

المصطلح	المعنى	
MEDICAL Model	النموذج طبي في الممارسة	١
Clinic	العيادي	٢
Assessment	التقدير	٣
Patient	مريض	٤
Clinical Social Worker	الاخصائي الاجتماعي العيادي	٥
Diagnosis	التشخيص	٦
Clinical Diagnosis	التشخيص الاكلينيكي	٧
Therapy	علاج	٨
Intervention	التدخل المهني	٩
marital conflicts concept	مفهوم النزعات الزوجية	١٠
Cognitive behavior therapy	العلاج السلوكي المعرفي	١١
Case Study	دراسة حالة	١٢
Behavioral therapy	العلاج السلوكي	١٣
Clinical contracting	التعاقد العلاجي	١٤
Probabilistic stimuli	المثيرات الاحتمالية	١٥
Describe the problem	وصف المشكلة	١٦
Clinical Interview	مقابلة اكلينيكية	١٧
Clinical Relationship	علاقة اكلينيكية	١٨
diagnostic interview	المقابلة التشخيصية	١٩

Develop a follow-up plan	وضع خطة المتابعة	٢٠
Objectivity	الموضوعية	٢١
Honesty	الصدق والامان	٢٢
Identify resources	تحديد الموارد	٢٣
Future prediction	التنبؤ المستقبلي	٢٤
Disadvantages	عيوب (سلبيات)	٢٥
Advantages	مزايا	٢٦
Negative reinforcement	التدعيم السلبي	٢٧
Positive reinforcement	التدعيم الايجابي	٢٨
Punishment	العقاب	٢٩
Stages of the interview	مراحل المقابلة	٣٠
Positives	ايجابيات	٣١
Observation	الملاحظة	٣٢
Diagnostic observation	الملاحظة التشخيصية	٣٣
Clinical Diagnostic Observation	الملاحظة الاكلينيكية التشخيصية	٣٤
Treatment tools	أدوات العلاج	٣٥
Behavior Modification	تعديل السلوك	٣٦

مفهوم الخدمة الاجتماعية العيادية:

كان يمر بمرحلة الممارسة الاجتهادية والتي استندت على الخبرات الشخصية ثم توالى التطور لتصل الممارسة العلاجية للأخصائيين الاجتماعيين الى الاعتماد على العديد من الاتجاهات العلاجية والاسس العلمية.

اما الوضع الحالي فهو يتيح للأخصائيين الاجتماعيين الاعتماد على أحد الاتجاهات العلاجية بما لها من أساليب علاجية محددة او الاعتماد على الانتقاء والتنوع يساعد على تفعيل الممارسة العلاجية للأخصائيين مما يتطلب القراءات المستمرة في الممارسة.

تعريف عيادي:

- ورد في القواميس والمراجع بمعنى عيادي أو علاجي أو أكلينيكي، وقد شاع استخدامه في مهن الطب وعلوم النفس (علم النفس بفروعه، الصحة النفسية، الارشاد النفسي).

- وهو ما يتعلق أو يتصل بالعيادة ما يختص بدراسة الفرد ككل موحد، حيث نلاحظ أفعال سلوك معينة، وقد نستنتج سمات شخصية معينة، لكن يظل الهدف تفهم ومساعدة الفرد ذاته. (يحفظ بالمعنى)

- أما الفحص الأكلينيكي فهو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الاجتماعي، وكيفية نشأة اضطرابات الشخصية والنفس التي أدت لزيارته للطبيب سائلا المساعدة والمعونة والمهارة في استقطاب تاريخ المرضى ومعرفة العلامات والأعراض النفسية للوصول إلى تشخيص سليم حتى يتسنى العلاج الأمثل. (يحفظ بالمعنى)

تعريف الخدمة الاجتماعية العيادية:

- تعريف مارجریت فرانك: عملية علاجية تتضمن دعم وتشجيع الأفراد وزيادة قدراتهم الذاتية. (يحفظ نصاً)

- أسلوب الممارسة المهنية للاخصائي الاجتماعي مع الأفراد والجماعات الصغيرة والأسرة عند حدوث الموقف الإشكالي، إذ يبدأ الأخصائي الاجتماعي في إطار العمل الفرقي في ممارسة خطوات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية العيادية. (يحفظ نصاً)

المنظور التاريخي للخدمة الاجتماعية العيادية:

ترجع بدايات نشأة الخدمة الاجتماعية العيادية في عام ١٩٥٠ عندما حدث تأثير بين التطورات التي لحقت بالممارسة المهنية والتطورات التي لحقت بالنظريات، وقد ساعد على تلك النشأة جهود العديد من المؤسسات والهيئات التعليمية المتخصصة والتي منها الاتحاد الوطني للأخصائيين الاجتماعيين.

الأسباب التي شجعت وأدت لظهور ونشأة الخدمة الاجتماعية العيادية:

- العديد من المؤسسات بدأت تطالب بتفعيل دور العميل في حل المشكلة.
- بدأت تطالب المؤسسات بالتخصص الدقيق للأخصائيين الاجتماعيين.
- بدأت المؤسسات في البحث عن أخصائيين اجتماعيين أكثر تخصصاً وتدريباً.

وقد ساعدت عوامل أخرى على ظهور الخدمة الاجتماعية العيادية والتي منها:

زيادة اعتماد الممارسة على العديد من النظريات المستمدة من علم النفس الاجتماعي، وعلم الاجتماع مثل نظرية الدور الاجتماعي وما تحمله من أفكار ترتبط بثقافة العميل، وظهور نظرية العلاج الأسري عام ١٩٥٠، وكذلك نظرية الأنساق العامة، فقد مهدت تلك النظريات إلى عدة طرق جديدة للتفكير في التعامل مع المشكلات والإنسان بصفة عامة.

الانتقادات الموجهة للخدمة الاجتماعية العيادية:

تأثر ظهور الخدمة الاجتماعية العيادية بالانتقادات التي وجهت في فترة الستينات إلى الممارسة المهنية مع العملاء، في كونها لا تتصف بالعدالة والفهم الدقيق للمشكلات، الأمر الذي يؤدي إلى عدم التوافق بين العملاء والأخصائيين وعدم وضوح الدور المهني والمسؤولية المشتركة في العلاج.

كل تلك العوامل والمتغيرات الفكرية والعملية والسياسية والتي بدأت في أواخر الستينات ساعدت على ظهور مجموعة أطلقت على نفسها الأخصائيين الاجتماعيين العيادين، وقد كونوا في عام ١٩٧١ اتحاد خاص بهم، وقد استهدف الاتحاد إلى مساعدة الأخصائيين الاجتماعيين وتقديم النصيحة لهم.

أخذ تنظيم شكل العلاقة ما بين المجتمع والأخصائي الأشكال التالية:

- الشكل الأول: هو خاص بالتنظيم بحد ذاته، ويتمثل في حق الحماية، أو بمعنى آخر وجود ترخيص للممارسة المهنية، وكانت كاليفورنيا أول ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية تنظم الممارسة من خلال ترخيص مزاوله المهنة، وقد انتشر هذا النظام في سبع ولايات أخرى، ثم أربعة عشر ولاية خلال فترة السبعينيات، واليوم يوجد في جميع الولايات.

- الشكل الثاني: هو نظام البيع أو ما يعرف بالاعتراف بالممارسة الخاصة للأخصائيين الاجتماعيين ذوي القدرات والخبرات المهنية المرتفعة، وقد أكد العياديون على أهمية الممارسة الخاصة من حيث المرونة والقدرة على تقدير العلاج.

مجمل القول أصبح الأخصائيون الاجتماعيون يفضلوا ممارسة الخدمة الاجتماعية العيادية.

وأصبحت الخدمة الاجتماعية العيادية تمارس في العديد من مجالات الممارسة المهنية، كمجال رعاية مرض نقص المناعة المكتبة (Aids)، والعمل مع العاطلين والضعفاء من كبار السن، وحالات النزاعات الزوجية، وكذلك يتعاملون مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعليم، ويتعامل الاخصائيون الاجتماعيون العياديون أيضا مع مرتكبي جرائم العنف والمجرمين، وقد يلجأ الاخصائيون إلى استخدام العمل السياسي ووسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني في العمل مع عملائهم.

طبيعة الخدمة الاجتماعية العيادية:

إن ممارسة الخدمة الاجتماعية العيادية لا بد أن تكون مرتبطة بأهدافها والذي يتمثل في المحافظة على الوظيفة الاجتماعية والنفسية للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة، وزيادة الأداء الاجتماعي في أداء تلك الوظائف.

ولكي تؤدي عملية التقدير أغراضها من منظور الخدمة الاجتماعية العيادية على الاخصائي الاجتماعي أن يمارس في ظل مبادئ طبيعة الخدمة الاجتماعية العيادية التالية:

- أن عملية التقدير من المنظور العيادي تهتم بمختلف مكونات شخصية العميل مثل المكون الاجتماعي والعلاقات، وكذلك المكون النفسي وما يتضمنه من توضيح للسمات، وكذلك المكون البيولوجي.

- ضرورة الاهتمام باختيار النظرية المناسبة للموقف الاشكالي.

- التقدير عملية مرنة يطرأ عليها تغير حسب تغير الهدف.

- أهمية تقويم العائد من الممارسة بصورة دورية.

وعملية التقدير من منظور الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية العيادية تتضمن الاهتمام ببعض العناصر التي لا يمكن أن تتجزأ في تحديد دورها في الاختلال الوظيفي للعميل والتي يمكن رصدها في التالي:

- العنصر البيولوجي: يجب الاهتمام بالعنصر البيولوجي للعميل من خلال الاهتمام بتوضيح تأثير الحالة الصحية للعميل على سلوكه، وكذلك تأثير النواحي البيولوجية والطبيعية على النواحي النفسية، فالإحصائي الاجتماعي العيادي يحاول مساعدة العميل على استعادة التوازن وإعادة تأهيله، وعلى ذلك يجب على الإحصائي الاجتماعي الإلمام بالعلاقات البيولوجية ذات التأثير على الموقف الإشكالي للعميل.

- العنصر النفسي: هناك اتفاق عام في الرأي على أن الخدمة الاجتماعية العيادية تستهدف التقييم المستمر للمصطلحات النفسية في شخصية العميل، وعلى الإحصائي الاجتماعي العيادي أن يستند في ذلك على إطار نظري يساعده على تفسير التغيرات الجوهرية التي تطرأ على الجوانب النفسية في شخصية العميل، ويجب أن يتم فهم سلوك الفرد في إطار السياق الشخصي (الحالة المزاجية للعميل) مع الاهتمام بالعمليات العقلية مثل الإدراك، ولكي يمكن للإحصائي الاجتماعي أن ينقل ويوصل الخدمة المباشرة للعميل لا بد وأن يدرك ويفهم تلك السمات والجوانب النفسية في شخصية العميل والتي تساعده على إجراء تقييم نفسي جيد يساعده في توجيه خطط العلاج، ويعتمد التقييم النفسي للعميل على عدة عوامل رئيسية تتمثل فيما يلي:

١. فهم السلوك يتم في إطار عمل.
٢. فهم السلوك باعتباره انعكاس للأفكار والمشاعر داخل وخارج إدراك العميل.
٣. فهم السلوك يكون في إطار المصطلحات الخاصة بالعميل.
٤. يفهم السلوك في إطار الأحداث والانعكاسات المرتبطة بالتجارب السابقة.
٥. يتم فهم السلوك في إطار المصطلحات الخاصة بالأهداف والأغراض في محاولات التغلب على المشكلات والتوافق معها.

- العنصر الاجتماعي: يستخدم الاخصائي الاجتماعي العيادي استراتيجيات وصفية في ترتيب وتنظيم الكمية الهائلة من المعلومات الاجتماعية التي تساعد على تفسير وإدراك السلوك الإنساني، وتتضمن تلك المعلومات توضيح لعناصر البيئة الاجتماعية من عادات وتقاليد وأعراف ومعدلات البطالة، وكذلك التشريعات الاجتماعية التي تنظم حقوق الأفراد بالمجتمع، وتلك الحقائق والمعلومات تساعد الاخصائي على تفسير المناخ الاجتماعي للعميل.

أن كمية البيانات المطلوبة تختلف حسب (الهدف من التقييم/ وحالة العميل) على أن ترتبط تلك البيانات بالحاضر، ويفهم موقف العميل من الموقف الإشكالي.

السياق التاريخي للخدمة الاجتماعية العيادية:

- مصطلح جديد على الخدمة الاجتماعية لم يتم اعتماده إلا في منتصف الثمانينات من قبل الجمعية الوطنية الأمريكية (NASW).

- يعد إيدث أبوت (Edith Abbott) هو أول من استخدم مصطلح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في عام ١٩٣١م.

- الخدمة الاجتماعية والممارسة العامة أصبحت غير كافية وخاصة مع الفئات الضعيفة في المجتمع مما أدى إلى شهور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية التي تعتمد على تطبيق النظريات والنماذج العلاجية.

- افتتاح مراكز ومكاتب علاجية وتنظيم أول جمعية للأخصائيين الاجتماعيين في كاليفورنيا.

- العلاج في خدمة الفرد.

الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية:

هي الممارسة المهنية التي يعتمد الأخصائي الاجتماعي فيها على نموذج طبي في الممارسة، الذي يحوي: الدراسة/ التشخيص (التقدير)/ العلاج (التدخل).

يجب على الممارسين للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أن يكونوا قادرين على الممارسة مع الافراد والجماعات والأسر.

تعريف الخدمة الاجتماعية العيادية:

هي 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 كسوء التوافق مع الذات.

تعريف الأخصائي الاجتماعي العيادي (المعالج):

هو من يمارس مهنة الخدمة الاجتماعية، بصورتها المباشرة وذلك بإجراء التدخلات المهنية القائمة على أسس نظرية مع العملاء سواء كانوا أفراداً أو جماعات أو مجتمعات.

إجراءات العلاج السلوكي:

١. تحديد السلوك المطلوب تعديله: ويتم ذلك في المقابلة العلاجية، وعن طريق الاختبارات النفسية بحيث يمكن الوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يمكن ملاحظته.

٢. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما ترتبط به، وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب.

٣. تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتم ذلك بتقرير إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط أو كان يعكس خوفا أساسيا مهما يحدث في مواقف مشابهة، ولكنها مختلفة أو إذا كان السلوك يستمر بسبب النتائج التي يؤدي إليها، وهذا التحليل يتركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة أو اللاحقة التي تحدد وتضبط السلوك المضطرب.

٤. اختيار مجموعة من الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها: ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة كل من المعالج أو المريض.

٥. إعداد جدول لإعادة التدريب: ويتم ذلك بتخطيط خبرة يتم فيها إعادة التدريب، ويتم خلالها تعويض سلوك المريض بنظام الظروف المعدلة.

٦. وينتهي العلاج: عند النقطة التي يتم فيها الوصول إلى السلوك المعدل المنشود.

أسلوب آخر لتعديل السلوك:

١. تحديد نطاق المشكلة: الهدف التعرف على طبيعة المشكلات كما يراها كل من العميل والأخصائي الاجتماعي.

٢. الاختيار والتعاقد: الهدف الوصول إلى اتفاق شفوي أو كتابي مع العميل، ويتضمن أن أحد جوانب المشكلة يحتاج إلى اهتمام فوري.

٣. الالتزام بالتعاون: الهدف الحصول على موافقة العميل بالتعاون تمام في الأنشطة المرتبطة بالتقييم والتعديل السلوكي.

٤. توصيف المشكلة: الهدف الإشارة إلى أنماط العمل السلوكية، والتي تمثل العناصر الرئيسية للمشكلة.

٥. الخط الرئيسي للمشكلة السلوكية: الهدف الحصول على تقييم (قبل التدخل) لتكرار وحجم أو استمرار المشكلة.

٦. تحديد ظروف التحكم: الهدف عزل المثير الذي يسبق ويتبع المشكلة السلوكية ويساهم في التحكم في حدوثها.

٧. قياس أو تقويم مصادر البيئة: الهدف تحديد مصادر البيئة التي يمكن استخدامها في تعديل السلوك.

٨. تحديد الأهداف السلوكية: الهدف تحديد الأهداف السلوكية لحظة تعديل السلوك.

٩. صياغة خطة تعديل السلوك: الهدف اختيار الدور المناسب لتعديل السلوك وكذلك أساليب التعديل السلوكي التي تستخدم في تحقيق الأهداف السلوكية.

١٠. التدخل: الهدف الوصول إلى تعديل أو المحافظة على سلوك يتفق على أهداف التعديل وما تم الاتفاق عليه مع العميل.

١١. تقويم النتائج: الهدف الحصول على معلومات تتعلق بتأثير التدخل.

١٢. المحافظة على التغيير: الهدف تحقيق الحفاظ على ثبات الأنماط السلوكية المرغوبة التي تم التدخل من أجل أحداثها.

خطوات تعديل السلوك:

- أولاً: تخطيط العلاج

لا يمكن اعتبارها خطوة مرحلية لأن عملية تخطيط العلاج تبدأ من بداية الحالة وتستمر خلال العلاج وما بعد العلاج.

ويستخدم اصطلاح تخطيط العلاج ليشير إلى:

١. تمهيد الاخصائي الاجتماعي للعلاج.

٢. الإعداد المتطور في العمل مع العميل منذ البداية وحتى النهاية.

٣. يشتمل أيضاً على اتصالات المتابعة الضرورية لضمان الإبقاء على الآثار العلاجية التي تم تحقيقها.

- ثانياً: التعاقد العلاجي

إقامة اتفاق علاجي مع العميل والحصول على موافقة العميل على العلاج.

قواعد التعاقد:

١. يجب إجراء تحليل سلوكي للسلوك الذي يتم التعاقد أو الاتفاق بشأنه.

٢. يجب أن يكون التعاقد أو الاتفاق السلوكي مختصراً ودقيقاً ومنهجياً ومنظماً، ويشمل التعاقد التواريخ والأوقات وأسماء كل من المتعاقد والمتعاقدين وأسماء الآخرين الذي يشتملهم الاتفاق أو التعاقد، ويجب الالتزام بشروط هذا التعاقد بطريقة حرفية ودقيقة ومنهجية ومنظمة في كل الأوقات.

٣. يجب أن يكون الاتفاق أو التعاقد السلوكي عادلاً ومنصفاً وواضحاً بالنسبة لكل من المتعاقد والمتعاقد معه، وهو يدل ضمناً على مقدرة كلا الطرفين على إنجاز الشروط والمهام الواردة به، وإذا ما كانت الشروط غير عادلة أو غير واضحة فإن التعاقد سيفشل.

٤. يجب على شروط التعاقد وبنوده أن تركز على ما هو إيجابي فالتعاقد أو الاتفاق السلوكي الذي يتضمن تدعيماً إيجابياً يتصل بسلوك مرغوب أفضل مما لو تضمن عقاباً لسلوك غير مرغوب حيث سيكون الأول أكثر إلزاماً للمتعاقد معه حيث سيعتبر به ويلتزم به عن طيب خاطر.

٥. التعاقد أو الاتفاق السلوكي يجب أن يكون وثيقة رسمية مكتوبة تحدد حقوق ومسؤوليات كل الأطراف الذين يشتملهم هذا التعاقد، ويجب أن يوقع عليه كلا الطرفين، فالتوقيعات تعزز من رسمية التعاقد والالتزام به.

٦. منذ وضع اتفاق أو تعاقد سلوكي يجب أن تتاح الفرصة لمنح قدر ما من التدعيم بصفة سريعة ومباشرة بعد إتمام السلوك المتعاقد بشأنه.

٧. إذا اعتبرت الاتفاقات أو التعاقدات السلوكية وثائق متضمنة نوعاً من التفاوض فإن الحقيقة تشير إلى أن التعاقدات المبدئية تصمم وتوجه وتراقب بواسطة المتعاقد (الاحصائي الاجتماعي)، ويمكن أن تكون للتعاقدات أو الاتفاقات السلوكية نتائج أكثر فاعلية وعمومية إذا ما اقترح المتعاقد معه الحقوق والمسؤوليات التي يجب أن يتضمنها العقد.

- ثالثاً: توصيف المشكلة

تتضمن هذه الخطوة عدة خطوات فرعية:

١. تحديد نطاق المشكلة، وذلك بوضع قائمة بكل المشكلات للعميل كما يتصورها كل من الاحصائي الاجتماعي والعميل.

٢. ترتيب مشكلات العميل طبقاً لأولوياتها، فقد تتطلب أحدهما الاهتمام الفوري ويمكن البدء بها، وترتيب الأولويات يكون طبقاً للأهمية النسبية لهذه المشكلات والسهولة النسبية للتعديل أو العلاج.

٣. توصيف المشكلة المختارة، وتتضمن الإشارة إلى الأنماط السلوكية للعميل والتي تكون العناصر الرئيسية للمشكلة والتي يتضح تأثيرها ومن ثم تبدا الحاجة إلى تعديلها، ويجب الإشارة إلى أن هذا التوصيف يتضمن بالضرورة التالي:

- الاستجابات التي ستكون هدفاً للتعديل.

- الظروف السابقة ونعني بها الاحداث التي تسبق الاستجابة والتي تهيئ المناخ لحدوث الاستجابة، ويمكن الإشارة إلى ثلاث مجالات للظروف السابقة.

- المثيرات التعليمية سواء أكانت مثيرات لفظية أو رمزية مثل تعبيرات الوجه التي تساعد على تنبئه وظهور الاستجابة.

- الظروف التي تيسر المثيرات، والتي تعتبر ضرورة جوهرية لحدوث الاستجابة، مثل الظروف التي تيسر مثيرات حل مسائل الجبر هي أدوات الدراسة والاستذكار من منضدة وإضاءة جيدة وحجرة هادئة ومهارات ضرورية مثل مهارة الرياضيات.

- المثيرات الاحتمالية: وهي الأحداث التي تشير إلى أن نتيجة إيجابية سوف نتبع استجابة معينة مثل الحصول على درجات مرتفعة وتوقع بعض الطلاب الحصول على النقود وهدايا من الاسرة في هذه الحالة.

٤. الظروف اللاحقة، ونعني بها النتائج المترتبة على الاستجابة والتي ينظر اليها باعتبارها انها ظروف يمكن ضبطها والتحكم فيها ان بعض النتائج تشير الى احتمال (زيادة نسبة الاستجابة) مثل تعبيرات الوجه دفع الاجر عندما ينتهي العمل او على سبيل المثال التلميذ سيكون سلوكه للحصول على درجات مرتفعة إذا حصل على الاهتمام بالجهود التي بذلها وحتى إذا وعدناه فقط بهذا القبول دون ان يحصل عليه، وهناك نتائج أخرى تشير الى احتمال (نقصان صدور الاستجابة) مثل النقد والإهمال والعقاب وفقد شيء ما ذي قيمة.

٥. قوة تكرار الاستجابة وشدتها واستمرارها وسكونها أو خطورة سلوكيات هدف التعديل.

- رابعاً: التقدير والتقييم السلوكي

ونعني به صياغة التغيرات السلوكية أو الأهداف العلاجية الفورية أو النهائية، وهو استراتيجيات الحصول على استجابة ما أو صياغة الأهداف الخاصة بتعديل سلوكي معين بحيث يتم تحديد:

١. الاستجابات المرغوبة.

٢. المدعمات الممكنة.

٣. قوة الاستجابة وتكرارها واستمراريتها أو أهميتها.

ويجب وضع توقيت محدد لكل هدف من الأهداف المرغوبة ويمكن تغييره أو تعديله في مراحل تاليه.

- خامساً: تحديد الموارد والمعوقات

١. التعرف على المصادر والموارد الخاصة (العميل – الأسرة – المؤسسة – البيئة... الخ) والتي يمكن الاستفادة منها في تحقيق الهدف أو تعديل سلوك العميل.

٢. التعرف على معوقات تحقيق الهدف أو تعديل السلوك سواء أكانت من جانب العميل أو من جانب البيئة.

- سادساً: صياغة استراتيجية التدخل

تعني استراتيجية التدخل توفير إطار ممكن من خلاله اختيار التقنيات العلاجية الصحيحة والمناسبة التي تحدث التغييرات السلوكية التي تقود نحو تحقيق الأهداف المرغوبة، وبالتالي فإنه بدون استراتيجية واضحة لا يمكن تطبيق أي تكنيك سلوكي منفصل لكي يكون فعالاً في تحقيق الأهداف العلاجية.

ومن واجبات الاخصائي الاجتماعي بعد تقدير وتقييم موقف العميل أن يضع استراتيجية للتدخل من أجل حل مشكلات العميل والأساس المنطقي لاستراتيجية التدخل تشتق من أهداف العلاج التي تحدد وتوضع بالاشتراك بين الاخصائي الاجتماعي والعميل كلما كان ذلك ممكناً.

ويجب على الاخصائي الاجتماعي أيضاً أن يغطي اهتماماً جديداً بانتقاء التقنيات العلاجية المناسبة، وأن يكون الانتقاء مبنياً على متطلبات الهدف العلاجي الفوري والنهائي.

اعتبارات اختيار تقنيات تعديل السلوك:

١. التكلفة متضمنة الانفاق.

٢. الفعلية (الزمن).

٣. الموارد أو المعوقات الخاصة بكل من العميل والبيئة.

٤. التأثير النسبي الخاص بالتكنيكات المتاحة.

٥. الاعتبارات الأخلاقية.

- سابعاً: تقييم التدخل

ويعني تقييم التغيير الذي ترتب على عمليات التدخل من خلال مقارنه قوة الاستجابة الخاصة بسلوك (سلوكيات) الهدف قبل واثناء وبعد العلاج، ويتطلب هذا التقييم وضع مقاييس ومحكات موضوعية.

إطار لتقييم التغيير في سلوك العميل نتيجة عمليات التدخل متضمنا ثلاث خطوات بالاسترشاد بما وصفه (سندل):

١. الخطوة الأولى: صياغة المشكلات والأهداف السلوكية.

٢. الخطوة الثانية: مدى ما تم تحقيقه نحو حل المشكلات الواردة.

٣. الخطوة الثالثة: مدى تحقيق الأهداف العلاجية.

ويمكن أيضاً بالإضافة إلى الخطوات السابقة استعراض ملاحظات الاخصائي الاجتماعي عن تحسين الحال بصورة فترية (أي كل فترة) ونعني به توضيح التقدم نحو كل هدف مع تحديد التاريخ بدقة ووصف تأثيرات ونتائج جميع ألوان التدخل التي تمت ممارستها.

- ثامناً: وضع خطة للمتابعة

هدف وضع خطة المتابعة:

١. ضمان الإبقاء والمحافظة على الأهداف العلاجية التي تم تحقيقها أو الاطمئنان إلى ثبات الأنماط السلوكية المرغوبة التي تم التدخل من أجل أحداثها.

٢. الاستمرار في خطة العلاج للحصول على الحد الأقصى تعميم السلوك الذي تم اكتسابه.

ويمكن أن نشير إلى أنه إذا تم تحقيق الهدف العلاجي النهائي فإن علاج المشكلة يكون قد تم، أما إذا لم يقترب سلوك واستجابات العميل من الهدف النهائي فهذا قد يرجع إلى:

١. قد يكون التقرير والتقييم السلوكي غير دقيق فيجب أن يخضع سلوك الهدف التحليلي أعمق ويتطلب الأمر جمع البيانات الضرورية لإعادة التقرير والتقييم للمشكلة بدقة.

٢. إما إذا كان التقدير والتقييم صحيحا ودقيقا فالأمر يتطلب الدقة في إعادة انتقاء واختيار التكنيكات العلاجية المناسبة ثم تنفيذها.

- تاسعاً: التسجيل

يجب وضع منهجية منظمة للتسجيل بحيث يتضمن بصفة أساسية إظهار وتوضيح ما يلي:

١. مشكلات العميل والأهداف العلاجية المطلوب تحقيقها.

٢. وصف ألوان التدخل التي تمت ممارستها.

٣. الإشارة إلى تقدم العميل نحو الأهداف المرغوبة أو بعيداً عنها وتسجيل التقدم نحو كل هدف مع تحديد التاريخ.

٤. وصف تأثيرات ونتائج التدخل التي تمت ممارستها.

- عاشراً: تكنيكات التعديل

نعني بتكنيكات التعديل الأساليب العلاجية التي تطبق كألوان من التدخل للتأثير في تكرار وقوة واستمرار ومكون أو خطورة سلوكيات معينة تكون هدفاً للتعديل.

ومن هذه التكنيكات ما يلي:

١. التدعيم الإيجابي:

هو المكافأة أو الجزاء أو الثواب الذي يعقب الاستجابة والذي يؤدي بالفرد إلى الرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب، وقد يكون التدعيم في صورة مادية أو معنوية (النقود، الطعام، المدح، الاحترام، درجات إضافية في الامتحانات، اشتراك طالب في رحلة أو نشاط محبب إليه، إسناد مسؤوليات قيادية للطالب)، والتدعيم تكنيك يتعلم العميل بواسطته أن يزيد من السلوك الذي تعلمه فعلا الذي تم الاتفاق بين الاخصائي الاجتماعي والعميل على أنه قد يكون كافياً للتغلب على الموقف.

٢. التدعيم السلبي:

تبدل في هذا الأسلوب المجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريف العميل لمثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة لو هو إزالة مثير مكروه ومنفر يلي صدور الاستجابة المرغوبة، ويهدف هذا النوع من التدعيم إلى زيادة معدل الاستجابة مستقبلاً أو المحافظة عليها.

ويفضل عدم استخدام هذا الأسلوب كثيراً لأنه يجب على المعالج أن يعرض العميل لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة وهذا قد يؤثر سلبياً على إرادته في الاستمرار في العلاج، مثل استخدام التدعيم السلبي في علاج حالات مص الإبهام.

٣. التدعيم المتمايز:

في حالة وجود استجابتين مؤثرتين تحدد إحداها على أنها (مشكلة) وتحدد الأخرى على أنها (مقبولة اجتماعياً)، ويكون التدعيم هنا بتقديم مثير يلي صدور السلوك المقبول اجتماعياً وفتح التدعيم بالنسبة لصدور الاستجابة للمشكلة، فهو أذن دمج كلا من التدعيم والإنطفاء في تكنيك واحد، والهدف من هذا الأسلوب هو تقوية أو المحافظة على الاستجابة المقبولة اجتماعياً، وإضافة أو التخلص من الاستجابات التي تنطوي على مشكل، مثل في حالة المريض العقلي الحديث المنطقي الرشيد يتم تدعيمه وفي نفس الوقت يتم تبني إجراء الإطفاء الحديث الذهاني للمريض.

٤. تشكيل الاستجابة:

ويطلق عليه التقريب المتابع وهو يعني تدعيم مثير يلي إصدار الاستجابات التي تقترب بطريقة متتابعة من السلوكيات المرغوبة وقمع التدعيم الخاص بالاستجابات التي لا تقترب من السلوكيات النهائية المرغوبة.

٥. العقاب:

هو تقديم مثير منفر أو كاره عقب صدور استجابة ما فهو عقاب للسلوك غير المرغوب، وقد يكون العقاب معنوياً أو جسماً أو في شكل منع الأنانية مما يسبب الألم والضيق أي أن مصدر العقاب قد يكون داخلياً أو خارجياً، فالعقاب إذن تكتيك يستخدم لإنقاص السلوك لإضعافه أو للتخلص منه.

ويعتبر العقاب أقل الأساليب فاعلية في تعديل السلوك إذ من الأفضل أن يكون المطلوب هو تعلم سلوك جديد مرغوب خير من مجرد كف سلوك غير مرغوب، فالعقاب المباشر يميل إلى إحداث كف وتوقف للسلوك المعاقب أكثر من ميله إلى تعلم سلوك جديد مرغوب.

وعلى الرغم من أن أسلوباً ما للعقاب والذي يتضمن مثيرات منفرة قد يكون أكثر فاعلية بصورة فورية فأن أحد أساليب التدعيم الإيجابي قد يكون له فاعلية أكبر في المدى الطويل على آثار جانبية أو غير مرغوبة أقل.

المقابلة الإكلينيكية التشخيصية:

تعد المقابلة هي الأساس في عمل الأخصائي الاجتماعي إذ إنها الوسيلة أو الأداة التي تساعد في الحصول على بيانات ومعلومات والتعرف على العميل وظروفه سواء كان فرداً أو أسرة أو جماعة، وهي أحد خطوات تدخله المهني، وأهم أدوات عمليات الممارسة.

أنواع المقابلات:

- المقابلات الأولية: هي التي يتعرف من خلالها الأخصائي الاجتماعي على طبيعة العميل وشكواه، ويقرر مدى حاجته لعملية المساعدة تدخل في إطار مقابلات الدراسة.

- المقابلات التشخيصية: تكون بهدف تحديد الأعراض، والوصول لفهم أعمق لوضع العميل، ويتم من خلالها تطبيق المقاييس والاختبارات، وكذلك يستطيع الأخصائي الاجتماعي من خلالها أن يصل لتحديد للمشكلة.

- المقابلات العلاجية: هي المقابلات التي من خلالها يقوم الأخصائي الاجتماعي بتطبيق الأساليب العلاجية المناسبة لطبيعة المشكلة.

تعريف المقابلة التشخيصية:

عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، ويمثل الشخص الأول الأخصائي الاجتماعي، بينما الشخص أو الأشخاص الآخرون هم من يتوقعون المساعدة، وتهدف المقابلة التشخيصية إلى تشخيص حالة العميل بتوجيه أسئلة هادفة، وبملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة، ويمكن من خلالها الحصول على المعلومات والدلالات والمؤشرات التي تساعد على دقة التشخيص.

تتطلب المقابلة الإكلينيكية أن يتوفر فيها شرط (الموضوعية والدقة)، بحيث تكون موجهة توجيهاً سليماً يمكن من الاستفادة منها، وإلا أصبحت من المقابلات العابرة التي لا يمكن تحقيق فائدة ترحى من خلالها.

كما تعد المقابلة أداة رئيسة، وذلك لأنها هي الوسيلة التي يتم من خلالها توظيف معظم الأدوات الأخرى، فبعض أساليب الملاحظة مثلاً تطبق أثناء المقابلة، كما أن بعض تطبيقات المقاييس تتم أثناء المقابلة.

وكذلك ما سواهما من أدوات تشخيصية وإكلينيكية، إضافة إلى أن المقابلة تساعد في التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها من تطبيق المقاييس، فالعمل مع المشكلات النفسية والاجتماعية يحتاج لدراسة من جوانب متعددة حتى يمكن الوصول لفهم قاطع لمثل هذه المشكلات وتحديدها.

والمقابلة تكون مع بداية لقاء الأخصائي الاجتماعي بالعميل، وبالتالي فإن نجاح الأخصائي الاجتماعي ومهارته في إتقان أساسياتها منذ البداية سيمهد لبناء علاقة مهنية وطيدة، ويتطلب ذلك من الأخصائي الاجتماعي أن يعد نفسه ويهيئها، وكذلك أن يكون المكان المعد للمقابلات مهياً ومريحاً، وأن تكون في موعد مناسب للعميل.

فالمقابلة هي المحور الذي تصب فيه كل متطلبات الممارسة من حيث التطبيق لمبادئ وأخلاقيات مهنية، وتنفيذ لعمليات ممارسة، باستخدام المهارات المهنية التي تساعد على تطبيق كل تلك المتطلبات بحرفية عالية، فتدريب الأخصائي الاجتماعي ومهاراته تلعب دوراً بارزاً في نجاح المقابلة والاستفادة منها.

وتختلف مدة المقابلات وأسلوب إدارتها، ومناطق التركيز فيها بناء على المرحلة التي تتم فيها، وطبيعة العملاء، وكذلك طبيعة النظرية أو المدخل الذي يتبناه الأخصائي الاجتماعي.

فمقابلة بغرض الدراسة تحتاج لأساليب وتقنيات تختلف عنها مقابلة تشخيصية، وكذلك مقابلة عميل مرهق، تختلف عن مقابلة عميل راشد، ومقابلة فرد، تختلف عن مقابلة جماعة، أو أسرة، ومقابلة يقوم بها أخصائي اجتماعي يتبنى مداخل نظرية تحليلية نفسية، تختلف عن مقابلات من يتبنى مداخل معرفية وسلوكية.

والمقابلة التشخيصية قد تتم بطريقتين: الأولى المقابلة المباشرة face-to-face، أما الطريقة الثانية فهي المقابلة غير المباشرة التي تتم عن طريق الهاتف، ولكل منهما ميزات وعيوبه، ومهاراته الخاصة.

وإن كانت المقابلة المباشرة أكثر فاعلية وتساعد على توطيد العلاقة المهنية كما تساعد على رصد كافة الانفعالات وملاحظة العميل ملاحظة دقيقة قد تفتقر لها المقابلات الهاتفية، فإن المقابلات الهاتفية في الوقت نفسه تتناسب مع بعض الظروف وبعض الحالات وبعض المشكلات وبالأخص تلك التي تلامس جوانب حساسة وسرية من حياة بعض العملاء ولا يرغبون في الحديث عنها في المقابلات المباشرة.

كما قد تكون المقابلة فردية، أي تتم مع عميل واحد، أو جماعية عندما تتم مع جماعة أو مع أزواج أو حتى مع أفراد الأسرة ككل.

أهمية المقابلة الإكلينيكية التشخيصية:

١. من خلال المقابلة يمكن للأخصائي الاجتماعي ملاحظة الكثير من التعبيرات والحركات التي تصاحب ما يدلي به العميل من عبارات وأحاديث مما يؤكد أو ينفي صدق العميل في عرض مشكلته.

٢. من خلال المقابلة يستطيع الأخصائي أن يتعرف على قدرات وإمكانات العميل، سواء في ذات العميل، أو في ظروفه البيئية سواء من أفراد محيطين أو أنساق وتنظيمات اجتماعية يمكن أن تستثمر في عملية المساعدة.

٣. المقابلة وسيلة يمكن أن يطبق من خلالها الأخصائي الاجتماعي كافة اختباره ويطبق مقاييسه ويستطيع كذلك أن يتأكد من إجابة العميل عليها، وكذلك ملاحظة استجاباته وانفعالاته.

٤. من خلال المقابلة يمكن للأخصائي ملاحظة شخصية العميل بجوانبها الجسمية والنفسية والعقلية، مما يكون له أثر في تقدير وضع العميل وتشخيص مشكلته.

٥. من خلال المقابلة يتم تشخيص مشكلة العميل بعد أن يتم تقدير كافة الظروف المتعلقة به وبظروفه، وأيضاً وضع الخطوط العامة للعملية العلاجية.

مراحل وخطوات المقابلات التشخيصية:

١. مرحلة الدراسة والتقدير:

التعرف على العميل وتحديد مشكلته تحديداً مبدئياً ويكون فيها ما يصل له الأخصائي الاجتماعي عبارة عن فروض تشخيصية، مبنية على انطباعات أولية، قد يتم تأكيدها أو نفيها حسب ما تكشف عنه الخطوات التالية من حقائق قد تدعم هذه الفرضيات أو تنفيها، وفي هذه المرحلة على الأخصائي الاجتماعي أن يصل لتحديد أو تصنيف أولي لمشكلة العميل، ثم يبدأ في وضع فروضه التشخيصية، بعد أن يكون قد جمع قدراً كافياً

من البيانات والمعلومات من العميل، وتختلف مدة المقابلات التي تحتاجها هذه المرحلة باختلاف طبيعة العميل وباختلاف المشكلات، وباختلاف التوجه النظري للأخصائي الاجتماعي، وباختلاف رغبة العميل في عملية المساعدة، فالعملاء من الأطفال أو المراهقين يحتاجون لوقت أطول من غيرهم ولمقابلات متعددة، على أن تكون مدتها قصيرة، ولا يفصل بين مقابلة وأخرى مدة طويلة، لأن كل ذلك سيساعد في زيادة عملية تقبل العميل للأخصائي الاجتماعي وثقته فيه.

٢. مرحلة التصنيف والتشخيص:

وهذه المقابلات تأتي بعد أن يكون الأخصائي الاجتماعي قد استطاع أن يكوّن تصوراً مبدئياً عن مشكلة العميل، حيث خلال هذه المرحلة يكون تركيزه على فهم التفاصيل الدقيقة، والتأكد من أن فرضياته وتصوراته الأولية صحيحة، وعادة خلال هذا المرحلة تتم الاستعانة بالمقاييس ويتم تطبيقها، والتأكد من صدق وصحة إجابة العملاء عليها، فالعملاء يكونون قد تجاوزوا مرحلة الحذر والتخوف وبدأت العلاقة المهنية في النمو الإيجابي. وهنا تظهر حرفة الأخصائي الاجتماعي فخلال هذه المرحلة يستطيع أن يصل لوصف شامل لمشكلة العميل وأن يحدد كافة الجوانب التي أدت لحدوثها، وصولاً لصياغة عبارته التشخيصية، التي بناءً عليها سيتم تنفيذ خطوات التدخل التالية، وتحديد الأساليب العلاجية المناسبة، وتحديد أسلوب تطبيقها.

٣. مرحلة تحديد خطوات وأساليب العلاج:

بعد أن يكون الأخصائي الاجتماعي قد وصل لوصف دقيق لمشكلة العميل واستطاع أن يصنفها ويحددها، عليه هنا أن يبدأ في مناقشة العميل فيما توصل له من حقائق حول المشكلة، ويوضح له التشخيص الذي استطاع أن يصل له، وخلال هذه المرحلة يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح أسباب المشكلة ومناقشتها بوضوح مع العميل، ويطلق على هذه المرحلة المقابلة الممهدة للعلاج وكذلك يتم خلال هذه المقابلة أو المقابلات التعاقد على الخطوات التي تليها، وكيفية تنفيذ خطوات التدخل المهني وخلال المقابلات التشخيصية الأخيرة على الأخصائي الاجتماعي أن يبدأ في وضع أهداف التدخل

المهني، وخطة العلاج المناسبة، ويناقش مع العميل بصراحة الأهداف التي ستسعى عملية التدخل المهني للوصول لها، وما سيتم تنفيذه من أساليب علاجية لتحقيق تلك الأهداف، والمهام التي يجب على كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل القيام بها لتحقيق أهداف التدخل المهني، وكذلك تحديد المصادر في البيئة التي يمكن الاستعانة بها في تنفيذ خطوات العلاج كما يتم خلال هذه المقابلات إطلاع العميل على التوقعات لما سيكون عليه وضعه في المستقبل، سواء استمر في تلقي المساعدة المهنية، وكذلك في حال التوقف، واستمرت مشكلته، وأيضاً يتم خلال تلك المقابلات تحديد احتمالات نجاح عملية العلاج، وكذلك احتمالات فشلها، والنتائج المترتبة على كل احتمال.

المعايير والأسس العلمية للمقابلات التشخيصية:

١. الدقة: تشير إلى أن المقابلة كانت محكمة وهناك اختيار موفق للأسئلة وأسلوبها، وأنها تمت وفق أسسها المهنية.
٢. الموضوعية: تعني أن الأخصائي الاجتماعي استطاع أن يتخلص من تحيزاته وذاتيته، واستطاع الوصول لأحكام قيمية من خلالها منطلقاً من أساس علمي وتعكس الواقع.
٣. الثبات: يشير إلى أن المقابلة لو تم تنفيذها من خلال أخصائي اجتماعي آخر فسيصل لأحكام ونتائج تماثل ما وصل له الأخصائي الاجتماعي السابق. وذلك إذا انطلقا من نفس التوجه النظري واستعانا بأدوات مساعدة متماثلة، وذلك يبدو أكثر في حال المقابلات المقننة، أو المعدة مسبقاً.
٤. الصدق: ويعني أن المعلومات المتحصل عليها تتفق مع المعلومات المتحصل عليها من مصدر آخر، كاستخدام المقاييس مثلاً أو الرجوع للسجلات والوثائق.
٥. التنبؤ بمآل المشكلة المستقبلي: ويقصد بذلك أن الأخصائي الاجتماعي استطاع أن يصل لتصور عن وضع العميل ومشكلته في المستقبل من خلال فهمه لحاضره،

فيستطيع أن يحدد ما سيكون عليه الوضع إذا استمرت المشكلة ومآل وضعه، كما يستطيع أن يحدد مآله إذا نجحت الخطة العلاجية وتجاوز مشكلته.

مزايا والمقابلة كأداة تشخيصية:

- أنها تتيح الفرصة للحصول على معلومات مهمة ومؤثرة في المساعدة على تحديد المشكلة (ولا يمكن الحصول عليها عن طريق وسائل وأدوات الأخرى) كالأفكار والمشاعر.

- أنها تتيح الفرصة لنمو علاقة من الاحترام المتبادل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل.

عيوب المقابلة كأداة تشخيصية:

- الذاتية.

- التحيز.

- محاولة إرضاء العميل للأخصائي الاجتماعي مما يجعله قد يعطي معلومات وبيانات غير صادقة أو يتوقع أن ترضي الأخصائي الاجتماعي، مما يخل بعملية تشخيص المشكلة.

- هناك عوامل كثيرة تتحكم في نجاحها، كعوامل طبيعية من حيث الوقت والمكان وبالتالي فإن المعلومات المتحصل عليها من خلال المقابلة ليست صادقة دائماً.

- وأياً كان النقد الموجه لها فتظل المقابلة أساساً في الممارسة المهنية وأداة تساعد كثيراً في فهم العملاء ومشكلاتهم.

الملاحظة الإكلينيكية التشخيصية:

تصنف الملاحظة على أنها إحدى أهم الوسائل المهمة والأساسية في الحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك العميل.

وتشمل الملاحظة التالي:

١. الملاحظة الطبيعية: ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعه، ورصد الانفعالات والمواقف المختلفة التي يمر بها العميل.

٢. الملاحظة المقصودة: هي تلك الملاحظة الموجهة لرصد ما يحدث وتسجيله، بقصد الفهم.

٣. الملاحظة التشخيصية: تهدف إلى رصد الحقائق الخاصة بسلوك العميل، وتسجيل التغيرات التي تحدث له، وتحديد العوامل التي تحدد سلوكه، وتفسير السلوك الملاحظ.

وتعد الملاحظة أداة رئيسة بالأخص عند المتبنين لمداخل العلاج السلوكي وتعديل السلوك، حيث إن ملاحظة السلوكيات ورصدها من أدواتهم الرئيسية في تشخيص مشكلات عملائهم.

ويمكن الاستفادة منها في كافة خطوات وعمليات الممارسة من أجل فهم العملاء من جهة، وملاحظة التغييرات التي طرأت عليهم أثناء مرحلة التدخل المهني وما يليها من خطوات متابعة وتقويم من جهة أخرى.

كما تتطلب الملاحظة في إطار ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أن يكون هناك تحديد دقيق لما تتم ملاحظته ولأسلوب وطريقة تسجيله وأيضاً تحديد لأسلوب الاستفادة منه وتوظيفه لصالح عملية المساعدة.

والملاحظة وسيلة أساسية لتقدير وضع العميل وفهم اتصالاته غير اللفظية، وانفعالاته وسلوكياته المصاحبة للمواقف المختلفة، فعن طريقها يمكن رصد ارتياحه أو غضبه، مخاوفه، وإحباطاته، وغيرها من المشاعر والانفعالات المصاحبة لمواقف تفاعلاته المختلفة والملاحظة تساعد على تكوين تصور واضح يساعد الأخصائي الاجتماعي وبتابع خطوات محددة من الوصول لتشخيص لمشكلاتهم، كوسيلة مساعدة مع الأدوات الأخرى، فالملاحظة وسيلة أساسية عند المقابلات فهي تساعد على رصد كافة المواقف والانفعالات والاستجابات غير اللفظية.

أهم أساليب الملاحظة وهي:

١. الملاحظة البسيطة: ويقصد بها ملاحظة الظواهر والتفاعلات والسلوكيات كما تحدث تلقائياً في ظروفها الطبيعية، ودون استخدام لأدوات القياس، وعادة يتم استخدام الملاحظة من هذا النوع في محاولة فهم ورصد سلوكيات جماعة أطفال، أو جماعة مراهقين ونحوها لرصد تفاعلاتهم وسلوكياتهم كما تحدث في ظروفها الطبيعية.

٢. الملاحظة الموضوعية: وتعني قيام الأخصائي الاجتماعي بتحديد موضوعات دقيقة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع الذي تتم ملاحظته، حيث يسعى الأخصائي لجمع معلومات وحقائق في إطار تلك الموضوعات، وتتضمن استخدام استمارة خاصة بالملاحظة لتسجيل الموضوعات التي تتم ملاحظتها بالإضافة لوضع أوزان وتقديرات لكل موضوع تتم ملاحظته، ويمكن تطبيقها مع الاسر والجماعات.

٣. الملاحظة باستخدام دليل الملاحظة: ويتضمن الدليل فقرات تمثل كافة الموضوعات التي يتم رصدها، كما يتضمن تسجيلاً ووصفاً دقيقاً لما يلاحظه الأخصائي الاجتماعي ومكوناته.

٤. الملاحظة باستخدام ملاحظين خارجيين: قد يلجأ الأخصائي الاجتماعي للاستعانة بملاحظين خارجيين، حتى يمكن التأكد من نتائج ملاحظته، فتعدد الملاحظين، ووصولهم لنفس النتيجة يجعل هناك طمأنينة للنتائج التي تم الوصول لها، كما تفيد الاستعانة بملاحظين خارجيين في بعض المواقف التي لا يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يكون موجوداً فيها.

معايير وشروط نجاح الملاحظة كأداة تشخيصية:

١. الشروط والجوانب المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي:

لابد للأخصائي الاجتماعي القائم بالملاحظة أن يكون سليم الحواس، لديه قدرة على التركيز والانتباه، وعدم النسيان، ودقيق.

لذا يجب أن يكون معداً إعداداً جيداً على الملاحظة، واستنتاج النتائج من خلال ملاحظاته، فالملاحظات مهما كانت دقيقة وحقيقية، فهي ليست ذات فائدة تذكر إذا لم يكن لدى الأخصائي الاجتماعي القدرة على الوصول لتفسيرات ونتائج من خلالها تساعد على فهم العميل وفهم مشكلته، كما تلعب الخبرة دوراً كبيراً في الاستفادة من الملاحظة وهي أداة مهمة في فهم عملائه من المقابلات الأولى، حيث يمكنه ملاحظة سلوكيات أو انفعالات محددة أن يتأكد من صدق عميله من عدمه، وتحديد مدى سلامة قدراته العقلية والانفعالية.

٢. الشروط والجوانب المتعلقة بموضوع الملاحظة:

فليست كل الموضوعات يمكن أن تكون الملاحظة فعالة في رصدها وفهمها، فمثلاً موضوعات تتعلق بالماضي، يكون فيها استخدام الملاحظة غير ممكن، كما أن هناك موضوعات حساسة لا يمكن ملاحظتها، مثل ما يتعلق بالعلاقات الزوجية والمشكلات الجنسية، وعلى عكس ذلك فإن هناك موضوعات يشكل استخدام الملاحظة أهمية فيها، بل هي الوسيلة الأكثر أهمية في رصدها، كالانفعالات وبعض أنواع السلوكيات، وتفاعل الجماعات، ونحوها من الموضوعات.

٣. الشروط والجوانب المتعلقة بأسلوب وخطوات إجراء الملاحظة:

- الإعداد: (التخطيط المنظم) وتحديد ما ستتم ملاحظته والمعلومات المتوقع الحصول عليها عن طريق الملاحظة، وهدف الملاحظة، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل (تسجيل صوتي أو مرئي للمقابلة).

- عملية الملاحظة: تتم عملية الملاحظة إما مع عميل واحد أو مع جماعة من العملاء، وتتطلب حضور لكافة حواس القائم بالملاحظة وتركيز للانتباه على ما تتم ملاحظته، وعندما تتم عن طريق ملاحظين خارجيين لابد من التأكد من استيعابهم للسلوك الذي يقومون بملاحظته.

- التسجيل: فيجب أن تتم عملية التسجيل بعدها مباشرة وليس أثناءها، وأن تتم بعد الانتهاء من المقابلة أو الخروج من موقف الملاحظة، حتى لا يتسنى نسيان ما تمت ملاحظته، ويختلف أسلوب التسجيل، فقد يكون قصصياً وتفصيلاً وقد يكون مختصراً.

- التفسير: بعد الانتهاء من عملية الملاحظة وتسجيلها تأتي العملية التي تشكل اللب أو الهدف الأساسي منها وهي عملية التفسير لما تمت ملاحظته، وهناك عوامل تؤثر في عملية التفسير، ومنها المعرفة العلمية للأخصائي الاجتماعي ومهاراته، ومن شروط سلامة التفسير هو ما إذا كانت التفسيرات التي تم التوصل لها تتفق مع ما تم التوصل له باستخدام أدوات أخرى.

مزايا الملاحظة كأداة تشخيصية:

١. تساعد في الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريقها كالاتصالات والتعبيرات غير اللفظية، والانفعالات المصاحبة لبعض المواقف كالخوف، والقلق.

٢. تساعد على فهم السلوك في مواقفه الطبيعية، وذلك في حال العمل مع الجماعات أو الأسر، أو المراهقين، ومع المدمنين والمنحرفين، حيث إنهم خلال المقابلات يحاولون أن يكونوا في صورة حسنة، أو كما يرغب الأخصائي الاجتماعي أن يكونوا عليه، بينما ملاحظتهم في موقفهم الطبيعي تساعد على كشف سلوكياتهم الحقيقية.

٣. تعد الملاحظة وسيلة جيدة عند العمل مع الفئات غير القادرة على التواصل اللفظي الجيد، كالمعاقين، ممن يعانون من مشكلات عقلية أو حسية، وكذلك الأطفال، وأيضاً ممن يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية لا تمكنهم من الاستجابة اللفظية الطبيعية.

عيوب الملاحظة كأداة تشخيصية:

١. توصف الملاحظة بكونها ذاتية، وتخضع لعوامل شخصية، وتتطلب من الأخصائي الاجتماعي مهارة عالية في التخلص من الذاتية وتحقيق الموضوعية.

٢. رفض بعض العملاء ملاحظتهم في المواقف الطبيعية.

٣. في حال علم بعض العملاء بأن هناك ملاحظة لهم فإنهم سيقومون بسلوكيات وتصرفات غير تلك التي يقومون بها في واقعهم وهذا قد يؤدي لتضليل الأخصائي الاجتماعي، مما يؤدي به إلى تشخيص المشكلة تشخيصاً غير دقيق، وهذا بدوره سيؤثر على عملية العلاج.

مهارة استخدام النموذج الانتقائي للتعامل مع العملاء والحصول على المعلومات لحل المشكلة:

حيث أن الغالبية العظمى من الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين لا يوظفون نظرية محددة أثناء ممارستهم للمهنة، وأنهم يصفون توجهاتهم النظرية على أنها انتقائية، وتنطلق الانتقائية من النموذج الانتقائي وهو نتاج محاولات الدمج النظري في الخدمة الاجتماعية الذي يتم فيه مزج أجزاء متفرقة من نظريات مختلفة لتفسير سلوك العملاء وتقديم العلاج الإكلينكي لهم.

والانتقائية النظرية على الرغم من أنها ليست جزءاً من تعريف الخدمة الاجتماعية الإكلينكية، إلا أنها مع ذلك هي الملاحظة والسائدة في الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينكيين.

وظائف النظرية:

للنظرية وظائف عدة يمكن للأخصائي الاجتماعي الإكلينكي 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:

١. تساعد على فهم وتفسير الظواهر.

٢. تساعد على تنظيم المفاهيم.

٣. تمكن من التنبؤ.

والدراسة 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 بناء 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.

خصائص استراتيجيات تعديل السلوك التي يجب أن تتوافر في استراتيجيات تعديل السلوك ما يلي:

١. تكون سهلة التنفيذ.

٢. تكون إنمائية.

٣. تكون ذات جدوى ويمكن تطبيقها عملياً.

٤. تشجع تنمية مهارات الضبط الذاتي.

٥. تستند على الدراسات السابقة عن الحالة.

٦. تقابل الفروق الفردية بين العملاء.

٧. لا ينتج عنها مشكلات إضافية للعميل أو الآخرين ذوي الأهمية في حياته.

٨. لا تحمل العميل أو الآخرين ذوي الأهمية في حياته أعباء كثيرة يقومون بها.

٩. لا تبني على حلول سابقة غير ناجحة.

اضافاتها:

- الخدمة الاجتماعية العيادية: هي مجموعة من الجهود المشتركة مع طالبي المساعدة من أجل مساعدتهم على التكيف الاجتماعي مع ذويهم ومع البيئة التي يوجدون بها، ويتحقق ذلك عبر مجموعة من الأساليب لكل منها مهارات مهنية يمارسها الاختصاصي العيادي لتقديم عملية المساعدة بكفاءة وفعالية.

- الإطار النظري للخدمة الاجتماعية العيادية يتكون من النظريات والمداخل العلاجية.

- هدف الخدمة الاجتماعية العيادية النهائي هو تقديم عملية المساعدة.

- مضمون ممارسة الخدمة الاجتماعية العيادية هو تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية في المؤسسات المختلفة من خلال تطبيق مبادئ الممارسة المهنية وعملياتها وأساليبها.

- تعتبر الخدمة الاجتماعية العيادية أحد مستويي الممارسة المهنية التي تعنى بالعمل مع الوحدات الصغرى (الفرد - الأسرة - الجماعة) ويطلق عليها في المجتمعات

الغربية *Micro Level Practice*.

- العلاقة تبدأ بالعمل وتنتهي بتحسسه.

- الوقت مجدول وفقاً لطبيعة الحالة.

- مستوى النجاح يتحقق من خلال تحسن العملاء.

- ينتهي العلاج عند تعديل السلوك.

- المقابلة للمرأة زي الرجل.