جامعة الملك سعود
كلية الآداب
مجلة الآداب
ردمد (ورقي): ٣٦٢٠-١٠١٨
ردمد (النشر الإلكتروني): ٨٣٣٩-١٦٥٨

King Saud University
College of Arts
Journal of Arts
ISSN (Paper):1018-3620
ISSN (Electronic):1658-8339

مجلة الآداب، مج (٣٤)، ع (٣)، ص ص ٦١-٨٢، جامعة الملك سعود، الرياض (٢٠٢٢م/ ١٤٤٣هـ)
Journal of Arts, Vol. 34 (3), pp 61-82, © King Saud University, Riyadh (2022 /1443H.)

الخدمة الاجتماعية والعلوم الزائفة

عبد العزيز بن عبد الله البريثن

أستاذ الخدمة الاجتماعية، قسم جودة الحياة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

(قدم للنشر في ٢١/ ١/ ١٤٤٣هـ، وقبل للنشر في ٢٩/ ٥/ ١٤٤٣هـ)

الكلمات المفتاحية: الخدمة الاجتماعية، الأخصائيون الاجتماعيون، العلوم، العلوم الزائفة، الممارسة المهنية.

ملخص البحث: منذ ظهور مهنة الخدمة الاجتماعية وهي تأخذ على عاتقها مهمة الإصلاح الاجتماعي، وذلك من خلال أعمال المساعدة التي بدأت بجهود بسيطة وتطوعية، ثم وصلت إلى ما وصلت إليه اليوم من جهود مقننة ومنظمة تقوم بها مؤسسات ومنظمات، وفق أنظمة وتشريعات تحاول ضبط عملية المساعدة ودفعها للأمام، ومع تطور الخدمة الاجتماعية ودخولها الحقل العلمي بحثاً وتأليفاً وتدريساً أثّر ذلك تأثيراً إيجابيّاً مباشراً على الممارسة المهنية، إلّا أن التأثير له جانب سلبي على الممارسة المهنية، التي هي حجر الزاوية للخدمة الاجتماعية، في هذا العالم المليء بالأخبار المغلوطة، حيث بدأت ظاهرة انتشار العلوم الزائفة، من خلال نشر الآراء والخبرات الشخصية في شكل نتائج علمية، ومثل هذا الانتشار الخطير يجعل المتخصصين في مهن المساعدة الإنسانية يتساءلون كيف نميز العلوم الزائفة من العلوم الحقيقية؟ ولذلك فإن هذه المقالة تهدف إلى تسليط الضوء على العلوم الزائفة، وكيف يمكن أن تؤثر سلباً على ممارسة الخدمة الاجتماعية، ثم آليات الكشف عن العلوم الزائفة، وسبل تحاشيها من قبل الأخصائيين الاجتماعيين.

Social Work and Pseudoscience

Abdul Aziz Abdullah Al-Braithen
Professor of Social Work, Department of Quality of Life, College of Humanities and Social Sciences, United Arab Emirates University.
(Received: 21/ 1/1443 H, Accepted for publication 29/ 5/1443 H)

Keywords: Social Work, Social Workers, Sciences, Pseudoscience, Professional Practice.
Abstract. Since the emergence of social work as a profession, it has been promoting the task of social reform. It has started through simple and voluntary efforts, and progressed over time until it reached a codified and organized level supervised by governmental and nongovernmental institutions. Such institutions abide by regulations and legislations developed to uphold the idea of helping those in need and promote the cause. The practical and scientific developments that has occrued in the concept of social work have positively influenced the professional practice. However, such an influence has always faced the danger of being negatively affected by the spread of pseudoscience or unverified reports, such as personal experiences, anecdotes and testimonials rather than those proven by scientific evidence. This brings another task among the practitioners which is how to distinguish science from pseudoscience. Therefore, this article aims to shed light on pseudoscience and how it can negatively affect the practice of social work, and then discuss the mechanisms that social workers can apply to detect and avoid pseudoscience.

مقدمة:

حينما ظهرت الخدمة الاجتماعية في البدايات خلال النصف الأول من القرن العشرين، كانت عبارة عن ممارسات عشوائية (غير منظمة)، وخدمات متواضعة تنطلق من فضيلة الإحسان، ولكن تلك الجهود التطوعية قادت إلى ممارسات أكثر انضباطًا وتنظيمًا، بحيث أصبحت "الممارسة المهنية" professional practice هي البذرة الأولى لظهور الخدمة الاجتماعية بصفة علمية ومهنية، بمعنى أن الخدمة الاجتماعية لم تكن وليدة نظرة فلسفية، ولم تتبلور نتيجة نظرية علمية، وإنما نمت من الممارسة المهنية، وما زالت تتغذى وتتطور من خلالها.

لقد مرت الخدمة الاجتماعية في تاريخها بعدة مراحل مفصلية كان جلها يدور حول الممارسة المهنية، الأمر الذي يؤكد على أهمية هذا الجانب (الممارسة المهنية) حتى إن البعض أطلق على الممارسة المهنية "العمود الفقري" للخدمة الاجتماعية، أولى تلك المراحل حقبة الشكوى من وجود فجوة بين النظرية والتطبيق في الخدمة الاجتماعية (١٩٦٩م)، تلَتْها حملات التشكيك في فاعلية الممارسة المهنية (١٩٧٣م)، ثمّ أَعْقَبَ ذلك فترة ما يسمى بأزمة الأهلية والجدارة، التي طالت جوانب مختلفة من المهنة، وفي مقدمتها الممارسة المهنية (١٩٨٠م).

يتساءل بعض المتخصصين في الخدمة الاجتماعية –تحديداً من الأكاديميين– هل حسن النية goodwill من الأخصائيين الاجتماعيين كافٍ بحد ذاته لتقديم تدخلات مهنية فعّالة مع عملاء الخدمة الاجتماعية؟ والجواب بكل بساطة: لا؛ لأن حسن النية لا يكفي لضمان تقديم مساعدة فعّالة ومجدية مع العملاء، فالمشكلات الإنسانية أكثر تعقيدًا مما نتصور، يدرس الأخصائي الاجتماعي المشكلة الاجتماعية لدى العميل من جوانبها المتعددة، فهو يعطي اعتبارًا للجوانب الأخرى من شخصية العميل، بما في ذلك الجانب الصحي، والجانب النفسي، إلى جانب التركيز والتعامل الكامل مع المشكلات الاجتماعية لدى العملاء؛ لذا ينادي البعض بالتخلي عن مصطلح (التشخيص) diagnosis واستخدام مصطلح (التقدير) assessment بدلًا منه، لكون الأخير أكثر شمولية، وأكثر اتساقًا مع طبيعة مهنة الخدمة الاجتماعية، إلّا أن التقدير في الوقت نفسه يشكل تحديًا أمام الأخصائيين الاجتماعيين، الأخصائي الاجتماعي ليس معه دواء، وليست لديه معدات طبية وأجهزة أشعة، ولا يسانده طاقم متكامل، الأخصائي الاجتماعي يعمل منفردًا، لكنه يجب أن يكون متسلحًا بمهاراته المهنية؛ ليؤدي مهمة متشعبة تتمثل في مواجهة ذلك الكم الهائل والمتداخل من المشاكل، والمواقف، والأفكار، والمشاعر، والعواطف الكامنة في شخصية العميل، إلى جانب تلك العوامل الموجودة في البيئة المحيطة بالعملاء.

تمتاز الخدمة الاجتماعية عن غيرها من المهن الإنسانية الأخرى بأنها تتّسم بخصوصية من حيث الخدمات التي تقدمها للعملاء (الممارسة المهنية)، هذه الخصوصيّة تجعل الممارسين المهنيين (الأخصائيين الاجتماعيين) أكثر عرضة للعلوم الزائفة التي ينتج عنها ممارسة مهنية غير مطمئنة، أو لا تستند إلى أدلة وبراهين علمية، من هذه الخصوصيّة:

(أ) الممارسة المهنية تقوم –في الغالب– على البعد الظني المبني على فرضيات وليس على نظريات علمية.

(ب) المشكلات التي تتعامل معها الخدمة الاجتماعية ذات أسباب متداخل بعضها ببعض، وفي بعض الأحيان يصعب الفصل بين تلك الأسباب.

(ج) بعض مسببات المشاكل الاجتماعية التي تتعامل معها الخدمة الاجتماعية قد يستحيل نفيها، كما قد يستحيل أيضاً الجزم بها.

(د) ممارسة الخدمة الاجتماعية تتأثر تأثيرًا قويًا بالجانب الثقافي لدى العميل، لما للثقافة من تأثير في تشكيل المشكلات وفي تقبل العلاج أيضًا، وبالتالي تعدد الثقافات وتفرعها، ثم عمقها في ذات الإنسان يشكل تحديًا بحد ذاته.

تهدف هذه الورقة إلى مناقشة الحدود الفاصلة بين العلوم الحقيقية sciences والعلوم الزائفة pseudoscience، وتأثيرات العلوم الزائفة في قوام الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، ومن هذا المنطلق سوف تسعى المقالة إلى مناقشة سمات العلوم الزائفة وإيضاحها، وطرائق تسللها إلى الممارسات المهنية، وعوامل الكشف والتصدي لها، وطرائق المواجهة التي يُفترض أن يتسلح بها الأخصائيون الاجتماعيون؛ لحماية وصيانة حياة العملاء من العبث والعشوائية والضرر.

بناء على ما سبق، سوف تسعى هذه الورقة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

-ما هي العلوم الزائفة؟ وكيف تتكون؟

-كيف يمكن إساءة استخدام الأبحاث الجيدة؟

-كيف يمكن للأخصائيين الاجتماعيين تحاشي الوقوع في العلوم الزائفة؟

سوف تعتمد الورقة الحالية على العرض النظري للعلوم الزائفة، مع مناقشة وتحليل الكتابات الأجنبية من داخل المهنة نفسها، وهي نادرة بسبب حداثة الموضوع، ومن بعض المهن ذات العلاقة، سيعتمد الباحث على المنهج التحليلي، بغية الكشف عن الموضوع، وكيفية تأثيره في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، وخصوصًا الممارسة المباشرة.

ما هي العلوم الزائفة؟ وكيف تتكون؟

من الثابت أن العلوم الزائفة والمعتقدات الغامضة منتشرة على نطاق واسع بين عامة الناس (Doering-Mateuffel, 2011; Schein, Li, & Huang, 2014)، حيث يُوفّر الإيمان بالأساطير اطمئنانًا للرأي دون إزعاج الفكر، فالعدو الأكبر للحقيقة في كثير من الأحيان ليس هو الكذب المتعمد والمفتعل وغير النزيه، وإنما الأسطورة المستمرة والمقنعة وغير الواقعية.

يُعرّف الفيلسوف (ماريو بونجي) (Mario Bunge) العلوم الزائفة بأنها: "مجموعة من المعتقدات والممارسات التي يرغب ممارسوها – عمدًا أو بحسن نية – في تمريرها، على الرغم من أنها غريبة على النهج العلمي والمعرفي الراسخ والأصيل" (Bunge, 2017: 41). من هذا التعريف يتضح أن الأشخاص ذوي النوايا الحسنة ربما ينخرطون في ممارسة العلوم الزائفة، لمجرد أنهم لا يدركون حقيقتها، فهم يعتقدون بأن تجربتهم الشخصية والإكلينيكية كافية للتحقق من صحة ما يفعلونه، وهذا على وجه الدقة ينطبق على الكثير من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يسعون بنية صادقة لمساعدة العملاء، فالإخلاص في العمل المهني للخدمة الاجتماعية لا يعني ضمان تقديم مساعدة حقيقية وفعّالة ومفيدة لعملاء الخدمة الاجتماعية عمومًا.

للعلوم الزائفة تاريخ طويل يمتد إلى حوالي قرن من الزمان، حيث تناول (هيوارد جيبس) (Heyward Gibbes) موضوع الدجل والشعوذة في الحقل الطبي، وهو ما ينطبق اليوم على الخدمة الاجتماعية، إذ يقول في ذلك الصدد: "يبدو أن هناك طريقتين رئيسيتين يمكن للدجل من خلالها الوصول إلى السذج من الناس، إما من خلال الادعاء بوجود شخصية مستوحاة من الإله، أو من خلال تطوير عقيدة تُعنى بسبب وعلاج المرض الذي يختلف جذريًا عن الأفكار المقبولة عمومًا، حيث تحيط العقيدة بكلمات وعبارات لها صوت مبهج وقليل المعنى ... والادعاءات ليس مردها إلى الطمع بالضّرورة، وإنما قد يكون مردها إلى الإخلاص المتعصب ... يبدو أن الإخلاص هو القاعدة وليس الاستثناء لدى مؤسسي هذه التوجهات، في معظم الحالات يتصرف الأفراد المتحمسون ضد التوجهات المتفق عليها، أو تكون لديهم الخبرات التي تروق لهم كإيحاءات، فيطلقون أفكارهم بحماس، ويجدون استقبالًا متعاطفًا في أذهان الأشخاص الآخرين ... من ناحية أخرى، سوف نعثر على حالات استغلال ضار لا شك فيه" (Gibbes, 1925: 535-536).

من الأمثلة الواقعية المبكرة من زمن ظهور العلوم الزائفة، ما شهده منتصف القرن الماضي (١٩٥٠م)، من جدل حاد حول الأضرار الحقيقية للتدخين، حيث واجهت صناعة التبغ أزمة تجارية حادة، بسبب دراسات وأبحاث منشورة في مجلات علمية طبية، ربطت بين التدخين والإصابة بمرض السرطان، وبين التدخين وبعض الأمراض الصحية، ثم بين التدخين والموت المبكر، على إثر ذلك بدأت شركات صناعة التبغ باستخدام الدعاية والإعلان المضلل، لكنها لم تنجح النجاح المأمول؛ بسبب ما كان يحظى به العلم من تقدير كبير في الأوساط؛ لذا توجهت الشركات إلى فكرة جديدة وهي عدم تجاهل نتائج الأبحاث، وإنما الدخول بصفتها شريك في إنتاج العلم، إذ سُمّي ذلك (استراتيجية الاستيلاء على العلم والسيطرة عليه بدلًا من تجنبه)، كان هدف الاستراتيجية بث التشكيك في العلم نفسه، وذلك من خلال تمويل دراسات وأبحاث مضللة استطاعت أن تشوه الدراسات الحقيقية، من خلال إظهار نتائج مخالفة وجعل ثقافة التدخين عالمية، تحقق كل هذا بفضل الشك وعدم اليقين من النتائج المتاحة، سواء الحقيقية أو المزيفة، وبهذا أصبح الجمهور ينظر إلى قضية الآثار الصحية للتدخين بأنها لا تزال مفتوحة ومحل أخذ ورد، كانت الأداة المستخدمة في الحرب هي البحث العلمي، لكنها كانت عبارة عن دراسات وأبحاث مشوهة، من خلال التلاعب في التصميم المنهجي، والبعد عن الموضوعية في إظهار النتائج، والتدليس في الكشف عن الآثار (Brandt, 2012).

يرى (ريتشارد مكنالي) (Richard McNally) أنّ من الصعب تحدي العلوم الزائفة ومواجهتها، لكونها تتسلل مع المنتج العام، وضمن العلوم والمعارف المفيدة، إلا أن هناك من يستطيع التعرف عليها عند رؤيتها (McNally, 2003). تَظْهَر العلوم الزّائفة مِن ممارساتِها، كما لو كانت مشتقّة من العلوم الحقيقية والثابتة علميًا، بمعنى أن العلوم الزائفة تفتقر إلى الأساس العلمي الفعلي، في حين يقول (كارل ساجان) (Carl Sagan) و (آن درويان) (Ann Druyan) في كتابهما (العالم المسكون بالأرواح الشريرة: العلم كالشمعة في الظلام): "إنه يوجد في قلب العلم توتر أساسي بين موقفين متناقضين ظاهريًا، موقف الانفتاح على الأفكار الجديدة، بغض النظر عن مدى غرابتها أو مخالفتها للحدس العام، وموقف التدقيق الأكثر تشكيكًا في الأفكار القديمة والجديدة، وهذه هي الطريقة التي يتم بها استخلاص الحقائق العميقة من الهراء العميق" (Sagan & Druyan, 1997: 304).

بناء على ما سبق، يتولد السؤال التالي: كيف نتعرف على ما إذا كانت الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية نتاج توجه علمي زائف؟ وللإجابة عن هذا التساؤل يقدم (ليلينفيلد وآخرون) (Lilienfeld et al., 2014) مجموعة مؤشرات تكشف في جلها عن العلوم الزائفة، وكلما احتوت الممارسة المهنية على المزيد من هذه المؤشرات، زادت احتمالية نظرك إلى ممارسة علمية زائفة، خاصة إذا كانت هذه الممارسة تفتقر أيضًا إلى التجارب الإكلينيكية العشوائية محكمة التصميم well-designed randomized controlled clinical trials-، التي تُجرى إجراءً مستقلًا، والمصممة تصميمًا منهجيًا سليمًا، سوف أستعرض عشرة مؤشرات استعراضًا مفصّلا على النحو التالي:

المؤشر الأول/ الإسراف في توظيف فرضيات مصممة خصيصاً لتجنب دعاوى الزيف:

يشير هذا المؤشر إلى أنه عندما يُقدم دليل يرفض ممارسة معينة ويتعارض مع ادعاءاتها، فإن المتحمسين لتلك الممارسة يبتكرون أعذارًا لشرح النتائج السلبية أو الباطلة؛ حيث تأخذ هذه الأعذار شكل تفسيرات تتجاوز الفرضيات المحددة سلفًا التي قام البحث عليها، وهذا الإجراء (تجاوز الفرضيات) هدفه الحماية من ادعاءات التزييف.

عندما تأتي معلومات جديدة تتعارض مع المعتقدات السائدة والمدعومة بالأبحاث العلمية الرصينة، يحدث التنافر المعرفي، ثم ينبثق من بعد ذلك إدراك جديد، وذلك لشرحها

من جانب ولتقليل حالة التنافر المعرفي من جانب آخر، يحدث ذلك عند عامة الناس من خلال إحدى الطرائق الشائعة للقيام بذلك، وهي إضافة قواعد جديدة إلى الإجراء الذي – غالبًا– ما يكون عبارة عن (تعميمات غير مبررة) من خلال التجربة الشخصية أو الحكايات بدلًا من الأدلة العلمية، قد يحدث شيء مشابه في الحقل العلمي، ولكن الاختلاف الرئيسي هو أن في العلم تُختبر الفرضيات الجديدة اختبارًا منهجيًا، بدلاً من افتراض صحتها بناءً على الخبرة، على سبيل المثال: تنص نظرية فصائل الدم على أن النوع O هو نوع مانح عامّ، أي أن الأشخاص من فصيلة الدم O قد يتبرعون لأشخاص من أي فصيلة دم أخرى، إلّا أن هذه النظرية قد زُيّفت عندما وجد أن دماء الأشخاص من النوع O في – بعض الأحيان– ينتهي بهم الأمر في الواقع إلى قتل أشخاص من فصائل دم أخرى، أدى ذلك إلى اكتشاف ما يعرف بعامل (Rh) الذي يفسر هذه الوفيات. أي أن المتبرع الموجب من النوع O لشخص من فصيلة دم أخرى مع عامل (Rh) سلبي لم يكونا متوافقَين، وبالتالي فإن الادعاء بأن جميع الأشخاص ذوي فصيلة الدم O هم متبرعون عامّون رأي مزيف، ونتيجة لذلك كان لا بد من تعديل النظرية لتضمين هذا الاكتشاف الجديد لعامل (Rh)، علماً بأننا نعلم الآن علمًا شائعًا أن الشخص الحامل للدم من النوع O ذي العامل السالب (Rh-negative) هو المتبرع العامّ (Festinger, 1985).

المؤشر الثاني/ الافتقار إلى التصحيح الذاتي:

أنصار العلم الزائف عمومًا لن يعترفوا عندما يكونون مخطئين، وتأسيسًا على ذلك يكون التصحيح الذاتي أمرًا مفقودًا، في المقابل العلماء الحقيقيون وأصحاب المنهج العلمي السليم يتسمون عادة بالشفافية بشأن أخطائهم، ويسعون إلى تصحيحها، آخذين بعين الاعتبار أن هناك قاعدة عامة تقول كلما زاد الوقت والمال الذي يستثمره الشخص في شيء ما، كان من الصعب على ذلك الشخص الاعتراف به عندما يثبت خطؤه، ومن منطلق التصحيح الذاتي، يمكن القول إنه بدلًا من البدء من الصفر يكون من الأسهل في التصحيح الذاتي العودة إلى أنواع الفرضيات الموصوفة في المؤشر الأول، مما قد يعني الاعتراف بأن سنوات الوقت والجهد كانت كلها هباءً، وخلاصة القول فيما يتعلق بالتصحيح الذاتي، أن العالم المخلص للقيم العلمية يعترف عادة بأن الأخطاء تحدث في الواقع، فهو يسعى بجد وإخلاص لاكتشاف ما هو حقيقي ولتطوير المعرفة الحقيقية، ومتى ثبت عدم الصواب تكون لديه النزاهة الكافية للاعتراف بالخطأ، بغض النظر عن كلفة التصحيح الذاتي.

في الخدمة الاجتماعية لابد أن يكون هناك تشجيع وثناء لأولئك الأخصائيين الاجتماعيين والباحثين الاجتماعيين الذين يعترفون بأخطائهم المهنية، مثل هذا الموقف يؤدي إلى تعزيز التقدير والثناء على الزملاء الذين يقدمون مثل هذه الاعترافات، بدلًا من إدانتهم ومعاقبتهم بالنقد، إن الأشخاص الذين لا يعترفون عندما يكونون مخطئين هم الذين يجب أن يتكبدوا الرفض الاجتماعي، والإدانة، والنقد المهني الصريح.

المؤشر الثالث/ تجنب مراجعة النظراء:

مراجعة النظراء (الأقران) peer-review هي عملية تقييم يقوم بها شخص أو أكثر من ذوي الاختصاص والكفاءة، وعادة ما تقوم مهنة ما بجعل مراجعة النظراء في صلب عمليات التقييم التي تقوم بها، من أجل التأكد من الجودة ومصداقية العمل، في المجال الطبي مثلاً قد تعني مراجعة النظراء المراجعة السريرية والتقييم الإكلينيكي.

يتبنى مؤيدو العلم الزائف ممارسات تفتقر إلى منشورات رُوجعت من النظراء، ويبررون ذلك بالادعاء بأن المجتمع العلمي، ومحرري المجلات العلمية المحكمة، والمراجعين (المحكمين) متحيزون ضدهم ولن يقبلوا نشر مقالاتهم، ومع الاتفاق المسبق بأن التحكيم لا يخلو من الهوى الشخصي، وأن

نظام مراجعة النظراء ليس بالضرورة متصفًا بالكمال، فقرارات النشر قد لا تكون عادلة، لكن يجب ألا ننسى أن الدراسات الجيدة والرصينة والجديرة بالنشر سوف تقبل للنشر، حتى وان رُفضت من مجلة أو مجلتين، ومع هذا كله يميل مؤيدو مناهج العلوم الزائفة إلى إلقاء اللوم على أنظمة النشر في المجلات، بدلًا من أن يضعوا احتمال أن تكون هناك عوائق خطيرة فعلية في منهجية الدراسات التي قدموها (Marcus, & Oransky, 2019; Thyer & Pignotti, 2015).

في الآونة الأخيرة ظهر على الساحة أمران يتصلان بهذا الموضوع أحدهما سلبي والآخر إيجابي، أما الأمر السلبي هو ظهور مجلات يقوم عليها من يشجع على العلوم الزائفة، وبالتالي يدّعي القائمون على هذه المجلات غير الرصينة أنهم يطبقون سياسة ونظام مراجعة النظراء، وبعض هذه المجلات تتقاضى عائدًا ماديًا نظير النشر، كما قد تكون المجلة مملوكة أصلًا وتدار من جهات نفعية خاصة، وأما الأمر الإيجابي في هذا الموضوع فهو ظهور ما يعرف بالممارسة المبنية على البراهين evidence-based practice، التي أصبحت بمثابة الثورة العلمية التي تعزز الممارسة المهنية وتحميها من العبث، متى أُحسن استخدام الممارسة المبنية على البراهين من الأخصائيين الاجتماعيين، وبالتالي تساهم الممارسة المبنية على البراهين في الخدمة الاجتماعية في التعرف على الدراسات الموثوقة، والكشف عن التدخلات المهنية المبنية على تجارب علمية حقيقية، وفي هذا المقام لا بد من تنبيه الأخصائيين الاجتماعيين للتعرف على المجلات العلمية القوية، والتأكد من التنوع في المجلات، وعدم الاعتماد على مصدر واحد (مجلة) فقط (Gorman, 2019).

المؤشر الرابع/ التشديد على التأكيد وتجنب الدحض:

من سمات العلوم الزائفة أنها تميل إلى التأكيدات confirmations التي لا تتيح الاحتمال المنطقي لنقض الافتراضات falsifiability المستندة إلى الملاحظة العلمية، أو قياس التجارب العملية، ومن أنواع التأكيدات التي تلجأ إليها العلوم الزائفة تلك التي تقوم على افتراضات معينة، تمثل وجهة نظر (تخمينات speculations) لم يثبت الواقع تطبيقها ونجاحها، من ذلك نستطيع نعت العلوم الزائفة بأنها تتبنى نوعية معينة من التأكيدات، وخصوصًا تلك التي تدعي بأن ما لم يتم إثبات بطلانه هو صحيح بالضرورة، والعكس صحيح، كما قد يكون هناك انحياز في الاختيار، وذلك من خلال تقديم المعطيات التي تدعم الادعاء، وتنحية تلك التي تناقضه أو تعارضه، كما قد يكون الانحياز في النشر من خلال نشر حقائق مبالغ فيها أو ادعاءات غير مُدققة، مثل تبني تقارير منشورة قديمًا، بما يجعل العملية تراكمية بحتة، بعيدة عن النقد أو لا تساهم في التحري من مصداقية التجربة.

في ظل وجود تقنية الإنترنت أصبح من السهل تقريبًا العثور على دليل يؤكد صحة موضوع ما، خصوصًا في جدية في البحث في جميع المصادر، لكن وظيفة العالم والباحث العلمي الحقيقي هي:

(أ) البحث والتحري في المصادر الموثوقة وليس في أي مصادر.

(ب) النظر بحيادية من جميع الجوانب، وفي جميع الاتجاهات بحثًا عن الخطأ المنهجي.

ومن هذا المنطلق على الأخصائيين الاجتماعيين تجنب العلوم الزائفة، التي تكون نتاج أبحاث ضعيفة منهجيًا، وتحري الصدق من خلال الدراسات التجريبية الحقيقية محكمة التصميم، من أجل حماية العملاء من العبث أو الضرر الناتج عن الاعتماد على معارف زائفة.

المؤشر الخامس/ العجز عن تحمل أعباء الإثبات:

من الثابت أن إيراد الآراء في الكتب والأبحاث دون دحضها تعني قبول وتسليم المؤلف أو الباحث بها، وهكذا يقال بأن عبء إثبات أي ادعاء يقع على عاتق الشخص الذي

يقدم ذلك الادعاء، في المقابل يميل المروجون لممارسات العلوم الزائفة إلى عكس ذلك، لعل أفضل مثال على ذلك حينما تُجرى مراجعات دقيقة لتدخل مهني، ثم يُعثر على دراسات تشوبها عيوب منهجية، مما يؤدي إلى استنتاج أنه لا يوجد دليل قوي يدعم ذلك التدخل المهني، في تلك الحالة يكون الرد الطبيعي هو الطلب من المراجعين عمل (موازنة) من خلال إظهار العيوب في الدراسات التي أظهرت نتائج سلبية، والنقطة الرئيسية في هذا الموضوع والتي يُغفل عنها عادة هي أنه إذا فشل المدعون في الوفاء بعبء الإثبات فلا يمكن اعتبار الاتجاه العلاجي فعّالًا، بغض النظر عن مدى سوء الدراسات السلبية، أخذًا بعين الاعتبار أن (الموازنة) ليس بالضرورة أن تتحقق مع جميع المواقف التي يتعرض لها العملاء، وتكون محل البحث والجدل مع الأخصائيين الاجتماعيين، وخلاصة القول هنا أن الأخصائيين الاجتماعيين عليهم مسؤولية أخلاقية تتصل بالتقييم الدقيق للأدلة والبراهين المتاحة، بما يضمن تقديم تدخل مهني فعّال لعملائهم.

هناك مبدأ بسيط في حقل القضاء يقول بأن البينة على من ادعى، وفي ظل حقيقة العلوم الزائفة، نقول بأن أي أخصائي اجتماعي أو باحث يدعي فاعلية أسلوب علاجي أو تدخل مهني معين، مع مشكلة أو مشكلات محددة، عليه تقديم البينة الحقيقية (بينة غير واهية)، تؤكد صدق ذلك الادعاء.

هناك ما يسمى "دليل الغياب" evidence of absence، الذي يقترح بأن هناك شيئاً مفقودًا أو غير موجود، في العلوم الحقيقية يكون عبء الإثبات على عاتق المدّعين وليس على النقاد، لكن في خضم جدالات العلوم الزائفة يُهمل هذا المبدأ، ويطالب المشككين إثبات أن الادعاء باطل بالمطلق، علمًا أن من الصعب إثبات سلبية عمومية، وبذلك تضع هذه الاستراتيجية عبء الإثبات وضعًا خاطئا على عاتق المشككين بالادعاء، عوضًا عن المدّعين.

المؤشر السادس/ غياب الاتصال:

يشير هذا المؤشر إلى حالة الجمود التي تكتنف الأدلة والبراهين غير العلمية، بمعنى فشل التقدم والتواصل لاكتساب المزيد من الأدلة المؤكدة على صدق وصحة الادعاءات، وبالتالي يمكن القول إن عدم تحسن الدلالة الإحصائية للنتائج التجريبية الداعمة مع مرور الوقت (حالة جمود)، وبقاء النتائج على ما هي عليه يشير إلى موقف مُريب، في العلوم الزائفة يشير تكرار الدلالة الإحصائية إلى عامل الصدفة، أو ربما إلى غرض التضليل للوصول فقط إلى إثبات حالة النجاح، بينما عادة ما تتكرر التجارب في العلوم الحقيقية، وتتحسن التقنيات التجريبية، بما يعطي أدلة أقوى مع مرور الزمن.

تشير مناهج العلوم الزائفة عمومًا إلى أنها تتبنى نماذج علاجية جديدة تمامًا، وأن هذه النماذج ظهرت حديثًا، ومثل هذه الاختراقات التي تروج لاكتشافات رائدة وتحول نموذجي، ما هي إلا مصطلحات غالبًا ما نراها في الإعلانات التجارية لمثل هذه التدخلات، التي يقول عنها المروجون إنها تختلف تمامًا عن أي شيء حدث من قبل، على الرغم من أن مثل هذه التحولات الدراماتيكية قد تحدث أحيانًا في شكل حقيقي (غير زائف) في العلوم الحقيقية ولدى المهن التطبيقية، إلّا أن العلماء الحقيقيين يبحثون أولًا عن الأرضية الصلبة التي انطلقت منها تلك التفسيرات الجديدة، التي ربما تكون عبارة عن نماذج يوجد ما يدعمها تجريبيًا، قبل التفكير في حدوث التحول، علاوة على ذلك من متطلبات العالم الحقيقي إظهار أدلة عالية الجودة، وتكرارها قبل مجرد التفكير في حدوث التحول المزعوم، إن ادعاءات بعض النماذج العلاجية -إذا قُبِلَت- يعني تحولًا كاملًا عن التوجه السائد، وبناء على ذلك نستحضر القول المشهور بأن الادعاءات غير العادية تتطلب أدلة تطبيقية غير عادية.

في الخدمة الاجتماعية، مسألة الزعم بأن نموذجًا علاجيًا أكثر كفاءة من نموذج آخر، تتطلب أدلة وبراهين منطقية

تقف على أرضية (منهجية) صلبة، تؤكد كفاءة العلاج أو فاعلية التدخل المهني مع مواقف أو مشكلات معينة، من مِثل تلك التي يتعرض لها عملاء الخدمة الاجتماعية.

المؤشر السابع/ الاعتماد المفرط على التوصيات والأدلة الواهية:

في مناهج العلوم الاجتماعية هناك نوعان من الأدلة والبراهين يقعان على طرفي نقيض، هناك أدلة وبراهين ذاتية (واهية) subjective، تعبر عن رأي الباحث (رأي غير موضوعي/ ذاتيّ/ انطباعيّ)، بينما هناك أدلة وبراهين وتوصيات موضوعية objective، تعبر عن واقع حقيقي (رأي موضوعي).

هناك الكثير من الممارسين المهنيين في مهن المساعدة الإنسانية، بل ممن يحملون رخصة ممارسة يتبنون التدخل المهني الذي يفتقر إلى الدعم البحثي القوي، والأمرّ من هذا أنهم يستندون إلى مجرد ادعاءات وأدلة هزيلة أو معتلة، أو قصص نجاح وحكايات عامة وليست علمية، الإنترنت اليوم يمتلئ بمثل هذا النوع من التوصيات والبراهين، التي تدخل ضمن نطاق الأدلة الواهية أو غير الموضوعية، العروض التي تقدم توصيات أو براهين ضعيفة عن ممارسات مهنية غير موثوقة تستخدم عادة الحكايات المبرهنة على النجاحات فقط، وعلى النقيض من ذلك من النادر جدًا أن نجد من يكشف أو يحذر من نتائج سلبية لتدخل مهني معين، ففي كثير من الأحيان تغيب الشجاعة عن الاعتراف في الإخفاقات أو تفسيرها؛ لهذا كله لا يوجد بديل أفضل من الدراسات محكمة التصميم، والمنشورة في مجلات علمية تطبق نظام التحكيم العلمي (مراجعة النظراء)، لتقديم أدلة على فعالية تدخل معين.

يستشهد (جورج ميلر ستيرنبرغ) (Sternberg, 1897) على موضوع (الاعتماد المفرط على التوصيات والأدلة الواهية) من حقل الطب، إذ يقول بأن مجرد شفاء مجموعة يسيرة من الناس نتيجة استخدام عقار معين، يسهّل الحصول على توصيات أو شهادات أو براهين بأن ذلك العلاج ناجح وفعّال، فلو اعتقد عشرة من كل ألف ممن استخدموا العلاج المزعوم وصرّحوا بأنهم استفادوا، فإن شهاداتهم ستحقق أغراض الاستغلال، ولن يُسمع البقية التي تشكل ٩٩٠ ممن استخدموا العلاج (جمهور المستهلكين)، وهذه الملاحظة التاريخية المقلقة التي بثها (ستيرنبرغ) تؤكد الحاجة إلى وجود الجماعات البحثية الضابطة، بجانب الجماعات التجريبية، وذلك من أجل تقييم الادعاءات الجديدة تقييمًا صحيحًا فيما يتعلق بالعلاجات المحتمل نجاحها، ففي الحقل الطبي يوجد الكم الكبير من العلوم الزائفة؛ لذا توجد مؤلفات خاصة بالكشف عن العلوم الزائفة وتاريخها المأسوي، على سبيل المثال يوجد ملف كامل يتناول الاستغلال الحاصل في مجال اللقاحات ضد التوحد، ويكشف التلاعب في الأبحاث في وسائل الإعلام الشعبية وتضليل الجمهور، وانتهازية المحامين والصحفيين والمشاهير والسياسيين وغيرهم (Offit, 2010)، وفي الحقل الطبي أيضاً قام أطباء مرموقون حول العالم -بشكل متكرر- بكتابة مقالات تمجد نتائج عقارات معينة، كُشفت لاحقاً بأنها ادعاءات مبالغ فيها، بل تدخل ضمن العلوم الزائفة، لا لشيء، سوى أن هؤلاء الأطباء يتلقون دخلًا ماديًا كبيرًا من الشركات المسؤولة عن تصنيع تلك الأدوية، بما يبعث على الإحباط والشعور بالمؤامرة conspiracy، وكأنه صراع حقيقي بين الخير والشر.

وفي حقل علم النفس الإكلينيكي يحتوي مجلد واحد تم تحريره وتقسيمه إلى ٢٣ فصلًا، على تفصيل لتقنيات نفسية لا أساس علميّ لها، من أشهر هذه التقنيات بين الناس: العلاج بالموسيقى، والعلاج المنزلي، وعمل التنفس (التحكم الواعي للتنفس)، والعلاج باللمس، والعلاج بالروائح الطيبة، والوخز بالإبر، والعلاج النفسي المرتكز على الجسم (Shannon, 2002). كما ظهر في الآونة الأخيرة الكثير من الأجهزة الاستهلاكية التي تنتمي للعلاج النفسي، مثل أنماط

الطاقة، والعلاجات الجسدية، والتنشيط الدماغي، التي تخلو إلى حد كبير أو ربما تخلو كلياً من الدعم التجريبي (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2014)، بالإضافة إلى ذلك هناك تهديدات تتعرض لها الأسس العلمية لعلم النفس الإكلينيكي والمجالات المرتبطة به، التي تأتي ضمن ما يسمى وسائل (المساعدة الذاتية) و (العلاج الذاتي) و (طرق تنمية الذات)، إذ تمثل صناعة مزدهرة هذه الأيام، حيث تنتج عددًا كبيرًا من الكتب والأدلة والأشرطة الصوتية وجلسات الفيديو في كل عام (Rosen et al., 2014)، الكثير من هذه المواد يروج لحلول سحرية وسريعة لمشاكل الحياة المعقدة، ورغم أن بعض هذه المواد قد يكون فعّالًا، إلّا أن الغالبية العظمى منها لم تخضع أبدًا للتدقيق التجريبي، ومما يجعل هذه التوجهات المشبوهة تشكل خطرًا كبيرًا على الناس، أن هناك رواجًا لها داخل الوسط الإعلامي، بحجة تقديم الجديد والمثير، بحيث تقدم هذه المواد للجمهور المتلقي في شكل برامج حوار تلفزيوني وإذاعي تقديمًا روتينيًا، ويحمل في طياته نصائح حول مصداقية علمية مشكوك فيها (Lilienfeld , 2012)، من قصص الواقع ما حدث عام ٢٠٠٠م إذ كانت الطفلة ذات العشر سنوات (كانديس نيوميكر) Candace Newmaker إحدى ضحايا العلوم الزائفة، حيث توفيت في إحدى عيادات العلاج النفسي بولاية كولورادو الأمريكية، وذلك حينما خُنِقت حتى الموت في إحدى جلسات (علاج التعلق) attachment therapy المستخدم بدعوى تعزيز الارتباط العاطفي، وعلاج الانحسار النفسي للأطفال الذين تكون علاقتهم بأهلهم غير جيدة، استمرت الجلسة ٧٠ دقيقة، حيث ثُبِتت (كانديس) تحت بطانية وطُلب منها أن تُخرج نفسها في عملية تحاكي عملية الولادة؛ من أجل تشجيعها على إعادة توطيد علاقتها بأمّها، لكن النتيجة السلبية في تلك الجلسة العلاجية أن (كانديس) لم تستطع التنفس بسبب الاختناق، لدرجة أنها لفظت أنفاسها الأخيرة تحت البطانية (Mercer, Sarner & Rosa, 2003).

كما كان لبعض اختبارات الذكاء نصيبها من العلوم الزائفة، وخصوصاً تلك القائمة على تصنيف الأفراد (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2014). بل يبدو أن نسبة كبيرة من الممارسات النفسية المهنية المعاصرة مبنية على أساطير علمية زائفة (Dawes, 1996)، لعل من أبرزها الوخز بالإبر، وعلاج التعلق، والشعوذة، والمعسكر التدريبي للتوحد، وعلم نفس الطاقة، والتثقيف الغذائي ومقاومة التغذية التكميلية، والأدوية الوهمية، والعلاجات المعتمدة على القوة، والعلاج البدائي، والطقوس الشيطانية، والسينتولوجيا (السينتولوجيا: مجموعة من المعتقدات والممارسات الدينية التي أُنشِئت من كاتب الخيال العلمي الأميركي "رون هوبارد")، وقراءات التارو (التارو: ممارسات تقوم على التكهن في الكشف عن الأحداث) (Thyer & Pignotti, 2015). ولعل أكثر العلاجات قربًا لمهنة الخدمة الاجتماعية من العلاجات غير الموثوق بها علمياً ما يلي: علاجات الصدمة المرتكزة على التعلق (Attachment-Based Trauma Therapies)، والعلاج بالمسك أو القبض (Holding Therapy)، والعلاج النفسي الثنائي التنموي (Dyadic Developmental Psychotherapy)، والعلاجات القائمة على الطاقة (Energy Therapies)، وعلاج المجال الفكري (Thought Field Therapy)، وتقنية الحرية العاطفية (Emotional Freedom Technique)، وعلاج الأزواج القائم على علاقة إيماغو (IMAGO Relationship Therapy)، والتدخل المبني على نموذج أنظمة الأسرة (Internal Family Systems)، والعلاج البدائي (Primal Therapy) (Thyer & Pignotti, 2016).

المؤشر الثامن/ استخدام لغة مضللة وغير مستنيرة:

يمكن لنا أن نسمي هذا المؤشر (تحري نقص المناعة المعرفية لدى المتلقي)، وتسمى أيضاً المحاورة في المنطقة المظلمة، العلوم الحقيقية لديها لغة متخصصة وضرورية، تقدم

من خلالها التفسيرات، بينما تميل الممارسات العلمية الزائفة إلى استخدام مصطلحات خاصة وغامضة، لكنها تبدو علمية وتقنية، وهي لا تفسر أي شيء، تأسيساً على ذلك سيكون أحد الاختبارات المستخدمة لتمييز العلوم الحقيقية من العلوم الزائفة طرح تساؤلاً عما إذا كانت اللغة العادية تكفي لشرح الظاهرة الحالية؟ هل يصف المصطلح بالفعل الظواهر الموجودة؟ هل للمصطلح في نهاية المطاف إشارة مرجعية على أرض الواقع، أم إنه مصطلح يبدو كأنه مجرد مفهوم، ولكن ليس له أساس في الواقع؟ على سبيل المثال، صرحت إحدى الأخصائيات الاجتماعيات الأمريكيات ممن يحملن الرخصة المهنية (LCSW) في برنامج (أوبرا) الشهير قائلة: "للمعتقدات طاقة عالقة فيها ... باستخدام نظام الزوال الخاص بك، يمكنك تعلم كيفية تحرير الطاقة العالقة واستبدال معتقداتك السلبية بمعتقدات إيجابية". قد يسأل الأخصائي الاجتماعي صاحب التفكير النقدي: ما هي "الطاقة العالقة"؟ كيف نقيس ذلك؟ كيف تعرف إذا كان لديك طاقة سلبية عالقة؟ ما الذي يعلق بالضبط؟ وأين يعلق؟ ما هو نظام الزوال؟ كيف يمكن قياس ذلك؟ ومع هذا الزخم الهائل من التساؤلات، لم تقدم صاحبة الفكرة أي إجابة لهذه التساؤلات البديهية، سوى أنها تؤمن بذلك، وقد قامت بتطبيقه بنجاح مع نفسها ومع آلاف العملاء.

المؤشر التاسع/ عدم وجود شروط الحدود:

تميل مناهج العلوم الزائفة إلى الادعاء بأنها تستطيع معالجة مجموعة متنوعة من أنواع المشاكل المختلفة، دون أن تقدم دليلًا علميًا وواقعيًا على صحة ذلك، إذ وردت مثل هذه الادعاءات في شكل شعارات متاحة على الإنترنت، وربما تستخدم (اليوتيوب) لنشر التأثير، من الأمثلة الواقعية يزعم أحد هواة العلوم الزائفة أنه يعالج مجموعة متنوعة من الحالات العقلية والجسدية المختلفة (اضطراب ما بعد الصدمة، والرهاب بأنواعه)، بل يعمل على معالجة الحيوانات، وهذا المثال الحقيقي موجود ومتاح على صفحات الويب، في المقابل يتسم العلم الحقيقي بالحذر الشديد عند تقديمه معلومات جديدة، على خلاف التهور والجرأة التي تتسم بها العلوم الزائفة، تعمل العلوم الحقيقية على تطبيق الدراسات ذات المجموعات العشوائية المضبوطة والمحكمة (مجموعات تجريبية وضابطة) لدراسة نوع واحد فقط من المشاكل في كل مرة (في كل تجربة)، على الرغم من أنه قد يتضح في نهاية التجربة أن تدخلًا معينًا ليس له نتائج إيجابية على الإطلاق، أو على العكس قد تثبت التجارب المتعددة أن تدخلًا معينًا يعمل مع أنواع متعددة من المشكلات، على أن يُحدد ذلك من خلال الاختبار الدقيق، وليس من خلال الشهادات العشوائية الزائفة، أو الادعاءات التي تُطلق جزافًا كما في العلوم الزائفة.

المؤشر العاشر/ شعارات الشمولية:

يتجه داعمو الادعاءات العلمية الزائفة إلى الشمولية holism أو ما يسمى (شعار الكلانية)، وذلك من أجل نبذ النتائج السلبية وتأكيد النتائج الإيجابية، تتناقض ممارسة الشمولية مع المنظور التحليلي البحت، الذي يدعو إلى التقنين والاختزال من أجل فهم النظام، عن طريق تقسيمه إلى جزئيات بما يمكّن من فهم خواصه الأساسية، غالباً ما يكون التناقض بين الشمولية والاختزالية واضحًا في التفسيرات المتضاربة للنتائج التجريبية، وفي تحديد أولويات البحوث المستقبلية، بناء على ذلك تبني الشمولية لا يتماشى مع طبيعة الخدمة الاجتماعية التي تتصف بالتعقيد، وتأسيسًا على ذلك تكون الشمولية من سمات العلوم الزائفة.

من الممكن تقليل الاعتماد على الممارسات المهنية غير المدعومة علميًا، وذلك من خلال مقارنتها بالتوجهات العلاجية الأخرى، بمعنى أن خاصية التقييم ربما تكون غائبة أو غير متوفرة، وهذا يعد مطلبًا منهجيًا للحماية من العلوم

الزائفة، وان كان يعتمد على الملاحظة وإمكانية إظهار النتائج الإيجابية -إن وجدت-، ومن الأمثلة الحديثة على ذلك الدراسة التي أجراها مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين في أمريكا ممن يحملون تراخيص ممارسة مهنية (LCSW) رسمية (Wimmer, Vonk & Bordnick, 2009)، حيث يزعم الباحثون أن دراستهم المنشورة أُجريت لغرض علاج التعلق attachment therapy الذي يستخدم لعلاج اضطرابات تعلق الأطفال بالأبوين، علمًا بأنه لا يمكن استخلاص أي استنتاجات حول فعالية (علاج التعلق)؛ نظرًا لعدم وجود مجموعة تحكم، بجانب وجود مشكلات رئيسة أخرى، وهي أن الدراسة ضمت مجموعة متنوعة من التدخلات المختلفة، التي جاءت تحت مظلة واسعة تسمى (علاج التعلق)، بما في ذلك العلاج بالتواصل مع الطفل، وتعليم الوالدين، والتدريب على مهارات الوالدين، والعلاج الأسري المتقدم، والعلاج بالسرد، والدراما النفسية، وإزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR)، والتغذية الراجعة العصبية، كما يؤخذ على الدراسة افتقارها إلى بروتوكول معياري محدد؛ لأنّ العلاج يختلف من طفل إلى آخر، وبالتالي حتى لو حدث ما قبل / ما بعد التغيير بالفعل، فلن يكون لدينا أي وسيلة لمعرفة أي من هذه العلاجات أحدث التغييرات، إن وجدت حقاً تغييرات، فعلى الرغم من أنه يمكن أن تكون هناك طرائق صالحة للجمع بين مجموعة من التدخلات المهنية، إلا أنه لا يزال من المهم اختبار و قياس كل تدخل يُستخدم استخداما منفصلًا، لمعرفة ما إذا كان يساعد أو يضر أو لا ينتج عنه أي تغيير، إذا ادعى باحث ما أن تدخلًا ما مفيدًا، وله تأثيرات إيجابية عند استخدامه مقارنة بتدخلات مهنية أخرى، فيجب تقديم دليل علمي على هذا التأثير، وإلّا سوف يدخل هذا الادعاء ضمن العلوم الزائفة عمومًا، كلما زادت التدخلات المهنية في الدراسة الواحدة، زادت مصادر القلق إزاء الدخول في دائرة العلوم الزائفة.

كيف يمكن إساءة استخدام الأبحاث الجيدة؟

منذ نشوء مهنة الخدمة الاجتماعية والأخصائيون الاجتماعيون يؤمنون بأن ممارساتهم المهنية فعّالة ومجدية، حتى إن كانت مفتقرة إلى أدلة وبراهين، كان منطلق الإحسان، ومبدأ حسن النية، كفيلين بأن تبعث على الاطمئنان بأن الممارسة المهنية صحيحة، وأن الأخصائيين الاجتماعيين واثقون بأنهم يتخذون أفضل القرارات الإكلينيكية، ويساعدون عملاءهم بكفاءة، من هذا المنطلق يتولد السؤال إزاء الباعث وراء انخراط الأخصائيين الاجتماعيين اليوم في ممارسات مهنية تستند إلى العلوم الزائفة؟ وكيف يمكن إساءة استخدامهم للأبحاث الجيدة؟ لا سيما وأنهم يحملون النوايا الحسنة، بل هم اليوم أكثر تعليمًا من قبل؛ بسبب تعدد وتراكم المعارف.

يمكن القول بأن الانتشار الذي حققه الإنترنت سهّل الوقوع في فخ العلوم الزائفة، الإنترنت اليوم يعج بالموضوعات والمواد المنشورة والإعلانات التي تروج لأساليب علاجية أو تدخلات مهنية معينة، تسندها تقارير تقوم على شهادات ذاتية، وحكايات، وتجارب شخصية، مر بها أشخاص بنجاح، الكثير من الناس بمن فيهم المثقفون والمتعلمون يحبون قصص النجاح، ويجدون في قراءتها المتعة، لكن ليس بالضرورة أنهم يجدون فيها الفائدة، مبدأ المتعة بحد ذاته يقود ويحفز على الاقتناع، وهنا يقع الأخصائي الاجتماعي في الفخ، من أعقد أنواع العلوم الزائفة ذلك الجدل الذي يتبناه المروجون لأساليب علاجية معينة، ثبت فيها نجاحات طفيفة أو عابرة، حيث يجادل المشككون بأن التجربة أثبتت جدوى العلاج، حتى إن كانت التجربة غير محكمة التصميم، وهنا يكون الجدل صعبًا للغاية مع شخص رأى شيئًا بعينه ولامس هواه، خذ مثلاً العلاجات الشعبية أو التداوي بالأعشاب، ألا يوجد حالات وقعت في التسمم بسببها؟ ومع ذلك لم يتم يُحذّر منها بقدر الترويج الذي حظيت به، هل أعداد شهادات النجاح وقصص الشفاء تضاهي قصص

الفشل؟ بالتأكيد إن قصص عدم نجاح أعشاب معينة استخدمت للتداوي أو عدم فعاليتها مجهولة، أو أصبحت محجوبة بدون مؤامرة تذكر، لكن في المقابل نجاح حالات معينة وعابرة أثارت زوبعة، من غير ضمان أن الشفاء أو النجاح كان مرده إلى تلك النوعية من الأعشاب.

يجادل بعض المدافعين عن العلوم الزائفة بالقول لماذا نسلم بفعالية علاجات معينة، طالما كانت قائمة على تجارب إكلينيكية مقنعة؟ وهنا لابد من التنويه إلى قضية التحيز البشري، التي أشار لها بداية (فرانسيس بيكون) (Francis Bacon)، حيث كشف عن تأثير التحيز البشري على كيفية تفسيرنا لما نراه بأعيننا، تؤكد فلسفة (الواقعية الساذجة) naive realism أننا نكتسب المعرفة من الملاحظة الأولى والمباشرة، فكل ما نراه هو ما نحصل عليه، وبالتالي الرؤية هي تصديق، وقد أظهر التاريخ أن (فرانسيس بيكون) نفسه توصل إلى استنتاجات خاطئة حول دواء ما (مرهم)، بسبب ما شاهده بعينه، فمن الإدراك المباشر للواقع بدا واضحًا له أن الدواء كان فعّالًا للغاية، حيث شاهد كيف يتعافى الناس والحيوانات بأعجوبة جراء ذلك الدواء، الواقع يشير إلى أنه لم تكن هناك أوهام بصرية، على الرغم من أن الأوهام البصرية يمكن أن تحدث بالفعل، إلّا أن المشكلة الرئيسية في (الواقعية الساذجة) أنها تجعل الناس لا يرون ما يرونه حقًا، حيث تكمن مشكلة الواقعيين الساذجين في الاعتقاد بأن ما يلاحظونه بديهي، وأنه يمكن استخلاص الاستنتاجات منه، وأن الأمر لا يحتاج مزيدًا من التفكير، ولا يتطلب النظر النقدي في التفسيرات البديلة والمحتملة، في مثل هذه الحالات تكون الرؤية ضيقة، ولا تحتمل الدحض refutability، وبالتالي يصبح التنبؤ غير قابل للاختبار والقياس أو ما يسمى (التنتاجية) reproducibility أي إمكانية إعادة التجربة (Thyer & Pignotti, 2015).

تُعد الملاحظة المباشرة نقطة انطلاق ممتازة، ولكن عندما لا يُجرى اختبار صارم واعتبار حاسم للتفسيرات البديلة للتحكم، يؤدي ذلك إلى استنتاجات خاطئة للغاية، قد تضر بالعملاء أو على الأقل تضيع الوقت والجهد والمال من الناحية الحسية، وفي المثال السابق -تحديدًا- ما لاحظه (فرانسيس بيكون) بدقة هو أن الجرحى من الأشخاص والحيوانات كانوا يتعافون بأعجوبة بعد تنظيف جروحهم وتضميدها ووضع الدواء (المرهم) عليها، كان الخطأ في الاستنتاج أن الدواء هو السبب في الشفاء لأن (فرانسيس بيكون) رآه بأم عينه، تضمن هذا الاستنتاج القيام بقفزة تفسيرية غير مبررة، تجاوزت ما كان يمكن أن نعرفه من خلال الملاحظة المباشرة؛ لهذا ذهب الواقعيون الساذجون إلى أنهم يستطيعون فعل ذلك، والوصول إلى النتيجة نفسها، لكن الحقيقة أن الذي جعل (فرانسيس بيكون) وآخرين غيره يقعون في فخ العلوم الزائفة هو عدم إعطاء اعتبار للفائدة المحتملة من تنظيف الجرح وتضميده (Thyer & Pignotti, 2015).

حتى في الحقل الطبي يوجد اليوم أطباء ممن يمكن وصفهم (الواقعيون الساذجون)، كما فعل (فرانسيس بيكون) وغيره، نجدهم يأخذون تجاربهم وملاحظاتهم على ظاهرها، ويقفزون إلى استنتاجات غير مبررة، فهم يفشلون في التفكير والاعتبار واختبار التفسيرات البديلة والمحتملة، كي نجري استدلالاً سببياً نحتاج إلى تصميم دراسات مضبوطة بعناية (ذات مجموعات تحكم)، ومنهجية في التفسيرات البديلة، من خلال الاختبارات الصارمة يمكننا أولًا اكتشاف ما إذا كان هناك أي تأثير من العلاج على الإطلاق، وإذا كان الأمر كذلك فيمكننا بعد ذلك إجراء اختبارات أكثر صرامة للعثور على آلية العمل، التي تكشف النقاب عن العناصر المحددة في العلاج (Thyer & Pignotti, 2015).

ما يحدث في الحقل العلمي يشبه تقريبًا ما يحدث في مباراة كرة القدم، فقد يفوز أحد الفريقين بهدف حقيقي أو ربما هدف تسلل (غير مشروع)، فالمسؤول عن الهدف غير المشروع هو طاقم التحكيم، الذي قد لا يكون أحدهما متمركزًا في الموضع المناسب الذي يسمح له بكشف التسلل

(ملاحظة الخلل)، أما الجمهور المساند للفريق الفائز (مؤيدو العلوم الزائفة) فقد يحتفل بالفوز، دون مبالاة لصحة أو مشروعية الهدف من عدمه.

المشكلة الرئيسة في القفز نحو الاستنتاجات القائمة على الملاحظة المباشرة، هي أن كل شخص يجلب معه تحيزاته الخاصة خلال عملية القفز؛ ليضيفها إلى تلك الملاحظات، قد يعتقد الشخص أنه حقًا يصف ما يراه، ولكن من دون التحقق من تجارب صارمة لا يمكن تقديم ادعاءات صحيحة حول التدخل المهني، الأخصائي الاجتماعي الذي لديه تجربة شخصية مقنعة مع تدخل معين ويرغب في تأكيد ذلك، سيبدأ في البحث عن أمثلة أخرى للنجاح وهكذا (الاحتكام إلى الأمثلة الذاتية)، البشر عادة يميلون إلى التركيز على النجاحات، والتأكيد على التجارب الأكثر إقناعًا، وأيضًا التأكيد على المعتقدات المهمّة؛ ويُعرف هذا باسم (التحيز المؤكد) confirmation bias حيث يشير (بول ميهل) إلى ذلك الموضوع قائلًا بأنه لا يوجد إنسان -بما في ذلك الطبيب- مُعْفى من الميل إلى الاعتماد على تأكيد التحيز، نحن نميل إلى التركيز على ما يؤكد المعتقدات العزيزة، وفي المقابل نرفض الأدلة التي تتعارض مع تلك المعتقدات غير المؤكدة أو نقدمها (Meehl, 2013).

بالنسبة للعالم الحقيقي يكون سعيه لاكتشاف حقيقة الأمر أهم من أن يكون على صواب بشأن ملاحظاته الأولية، العلماء الحقيقيون على استعداد لإثبات خطأ أنفسهم، حتى فيما يتعلق بالمفاهيم والمنطلقات الخاصة بهم، أما العلماء الذين يتبنون العلوم المزيفة فهم ينخرطون في التفكير النقدي عندما يتعلق الأمر بوجهة نظر معارضة، لكن عندما يتعلق الأمر بوجهة نظرهم الخاصة فإنهم يتطلعون فقط لإظهار مدى صحة آرائهم، بدلًا من كيفية إثبات خطئهم، كما أن هناك نقطة على جانب كبير من الأهمية وهي تغيير الرأي والانطباعات، الأشخاص الذين يغيرون رأيهم بشأن شيء ما يُتهمون عادة بالضعف وربما التعثر الذهني، والحق أن تغيير منطلقات الإنسان وانطباعاته وأفكاره تغييرًا جذريًا ومتكررًا بناءً النزوة والاندفاع العاطفي لا يُعد صفة إنسانية حميدة، ولكن في المقابل تقلّب الآراء وتغيير أفكار الإنسان نتيجة التفكير الدقيق والنظر في التفسيرات البديلة، واختبار المفاهيم التي اعتادها الإنسان في السابق تُعد من صفات الفكر العلمي المستنير (Cialdini, 2001).

يقول (أنتوني براتكانيس) بأن البشر يمكن أن يقعوا فيما أسماه (فخ العقلانية) rationalization trap (Pratkanis, 1995)، الذي يشير فيه إلى حالة الانجراف الأعمى وراء قرارات معينة نتيجة الاقتناع في صوابها، بحيث يبصر الإنسان ذلك الجزء الممتلئ من الكأس، مغفلًا الجزء الأكبر والفارغ من ذات الكأس، ففي الحقل العلمي يمكن الترويج للعلوم الزائفة من خلال جمعيات أو مجموعات تتكون بغرض تبني ذلك النهج، حيث يجتمع المؤيدون بانتظام في المؤتمرات، أو من خلال مجموعات المناقشة عبر منصات الإنترنت لمناقشة تجاربهم الإيجابية، من نهج هذه المجموعات أن تكون مناقشة أي تجربة سلبية أمرًا مستهجنًا، وفي بعض الحالات يمكن طرد أولئك الذين يقدمون تحديات أو انتقادات جادة تناقض توجهاتهم، على سبيل المثال بعد سنوات من تبني تعليم وممارسة (علاج المجال الفكري) (TFT)، قام أحد مؤيدي ذلك النوع من التدخل بإجراء دراسة علمية تجريبية محكمة التصميم لاختبار فاعلية العلاج، وبعد ثبات عدم فاعلية العلاج، ومحاولة مناقشة النتائج مع الزملاء، طُرِدَ من مجموعة المناقشة على منصة الإنترنت، وطُلب منه الاستقالة من الجمعية (Pignotti, 2007; 2005). وعلى الرغم من أن التجربة الشخصية يمكن أن تكون مقنعة إلى حد كبير، إلّا أنه يمكن التعلم من التجربة، يدعي بعض الأخصائيين الاجتماعيين أن ما يفعلونه صحيح؛ لأن لديهم سنوات من الخبرة العملية، على الرغم من أن ما يفعلونه لا يعتمد على أدلة بحثية، إلّا أن الأدلة تشير إلى أن قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على التعلم من التجربة مبالغ فيه إلى حد كبير،

فرغم أن الخبرة لها بعض القيمة التي لا يمكن إنكارها، إلّا أن التفاخر بوجود سنوات عديدة من الخبرة في الممارسة الإكلينيكية قد يصل أيضاً إلى سنوات عديدة من التحيز، وتحديدًا إن لم توجد أدلة وبراهين علمية تبعث على الاطمئنان إزاء الممارسة المهنية، كما يشير بعض الدارسين إلى أن التعلم والاستنتاج من التجارب البحثية الإكلينيكية ليس مرهونًا بطول الخبرة في الممارسة المهنية، فقد يتفوق طلاب الدراسات العليا -وهم الأقل خبرة من غيرهم- في الاستنتاج وبناء القرار المهني المبني على المعلومات التي تظهرها مجموعة من الدراسات التجريبية، وقد يختار الأخصائيون الاجتماعيون الممارسات المهنية المبنية على العلوم الزائفة والاستمرار في استخدامها؛ ربما لأنه يصعب عليهم التعلم من التجارب الإكلينيكية، حيث يقع التحيز هنا نتيجة عوامل مختلفة، فقد يميل الأخصائيون الاجتماعيون الذين لديهم مهام مهنية كثيرة وعبء وظيفي كبير إلى اتباع الطرق المختصرة حينما يواجهون كميات هائلة من المعلومات، عوضًا عن التمحيص والتدقيق، وبناء الحكم الرشيد المبني على كثرة الأدلة والبراهين الإكلينيكية المتاحة وقوتها ورصانتها (Garb & Boyle, 2014). كما يناقش البعض موضوع (وهم السببية) illusion of causality الذي يؤدي إلى التحيز المعرفي الكامن وراء العلوم الزائفة (Blanco & Matute, 2019).

من الكتابات الرائدة في ذلك الخصوص، ما قام به (ليلينفيلد وآخرون) (Lilienfeld et al., 2010) في كتابهم الذي رصدوا فيه خمسين أسطورة في علم النفس، فاضحين فيه أشهر الأساطير التي يُعدُها العديد من المتخصصين في مجال الصحة العقلية أمرًا مفروغًا منه ولا جدال فيه؛ بسبب ما جاء حوله من تأكيدات في بعض المصادر المشبوهة، ومع ذلك أظهر الواقع العلمي أنها خاطئة، أو على الأقل غير صائبة، ما يهمنا في هذا المؤلف القيّم هو استخلاص بعض تلك الأساطير ذات الصلة بممارسة الخدمة الاجتماعية، وهي:

١- ترتبط الشيخوخة عادة بزيادة الاستياء والتذمر مع كبر السن.
٢- عند وفاة قريب يمر الناس بسلسلة من المراحل النفسية.
٣- تعمل ذاكرة الإنسان مثل جهاز التسجيل أو كاميرا الفيديو بحيث تسجل بدقة الأحداث التي يعايشها.
٤- أغلب الطلاب يتعلمون تعليمًا أفضل عندما تتوافق أساليب التدريس مع أساليب التعلم الخاصة بهم.
٥- تدني احترام الذات لدى الإنسان هو سبب رئيسي للمشاكل النفسية.
٦- معظم الأشخاص الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة تتطور لديهم تطورًا حادًا اضطرابات الشخصية في مرحلة البلوغ.
٧- يُحدث الوصم للمريض النفسي أضرارًا نفسية من خلال ما يسمى بوصمة العار.
٨- الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الشديد هم فقط الذين يقدمون على الانتحار.
٩- يُظهر الأطفال البالغون مدمنو الكحول نمطًا مميزًا من الأعراض.
١٠- في الآونة الأخيرة أصبح هناك انتشار هائل لمرض التوحد عند الأطفال.
١١- معظم المصابين بأمراض عقلية ضحايا للعنف.
١٢- يُعد الحدس والحكم المبني على الخبرة أفضل وسيلة لاتخاذ القرارات الإكلينيكية.
١٣- الامتناع عن شرب الكحول هو الهدف الواقعي الوحيد أمام مدمني الكحول.
١٤- جميع العلاجات النفسية الفعّالة تجبر الناس على مواجهة الأسباب (الجذرية) لمشاكلهم خلال مرحلة الطفولة.

لقد شكلت مثل تلك الأساطير نقطة انطلاق لتطوير ممارسات العلوم الزائفة، على سبيل المثال مجموعة من العلاجات التي كانت شائعة جدًا خلال عقدي الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي، التي زُعم أنها تستعيد

الذكريات المكبوتة من الاعتداء الجنسي على الأطفال، كانت مبنية على اثنتين من هذه الأساطير هي: الاعتقاد الخاطئ بأن العقل يعمل بصفة مسجل فيديو، وأن هذه الذكريات يمكن استرجاعها استرجاعًا سليمًا تماماً وبدقة، والأسطورة الثانية تقول بأن الاعتداء الجنسي على الأطفال مسؤول حتمًا عن المشكلات الخطيرة في مرحلة البلوغ، ومن الأمثلة على هذه الأساطير قيل للنساء اللاتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة postpartum depression (PPD) إن اكتئابهن كان بسبب ذكريات مكبوتة من الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة، وإن هذه الذكريات بحاجة إلى التعافي والتعامل معها بعلاج طويل، لم تكن هذه الأفكار مبنية على أدلة علمية رصينة، ومع ذلك تم دُرّست كما لو كانت حقيقة لا شك فيها، لقد أدى الإيمان بهذه الأساطير إلى عدد من الادعاءات الكاذبة التي مزقت العائلات، وتسببت في خضوع أفراد لأنواع معينة من العلاج دون مبرر يذكر (Lilienfeld et al., 2010).

كيف يمكن للأخصائيين الاجتماعيين تحاشي الوقوع في العلوم الزائفة؟

في السنوات الأخيرة من عمر الخدمة الاجتماعية زاد الاهتمام والتركيز على البحث في حقل الخدمة الاجتماعية، وذلك من أجل ردم الهوة بين النظرية والتطبيق من جانب، ومن جانب آخر لمحاولة جعل الممارسة مستندة على أدلة وبراهين علمية، سعيًا لزيادة فاعلية الممارسة المهنية، لقد كان هناك اهتمام محدود بالممارسات العلمية الزائفة داخل نطاق مهنة الخدمة الاجتماعية، لكن هناك دروس ينبغي تعلمها من الحقل المجاور (علم النفس الإكلينيكي)، ويجب ألا يغيب عن البال تلك المآسي التي وقع فيها العملاء ضحايا لممارسات عشوائية، نتجت عن تبني العلوم الزائفة بواسطة دعاة الخبرة في حل المشكلات المتعلقة بالعلاقات الإنسانية، والبطالة، والرومانسية، وتحسين شخصية المرء، وتقديم العلاجات الوهمية عن طريق الجلسات الفردية، أو الجلسات الجماعية، أو عبر المراسلات البريدية، التي منها تحليل خط اليد، وقراءة الكف، وعلم التنجيم، والأعداد في الأبراج، والتنويم الإيحائي، والتواصل مع الأرواح، وتقديم النصائح من خلال البرامج الإذاعية، وغير ذلك، كما لا يغيب عن البال ما ناقشه الأخصائي الاجتماعي (ريتشارد ستيوارت) في مؤلفه الشهير (الخديعة أم العلاج)، حول الأدلة المحدودة للغاية التي كانت متوفرة في ذلك الوقت، التي توضح فعالية (العلاج النفسي اللفظي التقليدي والموجه بالبصيرة)، وعدد المزاعم المبالغ فيها التي تروج لذلك العلاج (Stuart, 1970).

هناك عوامل مختلفة تتصل بالعلوم الزائفة، واحتمالية ظهورها في ممارسات الخدمة الاجتماعية، أكثر هذه العوامل حدوثاً:

(١) الأبحاث ذات العيوب المنهجية المتسببة في إنتاج أدلة وبراهين مضللة.

(٢) الأخصائيون الاجتماعيون الذين يفتقرون إلى الخبرة والمعرفة، التي تمكّن من التعرف على الأدلة والبراهين العلمية القوية، وتمكن من الكشف عن الأدلة والبراهين الضعيفة أو المزيفة.

هذان العاملان وغيرهما يمكن مع الزيادة والتفشي أن تمهد لممارسة مهنية مبنية على العلوم الزائفة، وهو ما سيكون له آثار سلبية على الخدمة الاجتماعية وعلى الأخصائيين الاجتماعيين.

ولتحاشي العلوم الزائفة يجدر بنا التنويه إلى أن هناك شكلين من العلوم الزائفة يتصلان بآلية الظهور والتأثير على ممارسة الخدمة الاجتماعية، هما:

(أ)العلوم الزائفة المتعمدة: وهي التي تكون مقصودة وتتصل اتصالًا مباشرًا بالأخلاقيات، حيث يغيب الجانب الأخلاقي عند (المنتِج) الذي هو الباحث أو المؤلف، أو نتيجة غياب الجانب الأخلاقي عند (المتلقي) الذي هو الأخصائي الاجتماعي، أو ربما عند كليهما.

(ب)العلوم الزائفة غير المتعمدة: وهي التي تظهر عن حسن نية (من غير قصد) نتيجة الحماس أو الاندفاع أو قلة الخبرة، وعلى غرار النوع السابق قد تظهر العلوم الزائفة هنا بسبب الباحث (المؤلف)، أو بسبب الأخصائي الاجتماعي، أو بسببهما معًا.

يمكن أن تظهر العلوم الزائفة في حقل الخدمة الاجتماعية من عدة طرق، من أبسطها وأعقدها في ذات الوقت الاستشهاد ببحوث حقيقية، ثم إجراء تعميمات وادعاءات غير مبررة تستند إلى تلك الأبحاث؛ لهذا من الضروري جدًا التحقق من المراجع التي أُستُشهِدَ بها في المقالات وطرح أسئلة مثل (Thyer & Pignotti, 2015):

- ما نوع المقالة المشار إليها؟ هل هو بحث فعلي أم مراجعة بحث أم مقال رأي؟
- إذا كان بحثاً منشوراً، هل نُشِرَ في مجلة علمية محكّمة؟ ماذا كانت استنتاجات الباحثين؟ هل كانت استنتاجات معقولة ومبررة؟ (لأن نظام مراجعة النظراء الذي تتبناه المجلات المحكّمة بعيد عن الكمال، وبالتالي من المهم طرح تلك الأسئلة).
- ما هي استنتاجات المؤلف التي استشهد بها في البحث؟ هل ذهبت الاستنتاجات إلى أبعد مما هو في البحث الأصلي؟
- هل الدراسة عبارة عن مراجعة لدراسات سابقة؟ وما نوع المراجعة التي تمت؟ "المراجعات المنتظمة" systematic reviews لها منهجية محددة وشفافة، وهي بالتأكيد أفضل من "المراجعات السردية" narrative reviews التي لا تحدد كيفية الحصول على المقالات التي رُوجِعت، وبالتالي المراجعات السردية معرضة أكثر للتحيز.
- إذا كانت مقالة رأي فهل كانت الآراء المقدمة منطقية ومتماسكة ومدعومة بالأدلة؟
- هل كانت المصادر مراجع ذاتية؟ إذ من المهم معرفة ما إذا كانت المراجع تضيف إلى العبارات الواردة في المقالة الأصلية، وما إذا كانت مجرد تكرارات أساسية للفكرة نفسها في المقالة الأصلية.

من الصفات الأساسية الواجب توفرها في الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي صفة التفكير النقدي critical thinking، الذي يمكن من خلاله فحص الدراسات التجريبية وتمحيصها، واستنتاج أفضل الممارسات المهنية، ترى أستاذة الخدمة الاجتماعية (إيلين جامبريل) أن القدرة على التفكير النقدي هي بالطبع شرط أساسي للتعرف على النظريات والممارسات العلمية الزائفة في حقل الخدمة الاجتماعية (Gambrill, 2012a; 2012b; 2012c; 2010)، وتورد العديد من فوائد التفكير النقدي في القرارات الإكلينيكية، من أجل مساعدة العملاء وتجنب إلحاق الأذى بهم، من هذه الفوائد:

- اكتشاف المصادر والقيود ذات العلاقة بالمشكلة.
- النظر إلى العلاقة بين المشاكل الخاصة والقضايا العامة (التفكير في السياق).
- تجنب التحيزات المعرفية.
- تجنب التعرض للخداع من الآخرين (تجنب تعريض الخدمة الإنسانية للدعاية).
- التعرف على العيوب والأخطاء كونها فرص للتعلم.
- التعرف على العلوم الزائفة والتحايل والخداع والشعوذة.
- التقليل من الضرر الذي يمكن أن يتعرض له العملاء.
- التقييم الدقيق والمحتمل لتحقيق النتائج المرجوة بدقة.
- تقديم مساهمات قيّمة في مؤتمرات الحالة (على سبيل المثال: تحديد الحجج المعيبة، واقترح وجهات نظر بديلة مدروسة دراسة جيدة).
- تحديد البرامج والسياسات الناجحة والفعّالة.
- القدرة على عمل تنبؤات دقيقة.

- تقييم آثار السياسات والبرامج والخطط بدقة.
- إجراء تغييرات في الوقت المناسب على الخطط والبرامج والسياسات.
- استخدم الموارد بحكمة وعدالة (على سبيل المثال: الوقت).
- الاستمرار في تعزيز وتقوية المعارف والمهارات.
- زيادة الوعي الذاتي (على سبيل المثال: ملاحظة التناقضات بين ما تقوله "أهتم بالعملاء" وبين ما تفعله "الفشل في مواكبة الأبحاث الجديدة والفعّالة مع العملاء").

تُعد الموازنة الدقيقة لجودة الأدلة والبراهين وتحديد الافتراضات والتعرف على التناقضات أمثلة على مهارات (التفكير النقدي)، التي تساعد في نهاية المطاف على اتخاذ القرار الإكلينيكي، والتعرف على العلاج الأمثل لمشكلة العميل، يورد بعض المهتمين بهذا الموضوع (Paul, 1993; Ennis, 1986) مجموعة من مهارات التفكير النقدي التي ينبغي توفرها لدى الممارس المهني، منها على سبيل المثال:

- الكشف عن المشاكل وتوضيحها.
- تحديد أوجه التشابهات والاختلافات الهامة.
- التعرف على التناقضات وحالات عدم الاتساق.
- التنقيح وتجنب الإفراط في التبسيط وتحاشي التعميمات.
- تحليل وتقييم الحجج الخاصة بالتفسيرات أو المعتقدات أو النظريات.
- تحديد الافتراضات غير المعلنة.
- توضيح وتحليل معنى الكلمات أو العبارات.
- استخدم معايير سليمة للتقييم.
- توضيح القيم والمعايير.
- كشف التحيز.
- التمييز بين الأسئلة أو البيانات أو الادعاءات أو الأسباب غير ذات الصلة.
- تقييم دقة مصادر المعلومات المختلفة.
- المقارنة بين المواقف المماثلة.
- عمل الاستنتاجات والتنبؤات المنطقية.
- المقارنة بين الممارسة الفعلية وما يجب أن يكون.
- اكتشاف وتقييم الآثار المترتبة على الإجراء المقترح نتائجه بدقة.
- تقييم عملية التفكير الخاصة بالفرد (مهارات الإدراك المعرفي).
- طرح أسئلة مهمة ومتابعتها للحصول على الإجابات الحقيقية.
- عمل تواصل بين المعارف ذات العلاقة.
- تحليل وتقييم الإجراءات والسياسات.

من أهم العوامل التي قد تساعد الأخصائيين الاجتماعيين على تجنب الوقوع في العلوم الزائفة المشاركة في التجارب والأبحاث العلمية، التي من شأنها تنمية مهارات الضبط والتحكم والفحص والتقييم والاستنتاج، هناك أمثلة عديدة يمكن أن يشاد بها في هذا المقام، منها المشاركة الفاعلة لعدد من الأخصائيين الاجتماعيين في دراسة بحثية أصيلة تنتمي إلى تجارب تحكم عشوائي randomized controlled trial هدفت إلى تقييم الوخز بالإبر لدى مدمني الكوكايين، وخلصت الدراسة إلى أن الوخز بالإبر لم يكن أكثر فعالية من الاسترخاء بحد ذاته في الحد من تعاطي الكوكايين (Margolin et al., 2002). مثال بحثي آخر تمثل في اشتراك أخصائي اجتماعي في دراسة هدفها تقييم العلاج العشبي (إشنسا) (القنفذية)، بصفته علاج لعدوى الجهاز التنفسي العلوي عند الأطفال (URI)، باستخدام تجربة التحكم العشوائي، حيث خلصت الدراسة إلى أن تلك العشبة لم تكن مجدية في علاج الأعراض لدى المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ إلى ١١ سنة (Taylor et al., 2003)، مثل هذه النوعية من الدراسات التي تحمل في طياتها أدلة دامغة وقوية، وقادرة على فرز القشور غير المجدية من التدخلات العلمية الزائفة وتحييدها، يمكنها أن تنمي مهارات الأخصائي الاجتماعي

لاختيار أفضل وأقوى البراهين، كما يمكن أن تقوي المعارف الحقيقية لدى الأخصائيين الاجتماعيين، بما يمكنهم من التمييز بين الغث والسمين من العلوم والدراسات والأبحاث وما تقدمه من نتائج، كل هذا من شأنه أن يحمي حدود الممارسة المهنية من التدخلات المهنية الزائفة.

إن موقف الشك العلمي scientific skepticism هو مجرد التشكيك (موقف بين الإنكار والتسليم المذعن)، الذي يعني المطالبة بأدلة موثوقة قبل قبول ادعاء غير عادي (Thyer & Pignotti, 2015)، في الخدمة الاجتماعية عندما نختار تقديم نماذج معينة من التدخل للعملاء فإننا نحتاج إلى وجود مسوغ سليم لاستخدامها، يجب أن نحدد أفضل دليل بحثي متاح، حتى نتمكن من مساعدة العملاء في اختيار التدخلات التي من المرجح أن تكون فعّالة، كما يجب أن نكون حذرين بشأن استخدام التدخلات غير المختبرة، وغير المثبت علميًا جدواها وفاعليتها (Barsky, 2014).

في هذا الموضوع يفترض ألا ننسى الإشادة بالممارسة المبنية على البراهين (EBP) فهذه التقنية هي أفضل المتاح حاليًا؛ لتطوير وتعزيز الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، يمكن لهذه التقنية أن تحقق الفائدة من طريقين:

الأول: نسميه السالب، بحيث يصف ويفضح العلوم الزائفة، وطرائق التقييم غير المفيدة، على أمل أن يتجاهلها الأخصائيون الاجتماعيون.

الثاني: ما نسميه الموجب، هو الذي يسلط الضوء على التقييمات والتدخلات الصالحة بمعنى أنها (تعمل) (فعّالة)، على النحو الذي تحدده تحقيقات علمية موثوقة، وتكون عملية وأخلاقية ومقبولة للعملاء.

الخلاصة:

يشير الواقع إلى أن العلوم الزائفة والمعتقدات الغامضة منتشرة على نطاق واسع بين عموم الناس، ولكن ليس من المعقول إعفاء الأخصائيين الاجتماعيين من تلك التأثيرات التي أحدثتها وتحدثها العلوم الزائفة، إن الجوهر الحقيقي لمهنة الخدمة الاجتماعية هو امتلاك المعرفة و المهارات knowledge and skills التي لا تتوفر عادة لدى عامة الناس، حيث تكتسب المهارات من عملية شاقة من التدريب الأكاديمي والإكلينيكي، مما يؤهل الأخصائيين الاجتماعيين إلى بلوغ مستوى عال من الممارسة المهنية، يمكنهم من تقديم رعاية مفيدة حقًا وأكثر فعالية، بدلًا من التكرار الروتيني للممارسات، وإقامة علاقات سطحية لا تصل إلى مستوى العلاقة المهنية العميقة الحقيقية، ثم تعريض العملاء إلى علاجات وهمية، من يطبق الممارسة الإكلينيكية لمهنة الخدمة الاجتماعية يستطيع أن يتعرف على التحديات والمصاعب التي تحف الممارسة، التي تفوق ما يواجه الأطباء، ولتوضيح هذه الرؤية توضيحًا مبسطًا يمكنك أن تسأل طبيب القلب عن نسبة التشابه في الحالات لدى أولئك الذين أجرى لهم عمليات قلب مفتوح، ستكون النسبة تفوق ٥٠٪ من الحالات المتشابهة، وفي المقابل لو سألت أخصائيًا اجتماعيًا إكلينيكيًا عن نسبة التشابه في الحالات التي عمل معها في مشكلة إدمان الكحول تحديدًا، سيقول بأنه لا يوجد حالتان متطابقتان، ناهيك عن الأجهزة والمعدات المساندة لمهمة الطبيب التي يفتقر إلى مثلها الأخصائي الاجتماعي، من هذا المنطلق تنبع مشكلة التحديات التي تواجه الخدمة الاجتماعية برمتها، وخط دفاعها الأول وهم الأخصائيون الاجتماعيون.

حينما يعي الأخصائيون الاجتماعيون قيمة المهنة التي يمارسونها، وحجم المصاعب والتحديات التي تواجهها الممارسة الإكلينيكية يوميًا، بالتأكيد ستتضاعف لديهم القدرة والعزيمة على مواجهة العلوم الزائفة، والتسلح بالعلم الحقيقي، الذي يحمي ويصون المهنة من التجاوزات، وهو الطريق الوحيد الذي يحقق احترام وكرامة العملاء، لقد وردت تصريحات لا لبس فيها في الميثاق الأخلاقي code of ethics للخدمة الاجتماعية تؤكد على الحفاظ على المهنة، وتعزيز المعايير العالية الخاصة بالممارسات المهنية، وأهمية تجديد المعارف من الأخصائيين الاجتماعيين، إلى جانب

ضرورة حماية العملاء من العبث بأرواحهم والتلاعب بمشاعرهم.

بقي التحذير المهم في هذا الخصوص والموجه لجمهور الأخصائيين الاجتماعيين، الذي يتصل بالمنطقة الرماديّة وهي المنطقة الواقعة بين العلوم الزائفة والعلوم الحقيقية، المنطقة الرمادية تمثل معلومات أو توجهات لا تخرق بالضرورة، المتفق عليه من الثوابت العلمية (الاتجاهات السائدة)، لكنها قد تشكل معلومات أو توجهات لم يستطع العلماء أو المتخصصون التحقق منها في ظل الظروف الراهنة، بناء على ذلك يُفترض عدم الريبة أو التحسس منها، فالخدمة الاجتماعية تحتوي على الكثير من القواعد أو المعارف أو المنطلقات النظرية، بعضها يتصل بالجوانب الأخلاقية (مثل الأخلاقيات)، ومبادئ الممارسة المهنية (كحق تقرير المصير)، وبعضها يتصل بقواعد وأساسيات الممارسة مع العملاء (مثل أهمية العلاقة المهنية)، مثل هذه الموضوعات الخاصة التي تتصل اتصالًا مباشرًا بطبيعة ممارسة الخدمة الاجتماعية تمثل منطقة رمادية، فهي لا تقدم مزاعم تناقض التوجهات المجربة والثابتة علمية كما تفعل العلوم الزائفة.

من العرض السابق لهذه الورقة يتضح أن العلوم الزائفة حقيقة واقعية يصعب الخلاص منها، كونها تأتي أحيانًا في ثنايا العلوم الحقيقية، وكأنها الفطريات الضارة التي تتكون وتنمو داخل المياه العذبة، لكن كشفت المناقشة من بين ما كشفت عنه عن قضيتي (الجد) و (الحرص)، فالعلوم الحقيقية تتطلب الجد والحرص من أجل بلوغها والوصول إليها، وكذلك تتطلب العلوم الزائفة الجد والحرص، ولكن من أجل كشفها ودحضها.

كما تبين من العرض السابق أن الأبحاث الجيدة يمكن أن تكون مصدرًا للعلوم الزائفة، وذلك إذا وُظِّفت الأبحاث لخدمة أغراض متحيزة bias، بجانب نوعية أخرى من الأبحاث وتحديدًا ذات التصميم المنهجي غير المناسب، أو تلك التي عوملت برؤية غير سليمة منهجياً methodological error كالقفز إلى نتائج ليس لها أساس علمي (غير منطقية)، بحيث يتعارض الاستنتاج مع التسلسل المنهجي المتعارف عليه في الدراسات والأبحاث العلمية، كما قد يساء استخدام الأبحاث من الممارس المهني، بحيث يأخذ بالأدلة والبراهين الهزيلة والضعيفة على حساب أدلة وبراهين أكثر قوة ورصانة.

ناقشت المقالة أيضًا آليات تجنب الأخذ بالعلوم الزائفة، مع توصيات خاصة للأخصائيين الاجتماعيين لتحاشي الوقوع في العلوم الزائفة، علمًا بأن إظهار مثل هذه الحقائق وكشف آثارها الجسيمة يُعد بحد ذاته ناقوس خطر لكل أخصائي اجتماعي لديه الغيرة على مهنته، ويحمل الحرص الإنساني الداعي دائمًا إلى رعاية العملاء وحمايتهم وتجنيبهم التجارب غير الثابتة وغير المأمونة.

References

Barsky, A. (2014, Fall). Ebola and the Ethics of Using Unproven Drugs. *The New Social Worker*, pp. 4–5.

Blanco, F. & Matute, H. (2019). The Illusion of Causality: A Cognitive Bias Underlying Pseudoscience. In A. B. Kaufman & J. C. Kaufman (eds). *Pseudoscience: The Conspiracy Against Science* (pp. 58-87). Cambridge, MA (USA): The MIT Press.

Brandt, A. M. (2012). Inventing Conflicts of Interest: A History of Tobacco Industry Tactics. *American Journal of Public Health*, 102(1): 63–71.

Bunge, M. (2017). Philosophy of Science: Volume 1: From Problem to Theory. New York, NY (USA): Routledge.

Cialdini, R. B. (2001). Influence: Science and practice. Needham Heights, MA (USA): Allyn & Baon.

Dawes, R. M. (1996). House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth.

New York, NY (USA): Free Press.

Doering-Mateuffel, S. (2011). Survival of occult practices and ideas in modern common sense. *Public Understanding of Science, 20(3)*, 292–302.

Ennis, R. H. (1986). A Taxonomy of Critical Thinking Dispositions and Abilities. In J. B. Baron & R. J. Stemberg (eds). *Teaching*

Pratkanis, A. R. (1995). How to Sell a Pseudoscience, *Skeptical Inquirer*, 19(4), 19-25.

Pignotti, M. (2005). Thought field therapy voice technology vs random meridian point sequences: A single-blind controlled experiment. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 4*, 38–47.

Pignotti, M. (2007). Thought field therapy: A former insider's experience. *Research on Social Work Practice, 17*, 392–407.

Marcus, A. & Oransky, I. (2019). Pseudoscience, Coming to a Peer-Reviewed Journal Near You. In A. B. Kaufman & J. C. Kaufman (eds). Pseudoscience: The Conspiracy Against Science (pp. 346-368). Cambridge, MA (USA): The MIT Press.

Margolin, A., Kelber, H. D., Avants, S. K., Konefal, J., Gawin, F., Stark, E., Sorensen, J., Midkiff, E., Wells, E., Jackson, T. R., Bullock, M., Culliton, P. D., Boles, S. & Vaughan, R. (2002). Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: A randomized controlled trial. *JAMA, 287(1)*, 55–63.

McNally, R. J. (2003). The demise of pseudoscience. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 2*, 97–101.

Meehl, P. E. (2013). Clinical Versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence. Brattleboro, VT (USA): Echo Point Books & Media.

Mercer, J., Sarner, L., & Rosa, L. (2003). Attachment Therapy on Trial: The Torture and Death of Candace Newmaker. Westport, CT (USA): Praeger.

Rosen, G. M., Glasgow, Moore & Barrera (2014). Self-Help Therapy: Recent Development in the Science. In S. O. Lilienfeld; S. J. Lynn & J. M. Lohr (eds). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd edition) (pp. 245-275). New York, NY (USA): The Guilford Press.

Sagan, C. & Druyan, A. (1997). *The Demon-Haunted World: Science as a Candle in the Dark*. New York, NY: Ballantine Books.

Schein, P. P., Li, Y.-Y., & Huang, T.-C. (2014). Relationship between scientific knowledge and fortune-telling. *Public Understanding of Science, 23(7)*, 780–796.

Shannon, S. M. (2002). Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health. San Diego, CA (USA): Academic Press.

Sternberg, G. M. (1897). Science and Pseudo-science in Medicine. *Science, 5*(110), 199–206.

Thinking Skills, Theory, and Practice (pp. 9-26). New York, NY: W.H. Freeman.

Festinger, L. (1985). A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.

Gambrill, E. (2010). Evidence-informed practice: Antidote to propaganda in the helping professions. *Research on Social Work Practice, 20(3)*, 302–320.

Gambrill, E. (2012a). Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the Quality of Judgments and Decisions (3rd ed.). New York, NY (USA): John Wiley.

Gambrill, E. (2012b). Social Work Practice: A Critical Thinker's Guide (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Gambrill, E. (2012c). Propaganda in the Helping Professions. New York, NY: Oxford University Press.

Garb, H. O., & Boyle, P. A. (2014). Understanding why some clinicians use pseudoscientific methods. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.). *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (2nd ed., pp. 19 41). New York, NY: Guilford Press.

Gibbes, J. H. (1925). Quacks and quackery. *The Scientific Monthly, 21*, 533–550.

Gorman, D. M. (2019). Evidence-Based Practice as a Driver of Pseudoscience in Prevention Research. In A. B. Kaufman & J. C. Kaufman (eds). Pseudoscience: The Conspiracy Against Science (pp. 214-232). Cambridge, MA (USA): The MIT Press.

Lilienfeld, S. O. (2012). Public skepticism of psychology: Why many people perceive the study of human behavior as unscientific. *American Psychologist, 67*(2), 111–129.

Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., & Beyerstein, B. L. (2010). 50 great myths of popular psychology. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Lilienfeld, S. O.; Lynn, S. J. & Lohr, J. M. (2014). Science and Pseudoscience in Clinical Psychology (2nd edition). New York, NY (USA): The Guilford Press.

Offit, P. (2010). Autism's False Prophets: Bad Science, Risky Medicine, and the Search for a Cure. New York, NY (USA): Columbia University Press.

Paul, R. (1993). Critical Thinking: What Every Person Needs to Survive in a Rapidly Changing World (3rd edition). Tomales, CA (USA): Foundation for Critical Thinking.

Stuart, R. B. (1970). Trick or Treatment: How and When Psychotherapy Fails. Champaign, IL: Research Press

Taylor, J. A., Weber, W., Standish, L., Quinn, H., Goesling, J., McGann, M., & Calebrese, C. (2003). Efficacy and safety of Echinacea in treating upper respiratory tract infections in children: A randomized controlled trial. *JAMA, 290(21)*, 2824–2830.

Thyer, B. A. & Pignotti, M. G. (2016). The Problem of Pseudoscience in Social Work Continuing Education. *Journal of Social Work Education*, 52(2), 136–146.

Thyer, B. A. & Pignotti, M. G. (2015). Science and Pseudoscience in Social Work Practice (1st edition). New York, NY (USA): Springer Publishing Company.

Wimmer, J. S., Vonk, M. E., & Bordnick, P. (2009). A preliminary investigation of the effectiveness of attachment therapy for adopted children with reactive attachment disorder. *Child and Adolescent Social Work, 26*, 351–360.