



الفصل العاشر
الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية



obekanda.com

تعرف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على أنها "التطبيق المهني الاحترافي لنظريات الخدمة الاجتماعية ومناهجها في الوقاية من وعلاج جوانب القصور النفسية والاجتماعية والإعاقات والخلل الذي ينتاب الأفراد، بما في ذلك الأمراض العقلية والانفعالية. وتشمل التدخلات المهنية الموجهة للتفاعلات الفردية والتغيرات النفسية سوء التوافق مع الذات". ويعد منظور الشخص في الموقف person-in-the-environment أساسياً في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية (Clinical Social Work Council, 1984). ويضيف إيوانت (Ewalt, 1979) إن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تشتمل إحداث التوافق بين الأفراد والأزواج والجماعات الصغيرة، مع احتمالية التدخل المهني مع أنظمة اجتماعية أكبر. ويرى قولدستاين (Goldstein, 1979) أن الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين هم "مساعدون للناس" وليسوا "محدثي تغيرات في المجتمع".

السياق التاريخي للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية:

يعد إيدث أبوت Edith Abbott أول من استخدم مصطلح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وذلك في عام 1931م، ولكن البداية الحقيقية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تعود إلى منتصف الستينيات الميلادية، حيث كانت المهنة آنذاك تمارس من خلال طرقها الثلاث: فرد وجماعة وتنظيم مجتمع. فلقد بدأت المهنة في ذلك الوقت تلتفت إلى العلوم الأخرى، وتستمد منها معلومات وتستورد نظرياتها بشكل متزايد، وكنتيجة لذلك بدأت الأطر النظرية تتزايد، الأمر الذي أدى في مجمله إلى أن تصبح التوجهات النظرية انتقائية من ناحية، وأصبح

هناك تركيز وتقبل أكثر لمصطلحات ومفاهيم الأنساق والأنساق الإيكولوجية من ناحية أخرى (Helen 1995).

ولقد تزامن هذا التركيز والتقبل للأنساق ومصطلحاتها مع الدعوة إلى ربط النظرية بالممارسة التي تبنتها الجمعية الوطنية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين NASW ومجلس تعليم الخدمة الاجتماعية الأمريكية Council of Social Work Education (CSWE). وبدأ الكثير من الأساتذة والكتاب في حقل الخدمة الاجتماعية بالتركيز على تكامل طرق الخدمة الاجتماعية، وأن الممارسين المهنيين يجب أن يكونوا قادرين على الممارسة مع الأفراد والجماعات والأسر على حد سواء وبطريقة طبيعية وتلقائية (Swenson, 1995).

ولكن شهدت فترة نهاية الستينيات وبداية السبعينيات نكسة في هذا الاتجاه العام المتزايد الذي كان يمثل تطوراً طبيعياً ونموماً صحياً للمهنة. هذه النكسة كانت مرتبطة بالأحداث التاريخية التي شهدتها المهنة في ذلك الوقت، فلقد كانت تلك الحقبة الزمنية حقبة حروب وأمريكا مع فيتنام، وفترة حركة حقوق الإنسان في أمريكا والحروب ضد الفقر. ولقد قللت هذه الأمور كلها من التركيز على الممارسة المباشرة وتحول الدعم والاهتمام - مرحلياً وجزئياً - للمجتمعات المحلية والسياسات الاجتماعية والمشكلات الاجتماعية التي يواجهها المجتمع في ذلك الوقت (Helen, 1995).

وانعكس هذا الاتجاه العام على المؤسسة المهنية NASW ومن خلالها قل الاهتمام بالممارسة المباشرة وتوجهت الطاقات والاهتمامات والمصادر المتاحة آنذاك لمساندة الاضطرابات والحركات السياسية،

حتى لم يعد لخدمة الفرد وخدمة الجماعة - كنموذجين سائدين آنذاك للممارسة المباشرة - دور فعال داخل المؤسسة المهنية NASW، حتى إن بعض أعلام المهنة بدأ يتساءل عن مدى ارتباط الممارسة المباشرة بالمهنة. وهكذا أصبح الخلاف بين الممارسة من خلال الأنساق الصغرى (Micro Practice) والممارسة من خلال الأنساق الكبرى (Macro Practice) في أوجه (Swenson, 1995).

فلقد انتقد المهتمون بالممارسة من خلال الأنساق الكبرى، الممارسة المباشرة أو الممارسة من خلال الأنساق الصغرى، أنها غير فعالة وخاصة مع الفقراء والأقليات العرقية (Alinsky, 1965; Piven & Cloward, 1972). وكانت منطلقاتهم، أنه من العبث مساعدة أفراد محدودين، بينما أساس المشكلة لم يحل، فلقد كانت نظرتهم أن الحلول يجب أن تكون جذرية. كما انتقدت الممارسة المباشرة - ولا سيما خدمة الفرد - أنها غير فعالة، وأنها لا تقوم على أساس منهجي علمي يتم فيه تقويم فاعلية التدخلات المهنية التي تقدم للعملاء (Fischer, 1978; Wood, 1978). ولقد كانت الحملة ضد الممارسة المباشرة قوية جداً وشرسة، لدرجة أن هيلين هايس Helen Harris كتبت مقالاً عنوانه "خدمة الفرد ماتت"، وتبعها مقال فيشر الشهير "هل خدمة الفرد فعالة؟" (Fischer, 1973). كل هذه الأمور شكلت تحدياً كبيراً لأنصار الممارسة المباشرة.

وتزامنت هذه الأحداث مع الحاجة للمزيد من الأخصائيين الاجتماعيين آنذاك، مما جعل مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية يفتح العديد من برامج البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية، وقامت المنظمة المهنية NASW بمنح خريجي البكالوريوس عضويتها (كانت عضوية

المنظمة المهنية قاصرة على من يحمل ماجستير ودكتوراة في الخدمة الاجتماعية). أثارت هذه الأحداث الأخصائيين الاجتماعيين من حملة الماجستير، مما حمل الكثير منهم على التنازل عن عضويتهم في المنظمة المهنية، وافتتاح مراكز ومكاتب علاجية خاصة بهم، وتنظيم أول جمعية للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين في كاليفورنيا. وتبع هذه الجمعية جمعيات أخرى كثيرة في ولايات أخرى، مما أدى بدوره إلى إنشاء منظمة فدرالية للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين، تلاها أول دورية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية. وكان الأخصائيون الاجتماعيون الإكلينيكيون عاقدي العزم على الرقي بمستوى الممارسة المباشرة، وتقديم خدمات فعالة لعملائهم، منطلقين من أطر نظرية متعددة، ومن ما تم تجريبه وثبتت فاعليته بالفعل (Barker, 1991; Biggerstaff, 1992; Frost, 1991).

كل هذه التطورات حدثت سريعاً، مما نبه المنظمة المهنية NASW في واشنطن دي سي D.C., Washington, في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ضرورة اتخاذ إجراء لاحتواء الانشقاق في صفوف العاملين في المهنة. فكان أن قامت المنظمة المهنية في عام 1974م بحركة تتم عن اعتراف بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وذلك بإنشاء سجل وطني للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين National register of clinical social workers. ومن ثم تم تبني تعريف خاص بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في عام 1979م من قبل المؤسسة المهنية، وكذلك الاعتراف بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية كنمط ممارسة وتخصص مستقل عالي المستوى في مهنة الخدمة الاجتماعية (Helen, 1995).

مقومات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية:

ترتكز الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على مقومات عدة تجعلها بحق متميزة عن غيرها من أنماط الممارسة المهنية الأخرى في الخدمة الاجتماعية، وهذه المقومات هي كما يلي:

أولاً: اتباع النموذج الطبي في الممارسة

تعتمد الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على النموذج الطبي medical model في الممارسة المهنية. هذا النموذج المستخدم أساساً في الطب والطب النفسي ينطوي على ثلاث عمليات رئيسية هي: الدراسة والتشخيص والعلاج. وكما يلاحظ فإن هذه العمليات هي نفسها عمليات خدمة الفرد، ويكمن الفرق في أن الدراسة والتشخيص والعلاج في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تعتمد بشكل رئيس على نظريات الممارسة ومداخلها النظرية كأساس تبنى عليه هذه العمليات.

ويتم توظيف هذه النظريات والنماذج والمداخل النظرية خلال الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، حسب طبيعة المشكلة وظروفها والمؤسسة الاجتماعية التي تمارس فيها المهنة.

والخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تعتمد في ممارستها على عدد كبير من النظريات ونماذج الممارسة المهنية المتاحة في العديد من التخصصات وثيقة الصلة بالخدمة الاجتماعية (محمد، 1983: 51). مما لا شك فيه أن كثرة هذه النظريات والنماذج النظرية تجعل الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين في حيرة من أمرهم فيما يتعلق بعملية تحديد النظرية أو النموذج النظري أو المدخل النظري المناسب لطبيعة تدخلاتهم المهنية (Yegidis & Weinbach, 1991: محمد،

1983 : 59). ولقد وجد ثايرThyer أن الغالبية العظمى من الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين لا يوظفون نظرية محددة أثناء ممارستهم للمهنة، وأنهم يصفون توجهاتهم النظرية على أنها انتقائية (Thyer, 1987: 150). وتطلق الانتقائية من النموذج الانتقائي eclectic model وهو نتاج محاولات الدمج النظري في الخدمة الاجتماعية الذي يتم فيه مزج أجزاء متفرقة من نظريات مختلفة لتفسير سلوك العملاء clients وتقديم العلاج الإكلينيكي لهم (Malcolm, 1990). والانتقائية النظرية على الرغم من أنها ليست جزءاً من تعريف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، إلا أنها مع ذلك هي الملاحظة والسائدة في الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين (Russell, 1990).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك في الواقع أنواعاً ومستويات متعددة من النظريات أعلاها وأكبرها "المدرسة" school of thought وتستخدم كلمة مدرسة لتدل على اتجاه عام في النظريات يشمل عادة تحته مجموعة من النظريات العامة. ومن أمثال ذلك المدرسة الوظيفية، والتي تندرج تحتها نظرية الأنساق العامة، ونظرية الأنساق الاجتماعية ونظرية الدور. وكذلك هناك المدرسة السلوكية behavioral school التي يندرج تحتها مجموعة نظريات تسمى بنظريات التعلم، مثل نظرية الارتباط الاشتراطي والتعلم عن طريق الممارسة والخطأ والتعلم عن طريق الثواب والعقاب أما المستوى الثاني من النظريات فهو النظريات العامة theories، والتي تعد أقل في المستوى من المدرسة، مثل نظرية التحليل النفسي والنظريات المتفرعة منها، مثل نظرية مفهوم الذات.

وهناك أيضاً نظرية الأنساق العامة ونظرية الأنساق الاجتماعية ونظريات التعلم.

أما المستوى الثالث فهو النماذج النظرية models التي قد تكون مشتقة من إحدى النظريات العامة أو مستقلة بذاتها. والنموذج النظري يستخدم عادة لتفسير ظاهرة محددة. مثال على ذلك النموذج المرضي للكحولية the disease model، والذي يستخدم لتفسير الكحولية، وهو نموذج نظري مستقل لا يتبع لنظرية معينة. أما نموذج التحكم في الشرب controlled drinking model فهو نموذج نظري يستخدم أيضاً لتفسير الكحولية، ولكنه نابع أساساً من نظريات (Heather & Robertson, 1983).

والمستوى الرابع والأخير هو المداخل النظرية (وتسمى أحياناً بالمنظورات جمع منظور، وتسمى أحياناً بنظريات الممارسة) approaches، وهذه المداخل النظرية هي أقل مستويات النظريات وأقربها للواقع من الناحية التطبيقية، فهي تحوي طريقة عمل وطريقة ممارسة منطلقة من نظرية أو أكثر من النظريات العامة.

وللنظرية وظائف عدة يمكن للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الاستفادة منها كلها متى ما توافر له الفهم الكافي للنظرية، والاستيعاب التام لمفاهيمها وفرضياتها، وأتيحت له الفرصة المهنية لذلك وصقلت معرفته النظرية بتدريب مناسب. ويمكن تحديد وظائف النظرية في أنها أولاً: تساعد على فهم وتفسير الظواهر. وثانياً: تساعد على تنظيم المفاهيم. وثالثاً: تمكن من التنبؤ. بالإضافة إلى ذلك فإنها توجه الممارسة المهنية، فهي بمثابة كشاف يقود الممارسة المهنية. فالدراسة في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تعني أساساً الإلمام التام

بظروف العميل الذاتية والبيئية انطلاقاً من نظرية. والتشخيص الإكلينيكي هو تحديد المشكلة التي يعاني منها العميل تحديداً دقيقاً، ويكون مبنياً على دراسة متأنية لمشكلة العميل وظروفه الاجتماعية وقدراته الذاتية، كما يكون منطلقاً من إطار نظري محدد مسبقاً (قبل البدء في عملية الدراسة أو أثناء القيام بها)، أو يكون بناءً على نتائج تجريبية لحالات مشابهة. والتدخل المهني أو العلاج هو ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بهدف إحداث تغيير مقصود في سلوك العميل أو وضعه أو مشكلته. والتدخل المهني هو تدخل مدروس مخطط له مسبقاً، وموجه نحو تحقيق أهداف علاجية تم تحديدها مسبقاً. ويستخدم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في تدخله المهني مهاراته الإكلينيكية وتقنيات الممارسة المهنية، ويستند إلى أطر نظرية متاحة له. ويكون التدخل المهني دائماً في حدود إمكانات المؤسسة ومتسقاً مع أهدافها وفلسفتها، ومتسقاً كذلك مع أهداف وفلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية ومبادئها.

ثانياً: توظيف المهارات الإكلينيكية

إذا كانت مهنة الخدمة الاجتماعية تحتاج في ممارستها لمتخصصين درسوا الخدمة الاجتماعية في معاهد أو جامعات معترف بها، وتلقوا تدريباً ميدانياً لصقل هذه المعرفة العلمية، فإن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية كتخصص في الخدمة الاجتماعية، تحتاج بالإضافة إلى ذلك إلى أن يكون الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مزوداً بمهارات عدة تساعده على أداء مهامه وتمكنه من فهم عملائه والمساعدة في حل مشكلاتهم. والمهارات التي نحن بصدد تناولها هنا هي مهارات تتعلق بطبيعة التفاعل الإنساني، ومنطلقة من فهمنا لطبيعة البشر بالدرجة

الأولى، وفي الوقت نفسه مبنية على خبرات تراكمية في مجال الخدمة الاجتماعية ناتجة عن التعامل المستمر مع الحالات المختلفة.

والمهارات الإكلينيكية هي الأدوات التي تمكن الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي من كسب ثقة العميل، وبالتالي تخليصه من الشك والحيل الدفاعية التي غالباً ما تكون لديه في بداية تعامله مع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، وبالتالي تحرره مما قد يمنعه من التجاوب مع أسئلة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي التي تهدف بالدرجة الأولى إلى فهم المشكلة وتشخيصها تشخيصاً سليماً، ومن ثم وضع استراتيجيات المساعدة والعلاج. كما تمكن المهارات الإكلينيكية الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي من إدارة دفة المقابلة بينه وبين العميل، وتوجيهها الوجهة التي تخدم أغراضها، بما يحقق الاختصار في الوقت من ناحية، والتركيز على ما يجب التركيز عليه من ناحية أخرى.

والمهارات الإكلينيكية وإن كانت من الناحية المنطقية سهلة الفهم نظرياً، إلا أن تطبيقها والاحتراف في تطبيقها يحتاج إلى صقل وتدريب وممارسة، فهي عبارة عن مفاهيم يتعمق فهمها مع الممارسة من جهة، وطريقة ممارسة يتحسن أداؤها مع الوقت من جهة أخرى.

والمهارات الإكلينيكية هي ما يجب أن يتسلح به كل أخصائي اجتماعي إكلينيكي يسعى إلى تطبيق عمله بجد وفاعلية. لذا يجب أن يكون التركيز من قبل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي موجهاً نحو فهمها وفهم الهدف منها، والتوقيت الذي يجب أن يتم استخدام كل منها فيه، والطريقة المثلى التي يجب تطبيقها من خلالها. وفيما يلي عرض لأهم المهارات في مجال الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية:

تقبل العميل:

مبدأ القبول من مبادئ مهنة الخدمة الاجتماعية، ويتطلب هذا المبدأ مهارة خاصة من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، فالقبول هو كل لا يتجزأ، ويشمل قبول العميل كشخص وقبول شكله ولونه ورائحته وأخلاقه وتصرفاته وعقليته ومنطقه.

والقبول بالشخص لا يعني بالضرورة الرضا عن سلوكه إذا كان خارجاً عن حدود اللياقة والأدب، أو خارجاً عن القانون والشرع والعرف، أو القبول بمشاكلته من الناحية السلوكية، إذا كانت انحرافاً أو إدماناً، ولكن القبول يعني تقبل العميل كما هو لا كما يجب أن يكون عليه، والانطلاق بالعميل إلى الوجهة التي يرغب الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يرى العميل عليها (Woods & 566: 1996, Robinson). وتتطلب هذه المهارة من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي قدرات خاصة منها: المعرفة بالعادات والتقاليد الخاصة بالعملاء على اختلاف ثقافتهم الفرعية، وكذلك المعرفة باللغة الدارجة لديهم ومدلولاتها، بحيث يتم التعامل مع العملاء حسب فهمهم وبالطريقة التي يقدرونها مما يحسسهم أن الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي قريب منهم وبالتالي يتقبلونه بشكل أكبر.

كسب ثقة العميل:

تتطلب عملية كسب ثقة العميل من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي - كمهارة بحد ذاتها - توافر مهارات عدة لديه يمارسها، منها مهارة التقبل ومهارة المحافظة على أسرار العميل ومهارة في التعامل بمهنية، ومهارة الإقناع ومهارة اللباقة في الحديث ومهارة

الوضوح. كل هذه المهارات في مجملها إذا تم تطبيقها بطريقة مهنية تجعل العميل يثق بدرجة أكبر في الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي.

والثقة تعني توطد العلاقة المهنية بين الأخصائي والعميل، وتؤدي بالضرورة إلى انفتاح العميل في الحديث مع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عن مشكلته وتوضيح خباياها، والبوح بأسراره التي تؤدي بدورها إلى جعل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أقدر على فهم المشكلة وكل ما يرتبط بها، وبالتالي المساعدة في حلها.

الإنصات:

تعد مهارة الإنصات من أهم المهارات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أثناء المقابلة مع عملائه، فبالرغم من أنها لا تتطلب جهداً على الإطلاق، إلا أنها مع ذلك مفيدة جداً. فهي تستخدم للتركيز على ما يقوله العميل أثناء حديثه عن المشكلة وعرضه لها، مما يسمح بفهم أعمق للمشكلة وملابساتها، كما أنها تسمح للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي على التركيز على حركات العميل التي قد يكون لها دلالات معينة، مثل كثرة هز الرجلين، أو الارتباك العام، أو التلعثم في الكلام. والأهم من هذا كله أن مهارة الإنصات تعد بحد ذاتها عملية علاجية، حيث أن جزءاً كبيراً من علاج المشكلات يبدأ فعلياً عند الحديث عنها ومواجهتها والبوح بها لآخرين، لأن في كتبها والاحتفاظ بها ما يؤدي عادة إلى تفاقمها (Rowe, 1996:80).

استدراج العميل للكلام:

يعد العميل هو المصدر الأساس لكافة المعلومات والبيانات التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لدراسة مشكلته من أجل

فهمها فهماً جيداً، وتشخيصها تشخيصاً سليماً، وبالتالي وضع استراتيجيات تدخل مهني علاجية مناسبة لها. ولكن ماذا يحدث عندما يكون العميل غير راغب في الحديث عن مشكلته مع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي؟ قبل الإجابة عن هذا السؤال، من المهم الإشارة إلى أن حالات تمنع العملاء عن الحديث عن مشكلاتهم والتفاعل مع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بانفتاح تحدث مع حالات الأطفال والمراهقين والمنحرفين بكثرة، وكذلك مع الحالات التي تكون أساساً غير راغبة في حل مشكلاتها، أو لا تحس أن لديها مشكلات، مثل المدمنين ونزلاء السجون، كما أنها تحدث بنسبة أقل لدى بقية فئات عملاء الخدمة الاجتماعية الذين يتخرجون من البوح بمشكلاتهم خوفاً من الفضيحة أو لسريتها ومساسها جانباً قد يكون حساساً لديهم. عودة للسؤال، نقول في هذه الحالة يجب أن يعلم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن العميل الذي يتعامل معه لم يثق به بعد، وأن العلاقة المهنية لم تتكون بعد. وفي هذه الحالة يجب أن يكون عمل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مركزاً على بناء العلاقة المهنية عن طريق الممارسة الفعلية لمبادئ التقبل والسرية.

إلغاء التوقعات المسبقة لدى العميل:

يأتي بعض العملاء للمؤسسة الاجتماعية ولديهم توقعات مسبقة عما قد تسفر عنه زيارتهم للمؤسسة، والخدمات التي سيحصلون عليها والنتائج المتوقعة من مقابلتهم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي. وغالباً ما تكون هذه التوقعات مبالغاً فيها أو بعيدة عن الواقع، وهي في أفضل الأحوال غير دقيقة. ومهمة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في هذه المهارة إزالة هذه التوقعات المسبقة وإحلال الواقعية مكانها، حيث يبدأ

الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي منذ المقابلة الأولى التوضيح عما يمكن أن يحصل عليه العميل من خدمات، وما يمكن أن يتوقعه من نتائج التدخل المهني بواقعية وبدون مبالغات، ويتحاشى غرس آمال غير منطقية أو واقعية لدى العميل، ويكتفي بأن يشير إلى أن نتائج التدخل المهني ستعتمد إلى حد كبير على مدى صراحة العميل ووضوحه في طرح مشكلته وتوضيح كافة الجوانب المرتبطة بها، وتعتمد كذلك على مدى رغبته الصادقة في إيجاد حل لها والمساهمة الفعلية في ذلك من خلال الأدوار التي سيكلف بها إذا تطلب الأمر ذلك.

الوضوح مع العميل:

الوضوح سمة أساسية من سمات التعامل المهني في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، والوضوح بحد ذاته مهارة يمارسها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مع عملائه. فعدم الوضوح أو الغموض في التعامل مع العملاء يولد لديهم الإحساس بالجهل والعجز وعدم وضوح الرؤية فيما يتعلق بمشكلاتهم، كما قد يولد لديهم توقعات غير منطقية وواقعية للتدخل المهني والخدمات التي من الممكن أن يحصلوا عليها، كما قد يولد لديهم مشاعر سلبية تعوق تقبلهم للأخصائي، اعتقاداً منهم أنه لم يتقبلهم. فالوضوح مطلوب من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، ونقصد بالوضوح هنا الوضوح في التعامل وفي التوقعات وفي الخدمات، بحيث لا يقول العميل جملة معينة -على سبيل المثال- قد يرى الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أنها غير دقيقة أو غير سليمة أو في غير محلها، ويتجاهلها دون أن يصححها ويوضحها للعميل. ويحرص الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي دائماً على أن يكون كلامه محدداً وواضحاً، غير قابل للتأويل، ومن الممكن أن يسأل

العميل عن مدى فهمه لما قال، حتى لا يكون هناك مجال لتفسير كلامه تفسيرات أخرى قد تضر بالعملية العلاجية برمتها (Lantz, 1996: 103).

الإيقاف:

الإيقاف أو المقاطعة أثناء الحديث هي من المهارات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أثناء المقابلة مع عملائه متى ما أحس أن العميل قد استرسل في نقطة معينة أكثر مما يجب، أو تشعب في الحديث إلى موضوعات لا يريد الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي التطرق لها. فالمقابلة بين الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي والعميل هي مقابلة مهنية في المقام الأول، لها أهدافها الواضحة والمحددة، وتبقى مهمة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي إدارة دفتها وتوجيهها إلى حيث يريد هولا العميل، ومن ثم فمهمته تتحصر في هذه المهارة على القدرة على إيقاف العميل بطريقة لبقة وتوجيه الحديث للوجهة التي تخدم المقابلة وأغراضها (Rowe, 1996: 80).

التعاقد:

يعد التعاقد contracting أداة رئيسة من أدوات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية التي تتطلب مهارة في إنجازها وتنفيذها. ويعود ذلك لعدة أسباب: أولاً: أن العميل قد يكون سلبياً واثكالياً في حل مشكلته، ولديه ميل لجعل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي يقوم بذلك. والتعاقد فيه شروط واضحة تحدد دور كل من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي والعميل في العمل على حل

المشكلة، مما يخفف من سلبية العميل، ويجعله مشاركاً بدرجة أكبر في حل مشكلته.

ثانياً: أن التعاقد يحدد الأهداف المرجوة من التدخل المهني وكذلك الأدوار المناطة بالأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، وهو ما يجعل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أكثر تركيزاً في عمله وأكثر تنظيماً لوقته، حيث يعرف مسبقاً ما هو مطلوب منه تجاه كل عميل، وبالتالي تنفيذ دوره فيما يتعلق بكل عميل على الوجه الأكمل.

ثالثاً: أنه قد يحدث خلال عملية التفاعل المهني بين العميل والأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عملية ارتباط attachment من قبل العميل للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، هذا الارتباط العاطفي قد يجعل عملية إنهاء التدخل المهني مؤلمة للعميل، ولها آثار سلبية. وتزيد هذه الآثار والآلام كلما كانت مدة العلاقة المهنية طويلة (Hepworth, 1997: 533-534, Mooney & Lareson)، وبالتالي فإن عملية التعاقد تهيئ العميل لعملية الانفصال وإنهاء العلاقة المهنية منذ البداية، وتخفف بالتالي من الصدمة التي قد يلاقيها العميل عند انتهاء العلاقة المهنية بينه وبين الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي. رابعاً: أن عملية التعاقد قد تحدد المدة الزمنية للتدخل المهني مع العميل، وهذا يحقق الاستفادة من الوقت واختصاراً للجهد، حيث كانت عملية التدخل المهني سابقاً غير محددة بوقت، مما يجعل هذه العملية تستغرق جهداً كبيراً ووقتاً طويلاً وبدون ضمانات لتحقيق تدخل مهني فعال. وعملية التعاقد تحدد الوقت والجهد، وكما سبق أن أشرنا تحدد أيضاً الأهداف والمهام والأدوار، وهو ما يتيح الفرصة للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لتقييم عملية التدخل المهني بعدها، ومدى فاعليته، ومدى تجاوب العميل

مع العملية العلاجية، ومدى مساهمته فيها من خلال الأدوار التي كلف بها (Rowe, 1996: 47).

التفاوض :

في مرحلة التعاقد مع العميل يمارس الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مهارة التفاوض negotiation. ومهارة التفاوض هي المهارة التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لتحديد دور كل من العميل والأخصائي في العملية العلاجية، ويستخدمها كذلك في تحديد الأهداف المتوقعة من التدخل المهني. وتتطلب هذه المهارة القدرة على الإقناع والتبرير المنطقي، بحيث يقبل العميل أدواره المحددة له في العملية العلاجية، وكذلك الأهداف المتوقعة من التدخل المهني وهو مقتنع وليس مرغماً على ذلك. حيث أن اقتناع العميل بهذه الأدوار يجعله صادقاً في تنفيذها، وكذلك اقتناعه بالأهداف المحددة للتدخل المهني تجعله أكثر حماساً لتحقيقها.

تقدير الموقف :

مهارة تقدير الموقف أو المشكلة assessment من المهارات اللازمة لكل أخصائي اجتماعي إكلينيكي يتعامل مع المشكلات الاجتماعية مهما كان نوعها وحجمها. وتقتضي مهارة تقدير الموقف الوقوف على كل جوانب المشكلة الاجتماعية والنفسية وكل العوامل المؤثرة فيها سواء كانت ذاتية أو بيئية، كما تتطلب الوقوف على كل ما يتعلق بالمشكلة من أنظمة وتشريعات وقوانين (Goldstein, 1995: 143-144). هذا التقدير بشكله العام للموقف يتطلب معرفة كبيرة ودراية واسعة بنظريات الخدمة الاجتماعية المفسرة للسلوك الإنساني والمعرفة للظواهر الاجتماعية من ناحية، ومعرفة بالقوانين والأنظمة

والتشريعات وما يستجد فيها من ناحية أخرى. وتتطلب هذه المهارة بالضرورة المتابعة المستمرة من قبل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لكل المستجدات الاجتماعية والعملية، كما تتطلب خبرة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بأنماط السلوك الإنساني (Thomilson & Thomilson, 1996: 47-50).

وتقدير الموقف لا يمكن أن يكون منذ المقابلة الأولى أو حتى المقابلات الأولى، بل غالباً ما يكون بعد مقابلات عدة يأخذ الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي فيها وقتاً كافياً للتفكير في المشكلة وسؤال العميل عن كافة جوانبها (Nabigon & Mawhiney, 1996: 32-33).

امتصاص غضب العميل:

غالباً ما يأتي العميل لمقابلة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي وهو محمل بمشاعر السخط والغضب، الذي عادة ما تكون نتيجة للظروف التي ألمت به، مما يجعله يلجأ للآخرين لمساعدته. وكذلك ربما تكون هذه المشاعر موجهة لأشخاص محيطين به. وربما تكون أول مهام الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي - منذ المقابلات الأولى - امتصاص هذا الغضب من العميل. وهذا لا يتأتى إلا باستخدام مهارات التعامل الإنساني الموجهة، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي باستدراج العميل للحديث عن مشكلته، ومن ثم توضيح أن جميع الناس بدون استثناء يمرون بمثل هذه المرحلة في حياتهم، وأن المشكلات والصعوبات هي جزء لا يتجزأ من الحياة الإنسانية، لذا، فلا بأس أن يمر الأفراد بمشكلات، ولا بأس أن يطلبوا المساعدة من الآخرين، وإن لم يكن من المحيطين بهم، فمن المتخصصين. ويجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يشد على يد العميل بقراره بطلب

المساعدة المهنية من متخصصين، موضحاً بأن قراره هذا هو القرار السليم. هذا باعتقادنا كفيل بأن يؤدي إلى امتصاص غضب العميل، وبالتالي إزالة شحنة سلبية كبيرة من مشاعره كانت تقف عائقاً أمام انفتاحه مع الأخصائي الاجتماعي، وحجر عثرة أمام عملية المساعدة المرجوة.

نزع أسلحة العميل الدفاعية:

نزع أسلحة العميل الدفاعية **disarming** هي مهارة تستخدم في الحالات التي يأتي فيها بعض العملاء للمؤسسة الاجتماعية لمقابلة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي وهو مسلح **armed**، بل إن بعضهم يأتي شاهراً أسلحته في وجه الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي. ونقصد بذلك الأسلحة الدفاعية مثل الإنكار (وإنكار المشاعر من أساسها) أو إنكار دوره السلبي (إن كان له دور سلبي) في مشكلاته، أو الإسقاط (إسقاط المشكلة على الغير)، أو التحويل (تحويل المشكلة على غيره)، أو التقليل من قيمة ودور الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، وتشكيكه في قدرته على المساعدة. وقد يكون ذلك مستغرباً لدى الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي قليل الخبرة، أما الأخصائي الخبير، فيعرف بأن ذلك قد يكون طبيعياً، لا سيما إذا كسب ثقة العميل. حيث يعد العميل المصدر الأساس لجمع المعلومات التي يسعى الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي للحصول عليها أثناء عملية التفاعل الاجتماعي بينه وبين العميل، وذلك حتى يتمكن من فهم مشكلة العميل فهماً جيداً، ويتمكن بالتالي من تشخيص المشكلة تشخيصاً سليماً، ومن ثم وضع الخطة العلاجية الملائمة للعميل حسب ظروفه وإمكاناته.

ولما كانت عملية التفاعل بين شخصين لا تتم عادة بسرعة شديدة، وخصوصاً إذا كان هذا التفاعل يمس جانباً حساساً وربما مخجلاً من حياة العميل، كان لزاماً على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي كسب ثقة العميل. ويتأتى ذلك عن طريق شخصية الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الذي يجب أن تكون هادئة ومنتزعة، وتتم ثانياً عن طريق عملية استعراض يقوم به الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي للعميل يهدف من خلاله إلى توضيح دوره، وأنه مهني متخصص معد إعداداً علمياً وعملياً، وأن من طبيعة عمله التعامل مع هذه المشكلات، وأن كثيراً منها قد مر عليه، وتعامل مع مثلها، وأن حالة العميل قابلة للعلاج، وأن وضعه قابل للمساعدة متى ما كان لدى العميل الرغبة الصادقة لذلك.

مساعدة العميل على التفكير المنطقي:

يمكن للعميل أن يفكر بشكل منطقي في مشكلته عندما يتحرر من كافة الضغوط النفسية الداخلية والضغوط الخارجية المحيطة به، ومن ثم فإن دور الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في هذه المهارة يركز على تحرير العميل من الضغوط الداخلية والخارجية. وتعد هذه المهارة من المهارات اللازمة للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، حيث يحضر معظم العملاء لمقابلة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي سعياً لحل مشكلاتهم، بعد أن تكون قد تفاقت وتعقدت وبالتالي كثرت الضغوط عليهم. وكثرة الضغوط تجعل قدرة العميل على التفكير المنطقي محدودة جداً، وبالتالي غير قادر على رؤية الأمور بشكلها السليم. لذا فإن الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عندما يحرر العميل من الضغوط التي تؤثر عليه، يكون قد أتاح المجال للعميل للتفكير

بمنطق ورؤية الأمور بشكل واضح وسليم، ومن ثم المساهمة في حل مشكلته.

مشاركة العميل مشاعره:

عند بداية التفاعل المهني مع العميل أثناء المقابلة المهنية، فإن العميل يكون عادة واقعاً تحت ضغوط معينة ويحمل مشاعر معينة هي في الغالب سلبية. وقد تكون تلك المشاعر إحساسه بالألم أو بالظلم أو إحساسه بالعجز وقلة الحيلة أو التفریط أو الإهمال أو الجهل. وبغض النظر عن تلك المشاعر وماهيتها، يفترض أن يكون الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مقدراً لتلك المشاعر، وأن يشارك العميل فيها بالتعبير المباشر عن ألمه ولألمه وعن حزنه لظلمه وعن تقديره لجهله وتفهمه لكل مشاعره. ومن المهم أيضاً أن يشير الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي للعميل أنه قد لا يكون جرب تلك المشاعر أو بعضها بنفسه، ولكنه قطعاً يشعر بكم هي مؤلمة، وقطعاً يشعر بالألم أو الحزن الذي ألم بالعميل. هذا التعبير عن مشاركة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لمشاعر العميل من شأنه أن يكسر كثيراً من الحواجز الدفاعية لدى العميل، ومن شأنه أن يزيد من عملية التقبل من قبل العميل للأخصائي الاجتماعي وبالتالي تقوية العلاقة المهنية بينهما (Rowe, 1996: 80).

التقارير اليومية والأسبوعية:

يتعامل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مع فئات عملاء مختلفة ومع مشكلات متنوعة، ويحدث أحياناً أن يتعامل الأخصائي الاجتماعي مع رب أسرة يكون أحد أفراد عائلته يعاني من مشكلة قد تكون دراسية أو سلوكية. وعندما يقوم الأخصائي الاجتماعي

الإكلينيكي بدراسة الحالة دراسة متأنية، يجد أن أساس المشكلة هو رب الأسرة نفسه، فهو مهمل لمنزله وأسرته، لا يراهم إلا قليلاً ولا يخصص لهم من وقته إلا الشيء اليسير. ولو حاول الأخصائي توضيح ذلك للعميل رب الأسرة لواجه عمليات إنكار، لذا يلجأ الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في هذه الحالة لعملية التقارير (اليومية أو الأسبوعية). فيطلب من رب الأسرة أن يكتب له تقريراً أسبوعياً -على سبيل المثال- عن تحركاته وتصرفاته هو، ويقدمها له بحجة أن ذلك سيساعد الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في حل مشكلة الابن. وعندما يبدأ رب الأسرة بكتابة التقارير الأسبوعية، يكتشف من تلقاء نفسه أنه مهمل لمنزله وأولاده وأسرته. حيث يلاحظ هو أنه يخرج من الصباح لعمله، وبعد أن يكون الأولاد قد ذهبوا لمدارسهم، ويعود في المساء بعد أن يكون أولاده قد ناموا. هذه التقارير كفيلة بإعادة رب الأسرة للواقع وجعله يعرف أنه مهمل ومقصر، وفي الحالات التي لا يعترف بها رب الأسرة بذلك، يتولى الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي ذلك، بعد أن يكون لديه ما يثبت إهمال رب الأسرة، وذلك عن طريق المواجهة المباشرة confrontation معه، بهدف تكسير حواجز الإنكار لديه ليعرف أنه سبب المشكلة (Lantz, 1996: 105).

التوثيق :

مهارة التوثيق هي مهارة منهجية في المقام الأول، وتدل على التفكير المنطقي والرؤية العلمية للأمور من قبل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي. ونقصد بالتوثيق عملية التأكد من كل ما يقوله العميل، ويزعمه أثناء مقابلاته الأولى مع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، مثل المرض والحالة الاجتماعية والتقارير النفسية والفقر. كل هذه الأمور

وغيرها كثير، يجب ألا يأخذها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي على أنها مسلمات حين يتعامل مع عملائه. فالعملاء أنواع، منهم من هو صادق ومنهم من هو غير ذلك، ومنهم من يتوهم المرض، ومنهم من يدعي الفقر، لذا فإن الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في هذه الحالة يطلب شهادات ثبوتية وتقارير لتوثيق كلام العميل ومزاعمه. وتكون المهارة في الطريقة التي يطلب بها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي هذه التقارير والإثباتات واللباقة التي يجب أن يتحلى بها بحيث لا يجرح شعور العميل وأحاسيسه.

تبصير العميل بالموارد المتاحة:

من الضرورة أن يكون الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي ملماً بكافة المصادر المجتمعية المتاحة لعملائه، ونقصد بذلك المؤسسات الاجتماعية باختلاف أنواعها، بحيث تشمل معرفته شروط الاستحقاق لتلك المؤسسات والخدمات التي تقدمها، والفئات التي تخدمها وعناوينها وأرقام هواتفها.

هذه المهارة تتطلب من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يكون متابعاً لكل ما يستجد من خدمات وما يفتتح من مؤسسات، ومتابعاً بالضرورة لشروط الاستحقاق وتغييرها، وتكتسب هذه المهارة أهميتها من كون المشكلات التي يعاني منها عملاء الخدمة الاجتماعية هي في الغالب مشكلات مركبة ليست بسيطة، ومستقلة عن بقية أجزاء حياته، بل قد تكون نتيجة لمشكلات أخرى تفاقمت وعجز عن حلها. وبالتالي قد يتطلب الأمر -بالإضافة إلى التدخل المهني الذي يقدمه الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي- تحويل العميل (أو أحد أفراد أسرته - حسب المشكلة) لمؤسسة اجتماعية أو أكثر ليستفيد من

خدماتها. الأمر الآخر، أن العميل قد يلجأ للمؤسسة التي يعمل بها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي طالباً خدمات قد لا توفرها هذه المؤسسة، وانطلاقاً من مبدأ أن الأساس في مهنة الخدمة الاجتماعية هو مساعدة العميل بقدر المستطاع، فصرف العميل بدعوى أن المؤسسة لا تقدم الخدمات التي يطلبها في رأينا غير كاف، ومن الضرورة بمكان أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي متسع من الوقت ورحابة الصدر بحيث يساعد العميل ويوجهه إلى المؤسسة أو المؤسسات التي تقدم الخدمات التي يرغب في الحصول عليها، وبذا يكون العميل قد غادر المؤسسة وقد تمت مساعدته جزئياً وأصبح - بدون شك - بوضع أحسن مما كان عليه، حيث يملك خيارات أكثر لحل مشكلته (Hepworth, Mooney & Larsen, 1997: 589-590).

تبصير العميل بالمشكلة:

تتطلب الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي القدرة على فهم موقف المشكلة فهماً سليماً، بحيث يشمل كافة الجوانب الذاتية والبيئية المرتبطة به، ومن ثم تبصير العميل بالمشكلة كما يراها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، والأسباب التي أدت لها والعوامل المرتبطة بها والعوامل التي قد تترتب عليها. ويشمل ذلك تبصير العميل بدوره في المشكلة سواء كان سبباً فيها أو أحد أسبابها. وتتطلب هذه المهارة من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي القدرة على الفهم للعوامل المختلفة وربطها ببعضها بطريقة متسقة ومنطقية في المقام الأول، وكذلك القدرة على التعبير عن هذا الفهم للعميل بطريقة يفهمها وبدون مجاملات، مع

الالتزام باللباقة في طرح النقاط الحساسة التي تتطلب مواجهة مباشرة مع العميل.

فمتى ما استطاع العميل رؤية المشكلة من وجهة نظر محايدة (الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي)، فهو سيتقبلها أولاً، ويبدأ بالتفكير فيها ثانياً، والسعي لحلها أخيراً.

تبني وجهة نظر العميل للمشكلة

يتطلب علاج المشكلات الاجتماعية تشخيصها تشخيصاً سليماً، وهذا بدوره يتطلب دراسة هذه المشكلات دراسة وافية تمكن من فهمها فهماً دقيقاً. وحتى يتمكن الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي من فهم مشكلة العميل بشكل سليم، يتطلب الأمر منه في المقام الأول رؤية المشكلة من وجهة نظر العميل (بغض النظر عن مدى اقتناع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بها)، حيث أن ذلك يسمح للأخصائي برؤية المشكلة من زاوية معينة، هي نفس الزاوية التي يراها العميل، وبالتالي يصبح الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي على وعي ودراية بموقف العميل الحالي من المشكلة، ومن ثم عندما يخطط للعملية العلاجية تكون خطته منطلقاً من النقطة التي يقف عندها العميل، وبالتالي تكون واقعية وقابلة للتنفيذ مما يساهم في تحقيق أهداف التدخل المهني المرجوة.

توجيه العميل:

يأتي العميل للمؤسسة الاجتماعية في الغالب بعد أن ضاقت حيلته وأقفلت في وجهه الأبواب التي من الممكن أن يسعى لها لمساعدته في تجاوز موقف المشكلة الذي يعاني منه. والعميل في هذه الحالة قد

فقد الكثير من قدرته على التفكير المنطقي نتيجة للضغوط التي تسببها له المشكلة، وأصبح غير قادر على اتخاذ قرارات سليمة من ناحية، ورؤية الأمور بشكلها الحقيقي من ناحية أخرى، وبالتالي لا يعلم ما يجب أن يفعل **disoriented**، وهنا تكون مهمة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي توجيه العميل الوجهة الملائمة، حتى يتمكن من الماضي بحياته قدماً دون الوقوع في أخطاء نتيجة لعدم قدرته على التصرف السليم.

الإيحاء:

الإيحاء مهارة يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عندما يرى أن العميل غير قادر على رؤية موقف معين بوضوح، أو رؤية الحل لمشكلته كما ينبغي، فيقوم الأخصائي الاجتماعي في هذه الحالة باستخدام عملية الإيحاء للعميل ليجعل رؤيته للأمور أكثر وضوحاً، كأن يقول للعميل: "إذاً أنت تعتقد أنك لو بدأت في التركيز على علاقتك الزوجية وحاولت إعادة بنائها من جديد بشكل إيجابي، سيؤدي ذلك إلى تخفيف التوتر بينك وبين زوجتك؟". حيث تفيد عملية الإيحاء في أنها تجعل العميل يعتقد أنه مصدر الحل لمشكلته، وبالتالي يتحمس أكثر للمساهمة في تحقيق ذلك والتعاون مع الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في العملية العلاجية.

والمهارات الإكلينيكية هي في جوهرها منطلقة من أسس نظرية مختلفة، حيث أن بعضها منطلق من نظريات التعلم، وبعضها من المنظور الإدراكي والبعض الآخر من نظرية الأنساق العامة، وبعضها منطلق من أكثر من أساس نظري. لذا، فإن الاعتماد على مهارات دون غيرها أو التركيز على مهارات أكثر من غيرها أثناء الممارسة

الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية يعود لما يفضله الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي وتبعاً لتوجهه النظري (إن وجد).

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد هناك ما يمنع من أن يقوم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بالاعتماد على هذه المهارات جميعها بغض النظر عن أسسها النظرية، وهو ما يحدث غالباً بسبب توجهات الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين التي توصف - كما أشرنا سابقاً - بأنها انتقائية.

ثالثاً: توظيف نتائج الدراسات والبحوث في الممارسة

يتم في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية توظيف نتائج الدراسات والأبحاث أثناء الممارسة المهنية *research utilization*، وذلك باستخدام تقنيات الممارسة والتدخلات المهنية التي تمت تجربتها عملياً وثبتت فاعليتها باتباع منهج علمي، وذلك بغرض أن تكون الممارسة منطلقة مما ثبتت صحته وفاعليته *empirically-based practice*. ولقد كان ذلك ناتجاً عن الدعوة لزيادة فاعلية الممارسة المهنية مع العملاء، والدعوة للمحاسبية المهنية في الخدمة الاجتماعية *professional social work accountability* التي تنادي بضرورة أن تكون المهنة ليس فقط فعالة فحسب، بل وبأقل تكلفة وجهد ممكنين، وذلك حتى تتحمل مسؤوليتها أمام نفسها وأمام المجتمع وأمام عملائها (الدامغ، 1996).

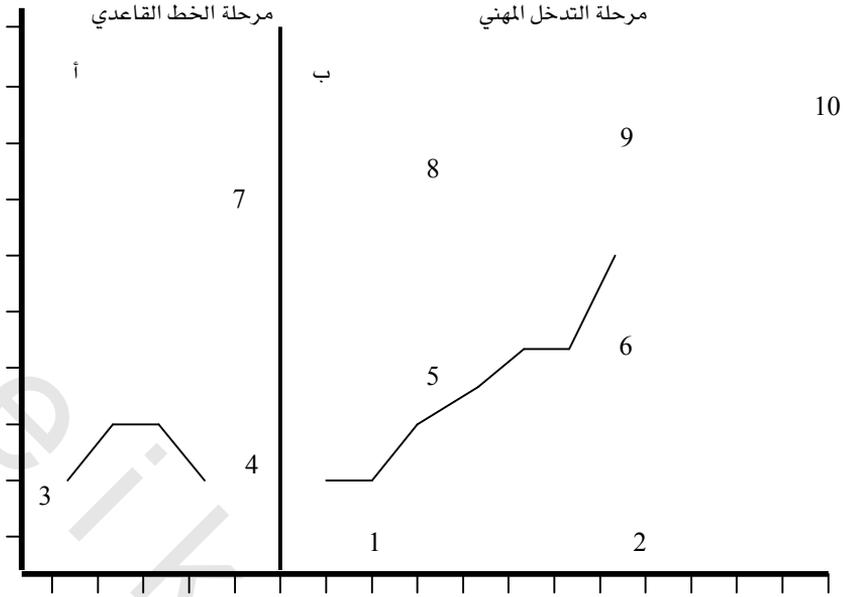
وتتعلق الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من أن فاعلية الممارسة المهنية يجب ألا تؤخذ على أنه أمر مفروغ منه، وأن على الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين إذا ما أرادوا أن يكونوا فاعلين مع عملائهم أن يثبتوا ذلك (Bloom & Fischer, 1982). وتعتمد الخدمة

الاجتماعية الإكلينيكية في تقويم فاعلية الممارسة المهنية على التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية أو ما يسمى أحياناً بتصميمات النسق المفرد single system designs التي تمكن من قياس فاعلية التدخل المهني أثناء الممارسة المهنية (Fischer, 1981). فالأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي هو باحث - ممارس يملك معرفة منهجية ومعرفة نظرية علمية مهنية، يقوم بتوظيفهما في الممارسة المهنية لتحقيق أكبر قدر من الفاعلية لعملائه (الدامغ، 1996).

وتتميز التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية عن غيرها من تصميمات البحث التجريبية التي يعتمد تطبيقها على جماعات بتكرار تطبيق المقياس repeated measures خلال فترة زمنية معينة، فالأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي يقوم بتطبيق المقياس المراد تطبيقه على مرحلتين متصلتين، مرحلة الخط القاعدي ومرحلة التدخل المهني (Hayes, 1981:195; Nelson, 1981:31). ويبدأ القياس عادة في مرحلة مبكرة بقدر المستطاع، كما يفضل استخدام أكثر من مقياس متى كان ذلك متاحاً حتى تزداد مصداقية البحث، وتلعب خبرة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي دوراً كبيراً في إمكانية تكوين تصور ملائم للمشكلة قبل نهاية المقابلة الأولى. وحين بدء القياس من المقابلة الأولى فإنه مع نهاية الفترة الطبيعية التي تستغرقها عملية التشخيص، سوف يكون الأخصائي قد حصل على خط قاعدي أو قياس للمشكلة أو السلوك المراد تغييره أو تعديله، وبصفة عامة فإن إجراء القياس في مرحلة مبكرة يساعد الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في التأكد من الفروض التشخيصية، ومن ثم التوصل إلى التشخيص النهائي (Hayes, 1981:195).

ويساعد الخط القاعدي على تكوين فكرة ثابتة وواضحة عن المشكلة التي يعاني منها العميل، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بقياس أبعاد الموقف الإشكالي أو السلوك المراد تغييره أو تعديله، والذي يعد بمثابة المتغير التابع، دون إحداث تدخل مهني أو تقديم مساعدة للعميل. ويتعين أن يكون القياس بصورة متكررة ودورية ولفترة من الزمن تختلف حسب طبيعة المشكلة، بهدف التأكد من ثبات ذلك المتغير، بمعنى التأكد من أن الموقف الإشكالي أو السلوك المراد تغييره أو تعديله يمثل الواقع الفعلي الذي يتفق العميل مع الأخصائي على أهمية إخضاعه للتغيير المطلوب (الدامغ، 1999).

وبعد أن يتأكد الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي من ثبات المتغير التابع إلى درجة تسمح بملاحظة أي تغيير قد يطرأ عليه، يقوم الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بالتدخل مهنيًا مع العميل وتقديم عملية المساعدة. والتدخل المهني هو كل ما يعمل به الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، أو يقوله أو يقدمه للعميل بهدف حل المشكلة التي يعاني منها أو التقليل من حدتها وآثارها السلبية عليه. وتستمر عملية قياس المشكلة (المتغير التابع) خلال فترة تقديم التدخل المهني بالطريقة الدورية نفسها التي جرى اتباعها في مرحلة الخط القاعدي.



المقابلات مع العميل

شكل رقم (1) تصميم (أ - ب)

ملاحظة: الجهة اليسرى من الشكل رقم (1) المرقمة من واحد إلى عشرة تمثل مقياساً افتراضياً.

وتتكون التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية من عنصرين رئيسين هما: الخط القاعدي والتدخل المهني، حيث يجري في مرحلة الخط القاعدي، كما ذكرنا سابقاً، قياس المتغير التابع قبل بدء التدخل المهني، ويجري في مرحلة التدخل المهني قياس المتغير التابع في أثناء التدخل المهني. ومن هذين العنصرين يمكن بناء العديد من التصميمات التي تتفاوت في قوتها والهدف من استخدامها وطريقة استخدامها ومزاياها وعيوبها. ويستخدم في التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية الحرف (أ) ليرمز لمرحلة الخط القاعدي، ويستخدم

الحرف (ب) ليرمز لمرحلة التدخل المهني (أنظر شكل رقم 1))، كما يستخدم الحرف (س) ليرمز لمرحلة تدخل مهني أخرى (وتستخدم بقية الحروف (د) (هـ) (و)...ألخ، لتدل على تدخلات مهنية أخرى كذلك).

رابعاً: الالتزام بالميثاق الأخلاقي للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين

كلما تطورت المهن بصفة عامة، تطورت ضوابطها ومعاييرها ومتطلباتها. وينطبق هذا الأمر على الخدمة الاجتماعية، حيث صاحب تطورها، تطور في ممارستها وتقنين لكيفية تقديمها وتطور في أسلوبها وتقنياتها، وكذلك تطور في ضوابط ممارستها ومعاييرها ولا سيما الأخلاقية. وحيث أن الخدمة الاجتماعية - كمهنة - تتطلب التفاعل المباشر بين الأخصائيين الاجتماعيين والعملاء من ناحية، وبين الأخصائيين الاجتماعيين مع بعضهم البعض من ناحية أخرى، فإن هذه التفاعلات كان لا بد لها من ضوابط تقنيها وتنظيمها وتكون مرجعاً يحتكم إليه في حالة وجود خلافات أو شكاوى، الأمر الذي مهد لولادة الميثاق الأخلاقي للخدمة الاجتماعية *social work code of ethics* الذي مر بدوره بمراحل تطور عديدة. ولقد تفرع من هذا الميثاق الأخلاقي العديد من المواثيق الأخلاقية المخصصة لكل فرع أو تخصص في الخدمة الاجتماعية، كان آخرها الميثاق الأخلاقي للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين.

ويشمل الميثاق الأخلاقي للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين الصادر من الجمعية الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين (NASW, 1996) ما يلي:

أولاً : مسؤولية الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الأخلاقية تجاه العميل:

وتركز على أن مصلحة العميل لها الأولوية ضمن مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، حيث:

1. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أداء دوره المهني تجاه العميل بإخلاص وكفاءة.
2. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن لا يحول العلاقة المهنية مع العميل لخدمة مصالحه الشخصية.
3. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يلتزم بالموضوعية والحياد، بمعنى عدم التحيز لمؤسسة أو لهيئة أو لطبقة أو لجنس، أو للون أو لمرحلة عمرية، أو لحالة اجتماعية.
4. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن لا يرتبط مع العميل بعلاقة شخصية بأي شكل من الأشكال.
5. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي - وبدون أي حالة استثناء - عدم إقامة علاقة عاطفية بينه وبين العميل أو أحد أقاربه.
6. على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي تزويد العميل بمعلومات كاملة ودقيقة عن حدود وطبيعة الخدمات التي يمكنه الحصول عليها.
7. على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي تقييم مواقع الخطورة التي قد يتعرض لها العميل والحقوق، والفرص، والالتزامات التي يتوجب عليه تأديتها للحصول على الخدمات.

8. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي السعي من أجل الحصول على النصيحة والاستشارة من الزملاء المتخصصين والمشرفين، عندما يشعر أن الاستشارة هي أفضل الحلول لتقديم خدمة أفضل للعميل.

9. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي إيقاف الخدمات التي يحصل عليها العميل عندما تنتهي الحاجة لها، وإنهاء العلاقة المهنية عندما يتم تقديم كافة الخدمات الممكنة للعميل.

10. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي سحب الخدمات بسرعة فقط في أوضاع وظروف معينة، إلا أنه يتوجب عليه أن يأخذ في الاعتبار الشديد جميع العناصر المكونة للحالة، والحرص على التقليل من الآثار السلبية التي قد يتعرض لها العميل نتيجة لذلك.

11. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الذي يتوقع إنهاء خدمات العميل أو انقطاعها، إبلاغ العميل فوراً، والسعي من أجل تحويل العميل لمؤسسات أخرى بناء على الاحتياجات المتبقية لديه.

ثانياً : حقوق العميل وأولوياته:

يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بذل قصارى جهده من أجل تعزيز وتأكيد حق العميل في تقرير المصير:

1. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يعمل كمدافع عن العميل (العاجز) ومطالب لمصالحه، كما يجب عليه حماية مصالح العميل وحقوقه.

2. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي خلال تعامله مع الأفراد الذين منحوا حق الوصاية على العميل، أن يضع الأولوية لمصلحة العميل وحقوقه.

3. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عدم المساهمة في أي عمل قد يعرض العميل لانتهاك حقوقه أو اغتصاب حقوقه المدنية أو القانونية.

ثالثاً : السرية والخصوصية:

يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي احترام خصوصية العملاء، والمحافظة على سرية كل المعلومات التي تم الحصول عليها خلال الممارسة المهنية:

1. يمكن للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مناقشة الأخصائيين المهنيين الآخرين في المعلومات السرية الخاصة بالعميل، دون إذن موافقة، ولكن فقط بالحدود التي تمليها عليه الحاجة لتقديم الخدمة المناسبة للعميل.

2. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي إعلام العميل بالغرض من الحصول على المعلومات وكيفية الاستفادة منها، وكذلك باستثناءات السرية ودواعيها.

3. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي تزويد العملاء بطريقة الحصول على أي من المستندات الخاصة بهم التي تم الاحتفاظ بها لضرورة تقديم الخدمة.

4. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الحصول على الموافقة الخطية من العميل قبل تسجيل أو تدوين أو السماح لعضو

ثالثاً لملاحظة التدخل المهني (قد يكون الملاحظ طالباً أو مشرفاً أو أخصائياً اجتماعياً إكلينيكياً).

رابعاً: مسؤولية الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين الأخلاقية تجاه زملائهم في العمل:

يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيك أن يتعامل مع زملائه من خلال جو من الاحترام والتأييد والمساواة والثقافة الكافية:

1. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيك التعاون مع زملائه في العمل من أجل تطوير الاهتمامات وتحقيق التوقعات المهنية.

2. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيك احترام المعلومات السرية التي تم تبادلها مع الزملاء من منطلق العلاقة المهنية والتحولية فيما بين زملاء العمل.

3. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيك المحافظة على ظروف الممارسة المهنية التي تيسر الأداء المهني على مستوى من الكفاءة والمسؤولية الأخلاقية وتطويرها باستمرار.

4. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيك أن يتعامل باحترام وبدقة وبعدالة وبكفاءة عندما يناقش أو يحتج مع ضرورة احترام وجهات النظر الأخرى والاهتمام بترك انطباع جيد عند الزملاء، واستخدام أفضل الأساليب للتعبير عن الرأي والحكم على الأمور.

5. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيك الذي حل محل أخصائي اجتماعي إكلينيك آخر، أن يؤدي دوره المهني وادعاً في الاعتبار، اهتمامات الموظف الآخر، ومميزاته الشخصية والمحافظة على سمعته.

6. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي ألا يستغل حالة نزاع بين زملاء العمل ورئيس العمل من أجل خدمة مصالحه الشخصية فيما يتعلق بمركزه الوظيفي.
7. على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي السعي من أجل المشورة ووجهات النظر المحايدة عندما يكون الصراع مع الزملاء في العمل يتطلب قراراً رسمياً أو موقفاً صارماً لأسباب تتعلق بأخلاقيات المهنة.
8. على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يحافظ على العلاقات الجيدة والمحترمة مع زملاء العمل في التخصصات الأخرى، وبدرجة مساوية لعلاقاته مع زملائه من نفس التخصص.
9. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الذي يقوم بدور المدير أو صاحب جهة العمل أو المشرف أو المنسق أن يضع ترتيباً أو تنسيقاً محدداً فيما يتعلق بطبيعة العلاقات المستمرة بين الموظفين.
10. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الذي يقوم بمهمة تعيين وتقييم الموظفين، أن يكون قادراً على تحمل مسؤولية أداء دوره الوظيفي بشكل عادل معتمداً على معايير واضحة للأداء المهني.
11. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن لا يستغل القوة التي يستمدّها من المنصب الوظيفي (المدير، المشرف، المدرب، أو الاستشاري) لخدمة مصالحه الشخصية.
12. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الذي من مسؤولياته تقييم الأداء المهني للموظفين والمشرفين أو الطلاب المتدربين، إشراك هؤلاء الأفراد عند وضع التقييم أو القيام بالعملية التقييمية.

13. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي تقديم الاستشارة لأحد الزملاء من الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين، إذا كان يعاني من مشكلة شخصية، أذى نفسي اجتماعي، أو صعوبات في الصحة النفسية، ومساعدته في اتخاذ موقف علاجي لمشكلته.

خامساً : التعامل مع (العميل) لزميل العمل:

هناك مسؤولية تقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عندما يتعامل مع إحدى الحالات التي سبق أن قدم لها خدمات زميل آخر من نفس جهة العمل مع الاعتبار المهني الكامل:

1. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عدم تقديم أي مساعدة أو استشارة مهنية لأي حالة قد تمت خدمتها من زميل آخر سواء في نفس جهة العمل أو من جهة عمل أخرى، إلا بعد الاتصال بالزميل الآخر ومناقشة الأوضاع الراهنة للحالة.

2. يتوقع من الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الذي يقوم بخدمة أحد العملاء الذين سبق خدمتهم من قبل زميل عمل آخر ولكن لظروف غياب، أو إجازة عمل، تم تحويلهم إليه أن يقدم الخدمة المناسبة والكافية لاحتياجات العميل على أكمل وجه، ودون أي تأخير أو تأجيل للإجراءات.

سادساً : مسؤولية الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي تجاه صاحب العمل، والمؤسسة التي يعمل بها:

الالتزام لجهة العمل : يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي المحافظة على الالتزام تجاه جهة العمل:

1. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يعمل لتحسين أنظمة وإجراءات جهة العمل (المؤسسة)، وكذلك كفاءة وفاعلية الخدمات التي تقدم فيها.

2. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي العمل من أجل الابتعاد عن، وتحاشي التفرقة العنصرية أو الطبقية في أنظمة التوظيف والممارسة المهنية في المؤسسة التي يعمل بها.

سابعاً : مسؤولية الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي الأخلاقية تجاه العمل الاجتماعي المهني:

من أجل المحافظة على سمعة ومكانة التخصص المهني، يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يثبت ويطور القيم والأخلاقيات والمعرفة المتخصصة والرسالة المهنية للتخصص:

1. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي حماية وتعزيز وقار واستقامة التخصص المهني، كما يجب أن يكون على قدر من المسؤولية عند مناقشة أو انتقاد المهنة.

2. يجدر بالأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي استخدام القنوات المناسبة والمتخصصة، فيما يتعلق بأي سلوك غير لائق أخلاقياً قد صدر من أحد المتخصصين المهنيين.

3. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي أن يعمل من أجل وقاية التخصص من ممارسة مهنية غير مرخصة، أو دون توافر مؤهل علمي.

4. يجب على الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي عدم تقديم صورة غير واقعية من خلال الدعاية والإعلان، فيما يتعلق بالكفاءات والخدمات، أو الأهداف المرجوة والنتائج المتوقعة.

تعليق :

تعد الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تخصصاً فرعياً داخل مهنة الخدمة الاجتماعية، وهي بذلك تشترك مع بقية المهنة في القيم والأهداف. وتتبنى الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أساساً علمياً في الممارسة، فهي تتبع المنهج العلمي الذي يمكنها من تحديد أي التدخلات المهنية أنسب مع أي فئة من العملاء وفي أي مجال وتحت أي ظروف، وهي بذلك توفر النموذج الأمثل لتوظيف البحث ونتائجها في الممارسة المهنية مع عملاء المهنة. كما أنها توظف المنهج العلمي ولا سيما التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية لتقويم فاعلية الممارسة المهنية، بحيث يتم دائماً معرفة مدى التقدم الذي أحرزه الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي مع العميل.

ولقد أصبحت الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في السنوات القليلة الماضية الأكثر طلباً من قبل المؤسسات الاجتماعية وذلك من خلال وصف الوظائف المتاحة لديها (Billups & Julia, 1979). وتعد الزيادة المطردة في استخدام مفهوم الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية دليلاً مهماً على زيادة التقبل لهذا الفرع من فروع الخدمة الاجتماعية. وبالرغم من وجود عوامل عدة ساهمت في استخدام مصطلح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وزيادة الطلب على المتخصصين فيه، إلا أن أهم هذه الأسباب على الإطلاق هو القوانين والأنظمة الاجتماعية التي سنت بهدف جعل الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين مسؤولين ليس فقط تجاه مؤسساتهم المهنية التي يعملون فيها، ولكن تجاه

المجتمع ككل، فالقوانين التي فرضت تراخيص ممارسة مهنية أدت إلى وجود معايير مهنية يمكن الاحتكام إليها قانونياً (Kutchins & Kirk, 1987).

ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أنه لا يوجد في الوقت الراهن فهم مشترك للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، وبالرغم من وجود تعريف محدد للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من قبل الجمعية الوطنية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين NASW، إلا أن هذا التعريف مر بمراحل كثيرة، وتم تطويره عدة مرات منذ اعتراف الجمعية بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية كتخصص مستقل داخل المهنة، مما يدل على أن مفهوم الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لم يستقر بعد، وأنه ربما يكون لا يزال هناك مجال لتطويره وبلورته بشكل أفضل. الأمر الآخر، أن وجود التعريف لا يعكس عدم الاتفاق في فهم ماهية الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية الموجودة بين الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين أنفسهم وبين الأخصائيين الاجتماعيين بصفة عامة وبين الأخصائيين الاجتماعيين والمتخصصين المهنيين الآخرين وكذلك بين المؤسسات الاجتماعية المختلفة.

ومع يقيننا أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في مرحلة تطور وبلورة، إلا أننا نعتقد أيضاً أنها بحد ذاتها تمثل تطوراً في الخدمة الاجتماعية كمهنة، حيث تم فيها ربط مقومات المهنة كافة، كما تدرس للطلاب في الجامعات والكليات والمعاهد المتخصصة في الخدمة الاجتماعية. والخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وإن كانت تطبق جزئياً وتدرس جزئياً وتحت مسميات مختلفة في العالم العربي، حيث لم تحظ بالاهتمام الكافي في الكتابات العربية، إلا أنه من المتوقع أن تشهد المرحلة القادمة كتابات أكثر عنها، وبلورة أدق وأعمق لمفاهيمها وماهيتها بما يعكس أهميتها.