

مدخل العلاج الموجز الذي يركز على الحل

Solution Focused Brief Therapy

مسعد بن غنام العتيبي

بمرحلة الدكتوراه بجامعة الملك سعود، بالمملكة العربية السعودية، تخصص:

الخدمة الاجتماعية.

والذي يعمل أخصائي اجتماعي بوزارة الشؤون الاجتماعية، وكالة الوزارة

للعناية الاجتماعية.

دأب العديد من المتخصصين في مهنة الخدمة الاجتماعية على العمل لاكتشاف طرائق متعددة تساهم في حل مشكلات عملائهم وتتناسب مع التحديات والتطورات المطردة لظروف الحياة الإنسانية، وقد اشتقوا من نظريات علم النفس والعلاج النفسي الدينامي ما يسمى بالعلاج المختصر أو العلاج القصير Short Therapy. فيذكر Fanger (1995) أن هناك العديد من المدارس النظرية التي استخدمت أسلوب العلاج القصير أو محدود الوقت Time Limited therapy لإيصال خدماتها وبرامجها وعلاج مشكلات عملائها من خلال مداخل علاجية محددة للممارسة المهنية، ومن ذلك طريقة العلاج النفسي الدينامي psychodynamic therapy، والعلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral وطريقة العلاج الذي يركز على إنجاز مهام محددة task-centered approach، والعلاج الأسري therapyfamily، والعلاج الجماعي group therapy (نيازي وآخرون، ٢٠٠٧: ٢).

وقد وصل كثيراً من هذه المداخل إلى مهنة الخدمة الاجتماعية على الرغم من ارتباطها بعلم النفس ونظرية التحليل النفسي لفترة من الزمن، فلم تنقل إلى الخدمة الاجتماعية إلا في الستينات من القرن العشرين تقريباً، ويمكن أن يعزى ذلك إلى إسهامات عدد من الممارسين والمختصين في علم النفس الاجتماعي والخدمة الاجتماعية وعلى رأسهم Milton Erickson عندما أطلق عبارته الشهيرة: لا يوجد نظرية عامة، No general Theory، ولا يوجد عميل عام No general Client. حيث يرى (Murphy 1997) أن عبارة Erickson السابقة قد ساهمت في صياغة أساسيات العلاج المختصر، فهيتشير إلى صعوبة الحصول على نظرية واحدة تستطيع تفسير كل جوانب السلوك الإنساني، كما أنه لا يمكن النظر للعملاء بنظرة واحدة حتى وإن كانت تبدو مشكلاتهم متشابهة (رشوان والقرني، ٢٠٠٤: ٢١٥). وعلى ذلك يمكن القول أن عبارة Erickson السابقة قد فتحت المجال أمام المتخصصين في الخدمة الاجتماعية للاستعانة بالعديد من النظريات النفسية ليس ذلك فحسب، بل قد ساهمت في نقلها إلى الخدمة الاجتماعية في ظل ما يسمى "بالتكامل المعرفي" مما كان له الأثر في تطوير العديد من المداخل النظرية الخاصة بالخدمة الاجتماعية.

وقد أشار (Coleman 1960) إلى أن طريقة العلاج القصير الأمد أثبتت فاعلية كبيرة في الحفاظ على الصحة العامة للناس، إلا أنها لم تحض بالاهتمام الكافي نتيجة تركيز معظم الممارسين على استخدام طرائق العلاج النفسي طويل الأمد في التعامل مع المشكلات والمواقف المختلفة إلا مع بداية الستينيات من القرن العشرين، حيث استطاع المختصون في مهنة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تحديداً أن يسهموا في استقلال هذه الطريقة عن تبعيتها لبعض الطرق والمهن الإنسانية الأخرى، نظراً لارتباطها ولفترة زمنية طويلة نسبياً بطريقة التحليل النفسي (نيازي وآخرون، ١٤٢٨: ٣). ويرى (Metcalf, 1995) أن هناك مجموعة من العوامل ساهمت في جعل العلاج القصير طريقة قائمة بذاتها ومن أهم هذه العوامل:

- ١- ازدياد حجم ونوعية المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الناس نتيجة للتطور التكنولوجي السريع وما يصاحبه من تغيرات اجتماعية أثرت على حياتهم وطريقة تعاملهم مع هذه المشكلات.
- ٢- قلة عدد المؤسسات والمراكز المتخصصة في مجال تقديم الرعاية والخدمات النفسية والاجتماعية.
- ٣- قلة عدد المختصين في مجال مهن المساعدة الإنسانية وعدم توفر الخبرة الكافية لدى البعض منهم.
- ٤- انشغال الناس في أمور حياتهم اليومية وعدم توفر الوقت الكافي لديهم أو عدم استعدادهم للدخول في علاقات علاجية طويلة الأمد.

بالإضافة إلى أهمية الجانب الاقتصادي المتمثل في دور شركات التأمين الصحي في المجتمعات الغربية، وما تمارسه تلك الشركات من ضغوط على المؤسسات الاجتماعية والممارسين لتقنين عملية المساعدة وتقليص الإنفاق على جلسات العلاج، بل إن الأمر تعدى ذلك إلى تخصيص عدد محدد من الجلسات على الممارس يقدم عملية المساعدة خلالها (رشوان والقرني، ٢٠٠٤: ٢١٥).

وفي عام ١٩٨٠م، نمت وتطورت طريقة العلاج الموجز Brief therapy وأصبحت طريقة معترف بها وذلكفي أعقاب المؤتمر الدولي الذي رعته مؤسسة هارفرد للصحة

المجتمعية في بوسطن، حيث لخص المتحدث Herbert pardes من المؤسسة الدولية للصحة النفسية أهم العوامل التي أدت إلى الاهتمام بالعلاج القصير الأمد في العناصر التالية (نيازي وآخرون، ٢٠٠٧: ٦):

١- قبول كثيراً من المختصين الممارسين بفكرة الأهداف العلاجية المحدودة.

٢- زيادة استخدام الممارسين لأكثر من طريقة علاجية مع الحالة الواحدة.

٣- التطور الكبير الذي حدث في مجال تصنيف الأمراض والاضطرابات النفسية.

وفي رأي (Garfield (1994 فإن العلاج المختصر قد استمدفعاليته وتأثيره من العاملين التاليين (في رشوان، ٢٠٠٧: ١١٣٨):

١- معظم الأفراد يلجئون لطلب العلاج لمشكلة محددة يواجهونها وليس من أجل الحصول على الاستبصار بتأثيرها.

٢- معظم من يطلبون المساعدة يتوقعون النتائج العاجلة التي لا تستنزف الوقت والجهد.

ويشار إلى أن معهد الأبحاث العقلية (Mental Research Institute (MRI في مدينة Palo Alto بولاية كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، قدم إسهامات كبيرة حول تطور أساليب العلاج المختصر منذ العام ١٩٦٧ وقد كان من أبرز علماءه، Watzlawick, Weakland, Jackson & Bateson وغيرهم. حيث أجمع أولئك على أن العلاج المختصر هو أنشطة وأساليب علاجية محدودة الوقت تتميز بالواقعية والتركيز على الحاضر والنشاط الموجه والتدرج في الوصول للأهداف (رشوان والقرني، ٢٠٠٤: ٢١٦).

وانطلاقاً مما سبق واستجابةً لدعاوى التجديد التي ينادي بها المشتغلون في الخدمة الاجتماعية، فقد ظهرت العديد من النماذج أو المداخل العلاجية والتي تنتمي جميعاً إلى فصيلة العلاج . وكان من أواخر ما ظهر من Time Limited therapy القصير، أو العلاج محدود الوقت Solution تلك النماذج أو المداخل العلاجية هو (العلاج الموجز الذي يركز على الحل Focused Brief Therapy). والذي سيتناوله الباحث في الصفحات التالية.

العلاج الموجز الذي يركز على الحل Solution Focused Brief Therapy

نشأته

ظهر العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT في بداية الثمانينات من القرن العشرين، وتحديداً في العام ١٩٨٢، وقد كانت لجهود de Shazer Steve رئيس مركز العلاج الأسري Brief Family Therapy Center في مدينة ميلواكي ولاية ويسكونسن وزوجته Insoo Kim Berg. الدور الأبرز في نشأة وتطور هذا المدخل (Simon & Berg, 2002).

(ستيف ديشازار Steef de Shazer 1940-2005)

ولد في ٢٥ يونيو من العام ١٩٤٠ في مدينة ميلواكي بولاية ويسكونسن الأمريكية، وكان والده مهندس كهربائي، ووالدته مغنية أوبرا، فقد تأثر شازار بوالدته فأصبح يمارس الموسيقى الكلاسيكية طوال سنوات دراسته للتعليم العام والجامعي، وكان يعتمد في توفير دخله على عزف موسيقى "الساكسفون والجاز" قبل بدء حياته المهنية في العمل الاجتماعي، حصل دي شازار على شهادة البكالوريوس في الفنون الجميلة من جامعة ويسكونسن في مدينة ماديسون الأمريكية، واستمر في نفس الجامعة للحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية، وبعد سنوات من العمل في المجال الاجتماعي وتحديداً في العام ١٩٧٨ أنشأ Shazer de هو وزوجته Insoo Kim Berg مركزاً للعلاج الأسري في ميلواكي، وكان معلمه جون وكلان الذي يعمل في معهد البحوث النفسية عضو ومؤسس في ذلك المركز، توفي de Shazer في أواخر العام ٢٠٠٥ وهو في جولة تدريبية. (McCollum & Nelson, 2006: 133).

يعد de Shazer من رواد العلاج الموجز الذي يركز على الحل، وله في هذا المجال العديد من المؤلفات (2: Michael, 2001):

- أنماط العلاج الأسري الموجز: نهج النظام الإيكولوجي (١٩٨٢)
- مفاتيح الحل في العلاج الموجز (١٩٨٥).
- القرائن: تحقيق الحلول في العلاج الموجز (١٩٨٨).

- وضع الفرق قفيا العمل (١٩٩١).
- أكثر من المعجزات: في فن العلاج الموجز الذي يركز على الحل. وقد نشر هذا المؤلف عام ٢٠٠٧ بعد وفاته.

وعلى الرغم من أن SFBT قد بدأ نموه في العام ١٩٨٠ إلا أن مؤلفيه يرون أن ظهوره الحقيقي كان في عام ١٩٨٢ حينما بدأ يتبلور بناءه كمدخل نظري مستقل وصالح لإجراء الدراسات التطبيقية والتدريب (de Shazer & Berg, 1997: 121).

مفهوم العلاج الذي يركز على الحل SFBT

هناك عدة تعريفات تناولت العلاج الذي يركز على الحل وجميع هذه التعريفات تتفق على أنه نموذج أو مدخل علاجي ينتمي إلى فصيلة العلاج القصير Short Therapy، ويمتاز عن غيره من المداخل العلاجية بعدم الاستغراق في البحث عن أسباب المشكلات والتوجه مباشرة نحو الحلول المنشودة. ومن تلك التعريفات ما يلي:

تعرفه الجمعية الأوروبية للعلاج الموجز E.B.T.A.

European Brief Therapy Association

بأنه: نموذج علاجي صاغه ستيف دي شازار de Shazer وزملائه، يركز هذا النموذج على تحقيق الحلول والأهداف والتغيرات بصفة عامة، وذلك من خلال استخدام أساليب علاجية منها: " سؤال المعجزة Miracle Question، والمقاييس Scales، وأسئلة التوافق Coping Question، وذلك من خلال استخدام لغة العميل والسعي إلى إيجاد الحلول بدلا من إضاعة الوقت في البحث عن أسباب حدوث المشكلة، وتركز العلاقة بين الأخصائي والعميل على احترام وعدم توجيه اللوم (في محمد، ٢٠١٢: ٣٦٠).

كما يعرفه رشوان والقرني: على أنه نوع من أنواع العلاج المختصر والموجه مباشرة نحو تحقيق الهدف النهائي الذي يسعى إليه العميل، وهو الوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي مع الذات والبيئة (رشوان والقرني، ٢٠٠٤: ٢١٦).

أما سميث وسميث Smith And Smith، فيعرفانه على أنه: نموذج للعلاج النفسي المبني على الحل، حيث يهتم أساساً بوقت اللامشكلة Non Problem time، إذ ينصب

التركيز العلاجي على الاستثناءات وهي الأوقات التي لا تظهر فيها المشكلة بدلاً من الاهتمام بالمشكلة نفسها، والاهتمام بالعمل مع تسلسلات الحل المحدد وتحديد الأدوات والمصادر التي يملكها العملاء لحل شكاواهم (Smith And Smith, 2006: 208).

كما يعرفه (الغنامي ٢٠١١) بأنه مدخل علاجي يتضمن أساليب وفنيات علاجية متنوعة تتمثل عناصره فيما يلي:

- يعد مدخلاً علاجياً من أحدث المداخل العلاجية المختصرة.
- تعتمد تطبيقاته العملية على التقنيات والأساليب التي تتلاءم مع أغلب الفئات الاجتماعية على اختلافها، ومن بين هذه التقنيات "إعادة التشكيل، توجيه النجاح، خريطة العقل...إلخ.
- من خصائص هذا المدخل أنه لا يستغرق في البحث عن الأعراض المرضية للمشكلة ولا عن العوامل التي ساهمت في إحداثها، بقدر ما يتوجه مباشرة نحو البحث عن حلها.

ويعرفه معهد العلاج المتمركز حول الحل - Focused Solution - Institute For Solution Therapy بأنه نموذج علاجي صاغه (1940-2007) de Shazer And Berg (2005) وزملائهم في أواخر السبعينات من القرن العشرين، يركز هذا النموذج على الأهداف المستقبلية بحثاً عن الوصول للحلول المنشودة بدلاً من التركيز على المشكلات التي دفعت بالعملاء لطلب المساعدة المهنية، وقد تم تطوير هذا النموذج في مجالات متعددة كالصحة العقلية ومجال الخدمات الصحية، ولم يقتصر على ذلك بل امتد استخدامه في مجالات متعددة مثل رعاية الأطفال وخدمات العدالة الجنائية والتعليم والسياسة الاجتماعية وجرائم العنف، باعتباره نموذج عملي يستهدف تحقيق الأهداف بصورة واقعية وموجزة (محمد، ٢٠١٢: ٣٦٢).

الفلسفة التي يقوم عليها العلاج

تقوم فلسفة العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT على عدد من المسلمات التالية (Bezanson, 2004; de Shazer et al, 1986):

- التعاون بين الأخصائي والعميل في تحديد المشكلة وصياغة الأهداف العلاجية هو عامل أساس، على افتراض أن العملاء هم أشخاص أسوياء قادرين على المساهمة بجانب الأخصائي في تحديد احتياجاتهم وأهدافهم العلاجية.
 - عدمالاستغراق في البحث عن الأعراض المرضية أو العوامل التي ساهمت في نشأتها، والتوجه مباشرة نحو الحلول الممكنة التي قد تساهم في القضاء على المشكلة أو التخفيف من حدتها أو التكيف مع إفرازاتها.
 - تنفيذ المهام في أقصر وقت ممكن بحيث يتيح للأخصائي أو المعالج الوصول إلى أكبر قدر ممكن من العملاء.
 - من الصعب القضاء على المشكلة بصورة نهائية على اعتبار أن المشاكل قد تكون جزء من حياة الإنسان، فهو يحاول تطوير معانٍ أو طرق جديدة للنظر إلى المشكلة، وبذلك قد يستطيع العملاء في كثيرٍ من الأحيان الوصول إلى حلول تناسب مشكلاتهم حينما ترتفع لديهم الروح المعنوية.
 - يعد SFBT علاج موجه ومباشر نحو الهدف النهائي الذي تسعى له عملية المساعدة، وهو الوصول بالعميل إلى التوافق النفسي والاجتماعي مع الذات ومع البيئة المحيطة.
- بعد ظهور مدخل العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT على يد de Shazer أجريت حوله العديد من الدراسات النظرية والتطبيقية على مدى أكثر من عشرين عاماً بهدف تطويره كمدخل للممارسة الإكلينيكية مع العملاء، ومن تلك الدراسات والأبحاث على سبيل المثال: (De ; Berg, 1994 ; Berg, 2006 ; de Shazer et al, 1986 ; Berg & Miller, 1992 ; Jong & Berg 2008 ; Dolan et al, حتى تبلور كمدخل العلاجي وظهر في صورته الحالية (2 : Treppe, et. al, n.d).
- والأمر الذي يجب الإشارة إليه هو أن أغلب رواد SFBT إن لم يكن جميعهم يمتون إلى فكر الفلسفة البنائية الاجتماعية، على الرغم من قربهم إلى الفلسفة المنطقية الوضعية نظراً لاشتقاق أغلب المداخل العلاجية من نظريات علم النفس، إلا أنهم يؤمنون بتأثير العوامل الاجتماعية على الفرد وتأثير السياق الاجتماعي على قوى العملاء وواقعهم، بما في ذلك العواطف والانفعالات والعلاقات الاجتماعية، مما جعل هؤلاء يشككون في

مدى فائدة الممارسات التي

تقوم على الأساليب العلاجية التقليدية، والتي تنتمي إلى العلاج النفسي طويلاً لاجل الذبيري أن التغيير في سلوك الأفراد لا بد

أن يستغرقت وقتاً طويلاً في عمليات التدرج والتشخيص وكذلك العلاج، ولكن العلاج الموجز الذي يركز على الحلير يأتى هذه المزايا من افتراضات ليس صحيحة وأن الفاعلية ليست كافية للمدة التي يقضيها الممارس في عمليات الممارسة، بله مدى قدرة

الممارس على توجيه مسار المحادثة العلاجية توجيهاً صحيحاً واستخدام التقنيات العلاجية المناسبة والتي يمينها التقنيات العلاجية الموجز الذي يركز على الحل حسب تصور مؤلفيه (Sharry, et al, 2002). وعلى هذا فإن de Shazer ورفاقه اهتموا بالجوانب الإيجابية في حياة العملاء واستثمارها إلى أقصى حد ممكن، حتى يستطيعوا التغلب على الصعوبات التي تعوق أدائهم لوظائفهم وأدوارهم الاجتماعية، حيث يشير (Kottler, 1997) إلى أن de Shazer بدأ في ملاحظة التغيير الذي يحدث للعملاء بين الجلسات من خلال التركيز على الأوقات التي لا تحدث فيها المشكلة أو التي لا يتعرض العميل فيها للضغوط وذلك بحثاً منه عن الحلول المنشودة، ومن هنا فإن SFBT لا يركز على المشكلة ولا على أعراضها بل إنه يعتبر ذلك مضيعة للوقت. ويؤكد de Shazer أن المشكلة لا تستمر مع العميل طوال الوقت بل إنها تأتي وتذهب تبعاً للمؤثرات والعوامل التي تسبب حدوثها (في رشوان والقرني، ٢٠٠٤: ٢٢٣).

ويصف (رشوان، ٢٠٠٧: ١١٢٩) العلاج الذي يركز على الحل بأنه جاء على خلاف غيره من المداخل العلاجية، فرغم حداثة إلا أنه لاقى صدى كبيراً لدى الممارسين في مجال العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية لعدة أسباب يمكن حصرها في الآتي:

- ١- يعتبر أسلوب علاجي من أحدث الأساليب العلاجية.
- ٢- يستغل كل ما يحضره العميل للعلاج ولا يستغرق في الماضي للبحث عن الأعراض المرضية المسببة للمشكلة ونشأتها بقدر ما يتوجه مباشرة إلى البحث عن الحلول.
- ٣- أنه علاج فعال وموجه نحو الهدف النهائي مباشرة.
- ٤- سهولة تطبيقه في الواقع الاجتماعي وتدريب الممارسين عليه.

٥- يتعامل مع مشكلات الحياة اليومية بفاعلية ولا يجهد العملاء أو يستنفذ أوقاتهم في جلسات العلاج الطويلة.

الفرضيات التي يقوم عليها العلاج الذي يركز على الحل.

حاول عدد من المتهمين بممارسة مدخل العلاج الموجز الذي يركز على الحل أمثال: (Simon & Berg, 2002; Berg & Miller, 1992; de Shazer & Minital, 1987) أن يحددوا مجموعة من الفرضيات التي يقوم عليها هذا المدخل على النحو التالي:

- ١- يعد التغيير أمر حتمي لدى كل إنسان، فليس من المنطق أن يولد الإنسان على سمة ما ويستمر عليها حتى الممات، وإنه من المسلمات البديهية حين تتعرض مفاهيم الإنسان لعوامل تغيير معينة فإن ذلك التغيير من الطبيعي أن ينتقل لسلوكه ويحدث التغيير فيه.
- ٢- العملاء هم الذين يحددون أهدافهم العلاجية ولا يجب أن تفرض تلك الأهداف عليهم من قبل المعالج، وعلى هذا يجب أن يكون التركيز منصباً على مساعدة العملاء على الوصول إلى الحلول بدلاً من البحث في العوامل التي ساهمت في تفاقم المشكلة، واتجاه المعالج نحو ذلك الأسلوب يجعل العميل يتجاوب مع العلاج ويمكنه من استثمار قدراته وإمكاناته.
- ٣- التغييرات الصغيرة مع الاستمرار يمكن أن تؤدي إلى تغييرات كبيرة. ومعنى ذلك أن التغيير مهما كان بسيطاً هو الهدف المنشود والوصول إليه وشعور العميل بما يحدثه في حياته هو لب العلاج، ويجب أن يستمر العمل من خلاله حتى يتحقق التغيير الكامل وهو زوال المشكلة أو على الأقل الحد من آثارها على العميل.
- ٤- الإنسان هو عبارة عن أنساق مترابطة، ومعنى ذلك أن على الأخصائي المعالج أن يعمل على إحداث التغيير في العديد من جوانب شخصية العميل، كتغيير الأفكار والمعتقدات والقيم التي يؤمن بها العميل وينتج عنها تأثير في سلوكه.
- ٥- ليس بالإمكان تغيير الماضي، فالمهم في هذا النوع من العلاج هو التركيز على الحاضر والمستقبل بدلاً من إهدار الوقت في تذكر الماضي.

٦- كل شخص قد تكون لديه الموارد اللازمة لمساعدة نفسه، ولكن الذين يعانون من المشكلات تنقصهم معرفة كيفية استغلال قدراتهم للتغلب على مشكلاتهم وتبقى هذه مهمة الخبراء والمتخصصين.

٧- كل مشكلة لها استثناءات ولو واحدة على الأقل (هي الأوقات التي لا تظهر فيها المشكلة) يمكن تحويلها والتعامل معها على أنها حلول ممكنة للمشكلة. ويرى مؤسسي هذا النوع من العلاج أن العملاء يعتقدون خطأً أن المشكلات التي يعانون منها ملازمة لهم على الدوام بينما في الواقع أن تأثير المشكلة لا يستمر قوياً طوال الوقت، بل إنه قد يتلاشى ثم يعاود وأن المشكلة تكمن في أن العملاء لا يلاحظون ذلك التلاشي من حياتهم بالقدر الذي يشعرون بالتأثير متى عاودت، فملاحظة الممارس لتلك الاستثناءات يعتبر الخطوة الأولى نحو الوصول إلى الحلول الممكنة لمساعدة العميل وتقديم عملية المساعدة.

٨- فردية الحالة، كل إنسان هو حالة فريدة من نوعها ويجب أن يعامل على هذا الأساس.

٩- "إذا كان العلاج غير فعال ولم يحدث التغيير فلا تعاود محاولته مرة ثانية"، وهنا على المعالج أن يبحث عن أسلوب آخر أو حل آخر غير الذي ثبت فشله، وفي هذا خروجاً من الإحباطات التي قد يشعر بها العميل واستثارة لقدراته وإمكانياته في البحث عن حلول أخرى أكثر فاعلية في التصدي لمشكلته.

ويمكن للأخصائي الاجتماعي في العلاج الذي يركز على الحل أن يستخدم العديد من الطرق والأساليب العلاجية، مع أهمية التركيز على شخصية العميل وطريقة تفاعله مع السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه كون ذلك يمكن استغلاله لتطوير حلول جديدة لمشكلات العملاء.

The basic tenets المبادئ الأساسية للعلاج الموجز الذي يركز على الحل

يعد مدخل العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT كغيره من المداخل النظرية التي تستند إلى مبادئ أساسية يجب أن يفهمها الأخصائي ويمارس عملية المساعدة بناءً عليها، وقد أشار عدد من الباحثين إلى أهم المبادئ التي تشكل الإطار العام لهذا المدخل على

النحو التالي (Kottlor, 1997; Berg & Miller, 1992; Burwell & Chen, 2006; رشوان والقرني، ٢٠٠٤، n.d.; Trepper, et. al):

١- يقوم المبدأ الأول: حول التركيز على موارد العملاء وفقاً لمعطياتهم الشخصية والبيئية، وعلى هذا فالممارس تقع عليه مسؤولية توجيه العميل نحو ما يمكن تحقيقه والنجاح فيه بدلاً من ما لا يمكن تحقيقه والفشل فيه، ويشير أنصار هذا المبدأ إلى ذلك بمقولة "Solution talk rather than Problem talk" حديث الحل بدلاً من حديث المشكلة "ومعنى ذلك أن عملية العلاج يجب أن توجه نحو الحل وكيفية الوصول إليه.

٢- المبدأ الثاني: يقوم على فكرة كرة الثلج "Snow ball" بمعنى أن التغيير يبدأ بسيطاً في حياة العميل، ولكنه حتماً سيؤدي إلى تغيير أكبر وصولاً إلى الهدف النهائي وهو التوافق النفسي والاجتماعي.

٣- المبدأ الثالث: يدور حول أهمية الاعتراف بأن لكل عميل قدرات (Strengths) يستطيع استخدامها للتغلب على ما يواجهه من صعوبات. وعلى هذا يجب على الممارس أن يعطي اهتماماً كبيراً نحو اكتشاف قدرات العميل والتركيز عليها لزيادة ثقة العميل بنفسه وفق قدرته للاعتماد عليها، وتجنب التركيز على مواطن الضعف فيه.

٤- المبدأ الرابع: هو ضرورة صياغة أهداف العميل بصورة إيجابية Positive goals بدلاً من صياغتها بصورة سلبية Negative goals. ومن هنا كان على الممارس أن يساعد العميل على صياغة أهدافه بطريقة إيجابية من خلال سؤاله عما يود فعله وليس ما لا يود فعله، حيث ثبت أن الناس يكتسبون القوة والدعم المعنوي من خلال إنجاز الأهداف التي وضعوها لحل مشكلاتهم التي يواجهونها.

٥- المبدأ الخامس:

التعامل مع العميل كخبير، على الأخصائيات تعلم مع العملاء كخبراء بشؤونهم ونحياتهم وظروفهم وإمكانياتهم، وتحديد أهدافهم واحتياجاتهم و رغباتهم التي لا تتعارض مع العملية العلاجية، فيتمسك بهم المعن ماذا يقترحون منبر امجأ ونشاطات يمكن ان يمارسونها للتغلب على مشكلاتهم، بالإضافة إلى إمكانية

إشراكهم في تفسير بعض نتائج سلوكهم ليصبح لديهم تصور عن ذلك السلوك وكيفية تعديله، مع احتفاظ الأخصائي بقيادة عملية المساعدة ولكنه يعطي العميل مساحة من الحرية لاختيار الأساليب التي قد تساهم في إشباع احتياجاته وتكسيبها القدرة على مواجهة المشكلات التي قد يتعرض لها في المستقبل.

٦- المبدأ السادس: بناء التحالف التعاوني، يقوم هذا المبدأ على ضرورة العمل بين الأخصائي والعميل بشكل تعاوني، ويتم التحالف التعاوني من خلال بناء علاقة مهنية إيجابية من المقابلة أو الاجتماع الأول، حيث تعد هذه المقابلة هي الأهم من بين المقابلات في العملية العلاجية كونها بمثابة خارطة الطريق للمقابلات التالية، فمن خلالها يتم رسم الخطوط العريضة لعملية المساعدة من خلال تحديد أغلب المهام التي سينفذها العملاء والأخصائي معاً وتحديد دور كل طرف في عملية المساعدة، كما يتم التعرف على وجهات نظر العملاء تجاه مشكلاتهم والتعرف على قدراتهم وإمكاناتهم أيضاً.

خصائص أهداف العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT

يتفق عدد من المختصين في مجال العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT مثل: (Miller & Berg, 1992; Simon & Berg, n.d; Bavelas, et al 2013) على أن تكون أهدافه ذات خصائص معينة، كي يتحقق الهدف الأساس وهو التوافق النفسي والاجتماعي للعملاء ومن أهم تلك الخصائص ما يلي:

- ١- ذات أهمية: أن تركز أهداف العلاج على الموضوعات ذات الأهمية البالغة في حياة العملاء.
- ٢- واقعية: أن تكون الأهداف التي يحددها العملاء بالاتفاق مع المعالج أهداف واقعية وقابلة للتحقيق ضمن سياق الحياة العامة للعملاء.
- ٣- غير شاقة: ألا يتطلب تحقيق الأهداف عمل شاق، كون العملاء في بداية مراحل العلاج قد ينصرفون عن أي أعمال تحتاج إلى بذل مزيداً من الجهد.

- ٤- وسيلة وليس غاية: أن تكون الأهداف وسيلة لتحقيق غايات أكبر وهو التوافق النفسي والاجتماعي.
- ٥- محددة وسلوكية: أن تكون الأهداف ملموسة ومحددة وتشتمل على سلوك.
- ٦- يبدأ العمل بتحديد أهداف صغيرة وسهلة التحقيق.
- ٧- قابلة للقياس: أن تكون الأهداف المراد تحقيقها قابلة للقياس بحيث يمكن التحقق من مدى تحقيقها.
- ٨- تحقيق التوسع المستمر للأهداف: أي أنه يفضل أن يبدأ الأخصائي مع العملاء بأهداف سهلة التحقيق أو قصيرة المدى، وكلما تحققت فيمكن التوسع في أهداف أخرى.

مهارات الأخصائي الاجتماعي في العلاج الذي يركز على الحل SFBT

يعد مدخل العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT خلاصة فكرية لجهود عدد من الرواد والمختصين في مجال ممارسة العلاج النفسي الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، وليس من شك أنه مر بمراحل متتالية من التطوير والتعديل حتى أضحت أحد المداخل المتقدمة في مجال الممارسة المهنية، ولا بد للأخصائي الذي يمارس العمل من خلال هذا المدخل أن يتمتع بمجموعة من الخصائص والصفات والمهارات الخاصة في علاقته مع العملاء، والتي حددتها كل من (Aguilera & Messick, 1986؛ رشوان والقرني، ٢٠٠٤؛ Trepper, et. al, n.d) فيما يلي:

- ١- التعاطف والمشاركة الوجدانية (empathy) وفيها يظهر اهتمام المعالج بالعميل من خلال فهمه لمشكلته وتقديره لمشاعره والمعاناة التي يشعر بها.
- ٢- الاستعداد لمناقشة كل شيء وأي شيء يود العميل مناقشته Readiness to discuss everything، ولكن هذا الأمر لا يعني بالضرورة أن المعالج يستطيع أن يعالج كل مشكلات العميل أو أن لديه إجابة لكل سؤال أو استفسار يطرحه العميل، بل يعني أن المعالج لديه استعداد لبذل الجهد في محاولة مساعدة العملاء.

٣- الهدوء ورباطة الجأش (Composure) وتعني أن يكون المعالج مرتاحاً من علاقته بالعميل بغض النظر عن اعتقاداته وآراءه الشخصية، وبغض النظر عن الفوارق الاجتماعية أو الاقتصادية أو العرقية أو غيرها. فالعميل في نهاية المطاف إنسان يجب احترامه والاهتمام به، والهدوء هنا يجعل المعالج قادراً على التركيز في كل ما يقوله أو يشعر به العميل.

٤- التشجيع (encouragement) وهو الإيمان الكامل بأن لكل عميل قدرات وإمكانات يستطيع استثمارها إلى أقصى حد من أجل التغلب على المشكلات التي تعوق تكيفه النفسي والاجتماعي، وقيام الأخصائي الاجتماعي بتشجيع العميل على تحمل المسؤولية يكسب الأخير الثقة بذاته وبقدراته كما أن ذلك يسهل عملية تقديم المساعدة.

٥- الهدفية (Purposefulness) وتعني أن يكون الأخصائي الاجتماعي هادفاً في عمله، فلكل نشاط يقوم به هدف وغاية يسعى إلى تحقيقها وتخدم مصالح عملاءه، كما يجب عليه أن يسعى إلى توضيح ذلك للعملاء الذين يتعامل معهم، فكلما كانت تلك الأهداف واضحة لدى الأخصائي والعميل كلما كان ذلك أدعى لأن تصبح عملية المساعدة أكثر كفاءة وفاعلية.

Techniques SFBT تقنيات العلاج الموجز الذي يركز على الحل

يقوم هذا المدخل على عدد من التقنيات العلاجية، والتي تعتمد على مهارات الأخصائي الاجتماعي وعلى مدى استجابة العملاء أثناء عملية المساعدة، ويمكن ذكرها على النحو التالي: (Kottler, 1997; de Shazer, 1988; رشوان، والقرني، ٢٠٠٤؛ Macdonald, 2011)

إعادة التشكيل Reframing

وهو أسلوب يستخدم من أجل مساعدة العملاء على تفهم مواقفهم وصياغة أهدافهم العلاجية، ويعني إعادة صياغة مفاهيم العميل غير المنطقية لتكون أكثر واقعية ومنطقية.

السؤال المعجزة Miracle Question

يهدف "السؤال المعجزة" إلى تشجيع التفكير الإبداعي واستكشاف ردود أفعال العملاء التي تحدث بعفوية وتلقائية، فقد تحدد إمكانيات العملاء ونقاط القوة لديهم، ويمكن أخذها في الاعتبار كوسيلة مساعدة للأخصائيين ووضع الخطط العلاجية من خلال إتباع أنماط من الأساليب العلاجية البسيطة التي يمكن للعملاء تنفيذها بكل يسر. ويقدم (de Shazer, 1988) صيغة لهذا التكنيك على النحو التالي:

الأخصائي: تخيل أنك قمت من النوم في الصباح وقد انتهت المشكلة التي تواجهك. ما الذي يمكن أن يتغير في حياتك؟ من خلال إجابة العميل حول هذا الافتراض يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يبحث عن الحلول وفقاً لما يراها العميل ثم يقوم بمناقشة العميل حول إمكانية تطبيق تلك الحلول.

وقد اقترح القرني (٢٠٠٤) أن يسمى سؤال الحلم (Dream Question) بدلاً من سؤال المعجزة، ليتوافق ذلك مع المعطيات الإسلامية ويكون أدهى للقبول لدى الأفراد في المجتمعات الإسلامية.

أسئلة " ماذا بعد ؟ " What else questions

إن الهدف من هذه الأسئلة أو هذه الفنية هو زيادة وتعزيز فرصة العملاء في أن يجدوا الحلول الممكنة للمشكلات التي يواجهونها. ويفيد في مثل هذا التكنيك نوع الأسئلة المفتوحة التي من شأنها أن تحرك مهارات العصف الذهني لدى العميل.

خريطة العقل (Mind mapping)

إن هذا التكنيك (الفنية) العلاجي ما هو إلا رسم خريطة للأفكار التي تقود وتوجه العملاء وتصبغ سلوكهم ومشاعرهم، ولكي يستخدمه الأخصائي الاجتماعي فعليه أن يتعرف على الكلمات أو الأفكار أو المهام التي يؤمن بها العميل وتمثل عامل رئيس في التأثير على سلوكه ثم يعمل على تصحيحها، ومن أفضل الأساليب لتصحيح الأفكار الخاطئة لدى العملاء هو التشكيك في نتائجها من خلال الأدلة التي تعرض السلوك الخاطيء للعميل، بعد ذلك يقوم الأخصائي باستدعاء سلوك العميل الإيجابي مهما كان صغيراً وتعزيز ذلك السلوك في حياة

العميل ومطالبته بعمل المزيد منه، فإن هذا السلوك سوف يعمل بمثابة خارطة إيجابية تقود العميل وترشده إلى الوصول إلى النجاح في العملية العلاجية وفيما يحقق أهدافها.

توجيه النجاح (Cheer Leading)

يوصف هذا التكنيك بأنه مساندة وتشجيع نجاح العميل من خلال إسماع العميل كلمات المدح والثناء. فالعملاء يحبون من يثني على ما يقدمون أو ما يقومون به من أفعال، حيث أن ذلك يمنحهم الثقة بالنفس ويعتبر بمثابة الوقود الذي يدفعهم للمشاركة الفاعلة في عملية المساعدة.

ويمكن للأخصائي أن يظهر هذا التكنيك من خلال التالي:

- ١- رفع مستوى الصدق أثناء الحوار ليري العميل كيف أن عملية المساعدة تتقدم.
- ٢- التعبير للعميل عن السرور عندما يقوم العميل بمحاولة جادة للوصول إلى حل للمشكلة.
- ٣- إظهار الإعجاب بما يقدمه العميل من تفكير بناء ورشيد وناضح في المشكلة التي يواجهها.

المقياس Scaling

هذا التكنيك أو الفنية تهدف إلى مراقبة التحسن الذي يطرأ على الحالة من مقابلة إلى أخرى أثناء العملية العلاجية، ويتم ذلك من خلال الطلب من العميل أن يحدد أين يرى نفسه على مقياس يبدأ من "صفر إلى ١٠"، بحيث يعني الصفر أنه لا يوجد تقدم أو تحسن في حل المشكلة، بينما يعني رقم ١٠ أن المشكلة انتهت تماماً، فعندما يختار العميل رقماً بين طرفي المقياس يطلب منه الأخصائي أن يفسر سبب اختياره لهذا الرقم، مع ملاحظة التغيرات التي طرأت على العميل بعد كل جلسة. ومن الضروري أن يكون هناك خط أساس للمشكلة يتم تحديده من البداية ليسهل على الممارس تقييم التقدم المحرز في وقت لاحق.

فمثلاً عندما يختار العميل في المقابلة الأولى صفر وفي المقابلة الثانية يختار الرقم ٤ يتم سؤاله عما حدث من تقدم وما هي الأفعال والمهام التي قام بها في مواجهة المشكلة التي يعاني منها، وعندما يذكر العميل بعضاً من تلك الأفعال التي ساهمت في عملية التغيير يطالبه الأخصائي بالاستمرار في فعل ذلك حتى تستمر حالة التغيير وصولاً إلى الأهداف العلاجية.

أنواع العملاء في العلاج المتمركز حول الحل

يقدم (de Shazer, 1988) تصنيفاً للعملاء في العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT وفقاً لنوع المشكلة ولطبيعة تصوراتهم وموقف كل عميل من مشكلته على النحو التالي:

١- العميل الزائر (Visitor) وهو العميل الذي لا يرغب في أن يكون جزءاً أو مشاركاً في عملية العلاج، وليس لديه شكوى واضحة بالنسبة له ولا يفعل شيئاً تجاه المشكلة التي يعاني منها. ومثال ذلك الطالب الذي يرغب على مقابلة المرشد الطلابي من قبل مدير المدرسة.

٢- العميل كثير الشكوى (Complainant) وهو العميل الذي يعترف بوجود المشكلة وتأثيرها عليه، ومع ذلك فهو غير قادر أو غير راغب في عمل أي شيء لمواجهتها أو التصدي لها، وأغلب العملاء هم من هذا النوع ويعتبرون أنفسهم ضحايا للمشكلات وليس لهم دور في وقوعها عليهم.

٣- العميل الزبون (Customer) وهو العميل الذي يعترف بوجود المشكلة ويرغب في حلها ولديه الدافعية والاستعداد الكامل للتعاون مع الأخصائي الاجتماعي لمواجهة مشكلته، ويؤمن بأهمية الجهود الشخصية التي يتوجب عليه بذلها للوصول إلى تحقيق الأهداف.

وعلى غرار ذلك يقدم كل من (Murphy, 1997؛ رشوان والقرني، ٢٠٠٤) عدداً من المهارات التي قد يوظفها الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع كل نوع من العملاء كما تتضح في الجدول التالي:

الجدول التالي يبين أنواع العملاء وفقاً لتصنيفهم في العلاج الموجز الذي يركز على الحل

نوع العميل	الوصف	المهارات
العميل الزائر	لا يدرك المشكلة ويراها مرتبطة بشخص آخر. يأتي إلى العلاج مرغماً. ليس لديه التزام في العملية العلاجية.	الامتناع عن الاقتراحات التي تتضمن أفعال. تقدير الموقف ووجهة النظر التي يتبناها العميل. مدح الجوانب الإيجابية في موقفه. نقاش العميل في المشكلة والأهداف بطريقة ذات معنى. نقاش مع العميل مواضيع محببة مثل هواياته.
العميل كثير الشكوى	يعترف بالمشكلة وتأثيرها ولكن لا يرغب في التعاون لحلها. يرى نفسه عاجزاً عن حل مشاكله. يرى أن مسؤولية حل مشاكله تقع على غيره.	الامتناع عن الاقتراحات التي تتضمن أفعال. استمع وقدم المديح. قدم أسئلة وتوجيهات بأسلوب غير مباشر. حاول مع العميل الوصول إلى حلول عن طريق الوصف الذهني. أجعل العميل يتأمل في واقعه ويلاحظ الأحداث التي تدور حوله.
العميل الزبون	يعترف بوجود المشكلة ويرغب في حلها. عنصر فاعل في عملية المساعدة.	اقترح مهام تتضمن أفعال. اكتشف واستخدم الأفكار التي يحضرها العميل معه أثناء المقابلة. الاتصال بالعميل وإطلاعه على التقدم الذي حصل. حاول أن تجعل العميل متصلاً بعملية المساعدة ومشاركاً في كل مهامها.

نقلًا عن (رشوان والقرني، ٢٠٠٤).

تقييم العلاج الموجز الذي يركز على الحل

رغم تعدد المسميات التي أطلقت حول العلاج الموجز الذي يركز على الحل SFBT إلا أن خصائصه تحدد أنه مدخل نظري، حيث يحمل في جوهره خطة عمل يمكن للممارس المهني أن يتبعها في التعامل مع الحالات، ويعد بلا شك أحد المداخل العلاجية الحديثة والمستخدمة في العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية، وعلى الرغم من ندرة الدراسات العربية التي استخدمت هذا المدخل على حد علم الباحث، إلا أن الدراسات الأجنبية وخصوصاً في أمريكا وأوروبا أثبتت إيجابيته وإمكانية استخدامه مع أنواع متعددة من المشكلات كمشكلات سوء التوافق الأسري والمشكلات السلوكية للمراهقين والأحداث المنحرفين وصعوبة تأقلم الموظفين في مكان العمل ومشكلات كبار السن وحتى مع مشكلات الصحة العقلية.

ويختلف SFBT عن غيره من المداخل التقليدية فينواكثيرة، فهو مدخل يمارسه الأخصائي الاجتماعي على أساس زيادة الثقة في العميل، والتقليل من التركيز على إخفاقات الماضي والمشاكل السابقة، ويركز بدلاً من ذلك على نقاط القوة لدى العملاء ونجاحاتهم السابقة لإيمانه الراسخ بقدرة العملاء على التخطيط وتحقيق ما هو أفضل بالنسبة لهم، ويحاول تعزيز جانب الإنجاز لديهم للمحافظة على التقدم في تحقيق الأهداف الإيجابية (McCollum, 2006). وتشير العديد من الدراسات مثل: de Shazer & Berg, 1997; de Shazer, 1988; الغنامي، ٢٠١١) إلى أنه قد حقق نجاحات فعلية على مستوى الممارسة المهنية مع العملاء خصوصاً في الدول الغربية، ويمكن القول أن التجارب التي أجريت حول هذا المدخل كشفت أنه من المداخل العلاجية ذات الخط الواضح في عملية التدخل، فهو يساعد الأخصائي الممارس على تسجيل جميع خطوات الممارسة مع العملاء والالتزام بالمنهجية العلمية والتي غالباً ما تكون الحلقة المفقودة في ممارسات الأخصائيين الاجتماعيين في الدول العربية عموماً وفي المجتمع السعودي على وجه الخصوص.

إلا أنه على الرغم من ذلك لم يحض باهتمام الباحثين ولا الممارسين في الدول العربية إلى عهد قريب، فحسب علم الباحث لم تتم ترجمته للعربية قبل عام ٢٠٠٤ حينما كتب فيه (رشوان والقرني، ٢٠٠٤) مقالاً نشر في أحد المؤلفات. ولم تجر عليه أي دراسات عربية تطبيقية قبل الدراسة التي قام بها (رشوان، ٢٠٠٧) مع طلاب الجامعة بهدف تحقيق المساندة

الاجتماعية وقد أظهرت نتائج إيجابية، ثم تلاها (الغنامي، ٢٠١١) بإجراء دراسة (رسالة ماجستير) بهدف التحقق من فاعلية هذا المدخل في تنمية الدافعية للتعليم مع الطلاب منخفضي الدافعية من الأحداث الجانحين، وقد أظهرت الدراسة نتائج إيجابية أيضاً.

ويشير (القرني ورشوان، ٢٠٠٤) أنه على الرغم من النجاحات المتوالية التي تزخر بها أدبيات العلاج النفسي حول كفاءة وفاعلية هذا المدخل في التعامل مع المشكلات الإنسانية، إلا أن تعميم تلك النجاحات في المجتمعات الإنسانية ومع مختلف الثقافات لا يزال أمراً يحتاج إلى الكثير من الدراسات والبحوث الميدانية، فالمشكلات الإنسانية ليست دائماً متماثلة أو متطابقة، كما وأن العملاء يمتازون في قدراتهم الذاتية ويختلفون في بيئاتهم، ومن هنا يتوجه النقد إلى SFBT في كونه مدخلاً علاجياً تفاؤلياً إلى حد المبالغة، فهو ينظر إلى العميل على أنه يملك من القدرات والإمكانات ما يؤهله للتغلب على الصعوبات التي تواجهه، وفي هذا نوع من التفاؤل المفرط تجاهل للفروق الفردية بين الناس، فالعملاء ليسوا في مستوى واحد من القدرات الصحية والنفسية والاجتماعية وبالتالي فمن المنطقي أن يختلفوا في مستوى استجاباتهم وردود أفعالهم.

ومن النقد الذي يوجه أيضاً لهذا المدخل أنه يعتمد كثيراً على البحث عن الاستثناءات (الأوقات التي لا تظهر فيها المشكلة) ودفع العميل نحو ملاحظتها وإدامة فتراتها، وفي هذا هروب من مواجهة المشكلة ومحاولة للتوافق معها ومعتاًثيراتها كما وأن ذلك يجعل العميل يقف موقفاً سلبياً منها.

المقترحات

- بما أن هذا المدخل العلاجي من المداخل الحديثة والهامة في ممارسة مهنة الاجتماعية حسب ما أثبتته الدراسات الأجنبية، وأن الدراسات العربية التي أجريت حوله حسب علم الباحث غير كافية للحكم عليه أو الكشف عن جوانب القوة والضعف فيه، فإنه بحاجة إلى العديد من الدراسات العربية النظرية منها والتطبيقية والنشر العلمي للتأكد من مدى جدواه وملاءمته للتطبيق في المجتمعات العربية.

- أيضاً يحتاج هذا المدخل إلى اختبار فاعليته في عملية التدخل في مجالات متعددة من مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وعلى عينات ومتغيرات مختلفة.
- تدريب الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين على استخدام فنيات SFBT خصوصاً وأنه يتمتع بدرجة لا بأس بها من التنظيم في مفاهيمه وفرضياته ومبادئه، كما أنه يساعد الأخصائي الاجتماعي على الالتزام بالمنهجية العلمية أثناء الممارسة وتسجيل الخطوات التي اتبعها في عمله، وهذا النوع من التدخل يمكن من بناء قاعدة معرفية علمية تسهل على الممارسين الآخرين إعادة استخدام التدخل المهني بنفس الخطوات مع عملاء آخرين.

المراجع العربية

- ١- محمد، رأفت عبد الرحمن (٢٠١٢) الخدمة الاجتماعية العيادية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ٢- الغنامي، مسعد بن غنام (٢٠١١) فاعلية العلاج المتمركز حول الحل في تنمية الدافعي للتعلم لدى الأحداث الجانحين، رسالة ماجستير غير منشورة، شعبة الخدمة الاجتماعية بكلية العلوم الاجتماعية، جامعة الأمام محمد بن سعود، الرياض.
- ٣- رشوان، عبد المنصف حسن (٢٠٠٧) التدخل المهني باستخدام العلاج المتمركز حول الحل لتحقيق المساندة لطلاب الجامعة، المؤتمر العلمي الدولي العشرون للخدمة الاجتماعية، المجلد الثاني.
- ٤- نيازي، عبد المجيد طاش محمد (٢٠٠٧)، العلاج الموجز، مكتبة العبيكان، الرياض.
- ٥- سميث، روبرت. وسميث، باتريشيا (٢٠٠٦) الإرشاد والعلاج النفسي والأسري، موضوعات وقضايا أساسية. تنشر ترجمة: فهد بن عبد الله الدليم. النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، الرياض.
- ٦- رشوان، عبد المنصف حسنوالقرني، محمد بن مسفر (٢٠٠٤)، المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسر. مكتبة الرشد، الرياض.

المراجع الأجنبية

- 1- Sherry, John et al (2002), British Journal of Guidance & Counseling Vol. 30, No. 4.
- 2- de Shazer, Steve & Minital, Elegance (1987) the family therapy Netwater New York.
- 3- Garfield, S. (1994) research in Client variables in Psychotherapy. handbook of Psychotherapy and behavior change. wiley, new york.

- 4- Berg, Insoo Kim . & miller, Scott.(1992) working with the problem drinker Norton, New York.
- 5- de Shazer, Steve & Berg, Insoo Kim (1997) The Association for Family Therapy and Systemic Practice. Published by Blackwell Publishers, journal Family Therapy, Oxford, USA.
- 6- Simon, Joel K & Berg, Insoo Kim(n.d) Solution-Focused Brief Therapy With Long-Term Problems.
- 7- Metcalf, L (1995) Counseling Toward Solutions, the Center for Applied Research in education, New York.
- 8- Kottler, Jeffrey (1997) Brief Counseling that Works. Corwin Press Inc. CA.
- 9- Germain, Marie-Line and Palamara, Sherry A. (2006) Using Solution-Focused Applications for Transitional Coping of Workplace Survivors.
- 10- McCollum, E., Nelson, T.(2006) Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. Journal of Marital and Family Therapy. Translation Luca, Martin and Lewis, Zatloukal.
- 11- Michael, F. Hoyt.(2001) Interviews With brief therapy Experts Philadelphia. Pa. Steve de Shazer & John Weakland. a conversation with.
- 12- de shazer, Steve (1988) book clues investigating, solutions in brief therapy. Norton, New York.
- 13- Trepper, Terry S. et. al, (n.d) Treatment Manual for Working with Individuals, Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association. (<http://www.sfbta.org/research.pdf>).

- 14- Macdonald,(2011) The Solution-focused Therapy Model: the First Session; Part 1.
- 15- Burwell, Rebecca& Chen, Charles.(2006) Applying the principles and techniques of solution-focused therapy to career counseling, Counseling Psychology Quarterly, University of Toronto, Ontario, Canada.
- 16- Bezanson, Birdie J. (2004) application of solution-focused work in employment counseling, journal of employment counseling.
- 17- Murphy, John(1997) Solution-Focused in Middle and High Schools, American Counseling association.
- 18- Bavelas, Janet. et al (2013)Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individualsnd Version Solution Focused Brief Therapy Association