

## التدخل في الأزمة كنموذج علاجي في الخدمة الاجتماعية الطبية

### Crisis Intervention as a Therapeutic Model in Medical Social Work

فضة علي بالقاسم الغبيشي  
أخصائية اجتماعية

ابتسام سعد سعيد الحربي  
أخصائية اجتماعية

ندى سعد سعيد الحربي  
أخصائية اجتماعية

أريج محمد عطية الحارثي  
أخصائية اجتماعية

بثينة صديق بكر فلاته  
أخصائية اجتماعية

أماني سعد سعيد الحربي  
أخصائية اجتماعية

فوزية عوض مسعد القثامي  
أخصائية اجتماعية

عبير غالب صالح الحربي  
أخصائية اجتماعية



**مستخلص:**

تستند الخدمة الاجتماعية على مجموعة من المداخل العلمية والنماذج المهنية العلاجية منها والوقائية والتي يمكن الاستفادة منها في مواجهة المشكلات ومن هذه النماذج والنظريات التي أثبتت فعاليتها في مجال الأزمات والكوارث نظرية الأزمة. وتعتبر نظرية الأزمة إحدى نماذج العلاج القصير الذي تكوّن له أساساً نظرياً عبر الخمسين سنة الماضية والتي شهدت ميلاده من خلال التطبيق والممارسة، ولذلك أصبح نموذج الأزمات طريقة مرنة للتدخل، كما أنها نظرية مركبة مقتبسة من عدة نظريات معاصرة تمت صياغتها لتناسب أوقات الشدة والمحن المفاجئة التي تواجه الفرد، وتقدم إطاراً عاماً من الإجراءات المهنية للتعامل مع المواقف المتأزمة، بعد أن تبنتها جامعة هارفرد في مجال الصحة النفسية كنموذج علاجي يتسم بإنقاذ ما يمكن إنقاذه في الحالات المتدهورة.

ولقد تناولت الباحثات في البحث التالي نموذج التدخل في الأزمات بصورة شمولية لتسليط الضوء على ثلاثة موضوعات أساسية، الأزمة كمفهوم ونظرية الأزمة و نموذج التدخل المهني في الأزمات، كما نظرت الباحثات بشكل أعمق للأخصائي الاجتماعي الطبي كمارس يستخدم نموذج التدخل في الأزمات وما يجب أن يتسم به من صفات تتناسب مع التعامل مع موقف الأزمة.

**الكلمات المفتاحية:**

الأزمة، نظرية الأزمة، نموذج التدخل في الأزمات.

**Abstract:**

Social work is based on a range of scientific interventions; therapeutic and preventive models that can be used to address problems, such as those theories that have proved effective in the area of crisis and disaster.

The theory of crisis is one of the models of inadequate treatment for which it has a theoretical basis over the past fifty years and which has witnessed its birth through applying and practice. and therefore the crisis model has become a flexible method of intervention, as well as a composite theory quoted from several contemporary theories formulated to proportionate the sudden distress and adversity faced by an individual. and provides a general framework of professional procedures for dealing with crisis situations, After being adopted by Harvard University in the area of mental health as a therapeutic pattern that saves what can be saved in deteriorating situations.

The following research examined the crisis intervention model comprehensively to highlight three key topics, the crisis as a concept and theory of crisis and the professional crisis intervention model. The researchers also looked more deeply at the medical social worker as a practitioner using the crisis intervention model and the qualities it must possess in dealing with the crisis situation.

**Keywords:**

Crisis, Crisis Theory, Crisis Intervention Model.

**المقدمة:**

تعمل مهنة الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية على مساعدة الإنسان لكي يساعد نفسه، ولهذا تركز فلسفتها على العمل مع الأفراد وليس العمل من أجلهم. ويعد المجال الطبي من المجالات التي تُمارَس فيها الخدمة الاجتماعية كمهنة مساندة، وتعد وظيفة الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات والعيادات ومراكز العلاج والمصحات على درجة كبيرة من الأهمية، نظراً لتقدم العصر الذي نعيشه وتداخل المتغيرات النفسية والاجتماعية مع غيرها لتسبب المرض والتي تسهم في استمرار أعراضه أو تعجل عملية علاجه. ويرجع الفضل في انتشار الخدمة الاجتماعية الطبية بمفهومها العلمي إلى ايداكانون وريتشارد كابوت في عام 1905م، واللذان أدركا أن هناك علاقة قوية بين الفقر والمرض، ومن ثم أصبحت مستشفى ماساشوسيتس بمدينة بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية حقلاً لدراسة الخدمة الاجتماعية الطبية، وعلى المستوى العالمي أدت الحربان العالميتان إلى التوسع في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية في المؤسسات الطبية، وكانت مصر على المستوى العربي - بالتحديد في الأربعينات- أول من اهتم بالخدمة الاجتماعية الطبية في ميدان الأمراض الصدرية كالدرن (قاسم وآخرون، 2015).

وقد شهد العالم المعاصر في السنوات الأخيرة العديد من الأزمات والأحداث، حيث حفلت ميادين الحياة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية بالعديد من الأزمات المتلاحقة التي تتسم بالتنوع والسرعة وعنصر المفاجأة، فمنها ما كان بسبب عوامل محلية خاصة بطبيعة الدولة نفسها، ومنها ما حدث بسبب عوامل خارجية في دول أخرى وامتد تأثيرها ليشمل دولاً لم يكن لها أي دور في حدوثها، وأصبح يشكل عائقاً في طريق النمو والتقدم للأفراد والمجتمعات (الدريس، 2018).

وقد بدأت الخدمة الاجتماعية في الظهور في مجال الأزمات والكوارث منذ عام 1918م حينما بدأت خدمة الفرد التعامل مع الأزمات على يد بيرنا رينولز، ثم جاء "أيركسون" وهو عالم أنثروبولوجي ومحلل نفسي- ليشير إلى أن الفرد يمر بسلسلة من أزمات الحياة أو أزمات الهوية، وإن كل أزمة من أزمات الحياة توفر فرصاً جديدة لإعادة النظر في الحلول القديمة السابقة، بمعنى أن الأزمة التي لا تحل بصورة مناسبة في مراحل سابقة من النمو قد يعاد حلها بشكل جديد خلال أزمات الهوية التالية (الغرايبة والغرايبة، 2009).

وقد أسهمت الدراسات المتعلقة بالأزمات كدراسة ليندمان عام 1944م حول حالات الاكتئاب الحاد التي نتجت عن حريق نادي (كوكونات غروف) في بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1943م، ودراسات "تايهورست" عام 1957م حول الآثار الناتجة عن موت الأفراد والأسر نتيجة للحروب والكوارث في بلورة منظور دراسة الأزمات (Zakour, 1997). ويُنظر لموقف الأزمة باعتباره موقف قصير الأجل ومربك على حد سواء ونتيجة لذلك تتطلب مواقف الأزمة أساليب تقييم وعلاج تختلف عن الأساليب المستخدمة في مواقف غير الأزمات، وتتميز التدخلات في الأزمات عادةً بالتوجه "من هنا والآن"، وهو مسار زمني محدود المدة للتدخل (عادةً 1-6 جلسات)، ورؤية لسلوك العميل كرد فعل للتوتر، والافتراض بأن هناك حاجة إلى دور توجيهي نشط من قبل المعالجين وغيرهم ممن تم تدريبهم على أساليب التدخل في الأزمات.

**مفهوم الأزمة:**

تعددت المفاهيم التي تناولت الأزمة طبقاً لتعدد وجهات نظر العلماء الذين تناولوها، فقد عرف هاوارد باراد الأزمة على أنها: "التأثير الذي يتحدى قوة وإرادة الفرد مما يجعله أو يضطره إلى تغيير سلوكه ليعيد التكيف مع نفسه أو مع البيئة المحيطة أو مع الإثنين" (السنبلي ورمضان، ٢٠١٨، ص.١٣).

ويعرفها كابلان: "فترة انتقالية أو نقطة تحولية في حياة الفرد يحاول أن يكون فيها سيد للموقف ومن خلالها يتحقق للفرد نمو الشخصية واكتساب خبرات عديدة من خلال عملية المعاناة والمواجهة لمعوق غير مألوف في مسار حياة الفرد أو الجماعة" (رشوان والقرني، ٢٠١٣، ص. ١١٨).

وقد عرف روبرت ويجر الأزمة على أنها: "استجابة شخصية لأحداث الحياة الضاغطة والتي يراها الشخص على أنها أحداث خطيرة تهدد حياته والتي لا يمكن مواجهتها بالأساليب التقليدية للتوافق". (حبيب وحنا، 2016، ص. 284).

ومن ناحية أخرى يعرف معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية الأزمة بأنها: "مرحلة من اختلال التوازن النفسي الذي يظهر نتيجة لحادثة تهدد حياة الإنسان وتشكل خطورة كبيرة عليه وتجعله غير قادر على التعامل معها أو حلها والتخلص منها أو من أثارها، كما عرفت بأنها حادثة أو خبرة أو خطر يهدد حياة الإنسان، وتعجز قدراته وأساليبه التكيفية من التعامل معها" (حامد، ٢٠١٢، ص. ٣٩).

وتعقياً على ما سبق فإن الأزمة تتطوي على نقطتين أساسيتين:

1. الخطر: حيث تشكل تهديد على حياة الفرد وأسرته مما يؤدي إلى الانهيار.
2. الفرصة: بحيث يصبح الفرد من خلال موقف الأزمة أكثر استعداداً لتقبل المساعدة والاستفادة من الخدمات العلاجية واكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع الأزمات المستقبلية.

### خصائص الأزمة:

ليس كل موقف يمر به الفرد يطلق عليه مصطلح (أزمة)، ولكن هناك مجموعة من الخصائص تميز الموقف المتأزم تتمثل فيما يلي:

1. وجود مجموعة من الضغوط الداخلية أو الخارجية يعجز الفرد عن التصدي لها.
2. تمثل تلك الضغوط تهديداً لحياة الفرد أو الجماعة أو المجتمع وتنفق الإمكانيات المتاحة.
3. يؤدي موقف الأزمة إلى إثارة مشكلات أخرى لم تحل أو حلت جزئياً مما ينجم عنه تضخم الموقف، وغالباً ما يكون هذا مصحوباً بالقلق والتوتر والاكتئاب واليأس.
4. تُضعف الأزمة إلى حد كبير الحيل الدفاعية للذات وبالتالي يصبح الفرد أكثر قابلية للتأثر بالآخرين وأكثر تعاوناً في العلاج.
5. لا يستطيع الفرد تحمل موقف الأزمة لمدة تزيد عن 72 ساعة ويستطيع خلال شهر استعادة توازنه، وقد يكون التوازن أسوأ أو أفضل أو مماثل لما كان عليه قبل حدوث الأزمة خاصة فيما يتعلق بأدائه الاجتماعي.
6. إذا نجح الفرد في مواجهة الأزمة فإن ذلك يساعده على الإبداع وزيادة النضج مع اكتسابه أساليباً تكيفية جديدة تمكنه من التعامل مع الأزمات بفاعلية أكبر.

### أنواع الأزمات:

تعدد التصنيفات التي تناولت موضوع الأزمة، نذكر منها: (رشوان والقرني، 2013، ص. 125).

تقسيم كابلان الأزمات إلى نوعين:

1. الأزمة التنموية: وهي الأزمة التي ينجح في مواجهتها الفرد وبالتالي تؤدي إلى نمو شخصيته ومهاراته.
2. الأزمة غير المقصودة "الطارئة": وهي التي تسبب خطورة على حياة الفرد والجماعة وتنسم بأنها غير متوقعة.

أما جون كيمنج فقد قسمها إلى:

1. أزمات بيولوجية: وهي التي تتضمن الأمراض الخطيرة.
2. أزمات بيئية: وهي التي تحدث نتيجة ظروف بيئية كالتجهير وفقدان الوظيفة والحرائق والفيضانات.

وقد صنف رابوبورت الأزمات إلى ثلاث فئات مختلفة: (Poal, 1990, P.128)

1. أزمة إنمائية ذات طبيعة ثنائية.
  2. أزمة انتقال الأدوار كالتقاعد.
  3. الأزمة العرضية، المسماة أحداث خطيرة..
- وقد وضع بالدوين تصنيفاً للأزمات العاطفية ويشمل ذلك ستة أنواع للأزمات: (Poal, 1990, P.128)

1. أزمات معارضة تنتج عن حالات إشكالية يمكن إصلاحها من خلال الإحالة وتوفير المعلومات والتعليم.
2. أزمات التحولات المتوقعة في الحياة وتعكس التحولات الطبيعية في الحياة التي يكون للشخص سيطرة قليلة عليها عادة.
3. الأزمات الناجمة عن الإجهاد الناجم عن الصدمات، والتي تعجل بها الضغوطات الخارجية أو الحالات غير المتوقعة.
4. الأزمات المرتبطة بالأدوار الناتجة عن محاولات التعامل مع المواقف الشخصية التي تعكس المشاكل الداخلية التي لم تحل.
5. الأزمات النفسية، والتي كانت موجودة مسبقاً أو بشكل حالي كالعقد النفسية التي يصعب حلها.
6. الأزمات العقلية، التي يكون فيها الأداء العام ضعيف.

أما عن محمد شريف فقد صنف الأزمات من خلال عدة مداخل: (السنبلي ورمضان، 2018، ص 15-17)

(أ) تصنيف الأزمة من حيث المستوى:

1. أزمة فردية: وهي التي يتأثر بها فرد واحد في المقام الأول.
2. أزمة جماعية: وهي التي يتأثر بها مجموعة من الأفراد.
3. أزمة مجتمعية: وهي التي يتأثر بها الغالبية العظمى من أفراد المجتمع.

(ب) تصنيف الأزمة من حيث الطابع المميز لها:

1. أزمة مادية: ويظهر فيها بوضوح آثار مادية وخسائر ملموسة.
2. أزمة معنوية: وهي التي يتعرض لها الأفراد ولا يظهر فيها بوضوح أثر خسائر مادية.

(ج) تصنيف الأزمة من حيث التوقع:

1. أزمة مفاجئة: وهي التي يتعرض لها الأفراد دون سابق توقع.
2. أزمة متوقعة: وهي أزمة متوقع حدوثها طبقاً لمراحل التطور الطبيعي لحياة الإنسان.

(د) تصنيف الأزمة من حيث النوع:

1. أزمة نفسية: وهي ما تُعرض الإنسان للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية.
2. أزمة أسرية: وهي ما تحدث عادة داخل الأسرة الواحدة نتيجة الصراعات داخلها.
3. أزمة سياسية: وهي ما تحدث عادة حين تدهور العلاقات بين دولتين.
4. أزمة اقتصادية: وتحدث حينما يتعرض الإنسان لحالة من الإفلاس المادي.

من ناحية أخرى يرى صادق والشربيني (2019) أن الأزمة تقسم على ثلاثة أنواع رئيسية:

(أ). أزمات التطور أو النمو النفسي: وهي أزمات طبيعية تحدث أثناء النمو الطبيعي للإنسان ومن أمثلتها:

1. أزمة عمر الثلاث سنوات: وهي تبدأ من أواخر السنة الثانية وتمتد للثالثة وهي الفترة التي يكثر فيها قول كلمة "لا" بشكل مكثف وتنشأ الأزمة هنا لسببين:
  - الصراع الذي ينشأ بين موقف الطفل ورغبته في الرفض للسلطة الأبوية وموقف الأبوين ورغبتها في إخضاع الطفل.
  - الصراع داخل الطفل الذي يرغب بتأكيد ذاته وفي الوقت نفسه حنينه لتبعية الوالدين وما يمثلان من مصدر للأمان.
2. عقدتان: أزمة أوديب وأزمة الكترا: حيث يرى فرويد أن الطفل بين سنتين وست سنوات يدخل في صراع عنيف بين حبه لوالديه ورفضه إياهما وفقاً لجنسه ذكراً كان أو أنثى، ويحاول الطفل لا شعورياً بحل هذا الصراع العنيف من خلال تقمصه مع جنسه وبالتالي يتخلص من عداوته تجاهه.
3. الأزمات التعليمية الدراسية: وتتعدد هذه الأزمات نذكر منها:
  - أزمة دخول المدرسة: وتتشكل في الأيام الأولى حين انفصاله عن أهله.
  - أزمة التكيف الاجتماعي: وهي التي تحدث حين مواجهة مجتمع جديد كالانتقال من مدرسة لأخرى.
  - أزمة كراهية مقرر تعليمي: وهي التي تحدث حينما يجد التلميذ نفسه أمام مادة دراسية غير محبوبة.
4. أزمة مرحلة المراهقة: وتتمثل في:
  - أزمة النمو الجسمي: وتحدث حينما يبدأ جسم الطفل أو الصبي بالتغيير ليكون أقرب إلى الرجل.
  - الأزمة العاطفية الجنسية: وتحدث حينما تنشأ مجموعة جديدة من المشاعر والاحتياجات النفسية والجسدية.
  - أزمة التفكير: نتيجة النمو العقلي المعرفي الذي ينتقل من التفكير المحسوس إلى التفكير المجرد.
  - أزمة توكيد الذات والاستقلال والاكتفاء: نتيجة الرغبة في التحرر من سلطة الوالدين.
  - أزمة التكيف الاجتماعي: نتيجة رغبة المراهق في دخول عالم الكبار مع قلة خبرته.
  - الأزمة الدينية: بحيث تثار في ذهن المراهق مسألة الإيمان بالغيبيات والمسلمات.
  - أزمة الهوية: وهي التي تتناول وجود المراهق ككل وعلاقة هذا الوجود بالمجتمع.
5. الأزمات الاجتماعية: وهي تلك الأزمات المرتبطة بمواجهة مواقف اجتماعية جديدة وما يتطلبه ذلك من تكيف نفسي خلال مرحلة النمو واندماج وتعاون كالانتقال من مرحلة دراسية لأخرى أو الإقدام على العمل لأول مرة أو عند الخطوبة والزواج أو عند الإنجاب وغيرها.

(ب). الأزمات العارضة: يأتي هذا النوع من الأزمات عند حدوث خطر مفاجئ وغير متوقع وتختلف عن النوع الأول من الأزمات في أنها تأتي بصورة حادة وشديدة لأنها غير متوقعة كالمرض الخطير المفاجئ، أو الطلاق، أو فقدان السمعة والمركز الاجتماعي.

(ج). الأزمات الكيانية "أزمة الهوية - أزمات الوجود: وقد يأتي هذا النوع منفصلاً أو متداخلاً مع الأنواع السابقة، وفيه تتسابق عشرات الأسئلة على الانسان عن معنى وجوده وهدفه في الحياة وقيمة حياته، وتتعاظم هذه الأسئلة في:

- فترات المراهقة.
- فترات الإحساس بالفشل.
- فترات المرض الشديد.
- عند وفاة أحد الأحباء.

### مراحل الأزمة وتطورها: (Poal, 1990, PP.126-127)

تمثل مراحل الأزمة مجموعة متعاقبة من التغيرات التي تحدث للنسق نتيجة لتعرضه لأزمة، وقد كان كابلان أول من وصف هذه المراحل الرئيسية وقد استندت مساهمات المنظرين في وقت لاحق إلى عمله، وتتمثل هذه المراحل في الآتي:

**المرحلة الأولى (مرحلة الميلاد):** تتمثل في حدوث حادثة أو موقف يتسم بالخطورة وهو السبب الرئيسي للضغط التي يمر بها النسق الفردي وقد يمثل هذا الموقف حادثة واحدة أو مجموعة متتالية من الحوادث المؤلمة ومن هنا يكون إدراك الفرد وخبرته هي العوامل الأساسية في التعامل مع الأزمة وبالتالي يستخدم التدابير المعتادة لحل المشاكل في محاولة لاستعادة توازنه.

**المرحلة الثانية (مرحلة النمو والانتعاش):** نتيجة لعدم مواجهة المرحلة الأولى وفشل التدابير المعتادة في حل المشكلة فتأخذ الأزمة في النمو من خلال محفزات وينتج عن هذا الموقف حالة من التوتر والقلق الذي يتزايد بفشل النسق الفردي في التصدي له.

**المرحلة الثالثة (مرحلة النضج):** هذه المرحلة من أخطر المراحل تتمثل في تأثير الأزمة وما تخلقه من حالة عدم التوازن التي يمر لها الفرد وتظهر آثاره في حدوث اضطراب جسدي ونفسي بجانب الانشغال بالأزمة.

**المرحلة الرابعة (مرحلة حل الأزمة):** وفيها تتم إعادة التكامل، حيث يبدأ النسق الفردي بالتكيف مع الموقف ويتعلم أساليب جديدة للتعامل مع المواقف المشابهة مستقبلاً.

ويرى جولان أن موقف الأزمة ينطوي على سلسلة من الأحداث التي تقود الأفراد من "حالة التوازن إلى عدم التوازن ثم العودة مرة أخرى"، ويتضمن سلسلة الأحداث بشكل عام خمس مكونات أساسية:

1. الحدث الخطر: ويتمثل في وجود موقف متأزم يُعطل توازن الفرد وينشئ سلسلة من الأفعال وردود الأفعال، وقد يكون هذا الموقف متوقع كالطلاق والتقاعد أو غير متوقع كالموت المفاجئ لأحد أفراد الأسرة.
2. حالة الضعف: حيث يرتبط رد فعل الفرد إزاء الحدث الخطير عادة بتفسيره الشخصي للحدث، وفي الغالب يُنظر إلى الحدث الخطير إما على أنه تهديد أو خسارة أو تحدي. وتتسم هذه الحالة بزيادة التوتر الذي يحاول الفرد التخفيف منه باستخدام استراتيجية أو أكثر من الاستراتيجيات المعتادة للتغلب على المشكلات، وإن لم تنجح هذه الاستراتيجيات يزداد توتر الفرد ونتيجة لذلك يصبح عاجزاً عن العمل بفعالية.

3. العامل المعجل: وهو الحدث الذي يحول حالة الضعف إلى حالة الأزمة، وفي بعض المواقف يكون الحدث الخطير وعامل التعجيل متطابقين وفي أخرى يتبع العامل المعجل الحدث الخطير (أي أن العامل المعجل يعمل كـ "الفتنة الأخيرة")، وقد ينتج عن العامل المعجل مجموعة متنوعة من الاستجابات بما في ذلك على سبيل المثال محاولة انتحار أو رغبة جادة في طلب المساعدة.
4. حالة الأزمة النشطة: تتميز بعدم التوازن وعادة ما تتضمن ما يلي:
- الاضطراب الجسدي والنفسي كاضطراب الشهية و/أو النوم، وضعف التركيز وعدم القدرة على حل المشكلات، والقلق، أو الاكتئاب.
  - الانشغال بالأحداث التي أدت إلى الأزمة.
  - وأخيراً العودة التدريجية إلى حالة التوازن.
- وخلال هذه الحالة يتبين الفرد أن آليات المواجهة المعتادة لديه غير كافية، وعادة ما يكون لديه دافع كبير لطلب المساعدة الخارجية وقبولها.
5. إعادة الاندماج: بمعنى استعادة التوازن ويعتمد نجاحها على عدد من العوامل بما في ذلك قدرة الفرد على التقييم الموضوعي لموقف الأزمة وتطوير واستخدام استراتيجيات فعالة للتكيف.

### الفرق بين الأزمة والمشكلة: (السنبلي ورمضان، 2018، ص ص 18-19).

تمثل المشكلة حالة من التوتر وعدم الرضا نتيجة لوجود بعض الصعوبات التي تعوق تحقيق الأهداف أو الوصول إليها، وتظهر المشكلة بوضوح عندما نعجز في الحصول على النتائج المتوقعة من أعمالنا. وبالتالي تعتبر المشكلة تمهيداً للأزمة إذا اتخذت مساراً حاداً ومعقداً يصعب حساب أو توقع نتائجه بصورة دقيقة.

المشكلة	الأزمة
يتم التعامل معها لفترات طويلة تمتد إلى أيام عديدة.	يتطلب التعامل معها السرعة بتقديم عملية المساعدة لتحقيق التوازن.
يكون التدخل المهني طويل المدى حسب طبيعة المشكلة وتعقدها	يكون التدخل المهني قصير المدى.
نجد في بعض المشكلات مقاومة من نسق العميل في الاعتراف بوجود مشكلة أو يتطلب جهد مهني لقبول عملية المساعدة.	يكون العميل هنا سهل الانقياد نتيجة فقده للتوازن بالتالي يكون أكثر تعاوناً في العلاج.
يسعى الأخصائي الاجتماعي الى تكوين علاقة مهنية بالأسلوب التقليدي تقوم على أساس الاحترام والثقة المتبادلة وبيد الجهد لتكوين العلاقة المهنية.	إن محدودية وقت التدخل والسرعة المطلوبة تجعل استخدام الأسلوب التقليدي في بناء العلاقة المهنية أمراً غير ممكن ويرجع ذلك إلى أن نسق العميل يمنح ثقته لكل من يمكن أن يقدم له العون بعد فشله في التعامل مع الأزمة. كما أن السرعة في استجابة الأخصائي الاجتماعي لاحتياجات العميل الوجدانية والواقعية يوجد الثقة في قدراته بالتعامل مع الموقف.

## ثانياً: نظرية الأزمة: Crisis Theory

### تعريف نظرية الأزمة:

هناك العديد من التعريفات التي تناولت نظرية الأزمة واختلفت نتيجة لاختلاف المجال الذي وضعت فيه، وفيما يخص مجال الخدمة الاجتماعية فعرفها تالكوت بارسونز: بأنها توفير المفاهيم التي يمكن تعميمها وتحقيق بها الاعتماد المتبادل منطقياً. كما عرفها جوردن: بأنها بناء متماسك داخلياً يتكون من فروض تم التأكد من صحتها وحقيقتها (السنبلي ورمضان، 2018، ص. ٣٥).

وتجدر الإشارة إلى أن نظرية الأزمة كمفهوم وكمدخل إداري يفيد في دراسة المواقف والأحداث المفاجئة وغير المتوقعة التي عادة ما تصاحبها ضغوط قوية إما متمثلة في قوة دفع نابعة من الموقف أو الحدث ذاته أو من عوامل مساعدة ناتجة عن البيئة المحيطة، تساعد على توجيه صناع القرار إلى أسلوب التعامل مع الأزمة وأطرافها وتداعياتها في الأوقات الصعبة والحرجة. وتذهب إلى أبعد من ذلك بكثير فهي تسبق حدوث الأزمة إلى مراحل التنبؤ بها بما يشبه الاستشعار عن بُعد، لضمان عملية الإنذار المبكر بوقوعها لتخفيف الضرر الناشئ عنها بأقل الخسائر الممكنة وفي وقت قصير. إذن يمكننا القول بأن نظرية الأزمة عبارة عن مجموعة من المعارف التي تدور حولها الضغوط الشديدة التي يعاني منها الفرد والجماعة أو الإدارة أو المجتمع في المواقف والأحداث السريعة والفجائية وغير المتوقعة.

### نشأة نظرية الأزمة: (Poal, 1990, P.123).

ترجع أصول نظرية الأزمة إلى دراسة ليندلمان الكلاسيكية لردود فعل الحزن، حيث وضع الإطار الأساسي لتحديد الأعراض المتلازمة للأزمة، وأفاد عن تقييم ومعالجة 101 شخص أصيبوا بالاكئاب الشديد الحاد تعرضوا مؤخراً لوفاة قريب، يتصل عدد منهم بضحايا حريق نادي كوكونت جروف في بوسطن بأمريكا ولاحظ أن الحزن على النفس هو رد فعل طبيعي على حالة محزنة كما لاحظ أن رد الفعل هذا يعرض بعض السمات المميزة التي يبدو أنها تشكل متلازمة متميزة. ووفقاً لما توصل إليه ليندلمان أن الأشخاص الذين يختبرون هذه المواقف تظهر لديهم حالة الحزن الشديد بالإضافة إلى أنهم يعانون من الأعراض التالية:

- الضائقة الجسدية.
- التسابق على صورة المتوفى.
- الشعور بالذنب.
- ردود الفعل العدائية.
- فقدان أنماط السلوك.

ومن ناحية أخرى لفتت كتابات رواد علم النفس هارتمان وإريك أريكسون وجين بيابجيت النظر إلى ما يواجهه الإنسان أثناء مراحل النمو المختلفة من مشكلات رئيسية أطلقوا عليها (أزمات نفسية) وأثرها على الفرد في بداية هذا القرن.

وقد أسهمت رينولد في وضع وتنفيذ برنامج لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين على التعامل مع الأزمات التي تواجه الجنود في الحرب، وقد كان للكساد العالمي في الثلاثينات ضحايا كثيرون من

الأفراد والأسر يواجهون موقف متأزمة، وهو ما جعل الخدمة الاجتماعية تسعى لبلورة وصفل أساليب تعاملها مع المواقف وقد كان لظهور المدرسة الوظيفية في خدمة الفرد أثر فعال في بلورة أساليب التدخل في الأزمات (رشوان والقرني، 2013، ص. 116).

ووفقاً لما أشار إليه الغريب (2009) " أن أيركسون وهو عالم أنثروبولوجي ومحلل نفسي يعد من أهم العلماء الذين أثروا كثيراً في هذه النظرية حيث يشير إلى أن الفرد يمر بسلسلة من الأزمات أطلق عليها إريكسون اسم أزمات الحياة أو أزمات الهوية ووصف ثماني مراحل يمر بها الفرد خلال دورة حياته ، وبين أنه في كل مرحلة تسيطر عناصر معينة من الهوية تضع الفرد في نوع من التحدي للتوفيق بين قطبين متعارضين ، وأن حاجات كل مرحلة تبقى ساكنة ولكنها تميل إلى السيطرة في أوقات الانشغال القوية وفي كل مرحلة تتطور أزمة حتى يصل الفرد إلى حل في النهاية ، وعندما يتم التوصل إلى هذا الحل الذي يحقق التوازن الدينامي بين القطبين المتعارضين ، فإن الفرد - في هذه الحالة فقط - يكون قادراً على التحرك بحرية نحو المرحلة التالية.

كذلك بين أيركسون أن كل أزمة من أزمات الحياة توفر فرصاً جديدة لإعادة النظر في الحلول القديمة السابقة، لذلك فإن الأزمة التي لم تحل حلاً مناسباً في مراحل سابقة من النمو قد يعاد حلها بشكل جديد خلال أزمات الهوية التالية ، وينظر أيركسون إلى أزمات الحياة بأنها تمثل فترات من الأمل والتحدي إلى جانب كونها فترات من الاضطراب والقلق، ففي كل مرحلة هناك مشاكل يجب مواجهتها ، ومهام يجب تنفيذها ، كما يتم اكتشاف احتمالات وإمكانيات جديدة ، وكل من هذه الجوانب يمكنها أن تضيف ثراءً وتطويراً للهوية، وتلى ذلك ما كتبه توماس إليوت عن الأزمات الأسرية وحاول عمل تصنيف لها". (فقرة 2).

كما ظهرت دراسات تايهورست عام 1957م حول المراحل الانتقالية فقد تناولت هذه الدراسات الآثار الناتجة عن موت الأفراد أو فقدانهم الأفراد والأسر، كما وقفت أمام تجربة (الثكلى) نتيجة للحروب والكوارث. إلا أن هذه المفاهيم لم تتطور إلا بعد أن نشرت أعمال كابلن وزملاءه عام 1964م وفي جامعة هارفارد في مجال الصحة النفسية عن ماهية الأزمة وكيفية مواجهتها مما أدى إلى تقديم أسس لتطوير نظرية التدخل في الأزمات كما ساهمت أعمال رابابورت وباراد في تطوير وتحديد نظرية التدخل في الأزمات ثم تطورت نظرية التدخل في الأزمات في الدراسات الخاصة بالإسكان والجماعات والمجتمعات التي تواجه كوارث، مثل الفيضانات والأعاصير والحروب.

### المفاهيم النظرية والتطبيقية لنظرية الأزمة:

1. إن التعامل مع الأزمة يتضمن ثلاثة مستويات رئيسية:

(أ) المستوى الأول: هو منع المزيد من تدهور الموقف.

(ب) المستوى الثاني: بعد تلقي العميل للصدمة وانهيائه - هو التخفيف ما يمكن من الآثار العملية لها سواء على العميل ذاته أو على الأوضاع المعيشية ذاتها.

(ج) المستوى الثالث: هو مساعدة على استيعاب العميل للأزمة والتكيف مع نتائجها والحد من المضاعفات المترتبة عليها.

2. عند الأزمة تعجز إمكانيات ودفاعيات الفرد عن القيام بمسئولياتها لافتقاده التوازن وانهيائه الديناميكية القادرة والمعتادة لحل المواقف الحياة التي اعتاد عليها الفرد في الظروف العادية.

3. تدعيم الأمل في النجاة، واستشارة التوقعات المتفائلة للمريض من المهام الضرورية لمواجهة مرضه.

4. ضرورة أبداء روح الحماس والفاعلية والحيوية من الإخصائي الاجتماعي المعالج للضرورة حتى تنعكس هذه الفاعلية على بريق الأمل الذي بدأ في الظهور ويدعمه.
5. لا مكان لإيجاد علاقة مهنية عميقة عاطفياً أو عقلياً بدعوى العلاج التدميمي وإنما المطلوب هو دور نشط لممارس يعيش المشكلة ويعايشها.
6. البصيرة الذاتية عن النفس في الماضي والحاضر غير مجددة عند الأزمات ولكن الأهم هي البصيرة بالمستقبل.
7. لا مكان لممارسة الثلاثية التقليدية (دراسة - تشخيص - علاج) ولكن البديل هو عملية متداخلة قصيرة سريعة حاسمة من الاستطلاع الفوري والعلاج على ضوء بعض الأفكار تنبؤيه بما ستؤدي إليه المشكلة.
8. الأزمة ليست مرضاً جسدياً أو نفسياً له مواصفاته. ولكنها موقف غير مألوف شاذ يهدد الإنسان للكفاح من أجل البقاء. هذا الكفاح الذي قد يثير خبرات ماضيه كامنة منذ الطفولة.

### الأسس العلمية التي تستند إليها نظرية الأزمة:

#### (1) نظرية التحليل النفسي:

إن الأساس البيولوجي لنظرية فرويد قد نتج عنه نموذج آلي للشخصية فقد بينت هذه النظرية أن النسق الثلاثي للشخصية الهو، والانا، والانا الأعلى، يجب أن يبقى في حالة توازن ليتجنب آليات الدفاع غير الصحية والمرض النفسي، ورغم استفادة نظرية الأزمة من مفهوم التوازن إلا أن هناك اعتراضات كثيرة على مفهوم الحتمية النفسية الموجودة في النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي، ورغم محدودية نظرية "فرويد" الكلاسيكية فإن بعض التكنيكيات المستعارة منها مثل الاستماع والتنفيس والتعبير عن المشاعر تعتبر مفيدة في عمليات المساعدة الإنسانية التي من بينها التدخل في مواقف الأزمات.

#### (2) نظرية سيكولوجية الأنا:

لقد بنيت وجهات نظر علماء نفس الأنا عن الناس والمشاكل الإنسانية على دراسة الأفراد العاديين بدلاً

من الأفراد المضطربين وركزوا على قدرة الإنسان على التعلم والنمو طوال الحياة، وقد استفادت نظرية الأزمة من جهود هؤلاء العلماء ومن كل التطورات التي حدثت في نظرية سيكولوجية الأنا في بناء الأساس الفلسفي لها.

#### (3) الطب النفسي العسكري:

خلال كل من الحرب العالمية الثانية، والحروب الكورية، كان علاج الجنود الذين تواجههم مواقف ضاغطة يتم في نفس مواقعهم بالخطوط الأمامية لميدان المعركة كلما أمكن ذلك بدلاً من إعادتهم إلى أوطانهم للعلاج في مستشفيات الطب النفسي، وكشفت الدراسات أن هؤلاء الجنود استطاعوا العودة إلى واجبهم القتالي بسرعة بعد تلقيهم لمساعدة سريعة (تدخل في موقف الأزمة). ويفترض المدخل الخاص بالطب النفسي العسكري أن ميدان القتال هو المجال الطبيعي للجندي، وأن الجندي سوف يعود لأداء واجبه القتالي على الرغم من المشاكل المؤقتة التي تواجهه، وقد حقق اكتشافاً مفيداً ومهماً في مجال التدخل في مواقف الأزمات ككل.

**نقد نظرية الأزمة:****نقاط القوة:**

1. على الرغم من أن هناك انتقادات وجهت للنظرية إلا أنها أثرت التراث النظري والممارسة التطبيقية للأخصائيين الاجتماعيين.
2. توفر الوقت والجهد لأنها من العلاجات القصيرة بخلاف العلاج التقليدي.
3. من أكثر النظريات ملاءمة للتطبيق مع ضحايا الحوادث والحريق والأمراض الحادة والخطيرة.

**نقاط الضعف:**

1. افتقدت هذه النظرية للأصالة لاعتمادها على معطيات نظريات أخرى كالتحليلية والمعرفية.
2. لم تضح حداً فاصلاً للموقف الذي يمر به العميل ومتى يعتبر أزمة.
3. يعالج هذا الاتجاه الأعراض فقط دون العلاج الجذري لمسببات الموقف المتأزم خاصة إذا كان سببه الأفراد.

**ثالثاً: التدخل المهني في الأزمات: Crisis Intervention****مفهوم التدخل المهني في الأزمات:**

يعد التدخل في الأزمات أحد أشكال العلاج النفسي والتدخل الإكلينيكي الذي يعتمد على تحديد دقيق للأهداف العلاجية والتخطيط الجيد لها، وتقديم الخدمات السريعة التي تواجه الموقف المفاجئ الذي تعرض له نسق التعامل.

ويعرف كارن التدخل في الأزمات بأنه تدخل علاجي موجز ومحدد بوقت حيث يساعد الأخصائي الاجتماعي نسق العميل في الأزمة يتعرف على المشكلة المفاجئة ويتعرف على الطرق المحتملة للتغلب على الموقف، أي التدخل في الأزمات يساعد الناس في تعلم التصرف مع أو التكيف مع الضغوط الخارجية إلى أقصى حد. (السنبل، ورمضان، 2018، ص.43)

كما يعرف التدخل وقت الأزمة بأنه: "ممارسة علاجية تستخدم لمساعدة العميل الواقع في أزمة بهدف تعزيز فعالية التكيف والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى نمو وتغير إيجابي في ذات العميل أو بينته ويحدث ذلك من خلال تعرف العميل على المشكلة وتقدير حجمها وأبعادها، وكذلك تعلم سلوكيات جديدة أو أكثر فاعلية لمواجهة مواقف مشابهة ومتوقعة" (الدخيل، 2006، ص.6٠).

وبالتالي يمكن القول إن التدخل في الأزمات: مجموعة من الإجراءات المرتبطة بالتأثير الإيجابي في الفرد أو الجماعة أو المجتمع، وتعلم أساليب سلوكية جديدة أكثر فاعلية للتوافق مع المواقف المشابهة.

**الأصول التاريخية للتدخل في الأزمات: (Poal, 1990, P.129)**

وضع كل من ليندلمان وكابلان وغيرهم من المنظرين أساس نظري متين لما أصبح يعرف فيما بعد بالتدخل في الأزمات، ومع ذلك وكما يشير إيوينغ فلم توضح النظرية أساليب معينة للتدخل وإنما تطورت مبادئ التدخل في الأزمات من خلال الجهود المبذولة تلبية للاحتياجات المحددة لمجموعات سكانية معينة على نحو أكثر فعالية. فمع ارتفاع نسبة الإصابة بالصدمات التي خلقت الأمراض العصبية في الحرب العالمية الثانية كان هناك حاجة ماسة إلى التوسع في تقديم الخدمات النفسية

ونتيجة لذلك، وضعت مناهج جديدة للمعالجة لتلبية احتياجات الجنود الذين تعرضوا للإجهاد العصبي نتيجة للحرب بحيث يتم التدخل السريع وقت الانهيار لتخفيف حدة الأعراض.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه إلى جانب إسهامات ليندلمان في مجال الحزن وتطوير ما يسمى بعيادات الأزمات قام الأخوان بوتشر بإنجاز تاريخي هام في مجال التدخل في الأزمات من خلال الإدارة الناجحة للأزمات المتصلة بالانتحار عن طريق القيام ببعض الحركات المبتكرة؛ وشملت هذه التطورات تطوير الهاتف كوسيلة للتواصل مع الأشخاص الذين يحتاجون المساعدة وبدء الخدمة على مدار 24 ساعة، وإشراك غير المهنيين للقيام بأدوار المساعدة، بالإضافة إلى اعتماد العيادة المجانية المتنقلة وتأثيرها الإيجابي على تطور التدخل في الأزمة.

### الحدود الزمنية للتدخل المهني مع الأزمات:

التدخل في الأزمات هو تدخل قصير المدى، يحتوي على عدد محدود من المقابلات يصل في المتوسط إلى ست مقابلات تتم على مدى ما بين 4-6 أسابيع وعادة يتضمن الاتفاق أو التعاقد مع العميل سواء كان شفهيًا أو مكتوبًا بالمدى الزمني للتدخل ويعد هذا التحديد حافظاً لكل من الإحصائي ونسق العميل علي إنجاز أهداف التدخل في هذا المدى الزمني المحدد (السنبيل ورمضان، 2018، ص ص. 44-45).

### الجوانب الأساسية في عملية العلاج في الأزمات:

#### أ- الجانب المعرفي:

المرتبط بتوفير المعلومات، وشرح وتوضيح طبيعة الموقف، وكيفية التعامل معه.

#### ب- الجانب الوجداني الانفعالي:

الذي يتم من خلال إتاحة الفرصة للعميل للتعبير عن المشاعر والانفعالات المرتبطة بالموقف والعمل على التخفيف من آثارها عليه.

#### ج- الجانب الاجتماعي:

وفيه يتم العمل على توفير جميع الخدمات والبرامج المجتمعية التي يمكن أن تسهم في التخفيف من الأزمة.

### المتطلبات التنظيمية للتدخل في الأزمات:

يتطلب التدخل في الأزمات استخدام أساليب إدارية وتنظيمية ذات كفاءة عالية تتماشى مع طبيعة المواقف التي يتم التعامل معها، لذلك يجب أن تتوفر في النظام الإداري للمؤسسة التي تتعامل مع الأزمات الشروط التالية:

1. يجب على المؤسسة تبني سياسة الباب المفتوح بمعنى أن يكون للعمل الحق في الاتصال بكافة المستويات الإدارية بالمؤسسة.
2. طالما كانت سياسة المؤسسة مواجهة الأزمات التي يختبرها العميل، فيجب أن تكون خدماتها متاحة على مدار 24 ساعة لأن الأزمة قد تحدث في أي وقت.
3. يجب التدخل لحل الأزمة بشكل سريع وفوري دون اللجوء إلى تسجيل اسم العميل في لائحة الانتظار وهذا يتطلب توفر الموارد المادية والبشرية.
4. إذا تطلب الموقف المتأزم المساعدة العاجلة المادية أو العينية فيجب تقديم الخدمة فوراً دون الانتظار لتقصي الحقائق ومعرفة مدى استحقاق العميل للحصول على المساعدة أو الخدمة من عدمه.

5. التنسيق مع الهيئات المجتمعية الخارجية المتاحة والتي تقع قريبة من المؤسسة وتسهيل خدماتها للعملاء المتضررين.
6. توفر الإمكانيات التي تتيح التنقل السريع لموقع الأزمة خاصة في مواقع الحرائق والانهيارات وغيرها.
7. قد تواجه المؤسسة مقاومة من بعض العملاء في قبول الخدمة وبالتالي يجب فرضها على العميل لما فيه تحقيق مصلحته، يجب وضع سياسة لتقييم الخدمة التي تم تقديمها للعميل ومدى فاعليتها، وبالتالي
8. يتيح الفرصة لأصحاب القرار من تطوير الخدمة بما يناسب احتياجات العملاء.
9. اختصار وتبسيط الإجراءات الإدارية على العملاء.
10. يجب أن يكون للأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي الصلاحية الكاملة للوصول إلى الخدمات التي يحتاجها العملاء وعدم الرجوع إلى إدارة المؤسسة إلا في أضيق الحدود وذلك لمحدودية الوقت المتاح.

### أهداف التدخل في الأزمات:

يهدف التدخل في الأزمات إلى مساعدة نسق العميل لاستعادة توازنه النفسي ومساعدته على استعادة مستوى أدائه الوظيفي لحالة ما قبل الأزمة، يجب أن تكون الأهداف في التدخل في الأزمة واقعية وتتركز على قدرة النسق على التصرف في الأزمة.

#### (أ) الهدف العاجل (المؤقت):

- وهو هدف ينبغي الوصول إليه في أسرع وقت ممكن وفيه تتم مساعدة العميل على استعادة ثقته بنفسه وقدرته على التفكير والتعامل الصحيح مع موقف الأزمة وإزالة آثارها المفاجئة التي تعرضه للخطر، إلى جانب إشباع حاجاته الضرورية.
- ويمكن تحديد أهم الانطباعات العامة المتعلقة بتحقيق هذا الهدف:
1. دراسة الظروف المحيطة بالأزمة بصورة سريعة.
  2. تقليل التوترات الشديدة التي تصاحب الأزمة.
  3. مساعدة العميل على استعادة توازنه وثقته بنفسه والقدرة على التفكير السليم والتعامل الصحيح مع الموقف.
  4. الحرص على التعاطف والواقعية مع العميل في موقف الأزمة.
  5. صرف مساعدات عينية فورية لكل من تأثر بالأزمة وذلك بغض النظر عن درجة أحقيته.

#### (ب) الهدف النهائي:

ويتمثل في إعادة التوازن للعميل من خلال تفهم الجوانب الأكثر ارتباطاً بحدوث الأزمة وزيادة كفاءته للتعامل مع الموقف، بل واكتسابه المهارات التي تساعد في التعامل مع أزمات مستقبلية خلال تحسين مهاراته التكيفية وتقديم البدائل التي تمكنه من التعامل مع الموقف الإشكالي والآثار والضغوط الناجمة عنه، وهنا يسعى الاخصائي الاجتماعي إلى تحقيق الهدف النهائي من التدخل، وذلك من خلال العمليات التالية:

1. التعمق في دراسة الأزمة تفصيلاً خاصة الجوانب التي لم يتم تناولها في مرحلة تحقيق الهدف المؤقت.
2. التوصل إلى عمق التشخيص الذي يترتب عليه علاج الأزمة بفاعلية.

3. مساعدة العميل على النظر للموقف بواقعية في حال استدعى الأمر.
  4. التركيز على إيجاد الدافعية والإيجابية لدى العميل من أجل تحمل المسؤولية في مواجهة الأزمة. الاستمرار في تزويد العميل بالمساعدات المادية إذا كانت الإمكانيات تسمح بذلك.
  5. إرشاد المريض بالجهات والسلطات المختلفة التي تعاونه في علاجه، مع تعريفه بالإجراءات الإدارية والمستندات اللازم تقديمها من أجل الحصول على المساعدة
  6. إشراك الأسرة في العملية العلاجية وتوزيع المهام والأدوار عليهم لمواجهة الأزمة.
- وبوجه عام تعتمد أهداف التدخل في الأزمات على الطبيعة المحددة للأزمة، ومع ذلك فإن العلاجات الموجهة للأزمة تشترك في عدد من الأهداف العامة والتي تتمثل في:

1. تخفيف أعراض العميل.
  2. إعادة العميل إلى مستوى أدائه الوظيفي لحالة ما قبل الأزمة.
  3. تحديد العوامل التي أدت إلى حدوث الأزمة. تحديد وتطبيق التدابير العلاجية.
  4. مساعدة العميل على ربط الضغوط الحالية بتجارب الحياة السابقة.
  5. مساعدة العميل على تطوير استراتيجيات للتكيف يمكن استخدامها في الموقف الحالي وكذلك في أي موقف مشابه في المستقبل.
- ويعتبر الكثيرون أن الهدفين الأخيرين "اختياريين" بينما يتفق معظمهم على أن الأهداف الأربعة الأولى هي الحد الأدنى من الأهداف لجميع أنواع التدخل في الأزمات.

### مبادئ التدخل في الأزمات:

يعتمد التدخل في الأزمات وفقاً لـ Puryear على المبادئ الثمانية التالية:

1. التدخل الفوري: حيث أن الناس غير قادرين على تحمل الأزمات لفترات طويلة من الزمن وبالتالي ينبغي أن يكون التدخل فوري لحل الأزمة، فإذا تعذر على المعالج رؤية العميل فيجب إحالته إلى شخص يمكنه ذلك في الحال.
2. الإجراء: يشارك المعالج بفاعلية ويوجه مجهوداته لمساعدة العميل على حل الأزمة.
3. الأهداف المحدودة: يركز التدخل في الأزمات على الأهداف المرتبطة بوضوح بموقف الأزمة.
4. الآمال والتوقعات: نظراً لحالة فقدان الأمل التي يشعر بها العملاء فإن مهمة المعالج الأساسية هي غرس الأمل بحل الأزمة.
5. الدعم: يعد توفير الدعم عاملاً مهماً في التدخل في الأزمات، وإن نقصه الدعم يساهم بشكل كبير في تفاقم الأزمة.
6. التركيز على حل المشكلة: يعتبر حل المشكلة جوهر التدخل في الأزمة من خلال التركيز على حل المشكلات الكامنة وراء الأزمة.
7. صورة الذات: يجب على المعالج أن يتبع أساليب تحمي وتزيد من تقدير العميل لذاته، حيث أن العميل الذي يواجه أزمة يرى نفسه غير قادر على تجاوز الأزمة.

8. الاعتماد على الذات: يجب على المعالج من بداية التدخل في الأزمة الموازنة بين تقديم الدعم وتعزيز اعتماد العميل على نفسه واستقلاله.

### مراحل التدخل في الأزمات: (Poal, 1990, PP.130 - 136)

تم تطوير العديد من النماذج للتدخل في الأزمات، ويعتمد النموذج المقترح من قبل جولان (1978) على ثلاث مراحل:

**المرحلة الأولى: مرحلة التقدير (الجلسة الأولى):** وتستلزم ما يلي:

- تحديد عامل التعجيل ("ماذا حدث؟")
  - تحديد ردود الفعل الشخصية للعميل نحو العامل المعجل ("كيف استجبت؟")
  - تحديد سياق موقف الأزمة بما في ذلك الحدث الخطير ("هل يمكنك تذكر ما الذي بدأ هذا؟")
  - تقييم الحالة الحالية للعميل ("ما الذي يحدث الآن؟")
  - تحديد المشكلة الحالية بدقة (بالاشتراك مع العميل) ("نحن نتفق على أن المشكلة الأكثر أهمية هي قلقك بشأن الاستمرار بدون زوجك").
- وتجدر الإشارة إلى أنه بناءً على طبيعة الأزمة فإن تقدير حالة العميل قد يشمل أو لا يشمل الحصول على تاريخ طبي ونفسي حديث، وتقييم الحالة العقلية الحالية للعميل، وتحديد ما إذا كان يتعاطى العقاقير أو الكحول، وتقدير قابلية العميل للإقدام على الانتحار. وفي نهاية مرحلة التقدير يتوصل المعالج والعميل إلى اتفاق صريح بشأن أهداف التدخل.

### المرحلة الثانية: مرحلة التنفيذ (الجلسات 1-4)

تتضمن مرحلة التنفيذ الحصول على معلومات أساسية كمعلومات عن أداء العميل قبل الأزمة، واستراتيجيات المواجهة المستخدمة مسبقاً، ونقاط القوة والضعف لدى العميل، والموارد المتاحة وأنظمة الدعم.

وإضافة إلى ما سبق تحديد الأهداف الفورية، وتحديد المهام التي تتيح للعميل تحقيق تلك الأهداف.

### مرحلة الإنهاء (الجلسات 5-6)

يقوم العميل والمعالج أثناء مرحلة الإنهاء بمراجعة مدى تقدم العميل في تحقيق أهداف التدخل، والتوصل إلى قرار الإنهاء، ومناقشة خطط العميل المستقبلية.

ومن الجدير بالذكر أن صموئيل ديكسون (1987) يقدم نموذجاً مختلفاً نوعاً ما للتدخل في الأزمات عن نموذج جولان، لكن يدمج كلا النموذجين عناصر المبادئ العامة للتدخل في الأزمات التي تمت مناقشتها سابقاً في هذا القسم.

ويضع ديكسون تسع خطوات أكثر تحديداً لمساعدة الأشخاص الذين يعيشون في الأزمة، تتم الست الأولى منها بشكل عام أثناء الجلسة الأولى مع العميل بينما قد تستغرق الخطوات السابعة والثامنة مدة تصل إلى خمسة أسابيع:

1. تأسيس علاقة إيجابية في وقت مبكر: يجب أن يكون المعالج مفيداً للعميل في هذه المرحلة فيظهر القبول والاحترام للعميل والدعم والمساعدة له، مع أخذ مشاعر العميل في الاعتبار فيما يتعلق بطلب المساعدة: هل كان متردداً أو محرراً أثناء طلب المساعدة إلى جانب مشاعره الخاصة بالضعف.
2. الاستنباط وتشجيع التعبير عن المشاعر المؤلمة: يجب إعطاء العملاء الفرصة للتعبير عن المشاعر والعواطف المؤلمة قبل مناقشة الأحداث المحددة المحيطة

بالأزمة، فإذا كان العميل في حالة ذهول واضح فيجب على المعالج تشجيع مثل هذا التعبير قبل محاولة مناقشة أسباب الأزمة وفي حالات أخرى قد يبدو العميل مستعداً على الفور لمناقشة حدث الأزمة نفسه وستظهر المشاعر لاحقاً.

3. **مناقشة الحدث المعجل:** يمكن للمعالج الانتقال إلى استكشاف الحدث الذي عجل حدوث الأزمة والظروف المحيطة به، وكيف حاول العميل حل الأزمة، وما الذي جعل العميل يطلب المساعدة في النهاية، ومن المفيد في هذه المرحلة جمع المعلومات حول تاريخ العميل وظروف الحياة الحالية.

4. **التقدير والتقييم:** يستخدم المعالج في هذه المرحلة المعلومات التي تم جمعها في الخطوات السابقة لتقدير سبب أزمة العميل، ودرجة الوهن وإمكانية التغلب على الأزمة، وتبدأ هذه الخطوة بمجرد أن يجتمع المعالج والعميل مع بعضهما البعض ويشكل التقدير إلى جانب الخطوة التالية الأساس لتخطيط العلاج وتنفيذه.

5. **صياغة تفسير ديناميكي:** تشكل هذه الخطوة الأساس لاستعادة العميل إدراكه أي أنها أساس رؤية العميل وفهمه للأزمة نفسها و رد فعله نحوها، وهذا الفهم ضروري لكي يحدث التغيير و يقوم التفسير الديناميكي بتقييم سبب تفاعل العميل مع الأزمة كما فعل. وفي هذه الخطوة يقوم المعالج بتقييم كل من العوامل الداخلية (النفسية) والخارجية (الاجتماعية) التي أدت إلى حدوث الأزمة والتي منعت العميل من حلها بمفرده ويسمح بتقييم هذه العوامل للمعالج بالتخطيط للتدخل المناسب.

6. **استعادة الأداء المعرفي:** هذه الخطوة تسمح للعميل بالانتقال إلى ما هو أبعد من التفادي والدفاعية التي تميز ذروة أي أزمة، وذلك من خلال تقديم تفسير للأزمة وتفسير استجابة العميل لها، مما يساعد العميل على استعادة التحكم العاطفي والإدراكي.

7. **التخطيط وتنفيذ العلاج:** بمجرد أن يقدم المعالج للعميل بعض الفهم لأسباب موقف الأزمة، يمكن التوصية بتدخلات محددة مع مناقشة أهداف العلاج مع العميل.

8. **الإنهاء:** يحدث إذا ما عاد العميل إلى سابق مستوى أدائه الوظيفي قبل الأزمة، وبالإضافة إلى حل الأزمة نفسها يساعد علاج الأزمات العميل على تطوير مهارات التأقلم التي يمكن تطبيقها على الأحداث اللاحقة.

9. **المتابعة:** تعد هذه الخطوة اختيارية، ففي نهاية الجلسة الأخيرة يخبر المعالج العميل أنه سيتصل بالعميل في وقت ما في المستقبل لمعرفة كيفية تكيفه، وعلى الرغم من اعتقاد بعض المعالجين أن هذا يعزز التبعية والالتكالية إلا أن العملاء يقدرون هذا الاهتمام الذي يتيح للمعالج تقويم نتائج العلاج.

### تقنيات التدخل في الأزمات:

يستند اختيار المعالج لتقنيات التدخل المحددة على طبيعة الأزمة، والتوجه النظري للمعالج والخلفية المهنية وموارد العميل، وتشمل التقنيات الشائعة الاستخدام:

1. التدخلات العاطفية: كمساعدة العميل على التعبير عن المشاعر الناتجة عن الأزمة.
2. التدخلات المعرفية: كمساعدة العميل على التخلص من المعتقدات السلبية التي ساهمت في الأزمة.
3. المهام السلوكية: كمطالبة العميل بقضاء المزيد من الوقت مع الآخرين.
4. التلاعب البيئي: كإحالة العميل إلى مؤسسة يمكن أن تساعد في تخفيف المشكلات المالية.

وفقاً لهوليس ، يمكن تصنيف تقنيات التدخل في الأزمات وفقاً لأربعة أنواع:

1. **الاكتفاء:** تستخدم تقنيات الاكتفاء الذاتي بشكل أساسي خلال المراحل الأولية للتدخل في الأزمات؛ تتمثل أهداف الاكتفاء الذاتي في تقليل قلق الفرد والشعور بالذنب والتوتر وتقديم الدعم العاطفي، وتتضمن الأمثلة التنفيس والطمأنينة والتشجيع والاستماع التعاطفي.
2. **التأثير المباشر:** يعد تقديم المشورة لمسار معين للعمل والتعبئة المناسبة هي أمثلة على التأثير المباشر، وغالباً ما يشمل التأثير المباشر الاتصال بالوكالات الأخرى (مثل الشرطة والمحاكم ووكالات الخدمة الاجتماعية).
3. **انعكاس الحالة الشخصية:** تستخدم تقنيات الانعكاس لمساعدة العميل فهم وحل جوانب محددة من وضع الأزمة مثل الجوانب الاعلامية (هل يرى العميل الموقف بوضوح وموضوعية؟)، العميل كجزء من موقف الأزمة (هل يدرك العميل مدى أهمية ردود أفعاله العاطفية تجاه عامل التعجيل؟)، وتفاعل العميل مع الموقف (هل العميل قادر على استخدام استراتيجيات المواجهة البديلة؟).
4. **الفهم الديناميكي والتنموي:** عندما تسمح قدرات العميل الفكرية والعاطفية يكون من المفيد استكشاف دور العميل في حالة الأزمة (مثل آليات الدفاع والمقاومات وأنماط الاتصال التي ساهمت في الأزمة).

### تقييم نموذج التدخل في الأزمات:

#### نقاط القوة:

1. يقدم نموذج التدخل في الأزمات خطوات واضحة يتم إتباعها مع موقف الأزمة وهي خطوات سهلة التنفيذ تتسم بالوضوح.
2. التدخل في الأزمات هو أسلوب علاج قصير ينصب تركزه على التخفيف من موقف الأزمة ومساعدة الناس على تحسين قدراتهم على حل المشكلة.
3. نظراً لأن التدخل في الأزمة علاج قصير فإنه يمكن استخدامه مع نماذج علاجية أخرى كالعلاج السلوكي والتدخل المتمركز على المهام.

#### نقاط الضعف:

1. إن نموذج التدخل في الأزمة قد يكون غير قادر دائماً على علاج القضايا الأساسية التي تساهم في ظهور الأزمة.
2. من الصعب استخدام نموذج التدخل في الأزمات مع العملاء الذين لا يستطيعون تقبل الأخصائي الاجتماعي، حيث يتطلب جمع البيانات وإحداث التأثير بدون هذه العلاقة.
3. قد لا يصل الأخصائي الاجتماعي إلى حالة التعاون الكامل مع العملاء في مواقف الأزمة، فهناك بعض الحالات التي قد يضطر فيها أن ينفذ خطة بالرغم من إرادة العميل كالإتصال بالشرطة لضمان سلامة العميل.

### رابعاً: رؤية متعمقة للأخصائي الاجتماعي الطبي كممارس لنموذج التدخل في الأزمات:

في الأسطر القادمة تميل الباحثات إلى النظر بشكل أعمق للأخصائي الاجتماعي الطبي كممارس يستخدم نموذج التدخل في الأزمات والذي يعد نموذجاً فريداً من نوعه وضع خصيصاً ليتناسب مع موقف الأزمة، ومن الصعب النظر إليه على أنه نظرية مستقلة في التعامل مع الأفراد فلا يصلح تطبيقه مع المشكلات التقليدية التي لا تنطبق عليها خصائص الأزمة.

ومما لا شك فيه أن هناك اعتبارات يجب أن يضعها الأخصائي الاجتماعي الطبي نصب عينيه، وصفات ينبغي أن تتوفر به ليكون صالحاً للتعامل مع العملاء الذين يختبرون موقف الأزمة:

(أ) الصفات الشخصية: لا يصلح أي أخصائي اجتماعي طبي لأن يكون داعمًا في موقف الأزمة، فالإتزان الانفعالي والقدرة على ضبط النفس وهذء الأعصاب من الصفات الهامة التي يجب أن يتمتع بها الأخصائي نظراً لما يواجهه من عملاء متأزمين في حالة اختلال توازن، غير واعين لتصرفاتهم، يعيشون حالة هستيرية من البكاء أو الصراخ والعيول ويحتاجون لمن يكون قادراً على إدارة الموقف بحكمة دون التقليل من قيمة ما يشعرون به في هذه اللحظات الحرجة، وبالتالي فإن الطالب حديث التخرج أو الممارس قليل الخبرة لا يمكن إتقان التدخل في الأزمات أو إدارة الموقف بنجاح.

(ب) التنوع والاختلاف في شخصيات العملاء: بما إن الموقف المتأزم لا يعطي مساحة كافية للأخصائي لبناء علاقة مهنية مع العميل، فلا بد من أن يكون لديه القدرة على التعامل مع مختلف الشخصيات ودرجة من الفطنة لمفتاح كل شخصية يتعامل معها، بحيث يكون قادراً على جمع البيانات اللازمة للتعرف على تفاصيل الموقف محل الأزمة.

(ج) تباين التعامل مع الأزمة: ينبغي أن يضع الأخصائي الاجتماعي الطبي في اعتباره أن الناس ينقسمون إلى أربع فئات أثناء تعاملهم مع الأزمة:

- منهم من يميل إلى الاحتفاظ بالأزمة: بحيث ينغلقون على أنفسهم ويستسلمون للصراعات والتمزقات النفسية العميقة، ويعمدون إلى الوحدة والعزلة، والشروء الذهني وقلة التركيز.
- قسم يتمرد على الأزمة: ويتمثل التمرد على كل القيم الروحية والاجتماعية فيميل إلى ممارسة العنف والقسوة مع الآخرين، والانحراف الأخلاقي.
- قسم يهرب من الأزمة: فيلجأ إلى الاستغراق في الضحك والسخرية، أو الترفيه السلبي.
- قسم يواجه الأزمة: وهذا أسلوب إيجابي يحتاج وعياً بأهداف الأزمات وقبول إرادة الله وحكمته.

(د) مهارات إيصال الأخبار السيئة: ينبغي على الأخصائي الاجتماعي الطبي المستخدم لنموذج التدخل في الأزمات أن يكون على دراية تامة بمهارات إيصال الأخبار السيئة والتي تركز على العديد من النماذج العلمية في التبليغ كما يلي:

1. نموذج SPIKES

2. نموذج KAYE

3. نموذج BREAKS

4. نموذج ABCDE

وفيما يلي شرح لأحد هذه النماذج:

**نموذج SPIKES:** (Dean and Willis, 2016, P.4)

وهو نموذج شائع عالمياً، ابتكره بروفيسور علم الأورام الكندي (د. بكمان)، يتكون من ست خطوات متتابعة:

1. الوضعية S: وضعية المقابلة.
2. الإدراك P: تقييم إدراك العميل.
3. الدعوة I: تقييم دعوة العميل لما يريد معرفته.
4. المعلومة K: تقديم المعلومة.
5. الانفعالات E: التأكد من الانفعالات.
6. الاستراتيجية S: الاستراتيجية والتلخيص

(ه) مراحل حزن الفقد المعقد: يجب على الأخصائي الاجتماعي الطبي معرفة مراحل حزن الفقد وأن يدرك عند أي مرحلة يقف العميل وهذه المراحل كالتالي: (E Kübler-Ross, D Kessler, 2005, PP.7-17).

1. الصدمة والإنكار: وهي ذهول وعدم تصديق للموقف.
2. الغضب: شعور بالعصبية والإحباط ولوم الذات.
3. المساومة: محاولة المفاوضة مع المعالج، الأسرة.
4. الاكتئاب: اكتئاب، انسحاب، خمول، اضطراب النوم، فقدان الأمل، وربما أفكار انتحارية.
5. القبول: إدراك الحقيقة.

(و) تثبيت الموقف تجنباً لمشكلات جديدة: قد يلجأ الأخصائي الاجتماعي الطبي إلى تجميد الموقف الذي يعاني منه العميل عندما يتعذر التأثير في شخصية العميل أو البيئة الخارجية المحيطة به وبالتالي يكون تجنب زيادة التدهور هو الحل الأمثل، فيضع جل تركيزه في الدعم النفسي والاجتماعي للعميل، بث الطمأنينة، التشجيع على الصمود واحتواء الموقف.

(ز) موارد المجتمع المحلي: يجب على الأخصائي الاجتماعي الطبي الاحتفاظ بقائمة معدة سابقاً عن جميع موارد ومصادر مؤسسات المجتمع المحلي، مراكز تكلمة الرعاية اللاحقة، مراكز تقديم المساعدات المادية والعينية للحالات، و بناءً على تقدير احتياجات العميل يتم توجيهه أو دعمه بالطريقة المناسبة.

(ح) أخلاقيات المهنة: يجب على الأخصائي الاجتماعي الطبي تطبيق العديد من المبادئ الأخلاقية عند استخدام نموذج التدخل في الأزمات كما يلي:

1. مراعاة الطبيعة الإنسانية للخدمة: فالأخصائي الاجتماعي هدفه الرئيسي مساعدة العميل خاصة وأنه في موقف يتسم بعدم الاستقرار والفوضى.

2. تحقيق العدالة الاجتماعية: بحيث يقوم الأخصائي ببذل جهده لتحقيق المساواة دون التمييز بين عرق وجنس وانتماء سياسي.
3. مراعاة أحقية العميل في الحصول على الخدمة والواقعية في تقديم الخدمة، بحيث لا يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعطاء العميل صورة غير حقيقية أو وعود زائفة حول الخدمات التي تستطيع المؤسسة التابع لها تقديمها للعميل.
4. التكامل في تقديم الخدمة بحيث يعمل الأخصائي الاجتماعي في ضوء الإطار (المحدد الوظيفي) الذي وضعت له المؤسسة دون الخروج عنه، وحين يحتاج العميل تحويل لمتخصص معين أو جهة خارجية لاستكمال الحصول على الخدمة ينبغي عليه تحويله فيما يخدم مصلحة العميل.
5. الكفاءة والجدارة: فالأخصائي يطور باستمرار من معارفه وخبراته المهنية التي يتم تطبيقها في التخصص.

#### (ط) مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه العميل:

1. يجب على الأخصائي ألا يستغل ضعف العميل عندما يكون سهل الانقياد وثقته بنفسه ضعيفة نتيجة موقف الأزمة الذي يمر به لتحقيق مكاسب شخصية.
2. البعد عن تنازع الاهتمام، بمعنى أن يبدأ الأخصائي باهتمامات العميل وبالمشكلة التي تشغل بال العميل.
3. على الأخصائي أن يزود العميل بالمعلومات الكافية عن الأزمة وكل ما من شأنه مساعدته على التوازن.
4. الالتزام بالموضوعية والحياد.
5. الحفاظ على سرية المعلومات وخصوصية العميل (مراعاة المواقف التي تمنع ذلك)
6. حق العميل في تقرير مصيره بالدفاع عن هذا الحق في موقف الضعف.
7. عدم تعريض العميل لأي موقف قد يشكل خطورة عليه.

## المراجع

## المراجع العربية:

- حامد، عبد الناصر سليم. (2012). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية. دار أسامة للنشر. حبيب، جمال شحاته وحناء، مريم إبراهيم. (2016). نظريات ونماذج التدخل المهني على مختلف أنساق ومستويات الحماية المهنية للخدمة الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث.
- الدخيل، عبد العزيز عبد الله. (2006). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية. دار المناهج.
- الدريس، الجوهرة محمد محمد. (2018). تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في مجال الأزمات والكوارث: دراسة مطبقة على أعضاء هيئة التدريس من المختصين بالخدمة الاجتماعية. مجلة شؤون اجتماعية، 35(137)، 9-36.
- رشوان، عبد المنصف حسن علي والقرني، محمد مسفر علي. (2013). المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسر. مكتبة الرشد.
- السنبل، منيرة عبدالله ورمضان، جيهان عبد الحميد. (2018). ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد والأسر والتعامل مع الأزمات والكوارث. مكتبة الرشد.
- صادق، يسرية والشربيني، زكريا. (2019). مقتطفات من علم النفس في الكوارث والصدمات والأزمات. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الغرايبة، فيصل، و الغرايبة، فاكر. (2009). مجالات العمل الاجتماعي وتطبيقاته. دار وائل للنشر.
- قاسم، مصطفى محمد، نيازي، عبدالمجيد بن طاش والخراشي، عبدالرحمن بن محمد. (2015). الخدمة الاجتماعية في المستشفيات. مكتبة المتنبى.

## المراجع الأجنبية:

- Dean, Antonia and Willis, Susan. (2016). *The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos*. International Journal of Palliative Nursing.
- Poal, Pilar. (1990). Theory and Practice of Crisis Intervention. *University of North Carolina, Department of Psychology*, (10), 121-140
- Zakour, M. J. (1997). Disaster research in social work. *Journal of Social Service Research*, 22(1-2), 7-25.