاتصال بالعملاء عن طريق التليفون أو الخطابات أو الزيارة المنزلية حسب الضرورة^{١٩٣}.

^(١) shman .K.K and Hull J.H: **Op Cit** p251.

^(٢) Boyle S.W. et al: **Op Cit**, p390.

^(٣) سامية عبدالرحمن همام: مرجع سبق ذكره، ص ١٩٨١

^(٤) Ashman .K.K and Hull J.H: **Op Cit**, p523.

خامس عشر: أدوار مدير الحالة:

يؤدي مدير الحالة العديد من الأدوار ، وذلك من خلال التدخل على مستوى العميل أو التدخل على مستوى النسق وهي كالتالي:

١) التدخل على مستوى العميل:

وهنا يمكننا تحديد أدوار مدير الحالة على مستوى العميل في الآتي^{١٦٤}:

- أ- تحديد وترتيب أولويات واحتياجات العميل وترجمتها إلى أهداف واقعية.
- ب- وضع خطة عمل لتحقيق تلك الأهداف.
- ج- تحديد الإستراتيجيات والمصادر التي يمكن الاستفادة منها.
- د- تحديد المسئولية لكلٍ من العميل ومدير الحالة.
- هـ- الوصول عبر المؤسسات والموارد الازمة لتحقيق هذه الأهداف.
- و- الاتصال المباشر مع العميل والمحيطين به سواء كان لفظياً أو غير لفظي.
- ز- مساعدة العميل على التعلم والاعتماد على الذات والوصول إلى الخدمات وبالتالي الحد من الاعتماد على مدير الحالة.

٢) التدخل على مستوى النسق:

- ومن المهام والوظائف وأدوار مدير الحالة على مستوى النسق ما يلي () :
- أ- تحديد الضغوط المختلفة ومحاولة تحليلها لمعرفة تأثيرها وكذلك الأنساق البيئية.
 - ب- تحديد المساعدات الخارجية.
 - ج- تحديد الإستراتيجيات وتصنيفها لتحقيق التحرك في الأسواق وتغييرها.
 - د- تحديد فترة التدخل المهني طويلة المدى أم قصيرة المدى وهل هي مستمرة أم متقطعة.
 - هـ- التنظيم والفهم لنظام المؤسسة والبيئة الاجتماعية المحاطة.
 - و- تقدير تأثير الأسواق على العميل سواء كان إيجابياً أم سلبياً.

ومن أدوار مدير الحالة^{١٦٥}:

^(١) Anne Thomas Adams, et al.,: **Op cit**, P 25.

^(٢) سامية همام: مرجع سبق ذكره، ص ١٩٧٩

- أ- تحديد مشاكل العملاء وتطوير خطط الرعاية لهم.
- ب- المتابعة وإعادة تقييم وتقدير العملاء وذلك من خلال الزيارات المنزلية أو الاتصال غير الهدف.
- ج- تقديم المشورة النفسية والاجتماعية والعاطفية وتعزيز قدرات شبكات الدعم الرسمية وغير الرسمية من خلال إمدادهم بالمعرفات واحتياجات العملاء بما يعود بالنفع على العملاء.
- وأشارت "إليزابيثElizabeth" أن أدوار مدير الحالة لا تقتصر على حل المشكلات أو دوره ك وسيط أو مفاوض أو مستشار أو جامع للبيانات فقط ولكن حددت مجموعة من الأدوار وهي كالتالي⁽¹⁾:
- ١- إنشاء علاقة من الثقة والاطمئنان بين مدير الحالة والمؤسسة والعميل.
 - ٢- يؤدي ذلك الجو من الثقة إلى مشاركة العملاء بفاعلية والاعتراف ب نقاط القوى والضعف الخاصة بهم.
 - ٣- إدارة النزاع أو الوساطة ما بين أفراد الأسرة أو ما بين العميل ومقدم الخدمة.
 - ٤- تعبئة شبكة العميل من المحظيين به من موارد وأنساق دعم رسمية وغير رسمية "الأسرة، النادي، المسجد، والكنيسة...." لإشباع احتياجات ومواجهة مشكلات العملاء.
 - ٥- البحث عن البدائل الممكنة لمواجهة مشكلات واحتياجات العملاء.
 - ٦- تقديم الإستراتيجيات المهنية والخبرة الميدانية لفريق العمل عند التخطيط لإدارة الحالة.
 - ٧- تقديم الدعم والمشورة للعملاء طيلة فترة المشكلة وأثناء المتابعة.
 - ٨- التصدي للعميل إذا خطى خطوة نحو تفاقم المشكلات.
 - ٩- التعامل مع المشكلات والعوائق التي تعمل على ضعف العلاقات الأسرية.
 - ١٠- المدافعة عن العملاء.

⁽¹⁾ Chi- Pun Liu: **An experience of Social Work Case Management for Frail Elders in Hong Kong**, Hong Kong, 2004, P 174.

⁽²⁾ Elizabeth A: **An Exploratory Comparison of Case Management Performed By Nurses and Social Workers in A community Based Program for The Frail Elderly**, PhD, Western Michigan University, 1997, P P 9-10.

١١- إبلاغ العميل بنظام الخدمة والإجراءات القانونية والروتينية والإدارية للاستفادة منها.

١٢- العمل داخل المؤسسة للتأثير على السياسات التي من شأنها تعزيز وتوفير الخدمات للعملاء.

ومما سبق يتضح أن الأدوار المهنية لمدير الحالة عديدة ومتعددة، وفيما يلي الأدوار المهنية التي يقوم بها مدير الحالة والتي تفرضها طبيعة الممارسة المهنية في مجال المنازعات الأسرية وهي كالتالي:

١) دوره ك وسيط للحصول على الخدمات:

ويقصد به ربط مدير الحالة العملاء بالخدمات الإنسانية الملائمة والموارد الأخرى ومن أجل إنجاز هذا الدور فإن الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة يجب أن يحدد احتياجات العملاء ويقدر دافعيتهم وقدرتهم على استخدام الموارد ومساعدتهم على الوصول إلى الموارد الملائمة^{١٩٤}.

٢) دوره كموجه لعملية التفاوض:

ويقوم الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة بتوجيهه عملية التفاوض من خلال تدعيم الاتصال الإيجابي والاستماع الجيد وتطوير مهارة حل المشكلة، ويشترط على الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة الآتي^(١):

أ- أن يكون مصدر ثقة من جانب الطرفين.

ب- عدم القيام بفرض آراء أو تصرفات على أحد طرفي التفاوض.

ج- الحيادية، والموضوعية، وعدم التحييز.

٣) دور إدارة الأفراد:

وهي الإدارة التي تقوم بتحفيظ جهود الأفراد "فريق العمل" والإشراف عليها وتوجيهها، والتنسيق بينها لضمان تأديتهم العمل بكفاءة وفاعلية، وبالكفاية القصوى والرضا التام للوصول إلى تحقيق الأهداف التي تخدم العملاء^(٢).

^(١) Bradford W, Sheafor, R,: **Techniques and Guidelines for Social Work Practice**, Boston, Pearson Education, Inc,2006,P 58.

^(٢) ثابت عبد الرحمن إدريس: **التفاوض مهارات واستراتيجيات**، الدار الجامعية، القاهرة، ٢٠٠١، ص ٦٤.

^(٣) عبد الرحمن العيسوي: **سيكولوجية الإدارة**، الدار الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٩، ص ٣٠.

٤) دور المخطط:

يعد التخطيط عملية تحديد الأهداف المستقبلية وتحديد الوسائل المنجزة لهذه الأهداف وإجراء مفاضلة واختيارات متأنية في مهارات العمل المناسبة^(١)، ويقصد به مجموعة الأنشطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة لمساعدة العملاء علي تحقيق الأهداف، وذلك باستخدام نتائج التقدير علي أن تتضمن الخطة أساليب محددة لتحقيق تلك الأهداف وتحديد مسؤولية جميع الأطراف المشاركة بشكل محدد من خلال تحديد الأولويات للمهام والمسؤوليات بناء علي دراسة الواقع لتحديد المشكلات والإمكانيات والموارد المتاحة ووضع خطة لمواجهة الموقف^(٢).

وإذا نظرنا إلى الأسرة لوجدنا أنها نسق اجتماعي مفتوح يتكون من التفاعلات ووجهات النظر المختلفة والتي يؤدي بأفرادها إلى الاختلاف والاتلاف في نظرتهم إلى المشكلات التي تواجههم وبالتالي يجدوا صعوبات في حلها غير أنهم فاقدين إلى الأسلوب العلمي في حلها، وهنا يظهر دور الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة بوضوح حيث يساعد الأفراد في التخطيط لحياتهم بناء على إمكانيات وموارد الأسرة التي يتعامل معها ويحدد لهم أولويات احتياجاتهم، والتي يسبب عدم وجود مشاكل تهدد استقرار حياتهم كما يحدد دور ومسؤوليات كل فرد من أفراد الأسرة.

٥) دور المرشد:

يقوم الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة بدورة كمستشار من خلال استخدام مهاراته في مجال تخصصه لمساعدة طالبي الاستشارة علي مواجهة مشكلة حالية يعانون منها ومساعدتهم علي التفكير بانتظام و موضوعية لمواجهة المشكلات وزيادة قدراتهم علي انتقاء أنساب الطول لها مستخدماً في ذلك أحدث معارف الخدمة الاجتماعية لمساعدة أنساق العملاء علي تحقيق أهدافهم^(٣).

٦) دور المعلم:

(١) ماهر أبو المعاطي، وأخرون: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الأسرة والطفولة، الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ٤٧٠.

(٤) Ira Barbell: Op. cit., P 23.

(١) ماهر أبو المعاطي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ، أسس نظريه ونماذج تطبيقية، ط١، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠٣، ص ٣٠٧.

ويعني تزويد وحدة العمل (فرد أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة أو مجتمع) بالمعلومات والمعارف والأفكار والتفسيرات والمهارات التي تقيدها في مواجهة الواقع والمشكلات القائمة أو اتخاذ قرارات معينة^(٤):

٧) دور المنسق:

يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مديرًا للحالة بدوره كمنسق من خلال عمله كعضو في فريق مكون من أخصائي نفسي وأخصائي قانوني وأخصائي اجتماعي، وذلك بهدف تكامل جهود أعضاء الفريق وتحقيق أهداف التدخل في أسرع وقت ممكن، وبأقل تكلفة كما يساعد في إيجاد العلاقات المختلفة والصلات بين مؤسسات الرعاية ونسق التعامل حتى يمكن الاستفادة من تلك المؤسسات في إطار تعاون التخصصات المختلفة طبقاً لمجال العمل المهني لتقديم الرعاية المتكاملة^(٥):

٨) دور المدير:

يقوم مدير الحالة بالدور الإداري شأنه شأن أي مدير آخر فيقوم بالاتصالات والمراقبة وكذلك بالأدوار الخاصة بصنع القرار كأن يكون مخصص الموارد والمفاوض^(٦):

٩) دور المقوم:

وهي المهام التي يقوم بها الممارس لمعرفة القيمة أو الحكم على البرامج والأنشطة والتقويم هو الجهد التنظيمية التي تبذل للتأكد من مدى النجاح في تحقيق الأهداف المحددة التي تم الإنفاق عليها بين الممارس وأنساق التعامل^(٧):

١٠) دوره كمعالج:

في هذا الدور يساعد الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة أفراد الأسرة الذين يعانون من مشكلات داخل أسرهم أو خارجها من خلال هذا الدور على زيادة فاعلية وظائفهم

(٤) عبدالعزيز فهمي النوحي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقى / ايكولوجي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠٧، ص ٢٩.

(٥) ماهر أبو المعاطى: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ، أسس نظريه ونماذج تطبيقيه، مرجع سبق ذكره، ص ٣٠٥.

(٦) James. Walk, et al: *Op. cit.*, P 155.

(٧) ماهر أبو المعاطى: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، أسس نظريه ونماذج تطبيقيه، مرجع سبق ذكره، ص ٣٠٨.

الاجتماعية، وزيادة قدرتهم على تفهم مشاعرهم وتعديل سلوكهم وتعلمهم كيفية التعامل مع المواقف والمشكلات ويتطلب تطبيق هذا الدور معرفة ودراسة الأخصائي الاجتماعي بنظريات الخدمة الاجتماعية وعمليات التدخل المهني التي تهدف إلى تعديل التفاعل الشخصي والتقاعلات النفسية الداخلية والأسباب الذاتية لإدارة الحياة^(٢).

١١) دور المدافع

دور المدافعة من قبل مديرى الحالة من العناصر الهامة في إدارة الحالة، والتي تتضمن تمثيل مديرى الحالة لاحتياجات، ومصالح العملاء الذين يعانون من مشكلات، وذلك للحصول على الخدمات، وقد تشمل المدافعة تفسير احتياجات العملاء، وذلك للتشاور مع مقدمي الخدمات لإشباع تلك الاحتياجات والمساعدة المهنية، والعمل على إزالة العوائق التي تعوق حصول العملاء على الخدمات، والعمل على تقديم المنشورة المهنية للعملاء^(٣).

ووفقاً لما سبق ينصب تركيز مدير الحالة على جانبي^(٤):

- **الأول:** هو محاولة تطوير شبكة الموارد الرسمية، وغير الرسمية المناسبة لاحتياجات العملاء.
- **الثاني:** التركيز ينصب على مساعدة العميل على تطوير المهارات الشخصية والحياتية بما يساعده على الاستفادة من الموارد المتاحة لتلبية احتياجاته والعمل على مواجهة مشكلاته.

سادس عشر: مبادئ العمل الفريقي الناجح:

يلتزم الأخصائي الاجتماعي مع غيره من أعضاء فريق العمل بمبادئ تسهيل العمل الفريقي في المؤسسة وتساعده على تحقيق الأهداف، وأهم هذه المبادئ^(٥):

- **المبدأ الأول:** الاعتراف بالخبرات المختلفة لأعضاء الفريق وتقدير كل عضو لخبرات الآخرين والاستفادة منها.

^(١) ثريا عبد الرؤوف جبريل وآخرون: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الأسر والطفولة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، حلوان، ٢٠٠٣، ص ٢٥٩.

⁽²⁾ Center for Mental Health Services: **Case Management and Advocacy within the Public Mental Health System**, Federal Emergency Management Agency, Washington, 2010 p2.

⁽³⁾ Gary Albert Wilkerson: **Op. cit.**, P 17.

^(٤) ماهر أبو المعاطي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم ومارسة المهنة في لا دول العربية، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢، ص ص ٤٠٥ - ٤٠٦.

- **المبدأ الثاني:** مشاركة أعضاء الفريق في كل المعلومات والعمليات المهنية من دراسة وخطيط وتنفيذ ومتابعة وتقدير لتكامل العمل المهني.
- **المبدأ الثالث:** اشتراك كل أعضاء الفريق في جمع المعلومات الازمة لأداء العمل كل في الجانب المتعلق بتخصصه على اعتبار أن شخصية الإنسان كل متكملاً.
- **المبدأ الرابع:** حرية الأعضاء في التعبير عن آرائهم المختلفة واحترام كل عضو لرأي الآخرين حتى لو تعارض مع رأيه.
- **المبدأ الخامس:** أخذ الاختلاف في الرأي في الاعتبار والتفاوض بشأن خطط العمل للوصول لأفضل الخطط التي تحقق الأهداف.
- **المبدأ السادس:** توقع السلوك المسؤول من كل أعضاء الفريق باعتبارهم شركاء في العمل المؤسسي وتقديم خدمات متكاملة للعملاء.
- **المبدأ السابع:** مناقشة مشاكل الأداء بشكل مفتوح حتى يمكن التوصل لأفضل المقتراحات للتغلب عليها على أساس علمي موضوعي.
- **المبدأ الثامن:** احترام أنظمة وأساليب أعضاء الفريق في العمل بما فيها من تشابهات واختلافات وعدم التقليل من جانب أي عضو في الفريق من الجهد التي يقوم بها عضو آخر.
- **المبدأ التاسع:** الالقاء بانتظام بين أعضاء الفريق لتبادل الآراء وتقدير العمل من خلال عقد جلسات عمل لهذا الغرض.
- **المبدأ العاشر:** تحمل كل فرد المسئولية الجماعية للوصول إلى الخدمات المطلوبة بحيث لا يلقي كل منهم بالعبء على الآخرين بل الشعور بالمسؤولية الجماعية يكون أساساً لنجاح العمل المهني على أساس أن كل أعضاء الفريق مسؤولين عن تحقيق أهداف المؤسسة.

أما عن مواصفات فريق العمل الفعال (٢):

- ١- أعضاء الفريق يشاركون الإحساس بأهمية الهدف الذي يعملون من أجل تحقيقه على مستوى الفريق أو على مستوى المنظمة وتتوفر الرغبة لديهم لتحقيق ذلك.

(١) محمد الصيرفي: *بناء فريق العمل*, مؤسسة حرس الدولة للنشر والتوزيع, الإسكندرية, ٢٠٠٧, ص ص ١٧١, ١٧٢.

٢- الاهتمام بالعمليات التي تحقق النتيجة المطلوبة مع الالتزام بالقواعد التي يعمل بها الفريق.

٣- التحديد الدقيق لموارد الفريق واستخدامها طبقاً للحاجة إليها.

٤- استثمار الاختلاف في الرأي بين أعضاء الفريق للوصول إلى المقتراحات أو الحلول، حيث يشجع ذلك على انطلاق العضو نحو الابتكار.

٥- يدخل الفريق جهده في حل المشكلات أكثر من الصراعات.

٦- تطوير مناخ الثقة بين أعضاء الفريق بين العوامل الهامة لتحقيق ما سبق ذكره.

وهناك العديد من الاعتبارات والتي قد تعيق العمل الفريقي والتي منها^{٢١٢}:

- وجود قيم وتصورات مختلفة حول مشاكل، واحتياجات العملاء من قبل فريق العمل كل حسب تخصصه.

- عدم فهم بعض أعضاء فريق العمل لبعضهم البعض، والاختلاف في المهارات ومجالات المعرفة المتخصصة.

- وجود اختلافات بين أعضاء فريق العمل، في طريقة وعملية حل المشكلات.

سابع عشر: التأثيرات التنظيمية على إدارة الحالة:

إدارة الحالة كأسلوب عمل لا يتم في فراغ وإنما يتم من خلال مؤسسة بما تحويه من صراع للأدوار داخل البيئة التنظيمية وما ينتج عنه من ضغوط على الأخصائيين الاجتماعيين كمديرين للحالة وعلى قدرتهم على الاستقلالية كمديري للحالة واتخاذ القرارات على مستوى النظام أو المؤسسة^{٢١٣}.

ويمكن تحديد الصراع المؤسسي الواقع على الأخصائيين الاجتماعيين كمديري للحالة في الآتي:

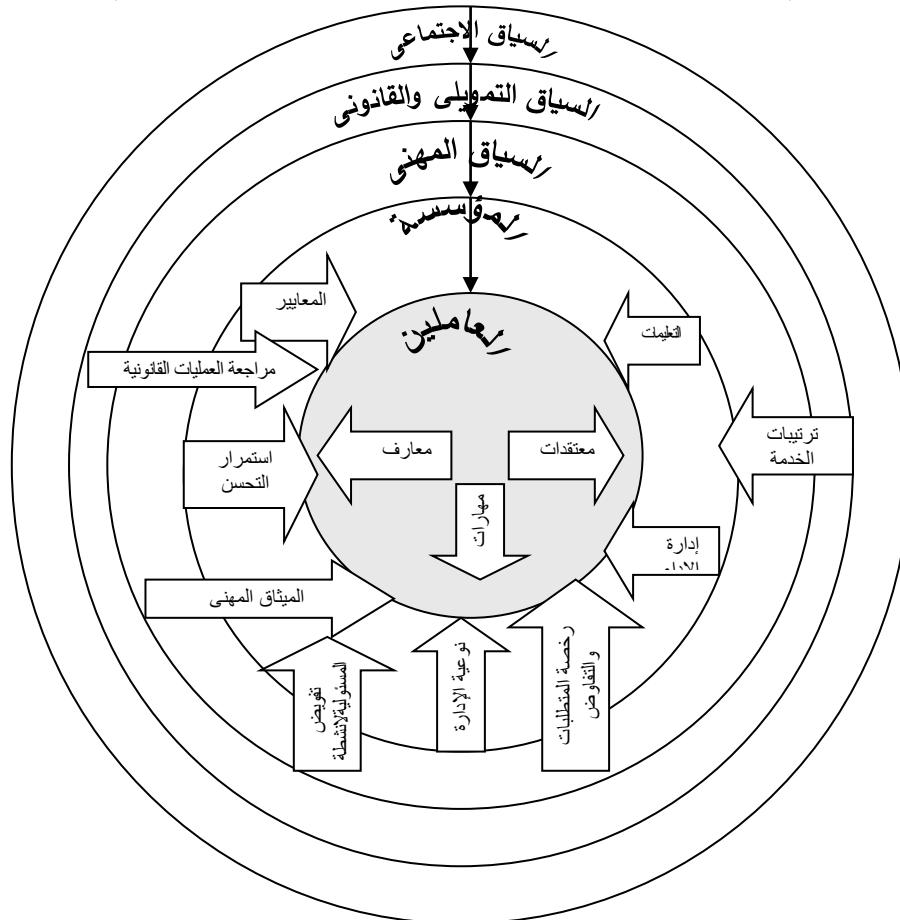
١- الصراع بين القيم المهنية والقيم البيروقراطية.

^{٢١٢} Kathryn Lu Magnuson: *Op cit*, p15.

^{٢١٣} Millicent Jeanette Carvalho: *Whatever it Tasks: A study of The case Management Role Among Front- Line Social Workers in Child Welfare*, Bell & Howell Information and Learning Company. New York, 2000, P 43.

٢- الصراع بين الالتزام المهني ومحاولة إمكانية تغيير العميل والإصلاح الاجتماعي.

٣- الصراع بين مطالب واحتياجات العملاء من مديرى الحالة والخيارات المحدودة المتاحة لتلبية تلك الاحتياجات، لذلك فإن هناك العديد من التأثيرات التي تؤثر على فاعلية إدارة الحالة ويوضح ذلك من خلال عرض الشكل التالي.



التأثيرات التنظيمية التي تؤثر على إدارة الحالة والتي تشمل خمسة مستويات^{١١٩}

- ١- السياق الاجتماعي.
- ٢- السياق التمويلي والقانوني.
- ٣- السياق المهني.

⁽¹⁾ Di Gursansky, et al: **Op. cit**, P 179.

٤- السياق المؤسسي (نوعية الإدارة- أداء الإدارة- تعليمات المؤسسة- معايير المؤسسة).

٥- العاملون (معارفهم- مهاراتهم- معتقداتهم).

ويعكس الشكل السابق أهمية كل التأثيرات السابقة في تحقيق أهداف إدارة الحالة والتي قد تؤثر سلباً أو إيجاباً في قيام مدير الحالة بوظائفه المتعددة، ويمكن القول بأن تلك التأثيرات التنظيمية تؤثر على العمل مع الأسر المتنازعة عند التعامل مع طرفي النزاع، ومحاولة تسوية النزاع وهذا ما سوف يأخذه الباحث في الاعتبار عند بناء نموذج لإدارة الحالة بمكاتب تسوية المنازعات الأسرية كعنصر مؤثر في قيام مدير الحالة بوظائفه تجاه طرفي النزاع، وبعد ما تم عرضة من كتابات نظرية عن إدارة الحالة وكان الهدف من هذا العرض فهم ماهية إدارة الحالة بكل ما يحويه من تفاصيل سبق عرضها ساعد الباحث عند بناء نموذج لإدارة الحالة بمكاتب تسوية المنازعات الأسرية.





الفصل السابع

تكنولوجيات العمل مع الحالة الفردية

في العمل مع الأفراد والأسر

مقدمة :

يعد العمل مع الحالات الفردية وتحقيق فاعلية في التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي وجهوده المهنية مع الحالة بمثابة المرأة التي تعكس طبيعة وصورة فهمه وإدراكه لما ألم من معلومات و المعارف النظرية حول العمل مع الحالات الفردية، حيث يتضح ما لديه من مهارة في توظيف تلك المعارف النظرية في واقع الممارسة الميدانية، كذا فإن أي معارف مهما كان مستواها وقدرها لا تأخذ أهميتها إذا لم يكن لها أساليب ومهارات تطبيقها بفاعلية في العمل مع الحالات بواقع الممارسة الميدانية.

وعليه نحاول في السطور القادمة إلقاء الضوء على كيفية العمل مع الحالات الفردية والتقنيات الازمة لهذا العمل، والذي سنحاول أيضاً أن يكون ذلك وفق المعايير النظرية للأخصائي الاجتماعي الممارس لطريقة خدمة الفرد، وأيضاً وفق الاتجاهات والنماذج العلاجية للعمل مع الأفراد.

أولاً: مناقشة العبارات المخطوطة:

عند مناقشة العبارات المخطوطة يجب أن نراعي أن هذه العبارات قد تتركز حول جانبيين أساسيين هما:

- 1- الجانب الخاص بالمكان المعرفي النظري للأخصائي الاجتماعي الممارس لطريقة خدمة الفرد، وهنا يتم التركيز حول ما إذا كانت العبارة تتعلق أو تتضمن إمام الأخصائي الاجتماعي وتطبيقه لأي من المفاهيم والمبادئ المهنية لخدمة الفرد، أو لأي من العمليات الأساسية لخدمة الفرد مثل عليه تحديد وجمع البيانات والمعلومات المرتبطة بطبيعة الحالة (الدراسة) ومصادر وأساليب الحصول على هذه البيانات، كذلك عليه توضيح طبيعة المشكلة وأسبابها وتعامل العوامل مع بعضها لإحداث المشكلة (التشخيص)، كذلك تحديد الإجراءات والإستراتيجيات الازمة لعلاج هذه العوامل وبالتالي علاج

المشكلة، كما قد يمثل هذا الجانب أيضاً في توضيح مدى مراعاة الأخصائي الاجتماعي لشروط المؤسسة وثقافة المجتمع.

٢- الجانب الخاص بالربط بين العرض والسبب، وفي هذه الحالة يجب قراءة الحالة والعبارة جيداً وتحديد ما إذا كانت العبارة تظهر أو تتضمن توضيح لكيفية لعب سبب معين لإحداث عرض معين. وهذه العبارات المخطوطة بجانبيها قد تأخذ شكل أو أكثر من

أشكال العبارات التالية:

١- العبارات البسيطة:

وهي العبارات التي تتضمن جزئية واحدة من جزئيات الجانبين الرئيسيين السابقين.

٢- العبارات المركبة:

وهي العبارات التي قد تتضمن أكثر من جزئية من الجوانب السابقة وتتحدد في:

أ- عبارة مركبة تتضمن أكثر من جزئية ترتبط بالمكون المعرفي النظري.

ب- عبارة مركبة تتضمن أكثر من جزئية ترتبط بالجانب الخاص بالربط بين العرض والسبب، وذلك باحتوائهما على أكثر من عرض أو أكثر من سبب.

ج- عبارات مركبة تتضمن أكثر من جزئية ترتبط بالمكون المعرفي النظري أو بالجانب الخاص بالربط بين العرض والسبب.

٣- العبارات الغامضة:

ويقصد بها تلك العبارات التي نقف أمامها في حيرة، وقد يكون هذا مرجعه لاحتوائها على أكثر من احتمال، وهنا يجب أن تذكر أي من الاحتمالات التي تتوقعها وحتى لا ترك احتمال قد تتركز العبارة في المقام الأول حوله.

وبصفة عامة فإن عند تحليلنا للعبارات المخطوطة نجد أنها غالباً ما تأخذ أحد الاحتمالات التالية:

١- قد تتعلق بتوسيع وإظهار سمة من سمات شخصية العميل المرتبطة بالجانب الجسمى أو العقلى المعرفى أو النفسي أو الاجتماعى، مثل ذلك: عبارة أن العميل قصير القامة ونحيل الجسم" فأن مثل هذه العبارة ذكرها الأخصائى الاجتماعى لوصف العميل وإظهار سمة من سماته الجسمية ، وارتباطاً بطبيعة المشكلة قد يكون لهذا الوصف دلالة وأهمية يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تحديد العوامل المرتبطة بالمشكلة.

٢- قد تشير العبارة إلى سلوك أو تصرف أو قول قام به أو صدر عن كل من الأخصائى الاجتماعى أو العميل على انفعاله أو طبيعة تصرفه في المواقف، مثل: عبارة "قالت الزوجة أنا شايفة أنتا لو بعدها عن أمه ستحل كل مشاكلنا".

٣- أو قد تشير العبارة إلى حقيقة وواقع يتصل بالمشكلة سواء كان ذلك متعلق بالجانب الاجتماعى أو النفسي للعميل، من العبارة إن الطالب كثير الشجار مع أخته الكبرى ولا يقبل التحدث بشأنها.

كما يجب عند مناقشة العبارة تصنيف العبارة تحت أي من الفئات السابقة إلى جانب تحديد نوعيتها، ويتضمن ذلك تحليل ومناقشة العبارة أيضاً في إطار توضيح الجوانب التالية:

١- أسباب السلوك أو التصرف أو السمة أو الحقيقة الواقع الذي تتضمنه وتشير إليه العبارة.

مثال ذلك العبارة السابقة والتي تشير إلى كثرة شجار الطالب مع أخته الكبرى وعدم تقبل أي حديث بشأنها، فقد يرجع ذلك إلى طبيعة الطالب وسمات شخصيته العدوانية أو قد يكون بسبب تفضيل الأب أو الأم لهذه الابنة عنه في المعاملة والاهتمام أو قد يكون بسبب التصرف والسلوك غير الأخلاقي لهذه الابنة مع ابن الجيران.

٢- علاقة هذا السلوك أو هذه السمة أو التصرفات أو الواقع الاجتماعى والنفسي بالمشكلة.

فقد يشكل أحدهم أو بعضهم أو جميعهم سبباً للمشكلة، أو قد يكون نتيجة لمشكلة العميل، ففي المثال السابق قد يكون سلوك الأخت

الكري غير السوي والذي يجعل الطالب في حالة من الانفعال والضجر بسبب ما يشكله له من مهانة أمام زملائه وأبناء جيرانه، سبباً في سلوك العنف لدى الطالب.

٣- دور الأخصائي وتصرفاته تجاه هذه السمة أو السلوك أو الواقع النفسي والاجتماعي، هل قام بالبحث حول مترابطات هذا السلوك أو الواقع، أو مترتبات هذه السمة أو أسبابها، وما هي جهوده للعمل وفق هذا البحث ووفق ما يظهره.

ثانياً: مناقشة تصرفات الأخصائي الاجتماعي أو جهوده المهنية مع الحالات:

بداية تؤكد على أن مثل هذه المناقشة تتم في إطار الجانب المعرفي النظري لخدمة الفرد بصفة عامة ولنمذجها واتجاهاتها بصفة خاصة، وفي هذا الصدد أيضاً يجب مراعاة أهمية إدراك أن القاعدة العامة لمناقشة هذه التصرفات تعمل في إطار أن هذا التصرف إما أن يكون سليم أو غير سليم، فإن كان التصرف صحيح يجب ذكر السبب في صحته، وإما إذا كان خاطئ فيجب ذكر السبب في خطأه مع بيان الصحيح له.

وتأخذ المناقشة لصرفات وجهود الأخصائي الاجتماعي الموضع التالية:

- مناقشة تصرفات وجهود الأخصائي في العبارات المخطوطة.
- مناقشة تصرفات وجهود الأخصائي في جانب مهني معين.
- مناقشة تصرفات وجهود الأخصائي في الحالة ككل.

١- في حالة مناقشة تصرفات وجهود الأخصائي الاجتماعي في العبارات المخطوطة، يجب تناول ذلك في إطار توضيح هذه العبارة وما ترجم عنه من سلوك أو تصرف يرتبط بالأخصائي الاجتماعي ، ونذكر ثانية أن هذا يتم في ضوء المكون المعرفي النظري لخدمة الفرد ونمذجها العلاجية.

٢- في حالة مناقشة تصرفات الأخصائي الاجتماعي وجهود المهنية في جانب معين، فإن هذا غالباً ما يتحدد في جانب من الجوانب التالية:

أ- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تطبيق المفاهيم والمبادئ سواء فيما يتعلق بطريقة خدمة الفرد بصفة عامة، أو بالافتراضات والمفاهيم المهنية الخاصة بالنموذج العلاجي الملائم.

ب- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تطبيق أسس وأساليب جمع البيانات والمعلومات (الدراسة).

ج- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تحديد الأسباب والعوامل المتقاعلة في إحداث المشكلة وكيفية تفاعلها (التشخيص) وذلك في إطار الافتراضات النظرية والمسالمات التي يتم تناول الحالة في ضوئها.

د- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في استخدام أساليب العلاج، وذلك في إطار الأساليب العلاجية التي تمليها طبيعة الموجة النظري أو الاتجاه العلاجي الذي يتم تناول الحالة في إطاره.

هـ- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تطبيق وظيفة وشروط المؤسسة.

و- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تطبيق قواعد المقابلة أو الجلسة العلاجية.

ز- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تكوين العلاقات المهنية.

ح- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في مراعاة شروط التسجيل السليم.

ط- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في تطبيق قواعد إدارة الحالة.

ي- مناقشة التصرفات والجهود المهنية في الالتزام بإجراءات إنهاء الحالة.

٣- مناقشة جهود وتصرفات الأخصائي الاجتماعي المهنية في الحالة كل، وهنا يجب مناقشة جميع التصرفات والجهود التي قام بها الأخصائي الاجتماعي مع الحالة، والتركيز على ألا نغفل أي من هذه الجهود أو تلك التصرفات، وهذا يتم من خلال التأني في قراءة كل

كلمة أو عبارة بدقة، فقد يكون مجرد أسلوب توجيه سؤال للعميل يدل على مدى صحة أو خطأ أسلوب التوجيه هذا، أو التعليق على حديث أو رأي للعميل قد يكون مناسب لموضعه أو غير مناسب، كما يمكن أن يتضمن تصرف وجهد الأخصائي الاجتماعي المهني مع الحالة مدى تطبيقه والتزامه بمعطيات النظريات الخاصة بالعلوم الأخرى أو التفسيرات الخاصة بالمنطلقات النظرية لهذه العلوم، تلك العلوم الإنسانية التي قد تمثل في علم النفس، علم الاجتماع، علم الصحة العامة وغيرها، فمثلاً عند العمل مع مشكلة بقول لا إرادي لطالب فإن الأخصائي الاجتماعي قد يبني كل تفسيراته في تحليل الأسباب إلى عوامل اجتماعية أو نفسية فقط، دون التأكد أولاً من الجانب الصحي، وفي هذه الحالة فإنه يكون قد أخطأ في تحليل أسباب المشكلة.

ثالثاً: مناقشة الخطوات والجهود المهنية في العمل مع الحالات:

بداية يجب التأكيد على أن مناقشة الخطوات والجهود المنهية للعمل مع الحالة يجب أن تتم وفق المنطقات والتوجهات النظرية التي يتم تناول الحالة في إطارها، وعليه يمكن أن يتم تناول هذه المناقشة في إطار التوجه النظري التقليدي لخدمة الفرد بصفة عامة (الاتجاه النفسي الاجتماعي) أو في إطار أي من النماذج أو الاتجاهات العلاجية الحديثة الأخرى وفق افتراضاتها أو منطقاتها النظرية، وذلك على الرغم من أنه قد لا يكون هناك اختلاف جوهري في بعض المواقف أو قد يكون جزئياً أو كلياً في مواقف أخرى.

وفي هذا الصدد فإن المناقشة قد تأخذ أحد الأشكال التالية:

- ١- مناقشة الخطوات المهنية التي قام بها الأخصائي الاجتماعي مع الحاله وفي هذا نسالك نفس المسلوك المتعلق بمناقشة تصرفات الأخصائي الاجتماعي في الحاله ككل (والذى سبق وذكر في مناقشة تصرفات وجهود الأخصائي الاجتماعي).
 - ٢- مناقشة الخطوات والجهود المهنية التالية أو الواجب القيام بها للعمل مع الحاله.
 - ٣- مناقشة الخطوات والجهود المهنية مرتبة حسب أهميتها.

رابعاً : الخطوات والجهود المهنية:

يجب قراءة الحالة جيداً حتى يمكن تحديد المستوى الذي وصلت إليه، فإذا كانت الحالة قد تم استكمال عملية الدراسة فيها (وهذا احتمال ضعيف) فإن الخطوات المهنية التالية ستكون في التشخيص والعلاج، أما إذا كانت عملية الدراسة لم تستكمل "هذا احتمال كبير" فإن الخطوات والجهود المهنية التالية سوف تشمل عليه استكمال عملية الدراسة والتشخيص والعلاج.

(١) الخطوات والجهود المهنية المتعلقة بالدراسة:

• في ضوء الاتجاه التقليدي لخدمة الفرد (النفسي الاجتماعي):

تمثل تلك الخطوات في إطار هذا الاتجاه في تطبيق الجوانب التالية:

أ- استكمال مناطق الدراسة.

ب- الاتصال بالمصادر.

ج- استخدام الأساليب الملائمة.

(أ) استكمال مناطق الدراسة:

يقصد بمناطق الدراسة البيانات النوعية الانتقائية التي تحددها طبيعة المشكلة ووظيفة المؤسسة، يوم بقراءة الحالة جيداً ثم نحدد نموذج المناطق التي يجب العمل معها، فقد تركز الحالة على التاريخ الاجتماعي، أو الاجتماعي والتطوري، أو الاجتماعي والتطوري والنوعي، أو الاجتماعي والنوعي.

مثال: حالة الطالب الذي يتسم بالسلوك العدوانى والعنف وتكرار السرقة إلى جانب إصابته بالشذوذ الجنسي، هنا تكمن مناطق الدراسة في التركيز على التاريخ الاجتماعي والتاريخ التطوري من ناحية أخرى.

استكمال التاريخ الاجتماعي: تقوم بقراءة الحالة جيداً ثم نقارن بين المعلومات الواردة في الحالة وبين النقاط المشتركة في التاريخ الاجتماعي "بيانات أولية ، طبيعة المشكلة، شخصية العميل، التكوين الأسري، الدخل، الظروف البيئية المحيطة بالعميل، تطور المشكلة، ومن خلال المقارنة نقوم باستكمال المعلومات الناقصة وهنا قد نجد ثلث احتمالات:

• بيان وارد في الحالة لكنه ناقص فتعمل على استكماله.

- بيان مستقل وواضح فلا داعي للتعرض له.
- بيان رغم أهميته لم يذكر أي معلومات عنه في الحالة وهنا يجب استكماله.

استكمال التاريخ التطوري: بنفس الفكرة السابقة تقوم بالمقارنة بين المعلومات الواردة في الحالة وبين النقاط المشتركة في التاريخ التطوري "الظروف المرتبطة بالحمل ، عملية الولادة، الجو العاطفي لاستقبال المولود، النمو الجسمي، النمو العقلي، النمو النفسي، النمو الاجتماعي، ونقوم باستكمال ما هو ناقص وما يجب تناوله وفق طبيعة الحالة.

(ب) استكمال مصادر الدراسة:

يقصد بمصادر الدراسة المنابع التي نحصل منها على المناطق الخاصة بالدراسة ، ومصادر الدراسة بصفة عامة تمثل في العميل، أفراد الأسرة، المحيطين بالعميل، الخبراء، الوثائق والسجلات، وفيما يلي تحديد للمصادر الدراسية للمثال السابق.

- العميل: للحصول منه على بعض المعلومات المتعلقة بالتكوين الأسري.
- أفراد أسرة العميل: خاصة الأب والأم للحصول على بيانات التاريخ التطوري.
- المحيطين بالعميل: خاصة الأصدقاء والزملاء والمدرسين.
- الخبراء: الأخصائي النفسي للتعرف على نوعية الإحباطات التي تعرض لها الطالب والتي قد تؤثر في الشذوذ الجنسي لديه.

(ج) استكمال أساليب الدراسة:

ويقصد بها الوسائل التي بواسطتها يحصل الأخصائي الاجتماعي على المناطق المتعددة من المصادر المتوعة، وهذه الأساليب بصفة عامة تحدد في : المقابلة، الزيارة البيئية، المكاتب.

- المقابلة: تتم مع الطالب والأب أو الأم والمدرس.
- الزيارة البيئية: للحي والأسرة للتعرف على ظروف الحي الذي يقيم فيه الطالب وأسلوب معاملته مع أفراد أسرته.
- المكاتب: مع الأخصائي النفسي.

• في ضوء النماذج والاتجاهات العلاجية الحديثة:

وهنا يجب أن نركز على أن الجهد والإجراءات المهنية المتعلقة بالحصول على البيانات والمعلومات المرتبطة بطبيعة الحالة أو الموقف، لا تختلف من حيث أهميتها أو قوتها أو شكلها عند التماوّل في إطار أي من الاتجاه التقليدي أو الاتجاهات الحديثة، وإنما يكون الفارق هنا في تركيزنا على البيانات والمعلومات "مناطق الدراسة" وأيضاً مصادر وبالتالي الأساليب المستخدمة في الحصول عليها، والتي تتضمن والمناطق النظرية أو الافتراضات الأساسية للنموذج المستخدم، حيث تتضمن طبيعة المعلومات والبيانات وفق التفسيرات الخاصة بالنماذج للحالة أو المشكلة.

ففي المثال السابق مثلاً: عند استخدام نموذج العلاج الأسري فإن البيانات والمعلومات قد تركز أكثر على طبيعة ونمط العلاقات الأسرية لأسرة الطالب وكذلك أساليب الاتصال السائدة بين أفراد الأسرة ومدى صحتها لحالة الطالب، ويتم الحصول على ذلك من خلال الجلسة الأسرية والتي تعد من أهم الأساليب للعمل مع الحالة وفق نموذج العلاج الأسري، وهكذا.

(٢) الخطوات والجهود المهنية المتعلقة بالتشخيص:

* في ضوء الاتجاه التقليدي:

تشتمل الخطوات والجهود المهنية هنا في أن نقوم بوضع أفكار تشخيصية عقب كل مقابلة حتى تستكمل عملية جمع البيانات والمعلومات "الدراسة" ونقوم بعد ذلك بوضع أحد أشكال التشخيص النهائي، والذي قد يأخذ شكل عبارة تشخيصية أو تشخيص عامل أو سببي، وبعد ذلك نقوم بقراءة الأسئلة الخاصة بالحالة، فإذا ما وجدنا سؤالاً مستقل عن التشخيص فنكتفي بهذه المقدمة ونشير إلى أنه سوف يوضح في السؤال التالي أحد أشكال التشخيص، أما إذا لم نجد سؤالاً مستقل عن التشخيص

فهنا نضطر أن نضع أحد صياغات التخسيص النهائي " ويفضل في هذه الحالة وضع التخسيص العامل لأنه الصياغة أكثر سهولة ".

هذا وقد تأخذ أسئلة التخسيص الصور التالية :

(أ) فيما يتعلق بالأفكار التشخيصية :

" الأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة من قراءة الحالة "

- ضع بعض الأفكار التشخيصية المناسبة للحالة .

- ضع بعض الانطباعات التشخيصية المناسبة للحالة .

- ضع بعض الأفكار المبدئية التي أدت إلى حدوث المشكلة .

- ضع بعض الانطباعات الأولية المناسبة عن الحالة .

مع مراعاة أن يتم وضع الأفكار التشخيصية في صورة مجموعة نقاط أساسية دون توضيح التفاعل القائم بينها ، لأن أكثر ما يميز هذه الأفكار أنها قابلة للتعديل والتغيير ، وبالتالي تحديد التفاعل قد يكون غير صحيح .

(ب) فيما يتعلق بالعبارة التشخيصية :

- اكتب عبارة تشخيصية مناسبة عن الحالة .

- ضع عبارة تشخيصية مناسبة عن الحالة في حدود ١٠ أسطر أو صفحة كاملة .

- اذكر العوامل والأسباب التي أدت لحدوث المشكلة مع ذكر الطريقة التي تفاعلت بها لإحداث المشكلة .

ومن الممكن الاستعانة بالتقسيم التالي لوضع مثل هذه العبارات التشخيصية :

خطوات العلاج	العوامل التي أدت لحدوث المشكلة	الصفات الثابتة في العميل	التصنيفات وطبيعة المشكلة
ملامح تبني عليها تفاصيل خطة العلاج	عوامل ذاتية وبيئية في ارتباطها وتفاعلها لحدوث المشكلة	سمات جوانب الشخصية للعميل	عام طائفي نوعي طبيعة المشكلة

وفيما يتعلق بهذه بهذه التصنيفات خاصة التصنيف العام فإنه قد يتحدد وفق وظيفة المؤسسة أو إهمال وظيفة المؤسسة ووضع التصنيف العام وفقاً لطبيعة المشكلة.

(ج) فيما يتعلق بالتشخيص العامل أو السببي : قد يتخذ الأشكال التالية:

- اذكر العوامل والأسباب التي أدت لانحراف الطالب.
- اذكر العوامل الذاتية والبيئية التي أدت إلى عدوانية الطالب أو تأخره الدراسي.
- ضع تشخيصاً عاملياً مناسباً للحالة.
- حدد طبيعة المشكلة ثم بين العوامل والأسباب التي أدت لحدوث المشكلة.

ويأخذ التشخيص العامل أو السببي صياغتين: إما أن توضع العوامل والأسباب بصفة عامة أو أن نقسم العوامل إلى عوامل ذاتية وأخرى بيئية ثم نحدد الأسباب الواقعة في كل مجموعة، وبصفة عامة فإن التأول لهذا الموضوع يتوقف في المقام الأول على ما هو المطلوب التأول له أو الإجابة عليه من الأخذ في الاعتبار عدم الواقع في الأخطاء التالية:

- ١- يراعي عدم تجربة العوامل: بمعنى أنه عندما نذكر عامل ينبغي أن نتعمق في توضيح ما ارتبط به حتى يمكن استثمار ذلك فيما بعد في تنفيذ وتحقيق خطة العلاج.
- ٢- يراعي عدم الخلط بين العوامل الذاتية والعوامل البيئية وحتى يمكن تحقيق ذلك يجب أن نبدأ صياغة العامل الذاتي من شخصية العميل، ونبدأ صياغة العامل البيئي من الظروف البيئية المحيطة بالعميل، هذا مع الأخذ في الاعتبار أن العوامل الذاتية غالباً ما تتعكس على العوامل البيئية والعكس.

*في ضوء النماذج والاتجاهات العلاجية الحديثة:

يتحدد التشخيص في تقدير الموقف للحالة من حيث العوامل المسببة في حدوثها، تلك العوامل التي يهتم بها أو يركز عليها النموذج

المستخدم في تفسيره للمشكلة وأسبابها، والذي يرتبط كما ذكرنا أعلاه بالمفاهيم والمؤشرات الرئيسية التي يقوم عليها النموذج.

ففي المثال السابق: يتحدد التشخيص أو تقييم الحاله وفق العلاج الأسري، فيكون نمط وأساليب الاتصال بين الطالب وأفراد أسرته غير سوية، وبما تظهره من عدم المساواة أو تفضيل الوالدين لأخوه عليه، أو استخدام أساليب غير سوية مثل القسوة أو قد يتحدد ذلك في أسلو التدليل أيضاً، وبالتالي يمكن تحديد مؤشرات العلاج في أهميته تعديل أنماط الاتصالات غير السوية من خلال الاعتماد على إستراتيجية تعديل القيم والاتجاه بالأسرة فيما يتعلق بأساليب الاتصال غير السوية.

(٣) فيما يتعلق بالخطوات والجهود المهنية الخاصة بالعلاج :

* في ضوء الاتجاه التقليدي:

تتمثل الخطوات المهنية التالية في العلاج في أن تقوم بوضع الخطة العلاجية التي تناسب الموقف، وبعد كتابة هذه المقدمة نراجع ورقة الأسئلة، فإذا ما وجد سؤالاً العلاج فنشير إلى أنه سوف نوضح الخطة العلاجية بالتفصيل عند الإجابة على السؤال الخاص بذلك، وإذا لم يكن هناك سؤالاً مستقلاً للعلاج فيجب أن نقوم بوضع الخطة العلاجية للحالة.

هذا وقد تتحدد أسئلة العلاج في أحد الأشكال التالية:

- ناقش الخطوات العلاجية التي تمت مع الحاله.
- ناقش الخطوات العلاجية الواجب القيان بها مع الحاله.
- ناقش الخطوات والجهود المهنية العلاجية التالية في الحاله.
- حدد الأساليب العلاجية المناسبة لهذه الحاله.
- حدد أهداف وخطه العلاج للحاله.

ويقصد بالخطة العلاجية هنا انتقاء و اختيار أفضل الأساليب العلاجية التي تناسب الموقف، كما نقوم بقراءة الحاله جيداً ثم نحدد الشخصيات التي سوف تتصبب عليها خطة العلاج ولتكن مثلاً الطالب، والأب ، أو زوجة الأب، وهكذا.

١- فيما يتعلق بالعلاج الذاتي:

ذلك النوع من العلاج الذي ينصب على شخصية العميل، ويقصد به العمل على إزالة التوترات التي يعاني منها الطالب أو تعديل بعض الأفكار والقيم الخاطئة لديه، فضلاً عن إحداث التأثير الإيجابي في شخصيته بصفة عامة وفق طبيعة الحالة. وذلك من خلال الأساليب العلاجية الملائمة والتي قد تحدد في:

(أ) **أساليب المعونة النفسية**، وهنا يجب أن نراعي عدم الواقع في خطأ التجريد لذكر الأسلوب دون توضيح ارتباطه بالحالة وتوظيفه للعمل معها، بمعنى آخر عدم الاعتماد على المنطق النظري للأسلوب دون توظيفه لواقع الحاله.

(ب) **أساليب التأثير المباشر**.

(ج) **الاستبصار**.

(د) **التوضيح**.

مع مراعاة أن استخدام هذه الأساليب يتوقف على حسب نوعية وطبيعة الحاله.

٢- فيما يتعلق بالعلاج البيئي:

(أ) **العلاج البيئي المباشر**: ويتضمن مجموعة من الخدمات العملية التي تقدم للعميل مباشرة مثل:

- إلهاق الطالب المتأخر دراسياً بمجموعة التقوية بالمدرسة.
- إشراك الطالب العدواني بأنشطة المدرسة التي تساعده على الحد من هذا السلوك.
- إشراك الطالب الذي يتسم بالسرقة بأحد الجان و يكون مسؤولاً عن أمانة الصندوق مثلاً.

(ب) **العلاج البيئي غير المباشر**:

وهذا ينصب على الأشخاص المحيطين بالعميل وهم الأب، زوجة الأب مثلاً: كما نلاحظ أنه قد يستخدم مع المحيطين بالعميل أساليب العلاج الذاتي السابقة لتحقيق أهداف العلاج.

كل هذا في إطار تحديد أهداف العلاج سواء الرئيسية أو الفرعية وكيفية العمل لتحقيقها.

*في ضوء الاتجاهات العلاجية الحديثة:

نؤكد مرة أخرى ودائماً على أن أي من الخطوات والجهود المهنية للعمل مع الحالة في ضوء الاتجاهات العلاجية الحديثة، تتطرق جميعها وتحدد في إطار المنطقات النظرية والمفاهيم الرئيسية التي يتأسس عليها هذا النموذج أو الاتجاه العلاجي.

وعليه وكما اتضح خلال عملية جمع البيانات والمعلومات ووسائل جمعها (الدراسة) وأيضاً خلال عملية تفسير كيفية تفاعل العوامل في إحداث المشكلة (التشخيص) فإن عملية علاج الحالة أو الحد من عوامل وأسباب حدوثها في أي من جانبهما الذاتي أو البيئي تحدد وفق الفلسفة الرئيسية أو الافتراضات وال المسلمات التي يقوم عليها هذا النموذج العلاجي، معتمداً في ذلك على أساليب العلاج المحددة وفق هذا النموذج وافتراضاته الأساسية.

مثال الحالة السابقة: فإن العلاج قد يتحدد في وضع خطة علاجية تتضمن أهداف عامة أو هدف عام يتم تحقيقه من خلال العمل على تحقيق مجموعة أهداف فرعية.

فقد يتحدد الهدف العام في تعديل سلوكيات الطالب والحد من مشكلة الشذوذ الجنسي لديه، معتمدين في ذلك على العمل من خلال إستراتيجيات أساسية للعلاج الأسري، وهي إستراتيجية تعديل الاتصالات أو فتح قنوات اتصال ملائمة بين أفراد أسرة الطالب والتي قد تشكل ضغوطاً نفسية لديه، أو تعديل بعض القيم والاتجاهات غير السوية ذات الصلة بنمط أساليب الاتصال بين أفراد الأسرة، حتى يتم تخفيف حدة الضغوط والعوامل التي تسبب السلوك غير السوي (العدوان) لدى الطالب.

ونؤكد دوماً أن هذه الأساليب أو الإستراتيجيات الرئيسية الخاصة بأي من النماذج العلاجية الحديثة تقوم في تفيذها على الأساليب العلاجية الأساسية بالاتجاه التقليدي، ولكن تعمل في إطار الهدف العلاجي لكل من النماذج العلاجية الحديثة.