

الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية - المفهوم والتوجهات

محمد حسين البغدادي

أستاذ مساعد، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، الرياض،
المملكة العربية السعودية

ملخص البحث. يهدف هذا البحث إلى محاولة إلقاء الضوء على وضع الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في سياق ممارسة الخدمة الاجتماعية بوجه عام. حيث نستعرض مفاهيم الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وأهدافها وتوجهاتها، وأهم المبادئ التي تحتضنها، والمعطيات النظرية التي تستند إليها.

ويتناول البحث استعراضاً لأهم القضايا المطروحة — ولا سيما قضية التخصص والتكامل — من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، والتركيز على طرح أوجه الاختلاف والاتفاق حول تلك القضية.

كما يحاول الباحث مناقشة المفاهيم والأهداف والتوجهات التي وردت في سياق البحث، واستعراض بعض القضايا والتساؤلات حول الممارسة الإكلينيكية في المجتمعات الغربية، والتي قد تشغل اهتمامات، أو تبرز انتقادات المشتغلين بالخدمة الاجتماعية في مجتمعاتنا النامية بصفة عامة والمجتمع العربي بصفة خاصة.

مدخل

جدل متواصل بين المشتغلين بالخدمة الاجتماعية — ولا سيما في المجتمعات الغربية — عما تكون عليه مفاهيم الخدمة الاجتماعية وقيمها وأهدافها وأساليبها وميادينها وتوجهاتها وممارساتها. ويثار الجدل نفسه في مجتمعاتنا النامية من منظور مماثل تارة، ومختلف تارة أخرى.

وتلعب العوامل السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية الدور البارز في مسار ذلك الجدل، وما ينتهي إليه من توجهات، وما يفرزه من مداخل، وما تعج به ساحة الممارسة من نماذج وأساليب.

ومن نتائج ذلك الجدل وما يتبعه من إسهامات، تبقى دائماً قضية أساسية تدور في إطار الإجابة عن الأسئلة الآتية: لمن تقدم المساعدة؟ وبأية كيفية تقدم؟ وكيف يمكن أن نُقوم طبيعة المردود من خلال نتائج الممارسة؟

لقد بدا أن تطور طرق الخدمة الاجتماعية قد حدد إطار الممارسة، كما حدد أسلوب التدخل نفسه، وقد ساهم المنظرون في تعميق هذه الطرق، واشتغل الممارسون بدورهم بعملية التطبيق، ثم ظهرت دعوة التكامل وشمولية الممارسة بوصفها مطلباً يلبي حاجتنا إلى العمل في إطار نظرية شاملة لممارسة الخدمة الاجتماعية.

وعلى الرغم من التأييد الذي حظيت به تلك الدعوة، إلا أنها — في ظني — لم تفلح في تبني مدخل للممارسة يتفق عليه المشتغلون بالخدمة الاجتماعية كافة، والدليل على ذلك هو ما نلمسه في ساحة الممارسة، إذ أظهرت المراحل التطبيقية المختلفة في ميدان الممارسة أن هناك اختلافات غير قليلة بين ما هو واقع وبين ما يتبناه المنظرون من أفكار واتجاهات، وما تتضمنه المؤلفات من بحوث ومقالات، وما تحتويه مناهج ومقررات إعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المجتمعات الغربية والنامية على حد سواء.

وقد أدى هذا إلى ظهور ما يطلق عليه ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الوحدات الصغرى micro practice والوحدات الكبرى macro practice ومع الوحدات الوسطى mezzo practice، والممارسة المباشرة direct practice، والممارسة الخاصة private practice.

ويضاف إلى توجهات وأدبيات الخدمة الاجتماعية الغربية المعاصرة ما يطلق عليه

«الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية».

ويهدف هذا البحث إلى محاولة التعرف على وضع الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في سياق ممارسة الخدمة الاجتماعية بوجه عام . فهل هي دعوة لاستمرار التكامل ، أم تأكيد لختمية التخصص ؟ هل هي اتجاه فردي علاجي يعكس الفكر الغربي ؟ وما علاقة توجهاتها بالسياق الاجتماعي وتفاعل الإنسان والبيئة ؟ هل هي مظلة تحوي مداخل متعددة للمساعدة ؟

ونرى أن نجعل الإجابة عن هذه التساؤلات جملة من خلال معالجتنا لفتيتين رئيسيتين أعلاهما عندنا ما يتصل بماهية الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وأهدافها ، يلي ذلك قضية توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وأبرز ملامحها الأساسية ، على أن نحيط ذلك كله بالمعطيات والمداخل النظرية التي تستند إليها الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية .

أولاً : الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية : المفهوم والأهداف

إن كلمة إكلينيكي clinical مشتقة من اليونانية klinike وتستخدم في العلاج الطبي للإشارة إلى العلاج السريري وتعني الملاحظة المباشرة للمريض ، وإن كانت تتضمن الاهتمام المباشر بالناس .

أما مصطلح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية clinical social work فهو يحمل معاني معقدة متشابكة ، تتسم بالتناقض . فهو يفيد ضمناً — ومن منظور ضيق — الاهتمام بممارسة الصفوة elitist practice ، فضلاً عن الارتباط ببدايات التخصص في الخدمة الاجتماعية النفسية . ومن جانب آخر ، فهو مفهوم ذو معنى واسع يشمل معظم أشكال الممارسة المباشرة direct practice .^(١)

كما يدل بالنسبة لكثير من الممارسين على تخصص في ممارسة الخدمة الاجتماعية من منظور العلاج النفسي الذي يهدف إلى تحسين طاقات الفرد أو تعديلها باستخدام أساليب

Aron rosenblatt and Diana Waldfogel, eds., *Handbook of clinical Social Work* (San Francisco: (١) Jossey-Bass, 1983), xxvi.

العلاج النفسي ونظرياته . كما يذهب بعض المنظرين إلى أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تتعامل مع وجهين متداخلين معاً هما الناس والبيئة^(٢) في حين تعتقد طائفة أخرى بأنها خدمات متعددة تهدف إلى تحرير liberating وتدعيم supporting طاقات التكيف لدى الفرد، وتطوير الجوانب الجسمية والاجتماعية والبيئية لاحتياجات الناس .^(٣)

ويبدو أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بمثابة مظلة تحوي عدة مداخل لمساعدة الناس .^(٤)

هذا وتعرّف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بأنها «تتضمن مجموعة عريضة من الخدمات النفسية والاجتماعية تقدم للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة لمواجهة مشكلات الحياة، تمارس في مؤسسات عامة أو عن طريق الممارسة الخاصة، وتهتم بتقدير التفاعل القائم بين الجوانب البيولوجية والنفسية والخبرة الاجتماعية للفرد، حيث ينصب اهتمام الممارس الإكلينيكي على السياق الاجتماعي الذي تحدث أو تتعدل من خلاله مشكلات الفرد والأسرة، ولذلك تركز الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على التدخل في الموقف الاجتماعي إضافة إلى موقف الفرد، ويحدث التغيير المرغوب عن طريق العلاقة المهنية وتغيير الموقف الاجتماعي وتعديل علاقات الفرد بغيره من الأفراد ممن يمثلون عنصراً مهماً في حياته .^(٥)

وتعرض «ماير» C. Meyer منظور المنظمة القومية للأخصائيين الاجتماعيين (NASWS) الذي يعرف الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي «بأنه ممارس يتطلب إعداداً،

(٢) Eda G. Goldstein, "Issues in Developing Systematic Research and Theory," in Rosenblatt and Waldfoegel, p. 7.

(٣) Carel B. Germain, "The Social Context of Clinical Social Work," *Social Work*, 25 (1980), 483.

(٤) Goldstein, 7.

(٥) انظر : Rosenblatt and Waldfoegel, xxvi-xxvii, Jerome Cohen, "Nature of Clinical Social Work," in :

Patricia L. Ewalt, ed. *Toward a Definition of Clinical Social Work* (Washington, D. C. : National Association of Social Workers, 1980), p. 26.

تعليمًا وخبرة تمكنانه من توفير خدمات وقائية وعلاجية مباشرة للأفراد والأسر والجماعات الذين يعانون من تأثير الضغوط الاجتماعية أو النفسية أو سوء الصحة . « وتنتقد «ماير» هذا التعريف لغموضه وعموميته generality وعجزه عن تبني إطار من الأهداف والقيم والمعرفة الخاصة بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، فضلاً عن قصوره في ربط الأفعال والممارسات بالمفاهيم والمبادئ وتقويم نتائج التدخل، فتصبح الممارسة الإكلينيكية عارضة، غير قابلة للتكرار في المواقف المماثلة. (٦)

ويُعرف «باركر» R. Barker في «قاموس الخدمة الاجتماعية،» الممارس الإكلينيكي بأنه «شخص مهني يعمل بصورة مباشرة مع العملاء في المستشفيات أو العيادات أو غيرها من المؤسسات، حيث يقوم بدراسة المشكلة وتقدير موقف العميل وتشخيصه. وينصب العلاج أو المساعدة بالتدخل المباشر لتحقيق أهداف محددة.» ويضيف «باركر» أنه بصفة عامة فإن الإكلينيكي هو الذي يسعى لتقديم مساعدة مباشرة للعميل — فرد، جماعة، أسرة — وعادة ما تقدم تلك المساعدة في مكتب الأخصائي. (٧)

كما تعرّف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بأنها «ذلك الجزء من ممارسة الخدمة الاجتماعية الذي يسهم في توفير خدمة مباشرة لتحسين الأداء الاجتماعي.» (٨)

وترى «نورثن» H. Northen أن المصطلح يشير إلى «خدمات مهنية تقدم إلى عملاء أو من أجلهم. حين يكون الهدف تحسين وزيادة الأداء الاجتماعي النفسي للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة.» وتذهب إلى أن المصطلح لم يرق إلى القبول العالمي لالتصاق المفهوم في أذهان بعض الممارسين بعلاج الجوانب المرضية في مؤسسات العلاج النفسي. وتضيف

(٦) Carol H. Meyer, "Selecting Appropriate Practice Models," in Rosenblatt and Waldfogel, p. 732.

(٧) Robert L. Barker, *The Social Work Dictionary* (New York: National Association of Social Workers, (٧) 1987), p. 26.

(٨) Joan Laird and Jo Ann Allen, "Family Theory and Practice," in Rosenblatt and Waldfogel, pp. (٨) 176-77.

«نورثن» أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لا تركز على الجوانب المرضية الباثولوجية فحسب، بل تمتد جهودها إلى الجوانب الوقائية العلاجية معاً، فضلاً عن تدخلها لتيسير العلاقات وتطوير المصادر الشخصية والاجتماعية والبيئية لصالح العملاء. (٩)

كما قدمت مجموعة عمل الندوة السنوية الأولى للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية التي أقيمت في مدينة «دينفر» Denver عام ١٩٧٩م تحت رعاية المنظمة القومية للأخصائيين الاجتماعيين مرئياتها بشأن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، وأشارت إلى أن منظور «الفرد - في موقف» the person-in-situation يعدّ بمثابة مبدأ أساسي يوجه معظم أشكال ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، (١٠) ولذلك فهي قادرة على توجيه جهودها نحو معظم اهتمامات مهنة الخدمة الاجتماعية. (١١)

وبصفة «باركر» R. Barker الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بأنها «نمط متخصص من التدخل المباشر للخدمة الاجتماعية من أجل العمل مع الأفراد والأسر والجماعات يجري في أغلب مراحلها في مكتب الأخصائي، في حين يستخدم بعض المهنيين المصطلح بوصفه مرادفاً لخدمة الفرد أو الخدمة الاجتماعية النفسية، في حين يعتقد آخرون أن للمصطلح معاني مختلفة. (١٢)

ويرى «سترين» Herbert Strean أن معظم الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين يعتبرون أن مسؤولياتهم المهنية تتضمن اهتماماً وتدخلًا مع بيئة العميل فضلاً عن التعامل مع المؤثرات الداخلية للفرد. (١٣)

(٩) Helen Northen, *Clinical Social Work* (New York: Columbia University, 1982), p. ix.

(١٠) Goldstein, p. 7.

(١١) Cohen, p. 25.

(١٢) Barker, p. 26.

(١٣) انظر: Herbert S. Strean, *Clinical Social Work* (New York: Free Press, 1978).

وعلى الرغم من أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تختلف عن تنظيم المجتمع والتخطيط الاجتماعي واستراتيجيات التغيير الاجتماعي ، إلا أنها تنطوي على جهود المساعدة التي تسهم في زيادة الأداء الاجتماعي أو تدعيمه بصفة عامة . وتشمل مجالاً عريضاً من الخدمات النفسية والاجتماعية للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة ، هدفها التصدي للعديد من مشكلات الحياة الإنسانية. (١٤)

وفي تصورنا أن ذلك المنظور العريض يعطي الممارس شرعية انتقاء المنهج الملائم للممارسة ، استناداً إلى طبيعة التنظيم الذي تمارس فيه الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ، والحاجات التي يتطلب إشباعها ، والمشكلات التي يُفترض أن يتصدى الممارس لها . ولذلك ينفي «ويسمان» H. Weissman أن يكون للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية عملاء دائمون أو تقنيات وأساليب ثابتة ، وإنما يرى وجود رغبة دائمة للممارسين في مساعدة الناس. (١٥)

وإذا كان النسق القيمي والأهداف يوجهان الممارسة فإن الأسس الفلسفية والقيمية التي يستند إليها المدخل النظري للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ، تتمثل في ثلاثة جوانب ، أولهما الجانب الإنساني ، وثانيهما الجانب العلمي ، ويتضمن الجانب الثالث الفكر الديموقراطي الذي يقوم على دعائم أساسية ، تؤمن بضرورة إدراك الحقوق والمسؤوليات المتبادلة والتوجه نحو رفاهية الفرد والجماعة والمجتمع برمته. (١٦)

إن هدف ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية كما ترى «ماير» C. Meyer هو «زيادة الأداء الاجتماعي ، أي زيادة أداء الفرد لوظائفه الاجتماعية .» (١٧)

(١٤) انظر : Goldstein, p. 7; Cohen, pp. 25-26.

(١٥) Harold H. Weissman , "Knowledge Base of Clinical Social Work," in Rosenblatt and Waldfoegel, p. 1.

(١٦) Northen, p. 302.

(١٧) Meyer, p. xxvii.

كما تهدف في الوقت نفسه إلى صيانة maintenance وتحسين enhancement الأداء النفسي الاجتماعي للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة، عن طريق زيادة تيسير الموارد الشخصية والعلاقية والمجتمعية المرغوبة. (١٨)

كما تنطوي على مجال عريض من الخدمات التنموية والوقائية والعلاجية، وتتميز بتأكيدا على ضرورة تقدير المؤثرات النفسية الاجتماعية للأفراد في المواقف التي تضمهم persons-in-situations وتستخدم الإجراءات والأساليب الملائمة التي تتسق وذلك التقدير. (١٩)

إن هدفها هو مساعدة الناس لأداء متوافق فعّال في علاقاتهم النفسية الاجتماعية، ومن ثم على الممارس الإكلينيكي مسؤولية إحداث تغيير في سلوك الأفراد واتجاهاتهم نحو أنفسهم ونحو الآخرين، بل إنه يسعى إلى إحداث تغييرات في البيئة نفسها لتهديب الوسط الاجتماعي.

وعلى الجملة فإن إحداث هذا التغيير سواء اتصل بالأفراد أو الجماعات أو البيئة، فهو يسعى إلى إيجاد نوع من العلاقات المتوافقة التي تربط بين الفرد والجماعة في المواقف التي تضمهم.

ومن جانب آخر فإن للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية هدفاً عاماً يتحقق من خلال سعيها إلى تحقيق الأهداف الخاصة بكل عميل، وليس هذا فحسب بل إنها تسعى في سبيل تحقيق هذا الهدف الخاص إلى الحيلولة دون تفاقم المشكلات في علاقات الفرد النفسية الاجتماعية، كما تسعى إلى علاج المشكلات الطارئة التي تحد من تحقيق تلك الأهداف.

(١٨) Cohen, p. 30.

(١٩) Northen, p. 300.

ومن أمثلة المشكلات التي تسعى للحيلة دون وقوعها: قصور الموارد الاقتصادية، أو ضعف المعرفة والخبرة، أو الاستجابات العاطفية للضغوط والمؤثرات النفسية الاجتماعية، التي غالباً ما تكون بسبب المرض أو عدم القدرة أو في العلاقات الاجتماعية غير المشبعة، أو الصراع بأنواعه المختلفة كالصراع الداخلي للفرد أو الصراع الثقافي، أو الصراع مع التنظيمات الرسمية، إضافة إلى سوء التوافق في الأداء الاجتماعي مع الجماعات التي ينتمي إليها الفرد. (٢٠)

هذا ويبدو للباحث مدى الغموض الذي يكتنف هذه المفاهيم التي عرضنا لها في الصفحات السابقة، فضلاً عن التعدد في أهداف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وعدم وضوحها، مما ينشأ عنه في تقديرنا صعوبة تحديد واقعي لأسلوب الممارسة والمداخل المناسبة للتدخل المهني وتقييم نتائج ذلك التدخل.

وعلى أي حال فإن المفهوم الحقيقي للخدمة الإكلينيكية كما يرى «روزنبلات» A. Rosenblatt و«ولدفوجل» D. Waldfoegel ظهر نتيجة للعوامل التالية: (٢١)

- ١ - الرغبة في تطوير أساسي نظري جديد للمهنة
- ب - تغير النظر لحجم وحدة العميل client unit size بحيث تجاوز الفرد نفسه إلى الأسرة والجماعات وهذا أدى إلى إحداث منظور جديد متعدد يتناسب مع مواقف الممارسة الجديدة
- ج - اهتمام بالبيئة الاجتماعية، مع إدراك الممارسين أن منظور خدمة الفرد لم يعد يهتم بالتدخلات المخططة للتأثير في الأنساق الاجتماعية بكفاءة
- د - الحاجة إلى تطوير بحث إمبريقي يدعم الممارسة

وهنا أجدني مدفوعاً إلى السؤال التالي: هل كان لكل تلك العوامل المتقدمة دور في

(٢٠) Ibid., pp. 301-303.

(٢١) Rosenblatt and Waldfoegel, p. xxvii.

تحديد مسار الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وتوجهاتها؟ إن الإجابة عن هذا السؤال تسلمنا إلى القضية التالية .

ثانياً: توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

تُبرز المفاهيم والأهداف والعوامل السابقة توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية .

ومن هنا فنحن نتساءل عما إذا كانت تلك الأهداف والمفاهيم تتسق مع أهداف طريقة خدمة الفرد وأساليبها؟ إذا كان الأمر كذلك فإن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في ضوء ذلك تصبح تدعيماً للمدخل العلاجي الفردي، يمارس عن طريق الصفوة من الأخصائيين الاجتماعيين .

أم أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تعد تأكيداً لحتمية التكامل والممارسة العامة انطلاقاً من مبدأ يرى أن «احتياجات ومشكلات العملاء هي التي تحدد انتقاء المنهج الملائم للتدخل بغض النظر عن التخصص» .

وعود على بدء نعرض إجابة التساؤلات السابقة كمايلي .

١ - الصفوة والمكانة المهنية

تتأثر ممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة بالمتغيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية ولا سيما في المجتمعات الغربية، إلا أن هناك مؤثراً آخر له مدلوله على توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بصفة خاصة، مما دعا «ماير» C. Meyer إلى وصف الغموض الذي يكتنف تعريف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بأنه يتيح للممارسين، استخدام المفهوم ليقدم أغراضاً مختلفة، كما تصف الممارسة الإكلينيكية ذاتها بأنها حركة ارتجاعية (٢٢) . backlash

فقد تزايد خلال الستينات اهتمام الخدمة الاجتماعية بقضايا التغير الاجتماعي والعمل مع المجتمع برمته، ومن هنا فقد هاجم أصحاب تلك التوجهات المداخل العلاجية الفردية والنموذج الطبي النفسي في الممارسة، وامتد الهجوم ليشمل أخصائيي خدمة الفرد، الذين اتجه بعضهم نحو التكامل، أو استخدام نماذج تقوم على مفهوم موحد للممارسة، وتراجع البعض الآخر كممارسين إكلينكيين.

ومن ثم تصبح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من منظور «ماير» نوعاً من الارتداد، ولذلك تتساءل عن أسباب ارتباط الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بالخدمة الاجتماعية النفسية والمداخل العلاجية النفسية، وهل يجني الممارسون الإكلينيكيون القوة والمكانة من انتباههم للفريق الإكلينيكي؟ أم أن توجهاتهم نحو الممارسة الإكلينيكية تبرير للممارسة الخاصة للـ private practice ؟

ويبدو — كما ترى «ماير» — أن ثمة أغراضاً ومبررات أخرى أسهمت في استخدام كلمة «إكلينيكي» مصاحبة لطبيعة الممارسة ونوعية الممارسين.

إذ ظهر في الميدان أخصائيون اجتماعيون من حملة البكالوريوس، وتأثر بذلك الممارسون الحاصلون على الماجستير، وامتد التأثير إلى استراتيجيات القوى العاملة من الأخصائيين الاجتماعيين، سواء في المؤسسات الأولية للخدمة الاجتماعية، أم في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الثانوية للخدمة الاجتماعية.

لقد أصبح تهديد حاملي البكالوريوس واضحاً على هيمنة حاملي الماجستير والصفوة من الممارسين، ولا سيما بعد نقص الاعترافات المالية وتصنيف وظائف الخدمة الاجتماعية في أمريكا، ولذلك استخدمت كلمة «إكلينيكي» بوصفها رمزاً أو مصطلحاً يدل على نوعية الممارس ومستواه ومكانته. (٢٣)

٢ - التكامل من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

وهناك من يرى أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية دعوة للتكامل تنطوي على محاولة تطوير منهج للممارسة يتسق مع العمل في أنساق متعددة.

وبغض النظر عن وحدة الخدمة unit of service فإن الفصل في نوعية المساعدة التي تقدم للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة يخدم أغراض التحليل فقط، وعلى الممارس الإكلينيكي التزود بفهم شمولي holistic للناس، خلال تفاعلهم مع أسرهم والأنساق الأخرى والشبكة العريضة للعلاقات الاجتماعية التي تحتويهم.

إن التقدير الملائم للمتغيرات البيولوجية النفسية الاجتماعية التي تؤثر في الفرد أو الأسرة تتطلب من الممارس استخدام النموذج المناسب بطريقة هادفة ومخططة، إذ يتوقف نجاح عملية التدخل المهني — وفق هذا المنظور — على الاستخدام المرن flexible لأنساق الفرد والجماعة والبيئة، إضافة إلى طرق المساعدة وتقنياتها. (٢٤)

ويبدو أن المبدأ الذي يستند إليه التكامل في الممارسة من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية كما يراها أصحاب ذلك التوجه، أن حاجات العميل أو طالب المساعدة سواء كان فرداً أم جماعة أم أسرة أم مجتمعاً محلياً، يجب أن تقرر أشكال المساعدة وأساليب التدخل الفردي أو الجماعي أو المجتمعي. وبعد ذلك تغييراً في النظرة لحجم وحدة العميل.

وجدير بالذكر أن توجهات ممارسة الخدمة الاجتماعية التي تجاوزت التخصص إلى التكامل والممارسة الشاملة خضعت لمراحل تاريخية، فقد شغلت قضية تكامل الفلسفة والمعرفة والأهداف في ممارسة الخدمة الاجتماعية اهتمامات المشتغلين في الميدان، منظرين وممارسين. (٢٥)

(٢٤) Northen, pp. 300-301

(٢٥) انظر على سبيل المثال: Carol H. Meyer, *Social Work Practice: The Urban Crisis* (New York: Free Press, 1976); Helen Harris Perlman, "Social Work Method," *Social Work*, 10 (October, 1965).

أما نظرية الممارسة نفسها فقد اتخذت اتجاهين، أحدهما يركز على التخصص والثاني يدعو للممارسة العامة، وسار التخصص عبر ثلاث مراحل، المرحلة الأولى وفق وظيفة المؤسسة وأهدافها ونوعية العاملين بها، وانصب الاهتمام على تلبية حاجات العملاء والتصدي لمشكلاتهم واستخدام النماذج التي تبدو ملائمة لإنجاز تلك الأهداف.

وتركز المرحلة الثانية على الطريقة أو المنهج المتبع، بغض النظر عن طبيعة المؤسسة ونوعيتها، وتأتي المرحلة الثالثة ليزداد الاهتمام بميادين الممارسة ومجالاتها دون اعتبار للطريقة أو المنهج المستخدم.

لقد كانت هذه المرحلة بداية لدعوة التكامل والبحث عن منظور شمولي للممارسة. (٢٦) أو البحث عن أساس مشترك يجمع وفاق الأهداف والمعرفة والطرق وما يؤدي إلى نمو المهنة في إطار متسق متوافق. (٢٧)

لقد أضحى واضحاً أن التفرقة التقليدية لطرق الخدمة الاجتماعية أو مناهجها لا تسهم في تحقيق خدمات فعالة، وأن التمييز بين العمل مع الفرد والعمل مع الجماعة يدعم الانقسام الزائف بين الأفراد وسياقهم الاجتماعي ويدعو إلى تقديم الخدمات وفق مهارات الممارس وخبراته وتخصصه أو على ضوء الإجراءات التعسفية التي قد تفرضها المؤسسة، دون اعتبار أو تقدير واقعي لحاجات من تتعامل معهم. (٢٨)

إن المبدأ الأساسي الذي يستند إليه مدخل التكامل في الممارسة هو «أن حاجات ومشكلات العميل هي المحدد في انتقاء أسلوب وطريقة تقديم المساعدة وليس العكس.»

Northen, pp. 2-3. (٢٦)

Max Siporin, *Introduction to Social Work Practice* (New York: Macmillan, 1975), p. vii. : انظر (٢٧)

Northen, p. 8. (٢٨)

إلا أن أصواتاً معارضة تصدت لفكرة التكامل في الممارسة،
 أ - إذ يرى بعض الأخصائيين الاجتماعيين أن التكامل بين الطرق، ولا سيما بين
 خدمة الفرد وخدمة الجماعة، إنكار لإسهامات كل طريقة، وفي الوقت الذي يحتاج فيه
 العمل بفاعلية مع الأفراد أو الجماعات إلى مهارات خاصة، فإن ثمة صعوبة تواجه
 الأخصائي في تعلم أكثر من طريقة وممارستها. (٢٩)

ب - ويذهب البعض الآخر إلى أن النماذج التي تنطلق من فكرة التكامل، قد تسهم
 في تدعيم وحدة المهنة، ولكن في المقابل هناك خسارة تتعلق باللياقة الوظيفية functional.
 relevance

فالمعرفة والمهارة المطلوبة للخدمة المباشرة تختلف، ولا بد أن تختلف عن خدمات
 الرعاية الاجتماعية الأخرى. (٣٠)

ج - حجة أخرى يسوقها البعض، أن هناك نشاطات متعددة لا تجري على مستوى
 المؤسسات التي تقدم خدمات مباشرة، كالإجراءات التي تتخذها الأجهزة التشريعية
 والسياسية، وعمليات التخطيط والتنسيق، وبالتالي فإن المتطلبات التنظيمية لتلك الأجهزة
 هي التي تحدد نوعية التخصص الملائم.

د - حجة أخيرة يستند إليها المعارضون، أن المعرفة والمعطيات النظرية والتطبيقية
 لتنظيم المجتمع والتخطيط الاجتماعي تختلف بصورة كلية وأساسية عن المعرفة الخاصة

Emanuel Tropp, "A Developmental Theory," in Robert W. Roberts and Helen Northen, eds. (٢٩)
Theories of Social Work with Groups (New York: Columbia University Press, 1976), pp. 189-237.

(٣٠) لمزيد من التعرف على الانتقادات انظر: Neil Gilbert and Harry Specht, "The Incomplete
 Profession," *Social Work*, 19 (November, 1974), 672; Edward Schwartz, "Macro Social Work,"
Social Service Review, 51, No. 2 (June, 1977), 207-27; Sheila B. Kamerman et al., "Knowledge for
 Practice," in Alfred J. Kahn, ed., *Shaping the New Social Work* (New York: Columbia University
 Press, 1973), pp. 97-146.

بالمداخل والمناهج التي تتعامل مع الأفراد والأسر.

وردًا على تلك الانتقادات بُدلت محاولات لتطوير نماذج للعمل مع أنساق تنطوي على أحجام وتعقيدات مختلفة^(٣١) لدعم أهمية التكامل في الممارسة، وتوفير منهج قابل للتطبيق في مواقف مختلفة ومع أنساق وحاجات إنسانية ومؤسسات متعددة.

وفي اعتقادنا أن تأكيد بعض المنظرين على الارتباط الواضح بين التكامل في الممارسة وبين الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لا يستند إلى الواقع.

فتوجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية المرتبطة بمفهوم التكامل تحمل قدرًا من التناقض، ولا سيما أن الدعوة إلى التكامل والممارسة العامة مع أنساق متعددة لا تتسق ومبدأ الخدمة المباشرة direct service بوصفه المبدأ الرئيس الذي تستند إليه معظم أشكال الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية. ذلك أن النزعة نحو الخدمة المباشرة عادة ما توجه الممارسة نحو الفرد أو الأسرة أو الجماعات الصغيرة دون اهتمام بالمداخل التنموية والتغير الاجتماعي المخطط.

وجدير بالذكر أنه في آخر الخمسينات دعا «ويلنسكي» H. Wilensky و «ليبو» C. Lebeaux إلى نموذجين للممارسة، أحدهما للتعامل مع الأفراد والجماعات والآخر يركز على تنظيم المجتمع والتخطيط الاجتماعي.^(٣٢) فهل كانت دعوتها تأكيدًا لمبدأ التخصص في الممارسة واقتصار الخدمة المباشرة على ما يعرف اليوم بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية؟

كما يستخدم اليوم في أدبيات الخدمة الاجتماعية الغربية المعاصرة مصطلح الخدمة الاجتماعية مع الوحدات الصغرى micro social work والخدمة الاجتماعية مع الوحدات

(٣١) انظر على سبيل المثال: Max Siporin, Allen Pincus and Anne Minahan, *Social Work Practice: Model and Method* (Itasca, Ill.: Peacock, 1973); Howard Goldstien, *Social Work Practice: A Unitary Approach*, (Columbia, SC.: University of South Carolina Press, 1973).

(٣٢) انظر: Harold L. Wilensky and Charles N. Lebeaux, *Industrial Society and Social Welfare*, (New York: Russell Sage Foundation, 1958).

الكبرى macro social work فأيهما يتسق والخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وأيهما يتبنى فكرة التكامل؟

إن الإجابة عن تلك التساؤلات تعكس عدم الوضوح الذي يكتنف توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية نحو التكامل، ولا سيما أن بعض الباحثين يذهب إلى أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لا تسلم بأي من الاتجاهين — بالتكامل والتخصص — فضلاً عن عدم تسليمها بالأسس العلمية لكل من الاتجاهين.

وينقسم أصحاب تلك الدعوة إلى فريقين وكلاهما يؤيد الابتعاد عن تعظيم أي من الاتجاهين المتقدمين أو تبنيه، بيد أن لكل منهما منظوره الخاص فيما يتصل بالجوانب التالية:

١ - التدخل العلاجي والممارسة المباشرة

يستقرأ الفريق الأول تاريخ الخدمة الاجتماعية الغربية، ويرى أن الاهتمام الذي أولته المهنة للتدخل مع الأنساق الكبرى macro systems عوق الممارسة المباشرة. ويركزون على المداخل العلاجية مع الأفراد، في الوقت الذي يسود فيه الاعتقاد أن التدخل العلاجي النفسي سواء مع الأفراد أم الأسر أم الجماعات ليس من وظيفة الأخصائي الاجتماعي فحسب، ولكنها تخصصات تتطلب معارف مميزة وتدريباً ومهارة، مع التسليم بوجود بعض التداخل في الممارسة بين الأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من الممارسين في المجال.

وهؤلاء الذين تنحصر توجهاتهم نحو المداخل النفسية العلاجية يعتمدون على نظريات التحليل النفسي وسيكولوجية الذات.

أما أولئك الذين يهتمون بالعمل مع الأسر والجماعات فإن اهتمامهم النظري يتجه نحو نظريات الأنساق الأسرية وعمليات الجماعة، وكلا الفريقين من الممارسين يطلقون على أنفسهم المعالجين therapists ولا يميلون إلى أن يطلقوا على أنفسهم أخصائيين اجتماعيين لاعتبارات تتعلق بالمكانة وغيرها من الاعتبارات.

وترى «جولدستين» Eda. Goldstein أنه لا يمكن إنكار مدى إسهام تلك النظريات في ممارسة الخدمة الاجتماعية أو في تدعيم أساسها النظري، إلا أن مردودها التطبيقي وأساليبها في الممارسة أصبح معوقاً للخدمة الاجتماعية، لاهتمامها بالسياق الشخصي للسلوك، واستمرار تجاهلها لأثر البيئة، والتواصل بينها وبين الفرد في خلق المشكلات أو إيجاد التوافق المتبادل.

ولذلك تذهب «جولدستين» إلى أن تعريف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على ضوء المعارف النفسية العلاجية يعد نقوصاً للخدمة الاجتماعية.

ففي الوقت الذي يحتاج فيه الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لفهم تلك النظريات وأساليبها التطبيقية وأهمية إدراجها ضمن المناهج الدراسية للخدمة الاجتماعية، إلا أن ذلك النموذج النظري والتقني لا يدرج ضمن تعريف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية. (٣٣)

ب - التركيز على الفرد والبيئة

في حين يؤكد الفريق الثاني على أثر الجوانب السلبية التي اعترضت المهنة نتيجة الاتجاه نحو تعظيم وجهة واحدة لما يعرف بمدخل مساعدة الناس people-helping ومدخل تغيير المجتمع society changing.

كما يذهب هذا الفريق إلى أن التوجه نحو أي من المدخلين حال دون نمو نظريات الممارسة، ذات الأهمية في تدعيم الأساس العلمي للخدمة الاجتماعية.

ومن هنا فهم ينتقدون التقسيم المصطنع للعمل مع الأفراد والعمل مع بيئاتهم ويدعون لاستخدام نظريات تركز على تفاعل الفرد وبيئته. (٣٤)

Eda G. Goldstein, pp. 19-20. (٣٣)

C. Meyer, *Social Work Practice: A Response to the Urban Crisis* (New York: Free Press, 1970); C. (٣٤)

Germain, *Social Work Practice: People and Environments* (New York: Columbia University Press, 1979).

لقد خلص هؤلاء إلى مجموعة من المرئيات والتوجهات الخاصة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية نسوقها كما يلي:

الفرد والبيئة من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

إذ يذهب أصحاب ذلك الاتجاه، الذي يدعو للعمل مع الفرد والبيئة إلى أن اتخاذ «عدد الأفراد» الذين تقدم لهم الخدمة بوصفه أساساً لتقديم المساعدة، يعد إهمالاً للظروف الإنسانية والسياق العام الذي يعيشه الفرد.

ويدعو الاتجاه إلى ضرورة النظر إلى أهمية التفاعل بين الكائن وبيئته.

وهؤلاء ينظرون إلى الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على أنها تبنى على أسس من المعرفة للعلاقات القائمة بين الناس وبيئاتهم، كما تبنى على فهم عميق للسلوك الإنساني. (٣٥)

وهم يرون أيضاً أن التركيز على التناغم بين المؤثرات البيولوجية النفسية الاجتماعية دليل وشرط لا غنى عنه للتفرقة بين الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وغيرها من الممارسات الإكلينيكية للمهن الأخرى. (٣٦)

كما يذهب هؤلاء إلى أن أهم ما يميز الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، هو الاهتمام بالسياق الاجتماعي social context الذي تحدث من خلاله مشكلات الفرد أو الأسرة والذي عن طريقه أيضاً يتحقق التعديل والتغيير. (٣٧)

فالهدف هو استعادة الأداء الاجتماعي وصيانتة وتحسينه عن طريق مشاركة الفرد وتكيفه، إضافة إلى تحسين الظروف البيئية environmental conditions وإصلاحها.

Eda. G. Goldstein, p. 6. (٣٥)

Cohen, p. 24. (٣٦)

Northen, p. 300. (٣٧)

ويشير هذا التوجه إلى الاهتمام بالمدخل الإيكولوجية وتطبيقاتها في ممارسة الخدمة الاجتماعية. (٣٨)

إلا أن محاولات الخدمة الاجتماعية في إرساء قاعدة نظرية للممارسة المهنية من منظور الفرد والبيئة لم تعكس اتجاهًا واضحًا للممارسة وذلك إما بسبب مقاومة البعض أو نتيجة لصعوبة تطويع المفاهيم المتعلقة بالفرد والبيئة لتصبح ذات طبيعة إجرائية، وبالتالي لم تسفر تلك الجهود عن نتائج تذكر لتدعيم الممارسة أو لوضع أساسها النظري. (٣٩)

ومع هذا فلا يزال أصحاب ذلك المدخل يؤكدون على أهمية النظر إلى التفاعل بين الفرد والبيئة بوصفه أحد المبادئ الرئيسة في الممارسة الإكلينيكية.

وفي ضوء ذلك كله، فقد بات من الصعوبة بمكان تحديد منظور مشترك يجمع الأهداف والقيم ومدخل الممارسة في بوتقة واحدة.

ومما لا شك فيه أن ذلك التعدد في توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ينعكس أثره على المعطيات والأطر النظرية التي تستند إليها.

ثالثًا: المعطيات والمدخل النظرية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

فقد ذهبت «هارتمان» Ann. Hartman إلى أن النموذج النظري للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في حالة من الخلط لاعتماده على العديد من المعطيات النظرية والمدخل والنظريات بل إن ثمة منظورات متعددة داخل الممارسة الإكلينيكية ذاتها. (٤٠)

(٣٨) ارجع إلى : Germain, *Social Work Practice*, pp. 7-8.

(٣٩) Goldstein, "Issues," p. 8 ؛ انظر أيضًا : E. G. Goldstein, "Knowledge Base of Clinical Social

Work," *Social Work*, 25 (1980), 173-78.

(٤٠) Ann Hartman, "Theories for Producing Change," in Rosenblatt and Waldfoegel, pp. 97-98.

ويبدو أن المفاهيم والأهداف العريضة للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تتطلب من الممارسين ضرورة التزود بمعارف من مصادر متعددة، تسهم في تفهم الاعتماد المتبادل بين الجوانب البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية والثقافية التي تؤثر في سلوك العملاء، وتحدد متطلبات عملية التدخل للمساعدة.

ومن هنا ترى «نورثن» H. Northen أنه يتعذر الاعتماد على مدخل نظري واحد لتفسير ذلك الكل المعقد من العمليات النفسية والاجتماعية والمجتمعية التي تؤثر في كفاءة أداء فرد أو جماعة في موقف معين، وترى أن منظور الأنساق الإيكولوجية ecological systems يمكن أن يطرح إطاراً من المفاهيم التي تمكن الممارس من إدراك العلاقات بين الناس وبيئاتهم.

وتمضي «نورثن» لتقول إن النسق العضوي المفتوح open organismic system يساعد على تفهم النسق، والاعتمادية والتكامل المتبادلين بين الضغوط والمؤثرات الداخلية والخارجية التي تهدد القدرات التوافقية.

وينظر إلى الأنساق الإنسانية بوصفها وحدات توافقية معقدة ذات توجهات هادفة، في تفاعل مع الأنساق الاجتماعية الأخرى.

وتدعم المعطيات النظرية السيكولوجية ولا سيما — سيكولوجية الذات — هذا المنظور من خلال تبني تفسيرات عن النمو البيولوجي والسيكولوجي والاجتماعي للكائن خلال مراحل حياته.

فهي تصف وتفسر الوظائف المتبادلة للذات، والعلاقات بين الماضي والحاضر والقوى الداخلية والخارجية التي تحدد استجابات الإنسان وسلوكه في وقت معين. (٤١)

وترى «نورثن» أيضاً أن العلوم البيولوجية والطبيعية تضيف معارف عن النمو والنضج والصحة والأمراض العضوية والعقلية، وهي بمثابة معرفة ضرورية للتعرف على تأثير تلك

المتغيرات في الأداء النفسي الاجتماعي .

هذا ويسهم علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي وعلم الأنثروبولوجيا في تفسير المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسلوك الجمعي collective behavior ، والجوانب البنائية والدينامية للأسرة والجماعات الأخرى، وشبكة العلاقات الرسمية وغير الرسمية في مجتمع محلي معين .

وتنتهي «نورثن» إلى القول: وهكذا يمتد المدخل النظري للممارسة الإكلينيكية ليشمل النظريات النفسية الاجتماعية مع التركيز بصورة أكبر على المؤثرات الثقافية والاجتماعية وأثرها على العلاقات بين الناس وبيئاتهم، ولذلك تقترح أن يطلق على المدخل النظري للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، «نظرية الأنساق الاجتماعية النفسية للممارسة» psychosocial systems theory of practice.

أما «جيرمين» Carel. Germain فتحاول استعراض النظريات الاجتماعية السلوكية ومدخل الممارسة التي أثرت في تطور خدمة الفرد وخدمة الجماعة بصفة عامة لتوضح إسهامات، تلك النظريات والمدخل في إثراء الموقف النظري للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بصفة خاصة .

فقد كانت خدمة الفرد حتى الستينات متأثرة بالمدرسة التشخيصية diagnostic school ثم بالمدرسة الوظيفية functional school وظهر مدخل حل المشكلة problem-solving approach متأثراً بكلتا المدرستين .

وفي السبعينات برز اتجاه يدعو إلى التحرر من الأنساق «الفرويدية» و«الرانكية» التي اعتمدت عليها المدخل والمدارس السابقة، حيث ظهر مدخل الطوارئ أو الأزمات crisis approach متأثراً بمدخل حل المشكلة ونظرية الأنساق العامة general systems theory كاستجابة لقصور نظرية التحليل النفسي، حيث اتجه الممارسون نحو الجوانب المعدلة

للنظرية ولاسيما نظرية سيكولوجية الذات ، وارتبط هذا بنمو هذه النظرية فضلاً عن نظرية الدور role theory .

ويعتمد مدخل الطوارئ على العلاج القصير المخطط ، فهو استجابة لفكرة جديدة تتمثل في مدى استجابة الذات للوقائع الحرجة للحياة critical life events بافتراض مؤداه «أن العلاج القصير في مواقف الأزمات يعد أكثر فعالية من العلاج الطويل»^(٤٢) وتأكيداً للاستجابة الفورية لديناميات الشخصية والبيئة معاً .

ويبدو أن الهدف هو تخفيف تأثير الموقف الطارئ أو خفضه ، باستخدام أنماط العلاقات الشخصية كافة ، فضلاً عن البيئة ومواردها ، مع تقبل الاستجابات والاتجاهات النابعة من الموقف ، والعمل بفاعلية للتصدي لمؤثرات الموقف . ولذلك فهو مدخل يختلف عن أشكال العلاج الأخرى ، ويتجنب النموذج الطبي المستعار ، مع قابليته التطبيقية مع الأسر والجماعات .

لقد تأثرت الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بذلك المدخل لاتساقه مع توجهاتها نحو الخدمة المباشرة ، ومع هذا فقد تأثرت أيضاً بالنظريات السلوكية ونظرية الأنساق ، إضافة إلى المدخل الموقفى situational approach والنظرية الإيكولوجية ecological theory .

وتؤرخ «جيرمين» C. Germain لتطور خدمة الجماعة منذ ارتباطها بحركة الترويح والمحلات الاجتماعية ، والحركات التربوية التي قادها «جون ديوي» والرواد الأوائل فكان الاهتمام بالبرامج والنشاطات التي تمارس في الجماعة الصغيرة .

ولم ينظر إلى خدمة الجماعة — في تلك المرحلة من تطورها — على أنها طريقة للتعامل مع المشكلات ، بل منهج يتجه نحو الأهداف الاجتماعية كالنمو والتعلم واكتساب الخبرات

(٤٢) C. B. Germain, "Technological Advances," in Rosenblatt and Waldfoegel, p. 28.

والمهارات الاجتماعية .

ثم ظهر المدخل التفاعلي ثم المدخل العلاجي الذي يتجه نحو النموذج الطبي ، ويعرف بالمدخل الوقائي والتأهيلي ، ثم ظهر المدخل التنظيمي متأثراً بالمفاهيم النفسية الاجتماعية ، وأثرت تلك المفاهيم بالتالي في المدخل النفسي الاجتماعي الذي تأثر بدوره بالنظرية السلوكية behavioral theory . (٤٣)

وأمام هذا الكم الهائل من المداخل والنظريات والنماذج يتضح أن المدخل المعاصر للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ينطلق من العديد من الافتراضات النظرية .

بيد أن الاتجاه في الثمانينات يفترض ضرورة الاهتمام المزدوج بالناس والبيئة ، وبالتالي يستند المدخل المعاصر إلى النظريات والمداخل والنماذج التي تدعم ذلك التوجه ، وتوفر للممارس فرص التحليل والتفسير والتدخل مع الأنساق المختلفة .

وفي تقديري أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في حاجة إلى معارف ومداخل محددة ، ومهارات خاصة توجه عملية التدخل ، إضافة إلى محاولة إيجاد اتساق بين أهدافها المتعددة والقيم التي ترتكز عليها ، والأساس النظري التي تتبناه .

ومن هنا نكاد نتفق مع «هارتمان» A. Hartman حيث ترى أن ما كتب عن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية يوضح مدى البعد عن الهدف في التوصل إلى نموذج واضح للممارسة ، في الوقت الذي يتعاضم فيه اختلاف التوجهات والبعد عن الاتفاق . (٤٤)

خلاصة

يُطرح سؤال في حقبة الثمانينات عما إذا كانت الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية سوف تدور في فلك تلك المفاهيم والتعريفات والتوجهات والمداخل ، وعما إذا كانت تخضع

Ibid., pp. 26-29, 40-42. (٤٣)

Hartman, pp. 97-109. (٤٤)

لتخصصات الخدمة الاجتماعية؟ أم أنها سوف تبقى مظلة ينطوي تحتها نماذج للممارسة تتميز باختلاف، وربما تناقض المداخل والتوجهات. وعمّا إذا كانت مدخلاً نفسياً تحليلياً للممارسة يتطلب مهارات ومعارف ذات مستوى عالٍ من التخصص، لا يمارسها سوى الصفوة من الأخصائيين الاجتماعيين.

ويبدو أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ما زالت تبحث عن هويتها ومقوماتها ومؤيديها.

لقد وقفت تلك الأفكار والتعاريف والمعطيات والتوجهات التي عرضنا لها، قاصرة عن الإسهام في تحديد واقعي لمفهوم الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وممارساتها. وسوف تحتاج إلى معارف ومهارات توجه عملية التدخل، خاصة عند اختيار المداخل الملائمة من بين العديد من مداخل المساعدة المطروحة في ساحة الممارسة.

ولكن مما لا ريب فيه أن الأمر يتطلب وضوح القيم والأهداف التي توجه الممارس الإكلينيكي، مع محاولة تضيق الفجوة بين التنظير والممارسة.

لقد ذهبت «أرتن» Jay Aratne إلى أن الممارسين الإكلينيكيين يعملون دون إدراك لأي النماذج التي يستخدمونها في الممارسة، ضمن ذلك الكم من المداخل والنماذج المتعددة. (٤٥)

لقد بات واضحاً أن توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية غير محددة، والدليل ما سقناه من وجوه النقد التي أبدتها الممارسون والمنظرون الإكلينيكيون أنفسهم.

إن الممارسة المباشرة بوصفها المبدأ الرئيس الذي تتبناه الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية يسقط منذ البداية دعوة التكامل في الممارسة. إلا إذا كان المقصود بالتكامل طريقي خدمة الفرد وخدمة الجماعة فحسب.

فالخدمة المباشرة تتضمن التعامل المباشر مع الوحدات الصغرى، مع تجاهل للعمليات والإجراءات والتقنيات التي تستند إليها طريقة تنظيم المجتمع والتخطيط الاجتماعي والاتجاهات والمداخل التنموية بصفة عامة .

والجدير بالذكر أن ورد في أحدث قاموس للخدمة الاجتماعية تحديد لثلاثة مستويات للممارسة في الخدمة الاجتماعية نوردها فيما يلي: (٤٦)

١ - الممارسة مع الوحدات الصغرى *micro practice*:

ويستخدم المصطلح بواسطة الأخصائيين الاجتماعيين لوصف النشاطات المهنية التي تخصص للمساعدة في حل المشكلات التي تواجه في المقام الأول الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة، وعادة ما يتركز هذا النوع من الممارسة نحو التدخل المباشر *direct intervention* في المؤسسات الإكلينيكية .

ب - الممارسة مع الوحدات الوسطى *mezzo practice*:

وهي ممارسة للخدمة الاجتماعية توجه في المقام الأول مع الأسر والجماعات الصغيرة، وتتضمن الأنشطة المهمة التي تسهم في تيسير عملية الاتصال والتوسط *mediation* والتفاوض *negotiating* والتعليم ومحاولة تجميع الناس معاً .

ج - الممارسة مع الوحدات الكبرى *macro practice*:

وهي ممارسة للخدمة الاجتماعية توجه لإحداث تحسينات *improvements* وتغييرات *changes* في المجتمع برمته، وتتضمن تلك النشاطات، بعض أنواع العمل السياسي وتنظيم المجتمع وحملات التعليم وإدارة الخدمات الاجتماعية بالمؤسسات وأقسام الرعاية الاجتماعية .

ومن هنا يتضح اتساق الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية مع العمل مع الوحدات الصغرى فحسب، ولا سيما أن توجهات الممارسة مع تلك الوحدات تنصب على التعامل مع

الصراعات والمشكلات النفسية الاجتماعية للعملاء، واستخدام مهارات التدخل العلاجي والتصدي للمشكلات. وذلك المنظور يختلف عن منظور الممارسة مع الوحدات الكبرى.

وعلى الرغم من تأكيد بعض الباحثين بوضعية خدمة الجماعة في إطار الممارسة الإكلينيكية انطلاقاً من فكرة التكامل في الممارسة، فإن وضع خدمة الجماعة كجزء متكامل في الممارسة الإكلينيكية لم ترسخ جذوره بصورة كاملة. وذلك على الرغم من أن معظم الأخصائيين الإكلينكيين يتلقون تدريباً في مراحل العمل مع الجماعات، كما تستخدم الجماعة بوصفها وسيلة لمساعدة العملاء في معظم المؤسسات الإكلينيكية. (٤٧)

وإذا كانت هذه هي توجهات الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية فإن ذلك المنظور سوف يسمح للممارسين والمنظرين الغربيين الراديكاليين، والمنظرين في الدول النامية ولا سيما العربية، لمزيد من النقد، ذلك أن أكثر انتقادات أصحاب التوجهات التنموية، خاصة في مجتمعنا العربي، تتركز على المدخل العلاجي الغربي، فهو في نظرهم وسيلة للضبط عن كونه أداة للتغيير والتنمية الشاملة، فماذا هم فاعلون بذلك المولود الجديد؟

وبعد فقد بدا واضحاً أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تركز على الاحتفال بموضوع البيئة ودراسة مؤثراتها المختلفة على الفرد والجماعة، ولا يعد ذلك جديداً في نظرنا، فقد واكب هذا الاهتمام معظم المراحل التاريخية التي مرت بها الخدمة الاجتماعية إلا أن ما ظهر على سطح هذه البيئة من مشكلات معاصرة حيوية كمشكلة البطالة وتفشي الجريمة وتعاطي المخدرات، وهي مشكلات تكاد تختص بها بيئات المجتمعات الغربية، إلا أن ذيوها بدأت تتسلل إلينا. مما يدعونا إلى التنبيه أولاً لخطرها ومحاولة التصدي لها وإدخالها كمباحث أساسية في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

أما فيما يتصل بكل هذه التوجهات والنظريات والمعطيات المطروحة للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية فنحن مدعوون إلى إمعان النظر فيها جميعاً لاختيار ما يتناسب مع توجهات مجتمعاتنا النامية وقيمها وأهدافها وتطلعاتها بصفة عامة والعربية بصفة خاصة.

Charles D. Garvin, "Theory of Group Approaches," in Rosenblatt and Waldfoegel, pp. 155-75. (٤٧)

Clinical Social Work: The Concept and Orientations

Mohamed Hussein Al-Bogdady

*Assistant Professor, Social Studies Department, College of Arts,
King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia*

Abstract. This paper presents an attempt to shed some lights on the position of clinical social work within the general field of social work practice. It deals with the concepts, goals, orientations, principles and theoretical base of this sub-field as well as the most important issues facing it, including, in particular, the debate over specialization and integration in it. Attention is also given to the questions and issues raised concerning clinical social work practice in the West and the extent of their relevance in the developing countries in general, and in the Arab World in particular.