مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: منظور القوة: إسهام جديد للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية
اسم الكاتب: عبدالعزيز عبدالله البريثن
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/8851
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 23:20 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

جامعة الشارقة
ملتقى الحضارات

مجلة جامعة الشارقة

دورية علمية محكمة

للعلوم الإنسانية والاجتماعية



المجلد 11 ، العدد 1
شعبان 1435 هـ / يونيو 2014 م

الترقيم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

منظور القوة: إسهام جديد للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

عبدالعزيز عبدالله البريثن

كلية الآداب - جامعة الملك سعود

الرياض - المملكة العربية السعودية

تاريخ الاستلام 2012-03-07 **تاريخ القبول 2013-06-12**

ملخص البحث

تصنف الخدمة الاجتماعية على أنها من المهن الحديثة نسبياً؛ إذ ظهرت نتيجة العمل والممارسة التي دعت لها بعض الظروف البشرية خلال القرن الماضي. ومن ذلك الموروث التاريخي لا تزال المهنة تنمو وتتطور من حقل الممارسة الذي يشكل العمود الفقري وحجر الزاوية بالنسبة للخدمة الاجتماعية. اليوم تتردد نداءات في بعض الدول الغربية – وفي الولايات المتحدة على وجه التحديد – تدعو إلى الأخذ بمنظور جديد وأسلوب حديث ينظر إلى العملاء وإلى المشكلات من وجهة نظر مختلفة. لقد ظهر منظور القوة في الخدمة الاجتماعية ليضع الاختصاصيين الاجتماعيين في زاوية مختلفة عن تلك التي ظلوا عليها لفترات طويلة من زمن الخدمة الاجتماعية. من حقل الممارسة المهنية ظهر منظور القوة، بعد أن دعمته أدلة وبراهين بحثية، جعلت المتخصصين يسعون لتحليله وتجريبه واختباره. من هذه الرؤية الجديدة – منظور القوة – أراد الباحث طرح الموضوع نظرياً باللغة العربية، محاولاً توضيح كل ما يتعلق بالمنظور، وبما يسمح للاختصاصيين الاجتماعيين في العالم العربي من اختباره وتجريبه عملياً.

الكلمات الدالة

الخدمة الاجتماعية، منظور القوة، التمكين، الممارسة الإكلينيكية، الأمل.

مقدمة:

لقد ظهر منظور القوة strengths perspective أو نموذج القوة strengths model كما يسميه البعض في ممارسة الخدمة الاجتماعية كبديل للكثير من الاتجاهات المرضية الموجهة لمساعدة العملاء. إذ يذهب منظور القوة إلى التركيز على قدرات وإمكانات ومواهب العميل، عوضاً عن التمركز حول المشكلات التي يعاني منها العملاء. وبناء على ذلك، يقوم الاختصاصي الاجتماعي بتركيز العمل وتكثيفه بشكل كامل لمحاولة التعرف على إمكانات العميل ونقاط القوة لديه وإظهارها، ومن ثَمَّ استخدامها في مساعدة العميل للتعامل مع المشكلات التي يعاني منها والأهداف التي ينشدها (Saleebey, 2009).

يمكن القول إن منظور القوة هو إسهام جديد يخدم وبشكل خاص الممارسة الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية. إن الفاحص للمعطيات النظرية للخدمة الاجتماعية كمهنة حديثة نسبياً يجد أن الأطر النظرية انقسمت إلى جزأين رئيسين، أحدهما ما استمد من المهن ذات العلاقة وخصوصاً علم النفس الذي وُظِّفَتْ نظرياته الكثيرة في حقل الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، بينما الجزء الآخر من تلك الأطر النظرية فيمثل ما قدمته خبرات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وهو ما يسمى بروافد المعرفة، والتي ترسخت فيما بعد بفضل البحث العلمي وخصوصاً البحوث التجريبية، ولعل أفضل مثال على ذلك الاتجاه النفسي الاجتماعي psychosocial approach وأسلوب التدخل في الأزمات crisis intervention. اليوم يمكن القول وبحق إن منظور القوة هو إسهام جديد ولد في حقل الخدمة الاجتماعية بواسطة الممارسة المهنية وقد جُرِّب واختُبِرَ علمياً وإمبيريقياً.

إن الهدف من هذه الورقة هو عرض منظور القوة نظرياً، مع مناقشة الكتابات الأجنبية التي تناولت هذا المنظور الجديد، وتحليلها – وهي نادرة بسبب حداثة الموضوع –، ودلائل فاعليته وفائدته للممارسة الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية.

وسيعتمد الباحث على المنهج التحليلي، بغية توضيح المنظور نظرياً، وبما يسمح بتجريبه أو محاولة تجريبه من لدن الممارسين المهنيين في العالم العربي. على أن الخطوات القادمة ستكون أكثر جدلاً من حيث المحاولة والتجريب العلمي لذلك المنظور عربياً، باستخدام وسائل البحث العلمي وأساليبه ، بغية النظر في مدى فاعليته للتعامل مع مشكلات دقيقة ضمن مجالات ممارسة محددة في حقل الخدمة الاجتماعية.

البدايات الأولى التي انبثق عنها منظور القوة:

منذ وقت مبكر والخدمة الاجتماعية تؤمن بالقوى الكامنة داخل كل إنسان، ولكن الشيء الجديد في الموضوع أن التركيز في الممارسة مع العملاء كان - وإلى وقت قريب - يتمحور حول المشكلات والاختلالات التي أحدثتها المشكلات في العملاء (Weick et al., 1989). وفي مطلع عام 1982م بزغ منظور القوة في الولايات المتحدة الأمريكية وتحديداً في كلية الرعاية الاجتماعية بجامعة كانساس في مدينة «لورانس» (Brun & Rapp, 2001; Rapp, 1998; Saleebey, 1996)، والذي حفز الاختصاصيين الاجتماعيين للتحول من الاتجاه المتمركز على المشكلات إلى التوجه نحو نقاط القوة لدى العملاء لتحقيق عملية المساعدة (Kim, 2008). في ذلك الوقت كان الكثير من أعضاء هيئة التدريس في الكلية يبحثون عن الحلقة المفقودة أو ما يشبهها، في ظل تأثرهم بالأدلة والبراهين المتزايدة التي يشير لها بعض العلماء حول أن المحور في الكثير من نظريات الاضطراب والمرض العقلي – التي يعاني منها الأطفال باعتبارها مشاكل مصيرية أمام تطور علم الأمراض لدى البالغين – ليست لها قوة مقنعة (Lewis, 1997). وفي العقد الثامن من القرن الماضي (1982م) قدمت الكلية منحة مالية للعمل مع عملاء يعانون من إعاقات نفسية، حيث نظم العمل بحيث تستخدم آلية إدارة الخدمات. لقد قاد ذلك المشروع البروفيسور «تشارلز راب» Charles Rapp وأحد طلبة برنامج الدكتوراه في الكلية «رنا تشامبيرلين» اللذين عملا مع بعضهما باستخدام عدة اتجاهات لتقديم خدمات إدارة الحالة بواسطة مديري الحالة الذين يركزون على قدرات وإمكانات العملاء لأداء العمل الناجح في المجتمع (Brun & Rapp, 2001; Rapp, 1998). لقد جاءت نتائج المشروع ناجحة ومشجعة إلى حد كبير، حتى سمي في ذلك الوقت «إدارة الحالة المبنية على القوة» strength-based case management وفي نفس العام أخذ منظور القوة طريقة للتطبيق في ثلاثة مراكز للصحة النفسية في ولاية كانساس (Rapp, 1998). ومن تلك النجاحات التي حققها ذلك المشروع أيضاً، بدأ بعض الأعضاء في الكلية تطبيقه وتجريبه في مجالات أخرى من مجالات الخدمة الاجتماعية (Kim, 2008).

في نهايات ذلك العقد (1980م) قام أعضاء هيئة التدريس في كلية الرعاية الاجتماعية بجامعة كانساس، وهم: البروفيسور «دنيس ساليبي» Dennis Saleebey – الذي يعود له الفضل في تدوين منظور القوة وتعزيزه –. والبرفيسور «آن ويك» Ann Weick – التي كانت عميدة الكلية آنذاك –. وبمساهمة آخرين من أعضاء الكلية بتطوير منظور

القوة والكتابة عنه في دوريات علمية (Rapp, 1998; Weick et al., 1989)، كان أبرزها مقال «منظور القوة في ممارسة الخدمة الاجتماعية» المنشور في «مجلة الخدمة الاجتماعية» عام 1989م، تبعه كتاب حمل نفس العنوان The Strengths Perspective in Social Work Practice ونشر عام 1992م. هذه الاسهامات جعلت مفهوم القوة يأخذ نطاقاً واهتماماً أوسع، حتى أصبح اتجاهاً ومنظوراً مقبولاً ومنتشراً في حقل الخدمة الاجتماعية. ونتيجة لذلك الانتشار بدأت الكتابات – باللغة الإنجليزية تحديداً – تزداد سنوياً وفقاً لتطبيقاته في جوانب الخدمة الاجتماعية المختلفة (Kim, 2008).

تعريف منظور القوة:

منظور القوة ليس نظرية theory علمية؛ فالنظريات العلمية تفسر الظواهر أو حتى تصف الظواهر بشكل تحليلي. كما أن منظور القوة ليس نموذجًا model؛ فالنماذج عادة توضح بشكل منطقي وتصويري بعض جوانب العالم المحيط بنا. وعلى الرغم من صعوبة تعريف المنظور perspective إلاّ أنه عادة يعطي لمحة أو وجهة نظر لفهم جوانب محددة من خبرة ما (Saleebey, 2009).

منظور القوة هو طريقة للنظر أو توجيه الاهتمام من لدن الاختصاصي الاجتماعي نحو مناطق معينة لدى العملاء لغرض مساعدتهم. وينطلق المنظور من بعض القواعد والمبادئ والأفكار التي تتطلب من الاختصاصي الاجتماعي تحديد الإمكانات والمهارات والمواهب والآمال والطموحات الكامنة لدى العملاء وتأكيدها ، ومن ثَمَّ حشدها واستخراجها بطريقة فنية لتمكنهم من العيش بشكل سليم داخل المجتمع (Kim, 2008)، أخذاً بعين الاعتبار أن العوامل الشخصية للعملاء، والجوانب الثقافية من حياتهم، بجانب مصادر الأسرة والمجتمع مطلوبة لتحقيق عملية المساعدة (Saleebey, 1996).

تقوم الافتراضات الأساسية لمنظور القوة على قدرات العميل. حيث يرى المنظور أن كل عميل يمتلك مهارات ومواهب قد يكون بعضها غير مستغل، كما أن كل مهارة أو موهبة قابلة للتطوير والتحسين. ومن الافتراضات أيضاً أن النمو يمكن أن يتحقق للأفراد من خلال التركيز على نقاط القوة – تحديداً – بدلاً من الاستغراق في نواحي العجز لديهم. ومن النقاط المهمة التي يؤمن بها منظور القوة ما يتعلق بالنظر إلى العملاء على أساس من المساواة، مع محاولة المساعدة لتحديد المشكلات وتحديد الحلول (Bell, 2003;

.(Saleebey, 1992

خبرات الممارسة المهنية لمنظور القوة تؤكد على النظر إلى نقاط القوة لدى العميل وإمكاناته ليس في شكل منعزل ومنفرد بالعميل فقط، وإنما في إطار المجتمع الذي يعيش فيه العميل. في كثير من الأحيان يحصل إغفال لمصادر المجتمع التي يمكن استخراج القوة منها وتوظيفها لصالح العملاء. كما يشدد منظور القوة على المعرفة المتحصل عليها من خلال الصعوبات والتحديات التي واجهها وعاصرها العملاء، بالإضافة إلى ما يمكن أن يتحصل عليه من قبل الموجهين والمعلمين. إن القوة موجودة في داخل كل عميل، ويمكن استنباطها أو استخراجها متى آمن المعالج بالمواهب والفضائل والسمات الشخصية والمعتقدات الروحية (Kim, 2008).

يقدم «دنيس ساليبي» (Saleebey, 2009) ستة مبادئ رئيسة يمكن اعتبارها دليلا لعملية المساعدة المبنية على منظور القوة. وهذه المبادئ يمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

1. نقاط القوة في الفرد والأسرة والمجتمع: على الاختصاصي الاجتماعي النظر إلى العميل على أنه عنصر مركب يمتلك مهارات ونقاط قوة ربما لا تبدو أو تظهر للوهلة الأولى. بالإضافة إلى أن ذلك العميل لديه – في الغالب – أسرة ومجتمع يفترض اكتشافها والاستفادة منها في عملية المساعدة.

2. الأمراض والانتهاكات والصراعات يمكن أن تكون بمثابة فرص: العملاء الذين يتعرضون للصدمات ليسوا دائماً ضحايا عاجزين أو أنهم مصابون بأضرار لا يمكن معالجتها، المواقف الصعبة يمكن أن يتعلم العملاء منها مهارات جديدة ويكتسبوا من خلالها عوامل وقاية إيجابية.

3. احترام طموحات العميل: في الغالب يكون لدى العملاء طموحات ورغبات وآمال وتطلعات، ولكن يعمل البعض على كبح مثل هذه الآمال والطموحات بدعوى أنها غير واقعية. الاختصاصيون الاجتماعيون يفترض فيهم إقناع العملاء على أن أوضاعهم يمكن حلها أو تحسينها أو التعامل معها بنجاح، وعليه فالآمال والطموحات واقعية وليست بعيدة المنال.

4. التعاون مع العميل: إن ممارسة دور الخبير أو المتخصص لا يعني أن الاختصاصي الاجتماعي حتماً سيقدر نقاط القوة وإمكانات العميل، ولهذا يؤكد منظور القوة على

مبـدأ التعـاون بيـن الاختصاصـي الاجتماعـي والعميـل كمبـدأ جوهـري خـلال عمليـة المسـاعدة المبنيـة علـى منظـور القـوة.

5. المصـادر البيئيـة: كل مجتمـع بغـض النظـر عـن فقره أو شـح مصـادره يظـل فيـه مـا يمكـن أن يقدمـه مـن معرفـة ومسـاعدة ومصـادر مفيـدة، هـذه المصـادر ليـس بالضـرورة توفرهـا لـدى المؤسسـات العامـة التـي تقـدم الخدمـات الاجتماعيـة فـي المجتمـع، لكنهـا بالتأكيـد سـتكون مصـادر عظمـى ومفيـدة ونافعـة للعمـلاء.

6. الرعايـة لبعضنـا البعـض: يؤمـن منظـور القـوة بأهميـة المجتمـع وتماسـكه وشـموله لجميـع أعضائـه، كمـا يـدرك المنظـور أهميـة العدالـة الاجتماعيـة. هـذه الرؤيـا تبنـى كفرضيـة أساسـية للرعايـة المتبادلـة بيـن أعضـاء المجتمـع، وكنمـوذج رئيـس للمشـاركة المدنيـة.

يمكـن القـول إن منظـور القـوة يعتمـد أساسًـا علـى مصطلـح التمكيـن empowerment كعمليـة وغايـة فـي الوقـت ذاتـه. فالتمكيـن – عمليًّـا - عبـارة عـن تعـاون بيـن الاختصاصـي الاجتماعـي والفـرد أو الأسـرة، بحيـث يعمـلان معـاً وبالتبـادل فـي مشـروع مرسـوم بحيـث يبعـث علـى التقـارب فـي الـرؤى والرغبـات والطموحـات. ويظهـر هـدف التمكيـن مـن خـلال أولئـك الذيـن حصـل لهـم «التمكيـن» بحيـث يسـعون بشـيء مـن الثقـة نحـو الشـعور بالمعنـى، والإحسـاس بالمـكان والانتمـاء لـه، والتحـرك باتجـاه الاحتـرام للـذات، والإيمـان بإمكانيـة الاختيـار، ثـم الوصـول للإمكانـات والمـوارد مـع الارتبـاط بالآخريـن، وتلمـس الوعـي بالإنجازات والإحسـاس بهـا. كل ذلـك يفتـرض أن يكـون علـى المـدى القصيـر، وكذلـك المسـتقبل البعيـد (Rapp, 1998).

يطـرح «دنيـس سـاليبي» فكـرةَ المثلـثِ ذي ثلاثـةِ الأضـلاعِ الـذي مـن خلالـه يمكـن العمـل وإحـداث التغييـر وفقـاً لمنظـور القـوة. حيـث يحمـل كل ضلـع حرفـاً أبجديـاً تشـكل (CPR) ليرمـز الحـرف الأول إلـى الطاقـات capacities والكفـاءات competencies بينمـا يرمـز الحـرف الثانـي إلـى الوعـد بالنجـاح promise وإمكانيـة التحقيـق possibility فـي حيـن يرمـز الحـرف الثالـث إلـى المصـادر resources والمدخـرات reserves (Saleebey, 2000).

الفلسفة والتقنية التي يستند عليها منظور القوة:

إن منظور القوة يختلف بشكل واضح عن النموذج الطبي في الخدمة الاجتماعية، والذي لا يزال يؤثر على ممارسة الخدمة الاجتماعية خصوصاً في مجال الصحة العقلية، حيث ينظر النموذج الطبي إلى العملاء على أساس المرض ووجهة النظر المرضية. وحينئذٍ يأتي دور الاختصاصي الاجتماعي لمحاولة تشخيص مشكلة العميل، ثم عمل خطة للعلاج، وبعدها تقييم نتائج التدخل المهني (Shulman, 2006). وهذا النموذج التقليدي يقف على قاعدة مفادها أن العملاء لديهم مشكلات يصعب عليهم حلها؛ ولذلك فهم في حاجة إلى خدمات متخصصة (Weick et al., 1989). بالإضافة إلى ذلك كله ووفقاً للنموذج الطبي، تكون مشكلة العميل هي البؤرة التي تنبثق عنها موجة التوقعات المتشائمة حول قدرات وإمكانيات العميل والبيئة. ولذلك فقد يشعر العملاء أنهم ناقصون أو غيرُ عاديين أو ربما غير طبيعيين بسبب مشكلاتهم. وهذا يتعارض مع حقيقة أن العملاء لديهم مدخرات عظيمة وإمكانيات كبيرة ربما تكون متجاهله أو غير مدركة (Saleebey, 2009).

على خلاف النموذج الطبي، يرى منظور القوة العملاء من جهة أخرى ويقدم رؤية جديدة لممارسة الخدمة الاجتماعية، إنه يحدث توازناً حديثاً بين الاستغراق والتركيز على مشكلة العميل لوحدها، وبين رؤية جوانب إيجابية أخرى في العميل تتمثل في المواهب والمعارف والقدرات والمهارات والإمكانيات والمصادر. ومن هذا المنطلق، يسعى الاختصاصي الاجتماعي إلى محاولة اكتشاف هذه المدخرات في العميل وفي البيئة المحيطة لتسخيرها في خدمة العميل، إما للتعامل مع المشكلة التي يعاني منها أو لتحقيق أهدافه وغاياته (Saleebey, 2009; Sullivan, 1992).

يدعي منظور القوة بأن التركيز على المرض وعدم الكفاءة لدى العميل من شأنه أن يعيق عملية النمو والتطور. وفي المقابل تقوم فلسفة منظور القوة على أن التركيز على نقاط القوة الداخلية لدى العميل سوف تحدث تغييرات إيجابية لدى العميل (Holmes & Saleebey, 1993). وهذه الفلسفة تتجه بشكل عملي نحو الممارسة لتقدم منظوراً يعمل على تطوير تقنيات ومهارات محددة (Kim, 2008). ومن عناصر تلك الفلسفة ما يأتي:

(أ) الاستماع للعميل وتبادل نقاط القوة معه.

(ب) تزويد العميل بالكلمات والرؤى بما يساعد في التعرف على نقاط القوة لديه.

(ج) التعاون مع العميل لاكتشاف إمكاناته الموجودة في البيئة.

بالإضافة إلى ما سبق ذكره بشأن الإمكانات الداخلية، يشدد منظور القوة على الفهم والإيمان بأن كل فرد – بدون استثناء – لديه مدخرات وإمكانات داخلية وخارجية، ربما تكون معروفة باعتبارها جزءًا من حياة الشخص، أو ربما تكون غير مستفاد منها أو مجهولة (Saleebey, 2000). إن العمل من خلال منظور القوة يدعو إلى مساعدة الأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات أيضاً على رؤية واستخدام طاقاتهم مع إدراك الخيارات المفتوحة أمامهم، وفهم الحواجز والنواقص التي تعوزهم، وإظهار آمالهم وطموحاتهم، ثم المواءمة بين الآمال والطموحات وبين ما لديهم من إمكانات داخلية وخارجية بهدف تحسين نوعية الحياة (Cowger, 1994; Saleebey, 2009; Rapp, 1998).

يقدم «بينارد» مصطلح الإيجابية resilience من المنظور النفسي كقاعدة معرفية للممارسة المهنية من شأنها أن تخلق إحساساً بالتفاؤل والأمل لدى العملاء، وهو ما يتسق بطبيعة الحال مع فكرة التعامل مع العملاء من منظور القوة (Benard, 2004)، ذلك أن ثقة الإنسان في مستقبله يصنع التوقعات الإيجابية، وهو ما سيقود إلى السعي في ذلك الاتجاه، ثم في نهاية المطاف تحقيق ذلك (Henderson et al., 2007).

في مقابل ما سبق ذكره، لابد من التأكيد على أن منظور القوة لا ينكر أو يتجاهل الآلام الحقيقية أو المصاعب التي تؤثر فعلياً على الأطفال أو الجماعات أو الأسر. فهناك حقائق لا يمكن تجاهلها أو إنكارها، مثل: الفقر، ومشكلة العنف، ومرض السرطان، وانفصام الشخصية، والتفرقة العنصرية، وغير ذلك. ولكن ومن الزاوية المفضلة لمنظور القوة يكون من الخطأ إنكار الإمكانية possible مثلما أنه من الخطأ إنكار المشكلة. إن منظور القوة لا ينتقد الأحكام المعتدلة سواء من الحقل الطبي أو من علم النفس المرضي، التي تنبع من الضرورة الحتمية والأخلاقية والطبية والإنسانية. منظور القوة يرى أن الناس الذين تعافوا من أمراض أو مصاعب أو متاعب هم أصحاء لديهم قوى لا زالت صالحة (Saleebey, 2000).

أما ما يخص التقنيات فإن الممارسة المهنية المبكرة (Rapp & Goscha, 2006) والدراسات الإمبيريقية لمنظور القوة (Staudt et al., 2001) قد أظهرت مجموعة من التقنيات التي يمكن إيجازها في النقاط الآتية:

(أ) بناء العلاقة المهنية.

(ب) تقدير نقاط القوة لدى العميل.

(ج) التخطيط لأهداف العميل وغاياته.

(د) الحصول على الموارد البيئية.

(هـ) الاستمرار في التعاون مع العميل.

يضاف إلى ما سبق أهمية إجراء تقدير مبكر لنقاط القوة لدى العميل. إن معرفة قدرات العميل ونقاط القوة لديه هي بمثابة الخطوة الثانية في ذلك الخصوص للاستفادة منها في عملية المساعدة (Kim, 2008). ومن هذه الفسلفة أطلق البعض على منظور القوة، مصطلح الممارسة المبنية على القوة strengths-based practice بحيث ينسجم ذلك مع الأهمية والمحورية التي يجب أن تقوم عليها الممارسة المهنية بين الاختصاصي الاجتماعي والعميل.

لكون المعلومات من أساسيات الممارسة من منظور القوة، فإن خبرات ممارسة منظور القوة تشير إلى أنه يمكن جمع المعلومات من خلال ما يريده العميل، ومن شكل الموقف الذي يعيشه العميل، بالإضافة إلى المصادر والإمكانات والمهارات المتاحة لدى العميل وفي البيئة (Rapp & Goscha, 2006; Weick et al., 1989).

عناصر الممارسة المبنية على منظور القوة:

هناك بعض العناصر أو المبادئ للممارسة المبنية على منظور القوة، والتي لا بد أن تؤخذ بعين الاهتمام من لدن الممارسين المهنيين. هذه العناصر تبدو في ظاهرها جذابة وسهلة، ولكن صعوباتها الحقيقية تظهر أثناء التطبيق، حيث إنها تتعارض بشكل أو بآخر مع بعض الأفكار العامة لخصائص الممارسة التي يتبناها الاختصاصيون الاجتماعيون هذه الأيام. من الخبرة الإمبيريقية التي انبثق عنها منظور القوة تصاغ هذه العناصر في النقاط الآتية:

1. تصديق العميل والثقة فيه: الكثير من الاختصاصيين الاجتماعيين لديهم تلميحات وأحياناً تحمس سواء من خبراتهم الخاصة أو من خلال منطلقات نظرية معينة

تدعو إما إلى تجاهل أفكار العميل أو ربما عدم الثقة فيه. في بعض الأحيان يحذر الاختصاصيون الاجتماعيون من الانخداع في أوهام العملاء، أو الانزلاق وراء المعتلين اجتماعياً. وبعد ثبوت عكس مثل هذه الرؤى أصبح تصديق العميل والثقة فيه تمثل أداتين قويتين لاشراك العملاء في واحدة من أصعب وأشق مهمات العمل الاجتماعي قاطبة وهي جعل الحياة أفضل (De Jong & Miller, 1995).

2. إظهار الاهتمام برؤى العميل: العملاء عادة يعرضون متعاعبهم في شكل قصص وروايات، ومن خلالها يشركون الاختصاصيين الاجتماعيين في محاولة اكتشاف شخصياتهم ومعارفهم وفضائلهم التي يمتلكونها، وكذلك طبيعة المصاعب والمتاعب والمشكلات لتي يواجهونها، بالإضافة إلى الأحلام التي لديهم والآمال والطموحات التي يحملونها (Hoyt, 1996).

3. التركيز على الأحلام والآمال والطموحات: كل عميل لديه مجموعة من الطموحات والرؤى التي تشغل باله بحيث تجعل تفكيره يتمحور حول تلك الآمال والطموحات. ورغم أن الصعوبات والعقبات تقف في طريق القدرة، إلاّ أن العزم والوعد والعهد يمكنها أن تقود القوى الداخلية للتحرك نحو التغيير (Snyder, 2000).

4. إعطاء اعتبار لإمكانات العميل: من ركائز منظور القوة منح قيمة واعتبار لمدخرات وإمكانات وقدرات العميل وكذلك البيئة المحيطة (الأسرة، والأقارب، والحي، ومؤسسات المجتمع مثل المسجد والمدرسة والمؤسسات غير الرسمية). يرى «دنيس ساليبي» (Saleebey, 2001) أن هذه الفكرة الفريدة التي يتبناها منظور القوة يمكن استقاؤها بالشرح والتفصيل وإعادة التركيب من قاموس الصحة النفسية «الدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الرابعة – المنقحة» (DSM-IV-TR) الذي قدم محكات لتشخيص القوة ضمن قسم «تقدير الصفات الشخصية»، حيث وضع ثلاث محكات للجدارة بالثقة trustworthiness هي (American Psychiatric Association, 2000):

المحك الأول: أن يكشف التقييم الشخصي – الذي يعمل بشكل شبه يومي ولمدة ستة أشهر – بأن الشخص يظهر ثلاثة من المحكات الآتية:

1. هل أنجز الشخص ما وعد به.

2. إنجاز ما كان في أمس الحاجة إلى إنجازه - على الأقل - بغض النظر عن الصعوبات والمشكلات.

3. العمل بدون إظهار الثقة.

4. لزمه أو التصق به أحد الزملاء أو الأصدقاء أو الأقارب في وقت عصيب.

5. العمل أكثر من المتوقع.

المحك الثاني: أن العمل ليس من الأفضل أن يشرح بواسطة التبعية المتبادلة أو الرغبة المرضية لتحقيق الإرضاء.

المحك الثالث: السلوك الذي يحسن حياة الناس هو الذي تتزامن معه تكلفه ذاتية تكون على حساب راحة الشخص.

المحك الرابع: استبعاد الاحتمال الخاص بالرغبة التي تنشدها الذات مقابل تحقيق الولاء والإخلاص لاحقاً.

5. الإيمان بالقوة الطبيعية في الإنسان: في الوقت الذي نؤمن فيه بأن كل شخص معرض لمواقف أو لحظات ضعف، نؤمن بالتقويم الذاتي والحكمة كقوى طبيعية موجودة في الإنسان والأسر أو في محيطهم، وهو ما يدعو إلى السعي لتوظيفها في الوصول إلى تحقيق الأهداف. الكثير من الناقدين والإكلينيكيين والباحثين أصبحوا مقتنعين بتلك القوى الطبيعية وأهميتها في الشفاء أو في تحقيق التغيير الإيجابي (Deegan, 1996; Mills, 1995).

إن فكرة حشد مشاركة العميل مطلب أساس في عملية المساعدة من منظور القوة، ولذلك فالاختصاصي الاجتماعي مطالب بما يأتي (Saleebey, 2000):

(أ) وضْع الافتراض الإيجابي وتقديم التعاون الفعلي.

(ب) منْح المرونة الكافية للموقف.

(ج) الاعتماد على حكمة العميل ومقدراته الطبيعية وإمكانياته وقدراته، وكذلك الثقة في ما يمتلكه العميل من معارف، وما يمكنه أن يقوم به، بالإضافة إلى ما يريد تحقيقة.

(د) نقل الخبرات الإيجابية مع التأكيد على إمكانية العمل والإنجاز.

(هـ) المبادرة في المشاركة مع العميل والتودد له ليصبح الاختصاصي الاجتماعي بالنسبة للعميل الشخصَ الموثوق والمتجاوب الذي يعمل معه خطوة بخطوة وجنباً إلى جنب.

(و) التحلي بالمرونة والاستعداد للعمل وفق كثير من الأدوار، مع تقبل الكثير من وجهات النظر.

يقدم «دنيس ساليبي» (Saleebey, 2000) بعض التوصيات العملية التي يمكن أن يأخذ بها الاختصاصي الاجتماعي أثناء تعامله مع العميل:

1. إنشاء قائمة تكون غنية بالإمكانات والمصادر والإمكانات العلاجية المتاحة أو الطرق التي من خلالها يمكن تحقيق الأهداف.
2. إظهار وإبراز واحترام الدروس التي من خلالها استطاع العملاء التغلب على مواقف حرجة أو التعامل معها أو كان لها انعكاسات سالبة عليهم.
3. التماس الاعتزاز بالنجاة من المواقف العصيبة التي كان لها خبراتها الإيجابية على حياة العميل.
4. الاستمرار في عمل المراجعة مع العميل حول لذة إنجاز الأهداف ومتعة تحقيق الأهداف، سواء من خلال التخيل أو من خلال ما أُنْجِزَ وحُقِّق.
5. البحث والكشف وتوظيف نظرية التغيير التي يحملها العميل، ويرى أنها ستحقق حياة أفضل.
6. الاحتفال بالمنجزات.
7. التفكير بشكل مقنن مع التفكير في الإنجاز والنجاح عند صنع أو صياغة الأهداف.
8. النظر إلى الأمام وفي المحيط من العميل، لكن ليس إلى الخلف.

نقاط الالتقاء بين منظور القوة وبعض نماذج العلاج الأخرى:

إن فكرة القوة التي ظهرت مع هذا المنظور الجديد يمكن إدراكها في بعض التخصصات أو النماذج العلاجية الأخرى. على سبيل المثال نظرية المرونة والممارسة المبنية على المرونة resilience-based practice تعد أحد نماذج الممارسة الموجودة في علم

النفس والخدمة الاجتماعية التي تكشف عن العوامل الوقائية، خصوصاً لدى المراهقين المعرضين للخطر (Saleebey, 2009). إن المرونة تدور حول فكرة النقاط الإيجابية لدى العميل ومحاولة تكييفها كتقنيات للتغلب على المواقف التي لا يمكن حلها أو الأوضاع المتعسرة (Greene, 2007). بالإضافة إلى ذلك الممارسة الموجهة بالتمكين empow-erment-oriented practice تفترض أن تكون نقاط القوة لدى العميل والإمكانات البيئية هما بؤرة الاهتمام في العمل مع العملاء (Chapin & Cox, 2001).

كما تأتي تلميحات في علم النفس على المستوى النظري والعملي إلى الاستفادة من النقاط الإيجابية أثناء العمل مع العملاء. على سبيل المثال «سنايدر» (Snyder, 2000) يعزز الأمل إزاء جوهر علم النفس الإيجابي، من خلال العمل كمحفز ومؤثر جوهري في سلوك العميل. ولعل التشابه بين علم النفس الإيجابي ومنظور القوة يكمن في التفاؤل والمرونة والأمل والحافز (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

كما أن بعض الباحثين والممارسين في الخدمة الاجتماعية قد دعى إلى دمج قواعد منظور القوة مع بعض نماذج الممارسة المهنية. على سبيل المثال، العلاج الموجز المتمركز حول الحل solution-focused brief therapy تم ربطه بمنظور القوة كطريقة لإضافة تقنيات ممارسة تستند على قدرات العميل وحلوله للتعامل مع المشكلة التي يعاني منها أو حلها (DeJong & Miller, 1995; Lee et al., 2004). كلا النموذجين يستندان إلى عمل الاختصاصي الاجتماعي بالتعاون مع العميل لمحاولة اكتشاف قدرات العميل الكامنة مع التركيز على أهداف العميل، عوضاً عن الخوض في مشكلاته (Weick et al., 2006; Ornstein & Ganzer, 2000).

منظور القوة وإحداث التغيير:

خلال السنوات الماضية رُوجِعَتْ إحصائية للدراسات المنشورة خلال العقود الماضية، وحُلِّلَتْ لإظهار العوامل التي تقود إلى التغيير الاستدلالي للعلاج النفسي. حيث لُخِّصَتْ تلك العوامل في أربعة عناصر أو مكونات أولاها عوامل في حياة العميل تمثل القدرات والموارد والإمكانات. أما العوامل الأخرى فهي: الجودة في علاقة المساعدة بين العميل والمعالج، والتوقعات الإيجابية والآمال الطموحة، ثم التقنيات العملية للنظرية المستخدمة وركائزها (Asay & Lambert, 1999).

لقد أظهرت الفكرة السابقة حقيقة الحاجة لدرجة التغيير المطلوب، والتي كان منها القوة والممتلكات الموجودة والمصادر الكامنة لدى الأفراد والأسر وفي البيئة المحيطة. الصفات والفضائل الفردية – مثل الحكمة لدى الفرد – تعتبر مثالاً للممتلكات الكامنة لدى الأفراد، وتماسك الأسر يمثل نمطاً للمصادر الأسرية التي يمكن توظيفها والاستفادة منها، كما أن الدعم أو المساندة الاجتماعية من لدن الأقارب أو الجيران في الحي أو بعض مؤسسات المجتمع كالضمان الاجتماعي – على سبيل المثال – يشكل أحد المدخرات في البيئة المحيطة. ففي دراسة كيفية qualitative study تحليلية statistical analyses ظهر أن العوامل النفسية والاجتماعية من حياة العملاء سبَّبَتْ 40% من التغيير العلاجي (Asay & Lambert, 1999).

خلال العقود الماضية كان الاختصاصيون الاجتماعيون يشددون على علاقة المساعدة – العلاقة المهنية – بين الاختصاصي الاجتماعي والعميل. وخلال نصف القرن الماضي أشار بعض الخبراء إلى أن مؤشرات التعافي كانت من نتائج جودة الرعاية، والتعاطف، والعلاقة الإيجابية، والصدق والإخلاص، والاحترام. وخلال التحري الذي عمله «هانز سترب» خلال الثلاثين سنة الماضية عن أنواع الأساليب العلاجية النفسية ليستخرج جوهر التغيير الحقيقي، والذي كان الجودة في علاقة المساعدة كعامل وحيد ومهم ومشترك بين المدارس المختلفة للعلاج النفسي؛ إذ يقول عن ذلك العامل أنه: «شرط لا غنى عنه لجميع أشكال العلاج» (Strupp, 1995: 70). «تشارلز راب» الذي يعد من أهم المساهمين في ظهور منظور القوة يعرف جودة علاقة المساعدة بأنها علاقة هادفة ومتبادلة وودودة وموثوقة وممكنة (Rapp, 1998). ثم يركن كل من «آسي و لامبرت» إلى أن عامل جودة العلاقة بين المعالج والعميل كانت تشكل حوالي 30% من التغير الإيجابي في حياة الناس استناداً إلى دراستهما التحليلية آنفة الذكر (Asay & Lambert, 1999).

ومن العوامل المهمة لإحداث التغيير الفعال هو ما يرتبط بالتوقع الإيجابي والآمال الطموحة. صناعة الأمل من ركائز التعامل بين المعالج والعميل حسب المرتكزات الأساسية لمنظور القوة. يقول «بالو فرير»: «لا يوجد أي تغيير من دون حلم، كما لا يوجد حلم بلا أمل» (Freire, 1996: 91). الأمل بمثابة التخيلات التي لم يتم اختبارها عملياً كما عبرعن ذلك «فرير». إن الأمل يعني التفكير في السبيل إلى تحقيق الغاية، بغض النظر عن الطريق هل هو قصير أم طويل، وهل هو مضيء أم مظلم، وما إذا كان الطريق يسيراً أم وعراً. ليس بالضرورة أن يبصر الاختصاصيون الاجتماعيون مرحلة

تحقيق العملاء لأهدافهم، ولكن المهم أن يثق الاختصاصيون الاجتماعيون من أن العملاء قد بدأوا فعلاً في رحلة الطريق الصحيح إلى تحقيق الهدف، ومن الأفضل أن يطمئن الاختصاصيون الاجتماعيون إلى أن عملاءهم قد اجتازوا بعض الوقفات العارضة في ذلك الطريق (Snyder, 2000).

إن التركيز على الأمور التي يمكن تحقيقها تجعل البصر يتوجه نحو المستقبل الأفضل، ويصنع تبريرات متفائلة، وجميعها تعزز التحرك تجاه طموحات الفرد. يقدم الحقل الطبي لنا مصطلح «العلاج البديل» باعتباره عاملا مؤثرًا في إحداث التغيير المرغوب، إذ وجد خلال منتصف القرن العشرين - وفي أحد المركز الطبية - أنه بينما يُخْتَبَر تأثير طبي جديد لمجموعة من المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية، وقد قُسِّمُوا إلى مجموعتين: الأولى أجريت لهم جراحة حقيقية، بينما عمل علاج بديل placebo op-eration للمجموعة الثانية من المرضى، الذين قيل لهم بأنه سيجرى لهم عملية جراحية في الصدر، وأُعْطُوا البنج الموضعي، وأُجْرِيَ لهم شق جراحي في الصدر، ولكن لم تُجْرَ لهم عملية حقيقية، وإنما عبث جراحي أحدث لهم آلاماً بعد الجراحة أوهمهم بأنه قد أجريت لهم عملية جراحية فعلية. و70% من المرضى الذين عمل لهم عملية حقيقية (المجموعة الأولى) أشاروا بأنه حصل لهم تحسن على المدى الطويل مع الذبحة الصدرية التي كانوا يعانون منها، بينما أشار جميع الذين عمل لهم علاج بديل (المجموعة الثانية) بأنهم حصل لهم تحسن (Fisher, 2000). وبجانب النواحي الأخلاقية لهذه الدراسة التطبيقية، إلاّ أن التأثير غريب، وأحدث ما يشبه الثورة حتى في النواحي الطبية نفسها.

إنه من غير المألوف في جميع اختبارات العقاقير ذات التأثير الوهمي أن يظهر تحسن لما نسبته 25% إلى 60% من مجموع المبحوثين (Arpala, 2000). ولكن لا يزال من غير المعلوم ما مدى فاعلية العقار الحقيقي كظاهرة وهمية. في كثير من الأحيان يشعر الناس بالتحسن مع العقاقير الوهمية الفعّالة التي تحدث لهم آثاراً جانبية بما يقنعهم بأن ما أخذوه هو عقار حقيقي وقوي وفعّال (Saleebey, 2000). ففي إحدى الدراسات التحليلية للبحوث المنشورة التي أجريت على بعض مرضى الطب النفسي، وجد أن 30% إلى 40% من مجموع الدراسات المراجعة كان العقار الوهمي فيها قوياً معالجاً (Arpala, 2000).

لقد كتب الكثير عن فوائد التوقعات الإيجابية حينما يمرض الإنسان، حتى ولو كانت التوقعات بفضل الإجراءات الطبية المتخذه أو الحبوب التي يتناولها أملاً في الشفاء. مع

التوقعات الإيجابية يحشد الإنسان أنظمة التعافي الداخلية سواء بواسطة نظام مناعة العصب النفسي، أو بواسطة الأندورفين (أهم مسكنات الألم التي تفرز طبيعياً من جسم الإنسان)، أو رد الفعل الاسترخائي، أو بواسطة عمليات أخرى غير معلومة. المهم في القضية هو الأمل في الشفاء الذي تتحرك معه إمكانات الجسم في التطلع نحو المستقبل المشرق. وفي المقابل يعمل التشاؤم على خلق صورة مظلمة عن المستقبل، وبالتالي ينعكس ذلك بشكل أو بآخر على حياة الإنسان. ومن هنا تكمن أهمية قناعة المعالج أولاً بتأثير الأمل وضرورة زرعه في داخل العميل (Saleebey, 2000). لقد أثبتت التجارب العملية لمنظور القوة بأهمية وحيوية الأمل مع الأفراد والجماعات الذين يقاومون الارتباط حتى بالمستويات اليسيرة من التوقعات الإيجابية، والمقتنعين بانعدام الفرص، ومن لديهم قلة احترام لذواتهم، والمحبطين من العدالة. إن مخ الإنسان يعمل بشكل ديناميكي مع أعضاء الجسم الأخرى، وبناء على ذلك فهو يستجيب للمتطلبات الداخلية والخارجية، كما يتصف بالمرونة التي تجعله يتغير بين دقيقة وأخرى وفقاً لما يأتيه من معلومات ومحفزات. وبذلك فإن قناعاتنا في قوة القدرة يعبر عن جوهر يمكنه أن يتحد مع المخ أو العقل أو الدماغ (Saleebey, 2009).

تعليق ختامي:

خلال السنوات الماضية، ومنذ ظهور منظور القوة في جامعة كانساس، والباحثون والممارسون يجربون تطبيقاته مع فئات مختلفة من العملاء، ومع مشكلات مختلفة، محاولين الوقوف على أي تعثر أو محدودية لاستخداماته، بل امتد الأمر إلى تجريبه عالمياً مع ثقافات مختلفة. حيث دُرِسَ تجريبياً في مجال تعاطي المخدرات (Siegel et al., 1995)، والممارسة مع المجتمعات (Itzhaky & Bustin, 2002)، وسياسة التنمية الاجتماعية (Chapin, 1995)، وفي مجال المراهقين (Yip, 2006) والمسنين (Chapin & Cox, 2001; Perkins & Tice, 1999; Yip, 2005)، وفي مجال العنف العائلي (Bell, 2003)، ومع الأسر (Allison et al., 2003; Early & Glen-Maye, 2000; Werrbach, 1996).

ولعل الفضل في بزوغ منظور القوة في الأوساط العلمية تلك الدراسات المبكرة التي حاولت تجريبه مستخدمة طريقة إدارة الحالة، وذلك في مجال الكبار من المصابين بإعاقات نفسية على وجه التحديد. لقد استعرض «راب و كوشا» (Rapp & Gos-

cha, 2006) تلك الدراسات الأولى وعددها تسعة أبحاث (Rapp & Chamberlain, 1985; Modrcin et al., 1988; Rapp & Wintersteen, 1989; Kisthardt, 1993; Macias et al., 1994; Ryan et al., 1994; Macias et al., 1997; Stanard, 1999; Barry et al., 2003) ووصلا إلى نتيجة عامة وهي فاعلية نموذج إدارة الحالة المستند على منظور القوة. كما توصلت دراسات أخرى إلى النتيجة نفسها لكنها فصّلت عملية المراجعة لتلك الدراسات المبكرة مظهرة بعض جوانب القصور في تلك الأبحاث والتي كان منها ضعف الدقة في التصميم البحثي، والقصور في نوعية المقاييس المستخدمة، وصغر حجم العينات (Staudt et al., 2001; Rapp & Goscha, 2006; Chamberlain & Rapp, 1991).

لقد أصبح منظور القوة واسع الانتشار بين الاختصاصيين الاجتماعيين في الولايات المتحدة الأمريكية. ورغم تزايد الأصوات المؤيدة لاستخدامه إلاّ أن موضوع فاعليته لا يزال محل نقاش وجدل وخصوصاً في الحقل البحثي تحديداً. حيث أثبتت مراجعات الدراسات التسع المبكرة أن ثلاثًا منها فقط قدمت وصفاً دقيقاً يضمن كيفية الالتزام بذلك النوع من الممارسة. ولكن المقالات العلمية المنشورة فيما بعد، وكذلك الكتب سعت إلى تحديد ملامحه، مع طرح تساؤلات حول بعض المواقف والتكنيكات الصغيرة التي لا تزال في حاجة إلى بحث وشرح مستفيض (Kim, 2008). علماً أن الأبحاث جارية لزيادة اختبار فاعليته من خلال أبحاث جادة ومحكمة التصميم، مع التطوير المنتظر لتصميم مقاييس خاصة ودقيقة تظهر جوانب القوة والضعف في الممارسة باستخدام منظور القوة (Green et al., 2004; Rapp & Goscha, 2006).

إن التقديم النظري لمنظور القوة باللغة العربية يعطي فرصة لمحاولة التجريب والاختبار من لدن الباحثين وطلبة الدراسات العليا في العالم العربي. حيث يمكن للباحث العربي اختبار المنظور في أحد المجالات، أو تقييمه من حيث الجانب الثقافي ومحاولة أقلمته مع البيئة العربية. كما يمكن لطلبة الدراسات العليا اختبار تجريبه في أحد مجالات الممارسة للخدمة الاجتماعية، وهو ما سيثري الجانب النظري والبحثي، كما يمكن الاستفادة من نتائج هذه الأبحاث حتى من قبل القارئ الأجنبي. فالمهتمون بمنظور القوة في الولايات المتحدة الأمريكية يهمهم بشكل كبير أي نتائج خارجية تأتي مؤيدة أو منتقدة للمنظور، ذلك أن التراكم المعرفي مطلب علمي، وأساس للبناء النظري الذي تحتاجه المهن التطبيقية ومنها مهنة الخدمة الاجتماعية.

المراجع

Allison, S. Stacey, K.; Dadds, V.; Roeger, L.; Wood, A. & Martin, G. (2003). What the family brings: Gathering evidence for strengths-based work. *Journal of Family Therapy*, 25(3), 263-284.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual IV-Text Revision*. Washington, DC: The American Psychiatric Association Press.

Arpala, J. (2000). Sweet sabotage: How sugar pills compromise drug trials. *Psychology Today* (August), 32, 66.

Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: Qualitative findings*. In M. A. Hubble; B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), The heart and Soul of change: What works in therapy (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.

Barry, K. L.; Zeber, J. E.; Blow, F. C. & Valenstein, M. (2003). Effect of strengths model versus assertive community treatment model on participants outcomes and utilization: Two year follow-up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 268-277.

Bell, H. (2003). Strengths and secondary trauma in family violence work. *Social Work*, 48(4), 513-522.

Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. San Francisco, CA: WestEd.

Brun C. & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46(3), 278-288.

Chamberlain, R. & Rapp, C. A. (1991). A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Mental Health Journal*, 27(3), 171-188.

Chapin, R. (1995). Social policy development: The strengths perspective. *Social Work*, 40(4), 506-514.

Chapin, R. & Cox, E. O. (2001). Changing the paradigm: Strengths-based and empowerment-oriented social work with frail elders.

Journal of Gerontological Social Work, 36, 165-179.

Cowger, C. D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39. 262-268.

Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.

DeJong, P. & Miller, S. D. (1995). How to interview for client strengths. *Social Work*, 40(6), 729-736.

Fisher, M. J. (2000). Better living through the placebo effect: It pays to believe. *The Atlantic Monthly* (October), 286, 16-18.

Freire, P. (1996). *The pedagogy of hope: Reliving pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum.

Early, T. J. & GlenMaye, L. F. (2000). Valuing families: Social work practice with families from a strengths perspective. *Social Work*, 45(2), 118-130.

Green, B. L.; McAllister, C. L. & Tarte, J. M. (2004). The strengths-based practice inventory: A tool for measuring strengths-based service delivery in early childhood and family support programs. *Family in Society*, 85(3), 326-334.

Greene, R. R. (2007). *Social work practice: A risk and resilience perspective*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Code.

Henderson, N.; Benard, B. & Sharp-Light, N. (2007). *Resiliency in action: Practical ideas for overcoming risks and building strengths in youth, families, and ommunities* (2nd ed.). Ojai, CA: Resiliency In Action.

Holmes, G. E. & Saleebey, D. (1993). Empowerment, the medical model, and politics of clienthood. *Journal of Progressive Human Services*, 4, 61-78.

Hoyt, M. E. (1996). *Introduction: Some stories are better than others*. In M. F. Hoyt (Ed.). Constructive therapies 2 (pp. 1-32). New York: Harper San Francisco.

Itzhaky, H. & Bustin, E. (2002). Strengths and pathological perspectives in community social work. *Journal of Community Practice*,

10(3), 61-73.

Kim, J. S. (2008). *Strengths perspective*. Encyclopedia of Social Work (20th ed.). Washington DC: NASW Press.

Kisthardt, W. (1993). *The impact of the strengths model of case management from the consumer perspective*. In M. Harris & H. Bergman (eds.). Case management: Theory and practice (pp. 165-182). Washington DC: American Psychiatric Association.

Lee, M. Y.; Uken, A. & Sebold, J. (2004). Accountability for change: Solution-focused treatment with domestic violence offenders. *Families in Society*, 85(4), 463-476.

Lewis, M. (1997). *Altering fate: Why the past does not predict the future*. New York: The Guilford Press.

Macias, C.; Farley, O. W.; Jackson, R. & Kinney, R. (1997). Case management in the context of capitation financing: An evaluation of the strengths model. *Administration and Policy in Mental Health*, 24(6), 535-543.

Macias, C.; Kinney, R.; Farley, O. W.; Jackson, R. & Vos, B. (1994). The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(4), 323-339.

Mills, R. (1995). *Realizing mental health: Toward a new psychology of resiliency*. New York: Sulzburger & Graham.

Modrcin, M; Rapp, C. & Poertner, J. (1988). The evaluation of case management services with chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 307-314.

Ornstein, E. D. & Ganzer, C. (2000). Strengthening the strengths perspective: An integrative relational approach. *Psychoanalytic Social Work*, 7(3), 57-78.

Perkins, K. & Tice, C. (1999). Family treatment of older adults who misuse alcohol: A strengths perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(3/4), 169-185.

Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with*

people suffering from severe and persistent mental illness. New York: Oxford University Press.

Rapp, C. A. & Chamberlain, R. (1985). Case management services to the chronically mental ill. *Social Work*, 30(5), 417-422.

Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2006). *The strengths model of case management with people with psychiatric disabilities* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Rapp, C. A. & Wintersteen, R. (1989). The strengths model of case management: Results from twelve demonstrations. *Psychological Rehabilitation Journal*, 13(1), 23-32.

Ryan, C. S.; Sherman, P. S. & Judd, C. M. (1994). Accounting for case management effects in the evaluation of mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 965-974.

Saleebey, D. (2009). *The strengths perspective in social work practice* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Saleebey, D. (2001). The diagnostic strengths manual? *Social Work*, 46(2), 183-187.

Saleebey, D. (2000). Power in the people: Strengths and hope. *Advances in Social Work*, 1(2), 127-136.

Saleebey, D. (1996). The strengths in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305.

Saleebey, D. (1992). *The strengths perspective in social work practice*. New York: Longman.

Seligman, M. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Shulman, L. (2006). *The skills of helping individuals, families, groups, and communities* (5th ed.). Belmont: Brooks/Cole.

Siegel, H. A.; Fisher, J. H.; Rapp, R. C.; Kelliher, C. W. Wagner, J. H. & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego: Academic Press.

Stanard, R. P. (1999). The effect of training in a strengths model of case management on outcomes in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 169-179.

Staudt, M.; Howard, M. O. & Drake, B. (2001). The operationalization, implementation, and effectiveness of strengths perspective: A review of empirical studies. *Journal of Social Service Research*, 27(3), 1-21.

Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology*, 2, 70-74.

Sullivan, W. P. (1992). Reclaiming the community: The strengths perspective and deinstitutionalization. *Social Work*, 37(3), 204-354.

Weick, A.; Kreider, J. & Chamberlain, R. (2006). *Solving problems from s strengths perspective*. In D. Saleebey (Ed.). The strengths perspective in social work practice (4th ed., pp. 116-127). Boston: Allyn and Bacon.

Weick, A.; Rapp, C.; Sullivan, P. & Kisthardt, W. (1989). A strengths perspective for social work practice. *Social Work*, 34(4), 350-354.

Warrbach, G. B. (1996). Family-strengths-based intensive child case management. *Family in Society*, 77(4), 216-226.

Yip, K. S. (2005). A strengths perspective in working with Alzheimer's disease. *The International Journal of Social Research and Practice*, 4(3), 434-441.

Yip, K. S. (2006). A strengths perspective in working with an adolescent with self-cutting behaviours. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 134-146.

The Strengths Perspective: A New Contribution to Clinical Social Work

Abdulaziz A. Albrithen

College of Arts - King Saud University
Riyadh - Saudi Arabia

Abstract

Social work is relatively classified as a modern profession which emerged as a result of work and practice during the last century. This field is gradually growing and developing as a result of field practice that remains the backbone and the cornerstone for social work. Today, there is a growing attention among professionals in some Western countries, calling for adopting a new perspective or model that looks at clients and problems from a different angle. The strengths perspective emerged in social work to enable practitioners to view situations differently than the ones that social workers were used to for a long time. This perspective has emerged from a field of professional practice, after being supported and proven by evidence gained through research which encourages specialists to analyze, experiment and test. This paper represents this new perspective in Arabic and tries to clarify it and show how to put it into practice. This research is an attempt to provide a chance to social workers in the Arab world to think, analyze and make a start with this new approach.

Keywords:

Social work, strengths perspective, empowerment, clinical practice, hope.