

الفصل الثاني عشر

الفصل الثاني عشر العنف: الوقاية والعلاج

يتضمن العنف الإيذاء البدني، والنفسي، والجنسي، واللفظي، وتحطيم الممتلكات وقد يصل إلى حد القتل. وقد تلحق هذه الإساءة التي يقوم بها أي فرد من أفراد الأسرة الأذى أو الاعتداء على الطفل، أو المرأة، أو الزوج، أو الزوجة، أو أحد الوالدين⁽¹⁾. ويشير البديانة (٢٠٠٥)⁽²⁾ إلى انتشار ظاهرة العنف في الوطن العربي، ففي المغرب العربي حيث تم افتتاح مراكز خاصة لمتابعة هذه الحالات وعلاجها وتأهيلها. وفي لبنان تصاعفت شكاوى الاغتصاب لدى الفاصرين ثلاث مرات في حين أن الإساءة قد تصاعفت عشرين ضعفاً، وكذلك الحال في معظم الدول العربية والعالمية.

وإلى جانب هذا، فإن للعنف آثار نفسية واجتماعية وطبية، لذا ينبغي أن تكون هناك سبلا للوقاية والعلاج. إضافة إلى أن الفرق بين المجتمعات العربية والغربية في هذا الجانب، أنه في الغرب توجد مراكز بالامكان اللجوء إليها، حيث تتم حماية ضحايا العنف الأسري. أما في بلدنا فلا توجد مثل هذه المراكز. وفي بعض الأحيان قد يلجأ بعض ضحايا العنف من الأبناء إلى الشرطة، إلا أن الشرطة لا تأخذ بشكوى ابن على والده أو والدته، وبالتالي فإن مثل هذه الحالات نادرة جداً، خاصة أن مجتمعاتنا متداخلة ومتراصة، ومثل هذه المشكلات لا يمكن طرحها على بساط الحوار. وهذا لا يقتصر فقط على ممارسة العنف على الأبناء، بل أن الزوجات أيضاً لا يتجرأن على تقديم شكوى على أزواجهن في حال تعرضهن للعنف بمختلف

-
- (1) أبو حميدان، عبد الوهاب (٢٠٠٦). ضحايا وجناة العنف الأسري: الخصائص والآثار وأساليب التعامل، القاهرة: مجلة التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد (١٣٠)، الجزء الأول، ص ٢٠٤.
- (2) البديانة، نياض (٢٠٠٥). الإطار الوطني لحماية الأسرة من العنف، الأردن: المجلس الوطني لشئون الأسرة.

أنواعه. ومن جانب آخر في حال لجوء الفتى أو الفتاة ممن تعرضوا للعنف الأسري إلى الشرطة فلا تستطيع حمايتهم لعدم توافر أماكن خاصة لذلك وإذا ما قدم شكوى فلا بد من وجود أدلة وشهود ولا أحد من الأخوة يجرؤ على الشهادة ضد أمه أو والده، فيرجع المتعرض للعنف الأسري مهزوماً إلى منزله، ويفقد احترام وتعاطف الآخرين معه، إضافة إلى زيادة حدة العنف عليه.

إن المشكلة تكمن في عدم وعي الأمهات لمتطلبات المراحل العمرية للأبناء والتي تتغير باستمرار، وبمدى أهمية توفير العاطفة قبل المادة للأولاد. وهذه الحالة تدفع الفتيات خاصة إلى البحث عن بديل يمددها بالعاطفة والحنان الذي تحتاجه، مما يؤدي إلى غيرة الأم، من هنا يبدأ الشرخ في العلاقة بين الأهل والأبناء وإذا لم يتداركوا الأمر سريعاً، فالمسألة قد تصل إلى مرحلة انحراف الأولاد مما يعني أنهم وقعوا في مرحلة اليأس.

ولقد قدم البداينة (٢٠٠٥)^(١) نموذجاً جديراً بالإتباع عند التعامل مع مشكلة العنف على النحو التالي:

[١] مرحلة المسح والكشف:

تتطلب هذه المرحلة سرعة الكشف والتعرف على حالات العنف ويتم ذلك من خلال الكشف الطبي في المستشفيات أو العيادات الخاصة حيث يجدر بالأطباء التعرف على البروز الظاهرة والكدمات الواضحة أو حالات النزيف التي تخرج عن الوضع الاعتيادي والتي يمكن تمييزها عن ذلك التي تنتج عن الحوادث.

والجدير بالذكر هنا ضرورة عدم تساهل الأطباء أو العاملين في مجال الرعاية الصحية عند ملاحظاتهم لأشكال الإساءة المختلفة وعدم قبول الأعدار غير المقنعة التي تفسر هذه الإصابات غير المبررة، وتلعب المدرسة دوراً كبيراً في التعرف على هذه الحالات حيث ينبغي على المعلمين في المدارس ملاحظة مثل هذه

(1) البداينة، ذياب (٢٠٠٥). مرجع سبق ذكره.

الجروح والإصابات، وسرعة التبليغ عنها للجهات المختصة للتعامل مع هذه الحالات، ويلعب الكشف المبكر عن هذه الإصابات والعنف الواضح دوراً هاماً في إنقاذ حياة الفرد الذي يتعرض لمثل هذه الحوادث. إن الإبطاء أو التجاهل في التبليغ عن هذه الحالات قد يؤدي إلى مزيد من العنف والضرر بالضحية، لذلك يجب العمل وبشكل سريع على الإبلاغ عن حالات العنف (American College of Physicians. 1998).⁽¹⁾ وعلى الأطباء الاهتمام بهذا الأمر والإبلاغ عنه، بيد أن الكثير من الأطباء لا يسألون عندما يلاحظون بوادر العنف على الضحية لاعتقادهم بأن هذا أمر شخصي.

[٢] مرحلة التبليغ:

بعد التأكد من أن الحالة قد تعرضت للعنف الأسري فإن على من يكتشفها سرعة التبليغ إلى الجهات التي تتعامل مع هذا الأمر، كالشرطة مثلاً، أو إدارة حماية الأسرة، أو المنظمات الحكومية التي تتابع هذه الأمور. ويتم التبليغ هاتفياً أو عن طريق تقديم الشكوى مباشرة إلى مثل هذه الجهات أو من خلال استعمال الفاكس أو البريد الإلكتروني. وفي هذه الحالات تلجأ الشرطة إلى جمع المعلومات الكافية من المبلغ وتأخذ المعلومات التي تتعلق بشخص المبلغ وذلك من أجل عملية المتابعة.

[٣] مرحلة التقييم الأولي:

تعد هذه المرحلة ركيزة أساسية للتعامل مع الضحية والجاني بشكل صحيح، حيث تبدأ بعملية تقييم الحالة ومعرفة شدتها ومدى الإصابة التي يعاني منها الفرد، كما تتميز بأنها مرحلة جمع معلومات عن الجاني، بغية تحويل كامل الملف إلى الجهات المختصة كالشرطة والقضاء. إذن في هذه المرحلة تتم عملية التحديد الأولي لوضع الضحية والجاني ووضع الأمر على شكل تقرير أولي.

(1) American College of Physicians (1998). **Tips for detecting and treating domestic abuse.**

www.acponlind.org/journal/news/feb98/domabuse.htm

[٤] مرحلة الاستجابة:

يتم في هذه المرحلة التعاون بين الخبراء المختلفين كالطب الشرعي والقضاء والأخصائي الاجتماعي، لدراسة الحالة لوضع التقرير النهائي للحالة، ومن ثم تحديد ما ينبغي القيام به من إجراءات ضرورية قد تبدأ بتحويل الأمر للقضاء للتحقيق أو تحويلها لأي منظمة متخصصة لتحديد إمكانية تحويل الحالة لبرامج إصلاحية تأهيلية، فمن هذا المنطلق يجب أن يظهر التعاون جلياً بين هذه الأطراف وتحديد دور كل منها في التعامل مع الحالة، لذلك يتطلب الأمر سرعة الاستجابة وعدم التباطؤ في التعامل مع الحالة لكي لا يتفاقم الوضع سوءاً.

[٥] مؤتمر الحالة:

هنا يتم لقاء لجميع الأطراف بما فيهم أسرة الضحية والطبيب الشرعي والشرطة وخبراء التأهيل والعلاج، وذلك من أجل إعداد تقرير نهائي عن الحالة وذلك من أجل تحديد حالة الضحية ودرجة الخطورة، وكذلك من أجل تأمين الحماية اللازمة لها خشية تعرضها للتهديد أو الأذى، وبعد ذلك يتم تحويل الحالة للجهات التي تقدم الخدمات اللازمة، ومن خلال هذا اللقاء يتم وضع التوصيات الضرورية المتعلقة بالضحية لتقديم أشكال الرعاية والعناية والعلاج، أما ما يتعلق بالجاني فهناك توصيات أخرى كتقديمه للقضاء أو تحويله لجهات مختصة تعمل على إعادة تأهيله.

[٦] مرحلة التدخل:

في هذه المرحلة يتم تحديد نوع التدخل المطلوب للضحية والجاني وسواء كان هذا التدخل يتعلق بخدمات الرعاية والعلاج، وضرورة تحديدها بناء على نوع العنف بالنسبة للضحية، أو يتعلق بخدمات التأهيل والعلاج النفسي.

وتحتوي برامج العلاج النفسي على تعديل السلوك المعرفي للفرد وعلاج الصدمة النفسية التي تحدث جراء العنف الأسري، وكذلك تدريب الفرد على كيفية مواجهة مثل هذا النوع من العنف والسبل الصحيحة للتعامل معه، بالإضافة إلى تزويده بمهارات الاتصال التي يحتاجها وتدريبه عليها، إذ أن افتقاره لمثل هذه

المهارات يعيق تكيفه مع المجتمع (Greenspan, 1997)⁽¹⁾.

إن عملية العلاج النفسي تنطلق من مبدأ تعريف الفرد بأن هذا النوع من السلوك الذي يتعرض له من قبل الجاني إنما هو نوع من الإساءة والعنف غير المقبول، وهنا يتم تدريب الفرد على طريقة وأسلوب المواجهة والتبليغ عن مثل هذا العنف، كما تتضمن برامج التدخل عملية إعادة البناء المعرفي للضحية من حيث تدريبه على أساليب التفاعل الاجتماعي السليم وأساليب التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه الفرد.

أما برامج التدخل النفسية التي تقدم للجاني فتشمل برامج تعديل السلوك وإعادة البناء المعرفي للجاني، إذ ربما يكون افتقار الجاني لكثير من مهارات التعامل والمعرفة الصحيحة لحل المشكلات هي الأسباب الرئيسة للعنف الأسري، لذلك بعد تأهيله نفسياً واجتماعياً وكذلك تدريبه على مهارات الاتصال التي تساعد في توصيل ما يريد من آراء وأفكار دون اللجوء إلى العنف.

وقد يكون التدخل غير الرسمي مفيداً أحياناً ويتم من خلال التوسط الاجتماعي، وتقديم المساعدات اللازمة للأسرة أو الضحية، وفي جميع الأحوال فإنه ينبغي صدور حكم قضائي كالرعاية والحماية.

لذلك نجد أن أهداف التدخل تكمن في تقديم المساعدة والخدمة المناسبة للضحية والجاني، وكذلك تعديل سلوكهما وتغيير المفاهيم المعرفية لهما، وتقديم النماذج الصحيحة والسليمة في التعامل السوي ونبذ العنف.

وفي المحصلة فإن التدخل يعمل على تحقيق الأمن للضحية والحماية والتأهيل والعلاج، وتوضيح مدى مسؤولية الجاني عن أفعاله التي قام بها والتي أدت إلى الإساءة للضحية، وأن هناك مؤسسات حكومية متخصصة تعني به وتحافظ عليه من

(1) Greenspan, S. (1997). **Developmentally based psychotherapy.** New York: Aronson Publishers.

خلال البرامج التي تقدمها له، ومن المهم أن يفهم الضحية بأن كافة المعلومات التي يتم جمعها عنه وعن أسرته، وما يقدم له من رعاية وخدمة وكل ذلك يحافظ عليه بشكل سري ولا يتم إفشائه بأي شكل كان (أبو حميدان، ٢٠٠١)^(١).

[٧] مرحلة التحقيق والمحاكمة:

تبدأ فترة المرحلة في حال وصول البلاغ عن حالة العنف الأسري للشرطة حيث تأخذ سلسلة من الإجراءات العدلية والقانونية والقضائية، فبدايتها قد تكون في مراكز الشرطة أو إدارة حماية الأسرة أو المحاكم المختصة. ويتم بعد ذلك عملية التحويل لخدمات الرعاية والحماية.

[٨] مرحلة التحويل والرعاية والحماية:

هنا يصدر القرار القضائي الذي يقضي بضرورة تحويل الحالة لجهات متخصصة في تقديم خدمات معينة للضحية، وقد يتوفر ذلك في المؤسسات الحكومية أو الخاصة أو المنظمات المتخصصة، ويجب أن يتم ذلك التحويل وعدم ترك الضحية خشية تعرضها لمزيد من الأذى، فالأمر يتطلب رعاية وحماية.

[٩] مرحلة التقييم والمتابعة:

تتم مراجعة وضع الحالة ومدى استفادتها من الخدمات التي قدمت لها ومعرفة أثر البرامج المتخصصة التي قدمت لها. فقد ركزنا على أهمية برامج التدخل النفسي والاجتماعي وعلى مهارات الاتصال وضرورة تدريب الضحية عليها وإعطائه التغذية الراجعة لاستجابته في المواقف المختلفة، وبعد هذه التدريبات يتم تقييم مدى استفادة الضحية من البرامج التي قدمت له، ويتم تحديد أهمية الحالة ومدى إمكانية إعادته لبيئته التي جاء منها على أن عملية المتابعة للحالة ضروري جداً لمعرفة مدى تكيف الحالة في البيئة الأصلية التي جاء منها وعاد إليها بعد العلاج.

(١) أبو حميدان، يوسف عبد الوهاب (٢٠٠١). العلاج السلوكي لمشاكل الأسرة والمجتمع، الطبعة الثانية، العين: دار الكتاب الجامعي.

ولا تقتصر عملية التقييم على الضحية فقط بل تتم أيضاً على الجاني لمعرفة مدى استفادته من برامج التدخل التي قدمت له والتي تدرّب عليها، ويجدر هنا متابعته أثناء عملية التدريب لمعرفة مدى اقتناعه وإيمانه بما تعلم؛ لأن الهدف هنا تغيير المفاهيم المعرفية لديه وتزويده بمفاهيم صحيحة يحتاج إليها في التعامل السليم مع أفراد أسرته بدلاً من اللجوء إلى العنف، وبعد عملية التقييم وقناعة القائمين بالتغيير المطلوب يتم أيضاً متابعته وملاحظته في البيئة الطبيعية التي جاء منها.

[١٠] مرحلة العودة للأسرة والاندماج المجتمعي والرعاية اللاحقة:

بعد الانتهاء من عملية الرعاية والتدخل المناسب للضحية فإننا نكون بصدد إعادته مرة أخرى للانخراط في الحياة الأسرية العادية، وهنا يتم عملية تقييم استفادته من هذه البرامج قبل خروجه من هذه المؤسسات، على أن عملية المتابعة للضحية لا تتوقف عند هذا الحد فيجب أن نعرف مدى تكيفه مع بيئته ومدى استجابته لما تعلم وقدرته على تطبيق هذه الخبرات في ميادين الحياة المختلفة^(١).

الوقاية والعلاج من العنف:

- توجد سبل متعددة للوقاية والعلاج من العنف، يمكن إيجازها فيما يلي:
- ١- توجيه العناية نحو الفئات الهشة (الأكثر قابلية لاستتارة العنف) للتعرف على مثيرات العنف لديها ومحاولة خفض هذه المثيرات.
 - ٢- دراسة حالات العنف دراسة علمية مستفيضة لاستكشاف الجوانب العضوية والنفسية والاجتماعية التي تحتاج إلى العلاج.
 - ٣- الحوار الصحي الإيجابي لإعطاء الفرصة لكل الفئات للتعبير عن نفسها بشكل منظم وآمن يقلل من فرص اللجوء إلى العنف.
 - ٤- التدريب على المهارات الاجتماعية، حيث وجد أن الأشخاص ذوي الميول نحو العنف لديهم مشكلات كثيرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مما

(١) أبو حميدان، يوسف عبد الوهاب (٢٠٠٦). مرجع سبق ذكره.

يضعهم في كثير من الأحيان في مواجهات حادة وخطرة مع من يتعاملون معهم، وهذا يستثير العنف لديهم، لذلك فإن برنامجاً للتدريب على المهارات الاجتماعية كمهارة التواصل ومهارة تحمل الإحباط وغيرها، يمكن أن يؤدي إلى خفض الميول العدوانية لدى هؤلاء الأشخاص.

٥- العقاب: أحياناً يؤدي العقاب المناسب (خاصة إذا كان قريباً من الفعل العنيف زمنياً) إلى تقليل حدة وتكرار السلوكيات العنيفة من خلال الارتباط الشرطي بين العنف والعقاب، ولكن إذا كانت هناك فترة زمنية طويلة بين الفعل العنيف وبين توقيع العقوبة، أو كان العقاب غير متناسب مع الفعل العنيف، فإن العقاب ربما يؤدي إلى نتيجة عكسية فيزيد من احتمالات زيادة العنف، وهذا ملاحظ في الحالات التي تتعرض للإيذاء الجسدي والنفسي العنيف حيث يصبحون أكثر ميلاً نحو العنف، بل ويزداد عنفهم خطورة.

٦- الاستجابات المغايرة: وهذه الطريقة تقوم على مواجهة السلوك العنيف بسلوك مغاير تماماً يؤدي إلى إيقاف العنف والتقليل من معاودته، وكمثال على ذلك إذا وجد الشخص نوي الميول العنيفة أن الشخص المقابل يعامله بحب وتعاطف وشفقة فإن ذلك يقلل من اندفاعاته العنيفة، وهذا مصداق للآية: ﴿ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ﴾ [فصلت: ٣٤]، ومثال آخر: أن تقابل الميول العنيفة بالدعابة من الطرف الآخر، وقد وجد فعلاً بالتجربة أن الدعابة والطرافة في المواقف الحادة تقلل من احتمالات العنف، ووجد أيضاً أن إيقاظ الإحساس بالذنب أو الانغماس في نشاط ذهني معرفي، أو التعرض لبعض المثيرات المحببة للشخص، كل هذا يمكن أن يؤدي إلى انخفاض نزعات العنف.

٧- العلاج الدوائي: وهذا العلاج يصبح ذو أهمية خاصة في الحالات المرضية كالأضطرابات العضوية أو النفسية وحتى في غير هذه الحالات وجد أن لبعض الأدوية مثل الليثيوم وأدوية الصراخ والمهدئات الجسمية أثراً على نزعات العنف.

علاج مشكلة العنف الأسري:

يمكن الإشارة إلى بعض النقاط الهامة تفيد في علاج مشكلة العنف الأسري؛

وهي كما يلي:

- ١- يكمن الحل في زيادة التكامل الاجتماعي حيث تتقلص حدة العنف بزيادة ارتباط الأشخاص بالجماعات الأولية التي تعمل على إشباع احتياجاتهم النفسية والاجتماعية وتغرس القيم الدينية وقيم الانتماء.
- ٢- يكمن حل مشكلة العنف في إعطاء المظلومين مشاركة عادلة في الثورة والقوة، وبذلك يمكن استخدام قوة المجتمع لإيقاف العنف مما يزيد من احترام الناس للمجتمع ومن رغبتهم في الالتزام بالقانون.
- ٣- أن تخفيف حدة العنف يكون أيضاً عن طريق التعلم بأن يتعلم الناس ألا يكونوا عنفاء في تصرفاتهم، لكن إحداث التغيير لا يتم فجأة أو مباشرة، ولكن هناك برامج للعلاج، ولتعديل السلوك لمن يرغب من الأفراد، وإن كانت هذه البرامج ليس لها تأثير كاف على جميع مظاهر العنف؛ أيضاً يرى أصحاب هذه النظرية أنه لحل هذه المشكلة لابد من إحداث تغييرات ثقافية واسعة المدى، وتوجد بالفعل برامج تعليمية تنفذ من خلال المدارس ووسائل الإعلام لتعليم عدم العنف.
- ٤- إن معاملة الأبناء في مراحل العمر المختلفة بالرحمة والعطف تجعلهم يشعرون بالاستقرار العاطفي والاجتماعي، فيستشعرون قيم الحب والمودة والإيثار، فينعكس ذلك على سلوكهم وتصرفاتهم مع ذويهم ومع المجتمع من حولهم، وبذلك تقوى القيم الأسرية التي يغذيها الاحترام والتقدير المتبادل بين الآباء والأبناء. وفي هذا الصدد حذر رسول الله (ﷺ) بقوله: "اعدلوا بين أولادكم في النحل (العطية) كما تحبون أن يعطوا بينكم في البر" (رواه مسلم). كما حذر من عقوق الوالدين، وعده من أكبر الكبائر وجعلها في المرتبة الثانية من الكبائر بعد الإشراف بالله.
- ٥- كما يمكن القول هنا أيضاً بأهمية عدم استعمال العنف أو العقاب الجسدي

العنيف كوسيلة تربية تمارس من قبل الأبوين على الأبناء كما هو مطبق في العديد من الدول الغربية، ويطلب في مثل هذه المواقف من الأطباء بلاغ السلطة المختصة عن كل حالة يعالجونها وتعرض فيها الطفل لسوء معاملة الأهل أو لأي ضرر يلحق به حتى تتمكن هذه السلطة، من خلال الأجهزة المختصة لديها، من تقديم العون والمساعدة سواء للطفل أو للأهل أو للأسرة ككل.

فمن أجل أن يكون موقف الآباء أكثر إيجابية وموقف الأبناء أقل عدائية، لابد من الإشارة إلى ما يلي:

أ - أهمية الأجواء الدافئة داخل الأسرة.

ب- ضرورة أن يعيش الأبناء حالات الإشباع والهدوء والطمأنينة لأن الطفل الذي يعيش في مثل هذه الأجواء يستطيع أن يواجه المشكلات المحبطة والصعبة، وليس من شك في أن قدرته على المواجهة مستمدة من محبة أهله له وثقته بهم ومن مواقفهم الثابتة والداعمة له. وعلى عكس ذلك، مواقفهم العلانية ستكون عدائية وغير مبالية، فإذا شئنا لأبنائنا أن يكونوا واثقين، قادرين، مطمئنين وهادئين في مواجهة الحياة وفي علاقاتهم مع الغير يتوجب علينا تفعيل الاتصال الواعي مع الأطفال وإيجاد الأجواء التي تبعد عنهم شتى أشكال العنف والغضب والتي تعزز إحساسهم بالانتماء والقبول وتدعم وجودهم نفسياً واجتماعياً.

ج- التذكير هنا بأهمية الخدمات النفسية والتربوية لكل من الأبناء والأهل (العلاج النفسي العائلي) وفي كلتا الحالتين يتم التركيز على تفعيل وتعزيز عمليات الاتصال الناجحة وكيفية مواجهة مشكلات الحياة وطريقة تعديل السلوك (عن طريق الحوار الهادئ والمنفهم) وفقاً لإعادة ترتيب جهاز القيم.

الدور الوقائي والعلاجي للحوار⁽¹⁾:

يمكن أن يلعب الحوار دورا حيويا وهاما في خفض مثيرات العنف والإقلال من احتمالات لجوء الأشخاص إلى العنف كوسيلة للتعبير عن أنفسهم أو كطريقة لحل مشكلاتهم أو التخلص من إحباطاتهم ورغم أننا على كل المستويات وفي كل المناسبات نتحدث عن أهمية الحوار ليس فقط كوقاية من العنف وعلاج له وإنما لتحسين نوعية وجودنا الفردي والاجتماعي والإنساني، رغم كل هذا فإن لدينا مشكلات عميقة عديدة تتعلق بهذه الناحية، إما بسبب انسداد قنوات الحوار (كلها أو بعضها)، أو بسبب شيوع أنماط غير صحيحة للحوار بيننا. وكلا السببين يؤديان إلى تعطيل عملية التواصل الصحيحة مع ما يتبع ذلك من مشكلات في العلاقات يكون العنف أحد إفرازاتها.

وهناك بعض المفاهيم المتصلة بشكل إيجابي أو سلبي بالحوار نذكر منها على سبيل المثال: الاختلاف والخلاف، والجدل، والشقاق، وفيما يلي تعريفات موجزة لهذه المفاهيم:

أ- **الاختلاف والخلاف**: وذلك أن ينهج كل شخص طريقا مغايرا للآخر في حاله أو في قوله وعلى هذا يمكن القول بأن الخلاف والاختلاف يراد به مطلق المغايرة في القول أو الرأي أو الحالة أو الهيئة أو الموقف. والخلاف أعم من "الضد" لأن كل ضدين مختلفان وليس كل مختلفين ضدين⁽²⁾.

ب- **الجدل**: إذا اشتد احتداد أحد المخالفين أو كليهما بما هو عليه من قول أو رأي أو موقف، وحاول الدفاع عنه، وإقناع الآخرين به، أو حملهم عليه سميت تلك المحاولة بالجدل. فالجدل في اللغة "المفاوضة على سبيل

(1) المهدي، محمد (د.ت). الحوار وقاية من العنف.

http://www.elazayem.com/new_page_138.htm.

(2) العلواني، طه جابر (١٩٩١). أدب الاختلاف في الإسلام، الطبعة الثالثة، الرياض: الدار العالمية للكتاب الإسلامي.

المنازعة والغلبة"، مأخوذ من "جدلت الحبل" إذا فتلته وأحكمت فتله، فإن كل واحد من المتجادلين يحاول أن يفتل صاحبه ويجدله بقوة وإحكام على رأيه الذي يراه.

ج- الشقاق: فإذا اشتدت خصومة المتجادلين، وأثر كل منهما الغلبة بدل الحرص على ظهور الحق ووضوح الصواب، وتعذر أن يقوم بينهما تفاهم أو اتفاق سميت تلك الحالة بالشقاق وأصله: أن يكون كل واحد في شق من الأرض، فكأنما أرضا واحدة لا تتسع لهما معا.

أهداف الحوار:

وللحوار أهداف، تتحقق كلما كان الحوار صحيحا، نذكر منها:

- ١- محاولة فهم الآخرين.
- ٢- إقناع الآخرين بوجهة نظر معينة.
- ٣- الوصول إلى صيغة من التفاهم والتعايش والتكامل.
- ٤- الارتقاء بالوجود البشري عن طريق تبادل وتكامل وتراكم الخبرات.

مرجعية الحوار:

كلما كانت هناك مرجعية قوية ومشاركة كلما كان الحوار أكثر إيجابية وتكاملا، وعلى العكس كلما ضعفت هذه المرجعية أو تشتتت أو تعارضت كلما تعطلت مسارات الحوار أو ضاقت وأصبح الحوار أقرب إلى الضجيج. ولذلك ففي فترات التحول الاجتماعي - خاصة المفاجئة أو السريعة - نجد أن الحوار يصبح أكثر صحبا وتشابكا وتشتتا نظرا لاختلاف المرجعيات المعرفية للفئات المختلفة اختلافا شديدا يجعلها لا تملك الحد الأدنى للاتفاق على أي شيء، وتضيق منها كل الثوابت ويصبح كل شيء قابلا للطعن والتشكيك والتسفيه.

مستويات الحوار:

- ١- الحوار الداخلي (مع النفس): في حالة كون هذا الحوار صحيحا فإنه يتم بين مستويات النفس المختلفة في تناغم وتصالح دون إلغاء أو وسم أو

إنكار أو تشويه. أما إذا فشل ذلك الحوار النفسي الداخلي فإن الاضطرابات الناتجة ربما تدفع بموجات العنف المتراكمة إلى الخارج أو إلى الداخل فتكون مدمرة للآخرين أو للنفس ذاتها.

٢- الحوار الأفقي (مع النفس): وهو ينقسم إلى قسمين:

أ - حوار بين أفراد المجتمع الواحد الذين يشتركون في المعتقدات والقيم والمفاهيم. وهذا الحوار يقوم على مبدأ "تصف رأيك عند أخيك"، ومبدأ "التعاون في الاتفاق والأعذار في الاختلاف".

ب- حوار بين المجتمعات المتباينة في المعتقدات والقيم والمفاهيم، وهذا الحوار يجري وفق مبدأ التعايش بهدف تنمية عوامل الخير، والاشترار (رغم الاختلاف) في أعمار الكون.

٣- الحوار الرأسي (مع الله): وتختلف طبيعة هذا الحوار عن المستويين السابقين حيث يتوجه الإنسان نحو ربه بالدعاء والاستغفار وطلب العون ويتلقى منه سبحانه إجابة الدعاء والمغفرة والمساعدة. وهذا المستوى إذا كان نشطا وإيجابيا فإنه يحدث حالة من التوازن والتساق في المستويين السابقين (أي في حوار الإنسان مع نفسه وحواره مع الآخرين)

قبول الخلاف كسنة كونية أساس لنجاح الحوار:

إن الاختلاف في وجهات النظر وتقدير الأشياء والحكم عليها، أمر فطري طبيعي وله علاقة بالفروق الفردية إلى حد كبير، إذ يستحيل بناء الحياة، وقيام شبكة العلاقات الاجتماعية بين الناس ذوي القدرات المتساوية والنمطية المتطابقة، إذ لا مجال - عندئذ - للتفاعل والاكتساب والعتاء! ذلك أنه من طبيعة الأعمال الذهنية والعملية اقتضاء مهارات وقدرات متفاوتة ومتباينة، وكان حكمة الله تعالى اقتضت أن بين الناس بفروقهم الفردية - سواء أكانت خلقية أم مكتسبة - وبين الأعمال في الحياة قواعد والتقاء، وكل ميسر لما خلق له، وعلى ذلك فالناس مختلفون^(١).

(١) العلواني، طه جابر (١٩٩١). مرجع سبق ذكره.

مع من يكون الحوار:

الحوار واجب طول الوقت كلما التقى اثنين أو أكثر من البشر. ونحن نخطئ كثيراً حين نظن أن الحوار يكون فقط بين طبقة المثقفين أو الصفوة، والأحرى أن يكون الحوار شاملاً لكل مستويات المجتمع وأن يبقى نشطاً ومستمرًا، وتولى عناية خاصة للمجموعات الأكثر فاعلية لظهور العنف (أو ما يسمى بالمجموعات الهشة) ونذكر منها:

- ١- فئات السن من ١٥-٢٥ سنة، حيث تسبب التغيرات العضوية والنفسية والمصاحبة للمراهقة حالة من عدم التوازن ربما تؤدي إلى العنف عند التعرض لمثيراته. وقد وجد أن المراهق حين تستثار دوافع العنف لديه فإنه يوجه هذا العنف نحو أي شخص أو أشخاص دون تمييز، وهذا يختلف عن عنف الأشخاص الأكبر سناً والذين يوجهونه غالباً نحو أشخاص لهم بهم علاقة - عادة أحد أفراد الأسرة^(١).
- ٢- الأماكن المزدهمة والأحياء الفقيرة (المناطق العشوائية كمثال).
- ٣- الأقليات داخل المجتمع والتي ربما تشعر أنها واقعة تحت ضغط أو حصار من الأغلبية، وكلمة الأقليات هنا لا تقتصر على الأقليات الدينية أو العرقية، بل الأفضل أن تشمل أي مجموعة ذات فكر أو عقيدة معينة تختلف عن غالبية الناس.
- ٤- الأشخاص الذين سبق تورطهم في أعمال عنف (في السجون والإصلاحات). وغير صحيح ما يدعيه البعض ويروج له من أنه لا حوار مع من يخرج على القانون، بل على العكس إن هذه الفئة في حاجة ماسة إلى الحوار قبل وأثناء وبعد تنفيذ العقوبة القانونية عليها، والحوار هنا لا يلغي المسؤولية القانونية للشخص عن أفعاله، وإنما يحاول علاج ما حدث والوقاية من عنف محتمل.

(1) Kaplan, H. and Sadock, B. (1994). *Synopsis of Psychiatry*, Seventh ed., Baltimore: Williams and Wilkins.

- ٥- مدمني الخمر والمخدرات: فقد ثبت أن ٥٠% ممن قاموا بحوادث قتل أو اعتداء تعاطوا الخمر قبل القيام بهذه الأفعال بوقت قليل، وهذه الفئة لها مشاكل كثيرة في العلاقات مع الآخرين.
- ٦- الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية خاصة أولئك الذين يعانون من الشعور بالغضب، أو لديهم ميول عدوانية، أو لديهم اضطراب في التحكم أو عطب عضوي بالمخ، أو سبق لهم إشعال النار بالممتلكات أو التبول في الفراش أو القسوة على الحيوانات.
- ٧- الأشخاص الذين تكرر منهم التهديد باستخدام العنف.
- ٨- من لديهم ميول عدوانية نحو رموز السلطة في المجتمع.
- ٩- الأشخاص الذين فقدوا أحد الأبوين أو كليهما في سن مبكر.
- ١٠- المتهورون في قيادة السيارات.
- ١١- الفئات التي تشعر بأنها ضحية في المجتمع.
- ١٢- الأفراد الذين ينتابهم الشعور بالعجز واليأس.
- ١٣- العاطلين عن العمل.
- ١٤- الأفراد الذين تعرضوا للإيذاء النفسي أو الجسدي أو كليهما معا في السجن أو معسكرات الاعتقال.

ألوان من الحوار السلبي^(١):

- ١- الحوار العدمي التعجيزي: وفيه لا يرى أحد طرفي الحوار أو كليهما إلا السلبيات والأخطاء والعقبات وهكذا ينتهي الحوار إلى أنه "لا فائدة" ويترك هذا النوع من الحوار قدرا كبيرا من الإحباط لدى أحد الطرفين أو كليهما حيث يسد الطريق أمام كل محاولة للنهوض.
- ٢- حوار المناورة (الكر والفر): ينشغل الطرفان (أو أحدهما) بالتفوق اللفظي

(1) المهدي، محمد (١٩٩٢). الصحوة الإسلامية: الدوافع والعوائق، دراسة نفسية، المنصورة: دار الوفاء.

- في المناقشة بصرف النظر عن الثمرة الحقيقية والنهائية لتلك المناقشة وهو نوع من إثبات الذات بشكل سطحي.
- ٣- الحوار المزدوج: وهنا يعطي ظاهرة الكلام معنى غير ما يعطيه باطنه وذلك لكثرة ما يحتوي من التورية والألفاظ المبهمة .. وهو يهدف إلى إرباك الطرف الآخر .. ودلالاته أنه نوع من العدوان الخبيث.
- ٤- الحوار السلطوي (اسمع واستجب): نجد هذا النوع من الحوار سائدا على كثير من المستويات، فهناك الأب المتسلط والأم المتسلطة، والمدرس المتسلط، والمسئول المتسلط .. الخ. وهو نوع شديد من العدوان حيث يلغي أحد الأطراف كيان الطرف الآخر ويعتبره أدنى من أن يحاور، بل عليه فقط السماع للأوامر الفوقية والاستجابة دون مناقشة أو تضجير. وهذا النوع من الحوار فضلاً عن أنه إلغاء لكيان (وحرية) طرف لحساب طرف آخر، فهو يلغي ويحبط القدرات الإبداعية للطرف المقهور فيؤثر سلباً على الطرفين وعلى المجتمع بأكمله.
- ٥- الحوار السطحي (لا تقترب من الأعماق فتغرق): حين يصبح التحاور حول الأمور الجوهرية محظوراً أو محوطاً بالمخاطر، يلجأ أحد الطرفين أو كلاهما إلى تسطيح الحوار طلباً للسلامة أو كنوع من الهروب من الرؤية الأعمق بما تحمله من دواعي القلق النفسي أو الاجتماعي.
- ٦- حوار الطريق المسدود (لا داعي للحوار فلن نتفق): يعلن الطرفان (أو إحداهما) منذ البداية تمسكهما (أو تمسكه) بثوابت متضادة تغلق الطريق منذ البداية أمام الحوار وهو نوع من التعصب والتطرف الفكري وانحسار مجال الرؤية.
- ٧- الحوار الإلغائي أو التسفيهي (كل ما عداي خطأ): يصر أحد طرفي الحوار على ألا يرى شيئاً غير رأيه وهو لا يكتفي بهذا بل يتنكر لأي رؤية أخرى ويسفهاها ويلغئها. وهذا النوع يجمع كل سمات الحوار السلطوي وحوار الطريق المسدود.

- ٨- حوار البرج العاجي: ويقع فيه بعض المتقنين حين تدور مناقشاتهم حول قضايا فلسفية أو شبه فلسفية مقطوعة الصلة بواقع الحياة اليومي وواقع مجتمعاتهم. وغالبا ما يكون ذلك الحوار نوعا من الحنقلة وإبراز التمييز على العامة دون محاولة إيجابية لإصلاح الواقع.
- ٩- الحوار الموافق دائماً (معك على طول الخط): وفيه يلغي أحد الأطراف حقه في التنازل لحساب الطرف الآخر إما استخفافاً (خذه على قد عقله)، أو خوفاً، أو تبعية حقيقية طلباً للراحة وإلقاء المسؤولية كاملة على الآخر.
- ١٠- الحوار المعاكس دائماً (عكسك دائماً): حيث يتجه أحد طرفي الحوار يمينا يحاول الطرف الآخر الاتجاه يسارا والعكس بالعكس وهو رغبة في إثبات الذات بالتمييز والاختلاف ولو كان ذلك على حساب جوهر الحقيقة.
- ١١- حوار العدوان السلبي (صمت العناد والتجاهل): يلجأ أحد الأطراف إلى الصمت السلبي عنادا وتجاهلا ورغبة في مكيدة الطرف الآخر بشكل سلبي دون التعرض لخطر المواجهة.

خصائص الحوار الإيجابي^(١):

بما أن الحوار عملية تبادلية بين طرفين أو أكثر، وهو يتم من خلال عمليتين أساسيتين هما الإرسال والاستقبال إذن فلنحاول الآن أن نرى كيف يمكن أن يتم الحوار بشكل فعال من خلال تحسين كفاءة الاستقبال (السماع) والإرسال (التحدث):

[١] الاستقبال (أدب الاستماع):

إن أهم شروط الحوار الناجح مع الآخرين حسن الاستماع والفهم لما يصدر عنهم، وهذا الاستماع الجيد يعطي فائدة مزدوجة للطرفين فبالنسبة للمتحدث يشعر بارتياح واطمئنان حيث يجد أن الطرف الآخر يحسن الإصغاء له ويعي ما يقوله، وهذا يعطي فرصة لدوام الحوار والتواصل بشكل جيد وسلس. وبالنسبة للمستمع فإن

(١) المهدي، محمد (١٩٩٢). مرجع سبق ذكره.

إنصاته وفهمه الجيد لما يقوله المتحدث يعطيه قدراً من المعلومات وإماماً بالموضوع يسمح له بالرد المناسب والحوار المناسب. ونحن: ما الشروط الواجب توافرها لكي نحقق الاستماع الجيد؟ .. والإجابة هي:

- إقبال المستمع بوجه طلق هادئ نحو المتحدث .. مع إعطاء إيماءات المتابعة والفهم من وقت لآخر حتى يتأكد المتحدث أن المستمع معه دائماً.
- عدم إظهار علامات الرفض أو الاستياء بشكل يقطع على المتحدث فرصة الاسترسال إلا إذا كان قطع الاسترسال مطلوب لذاته.
- عدم إعطاء ردود فعل سريعة ومباشرة قبل أن ينتهي المتحدث من كلامه.
- عدم ملاحقة كلام المتحدث بكلام من الملتقى بشكل سريع، بل الأفضل السكوت للحظة للاستيعاب وإعادة النظر في كلام المتحدث ثم ترتيب الأفكار قبل التعليق.
- الفهم الجيد لمحتوى الحديث مع محاولة إعادة ترتيبه إذا أمكن.
- الإدراك الجيد للمشاعر التي يبديها المتحدث أثناء حديثه، فهذا الإدراك يعطي بعداً هاماً للحديث من خلال التعرف على الانفعالات المصاحبة للموضوع.
- قراءة لغة جسم المتحدث كإشارات يديه وإيماءات رأسه وحركات جسمه.
- أن يحاول المستمع ضبط انفعالاته تجاه ما يسمع، وأن يتذكر دائماً أن كل شيء قابل للمناقشة والتحاوور والأخذ والرد، وأن الانفعالات الحادة تقطع طريق التواصل الجيد وتعتبر إحدى علامات عدم نضج الشخصية.
- أن لا يعتبر المستمع نفسه في موقف القاضي الذي يستمع فقط ليقيم محدثه ثم يحكم له أو عليه.

[٢] الإرسال (أدب التحدث):

حين يتحدث شخص أمام الناس بهدف توصيل رسالة أو مفهوم معين فعليه، أن يضع في الاعتبار الأشياء التالية:

شكل المتحدث ومظهره:

- ١- يستحب أن يكون المتحدث حسن الشكل، حسن المظهر، مهذب الثياب في بساطة، وأن يخلو مظهره ولباسه من الأشياء الصارخة والملفتة للنظر حتى لا يشتت انتباه المستمع.
- ٢- يجب أن يقبل المتحدث بوجهه نحو المستمع (أو المستمعين).
- ٣- ويتأكد المتحدث قبل وأثناء وبعد الحديث أن أعضاء جسمه في حالة استرخاء وفي وضع مريح، فلا يأخذ أوضاعا تؤدي إلى التوتر العصبي أو العضلي، أو تثير دهشة أو سخرية المستمع.
- ٤- يحرص المتحدث أن عدم المبالغة في إظهار الانفعال إلا لضرورة (كأن يثير حماساً معيناً في موقف يستدعي الحماس)، وأن لا يبالغ في حركات يديه أو جسمه أثناء التحدث.
- ٥- التوسط في سرعة السرد فلا يكون بالبطيء الممل ولا بالسريع المخل.

مضمون الحديث:

إن لمضمون الحديث أثراً هاماً وعليه يتوقف مسار الحوار والمناقشة، فإذا كان مضمون الحديث ومحتواه جذاباً ومريحاً للمستمع استمر الحوار البناء وأتى التواصل ثمرته، أما إذا كان محتواه غير ذلك فإن الحوار يصبح دفاعياً أو هجومياً وتكون نتيجته سلبية على الطرفين.

وقد تابع أحد علماء النفس عدداً كبيراً من المناقشات في عدد من المجالات المختلفة خرج منها بتصنيف مزدوج للمناقشة الدفاعية وكيف يمكن أن تكون مناقشة حيوية حوارية، وسوف نورد هذا التصنيف هنا باختصار:

- ١- التقييم مقابل الوصف: فكما زاد التقييم من قبل شخص المتحدث سواء كان مباشراً أو غير مباشر، أو كان كلامياً أم من خلال لغة الجسم من نبرات صوت أو حركات، كلما زاد الموقف الدفاعي لدى المستمع، وبالرغم من أن المستمع قد لا يقابل التقييم بسلوك دفاعي إلا أن هذا يتم في حالات قليلة بينما الغالبية تقابل التقييم بسلوك دفاعي، وإذا أردنا تجنب

هذه الحالة فما على المتحدث إلا أن يتبع وصف الحالة المناقشة دون إشعار الآخرين بأنه يحاول تغيير وجهات نظرهم أو تقييم سلوكهم، عند ذلك يقابل هذا الحديث بارتياح وعدم تحفظ أو هجوم.

٢- التحكم مقابل الاختيار: عندما يحاول المتحدث فرض وجهة نظره بطريقة الإقناع القوي بمختلف الطرق المباشرة وغير المباشرة، يزرع في المستمع مقاومة هذا التوجه ورفضه، لأن المستمع يستنتج من سلوك المتحدث هذا أنه ينظر إليه على أنه غير كفء لاتخاذ القرار المناسب بنفسه ومن ثم يأخذ موقفا دفاعيا يجعل المناقشة تراوح مكانها، غير أن المتحدث عندما يعطي الانطباع في حديثه أنه يرغب التعاون مع المتحدث إليه يفهم من هذا أن المتحدث يقدر قدرته على البحث عن حل والرغبة في التعاون وبالتالي فإن المستمع يشترك بطريقة تلقائية تعاونية في المناقشة ويسهم إسهاما كبيرا في البحث عن حل بطريقة تتم عن المرونة وعدم الدفاعية، ومن ثم الحرية في مناقشة الموضوع.

٣- استخدام الاستراتيجيات مقابل التلقائية: فعندما يقوم المتحدث باستخدام استراتيجيات مثل الغموض في الكلام، أو الدوافع المتعددة، أو يتكلم بتلقائية غير طبيعية فإن ذلك قد يعبر عن سذاجة وعدم مصداقية أو إمكانية خداع، وهنا نجد المستمع يتخذ موقفا دفاعيا، ذلك أن الناس لا يريدون أن يكونوا ضحايا للغموض والدوافع الذاتية. لكن المستمع عندما يدرك أن المتحدث يتكلم بتلقائية طبيعية وهي تلك التي تعني الاستقامة والأمانة والاستجابة حسب طبيعة الأحوال المحيطة، فإنه يبادل المتحدث بنفس الطريقة، وهنا تتساقب المعلومات المتبادلة ويتم فتح ميدان خصب لتنمية المهارات المختلفة.

٤- عدم الإكتراث مقابل التعاطف: عندما يكون المتحدث غير مكترث بالموضوع قيد النقاش ويظهر البرود حياله، يفقد النقاش الحيوية والاهتمام، ويجعل المستمع غير متحمس، ويصبح مستمعا سلبيًا ومتحدثًا

دفاعيا أو هجوميا، ولكن عندما يكون المتحدث متحمسا ومتعاطفا مع الموضوع فإن ذلك يجعل المستمع جادا في استماعه وحديثه، يتحدث بتلقائية ويدلي بمعلومات ذات علاقة كبيرة بالموضوع المناقش ويزداد إثراء النقاش وحيويته.

٥- **التعالي مقابل التساوي:** عندما يجعل المتحدث الآخرين يحسون أنه متفوق في شيء ما سواء في المكانة أو المال .. الخ، فإن ذلك يعني بداية المواقف الدفاعية لدى الآخرين وبداية التفكير في آثار ومضامين الحديث على المستمع وبالتالي نسيان الموضوع المناقش برمته. لكن المتحدث عندما يفصل للمستمع آثار المشكلة دون أي اعتبار لما ذكر أعلاه، وأن حل المشكلة عمل جماعي مشترك تحكمه الثقة والاحترام المتبادل، فإن أي فارق بين الأشخاص بعد ذلك غير ذي أهمية، وعند ذلك تصبح المناقشة غنية متدفقة بين أطراف النقاش.

٦- **التصلب مقابل المرونة:** إن التصلب في رأي أثناء مناقشة موضوع أو مشكلة ما يعتبر في حد ذاته عائقا في سبيل النقاش أو حتى يؤدي إلى توقفه. فقد يكون هناك أشخاص يظهرون أنهم ليسوا في حاجة إلى زيادة معلومات عن المشكلة بينما الواقع غير ذلك، وهذا مظهر من مظاهر التصلب يحول دون مباشرة الموضوع. إن مثل هذا العمل يجعل الآخرين يقومون بأنماط من السلوك الدفاعي، وهذا يجعل النقاش في أضعف مستوى له. لكن عدم التصلب، أي المرونة في التنازل عن الرأي عند اللزوم وتقبل آراء الآخرين، وفي الوقت الذي لا يعني الأخذ بهذه الآراء، أمر ضروري في سبيل الوصول إلى آراء متفق عليها. ولعل أهم دليل على المرونة وعدم التصلب هو البحث عن حل للمشكلة وتقبل أي أطروحات للحل ووضعها موضع النقاش والتحليل والدراسة.

نماذج من التراث للحوار الإيجابي:

(١) عن أنس بن مالك (رضي الله عنه) قال: "بينما نحن في المسجد مع رسول الله (صلى الله عليه وسلم)

إذ جاء أعرابي فقام يبول في المسجد فقال أصحاب رسول الله (ﷺ): مه مه، قال: قال رسول الله (ﷺ): لا تورموه (لا تقطعوا بوله)، فتركوه حتى بال، ثم إن رسول الله (ﷺ) دعاه فقال له: إن هذه المساجد لا تصلح لشيء من هذا البول أو القذر إنما هي لذكر الله عز وجل والصلاة وقراءة القرآن، أو كما قال رسول الله (ﷺ) قال: فأمر رجلا من القوم فجاء بدلو من الماء فشنه عليه⁽¹⁾.

جاء الأعرابي (ساكن البادية) إلى المسجد فقام يبول فيه إما جهلا بحرمة، أو إتباعا لنمط حياته البدوية، أو تحديا لمشاعر المسلمين الذين يعظمون المساجد خاصة إذا كان المسجد النبوي. وأياً كانت دوافع الأعرابي لهذا الفعل، فإن ذلك قد أثار مشاعر الاستياء والرفض والغضب لدى الجالسين في المسجد فعبّر الصحابة - رسوان الله عليهم - عن مشاعرهم مباشرة بزجر الرجل عن فعله المنتهك لحرمة المسجد وللآداب العامة. ولا شك أن رسول الله (ﷺ) أنكر هذا السلوك من الأعرابي ولكنه استنطاع أن يملك نفسه وأن يتصرف مع الأعرابي بطريقة علاجية تروض غلظته وتلين قلبه ويحرم جهله، فأمر صحابته بالكف عنه وألا يقطعوا عليه بولته، فهو الطبيب العارف بأثر قطع بولة الأعرابي على حالته النفسية، فإن قطع البول سبب توترا شديدا كان كفيلا - لو حدث - بأن يفجر غلظة الأعرابي وعدوانيته، وفي ذات الوقت يجعله غير مهيا لتلقي الرسالة التعليمية والعلاجية التي بثها له الرسول من خلال تحاوره معه بعد ذلك. لذلك كان لابد وأن يسمح له باستكمال بولته حتى يصبح مهينا للتلقي، وليتعلم الصحابة في ذات الوقت كيف يتحكمون في غضبهم الناتج على الرجل.

وما هو الأعرابي قد فرغ من بوله .. فماذا بعد؟ .. هل يترك إلى حال سبيله تحاشيا لجهله وبدأوته ورفضاً لانتهاكه لكثير من الحرمات والآداب؟ .. هل يعنف ليكون ذلك درسا قاسيا يردعه ويردع أمثاله عن هذا الفعل المشين؟ .. هل ينسى الأمر برمته وكان شيئا لم يقع؟ ..

(1) أخرجه البخاري في كتاب الوضوء ٥٦/١، وأخرجه مسلم في كتاب الطهارة ١٦٣/١.

إن كل هذه الاستجابات لا تؤدي وظيفة ايجابية لا للأعرابي المنتهك للحرمة ولا للصحابة كاظمي الغيظ فماذا كانت استجابة الرسول المعلم (ﷺ)؟ .. دعاه رسول الله (ﷺ) وشرح له وظيفة المساجد، وأن ما حدث منه لا يتفق مع هذه الوظيفة، وكان هذا هو الجزء المعرفي في العلاج .. فهل كان كافياً وحده؟ .. لا .. لأنه حتى وإن كان كافياً للأعرابي (وهو ليس كذلك)، فماذا عن قلوب الصحابة التي تضطرب بالغضب من فعلة الأعرابي؟ .. لذلك أمر رسول الله (ﷺ) رجلاً من الصحابة فصب الماء على موضع البول تطهيراً له وتنظيفاً لأثره، وكان هذا هو الشق الثاني من العلاج وهو علاج بالفعل والسلوك. فبالنسبة للأعرابي فقد رأى بعينه قبح فعلته بما استدعى صب دلو من الماء الطاهر على بوله ليمحو أثره من المكان المقدس. ورأى بعينه قبل وبعد وأثناء ذلك حلم الرسول المعلم تجاه فعله. وبالنسبة للصحابة فقد أطفأ ماء الدلو غضبهم وهو يسيل فوق النجاسة فيمحوها، وتعلموا أن الأمر على قداخته ميسور العلاج. وهكذا يكون الحوار الإيجابي في السياق الصحي مثمراً ونافعاً.

(٢) حين دخل الشاب على رسول الله (ﷺ) وقد تأججت شهوة الرنا في قلبه حتى لم يعد قادراً على إحمادها، وهو في ذات الوقت يعرف (بعقله) حرمة الرنا، لذلك أصبح في صراع يريد أن يجد له حلاً، فلجأ إلى طبيب النفوس محمد (ﷺ) يطلب منه أن يأذن له في الزنا، وحين سمع الحاضرون الشاب يطلب ذلك من الرسول (ﷺ) صراحة، هالهم ذلك وأفرعهم، فزجروه وقالوا له مه. ولكن الرسول (ﷺ) كان قد غاص في نفس هذا الشاب ورأى حجم المشكلة وعرف أن الزجر لسر يجدي، بل ربما دفع الشاب إلى الخروج من دائرة الإسلام تحت ضغط الشهوة، وعرف أيضاً أن تذكير الشاب (المتوقد شهوة) بالحكم الشرعي ليس هو الحل، لأن من الواضح أن الشاب يعرف حرمة الزنا بدليل أنه جاء يستأذن الرسول (ﷺ) فيه، ولا يستأذن إلا في شيء محظور، لذلك قال له الرسول (ﷺ): (أدنه، فدني منه قريباً. قال: أتجبه لأمك؟ .. قال لا والله جعلني الله فداك، قال: ولا الناس يحبونه لأمهاتهم، قال: أتجبه لابنتك؟ .. قال: لا والله يا رسول الله جعلني الله فداك، قال:

ولا الناس يحبونه لبناتهم، قال: أفتحبه لعمتك؟ .. قال: لا والله جعلني الله فداك. قال: ولا الناس يحبونه لعمااتهم، قال: أفتحبه لخالتك؟ .. قال: لا والله جعلني الله فداك. قال: ولا الناس يحبونه لخالاتهم. قال: فوضع يده عليه وقال: اللهم اغفر ذنبه وطهر قلبه وحصن فرجه، فلم يكن بعد ذلك الفتى يتلفت إلى شيء⁽¹⁾.

ومن خلال تحليل هذا الموقف نرى أن أول شيء فعله الرسول (ﷺ) هو أن طلب من الشاب أن يدنو منه ليقرب من نفسه حسا ومعنى وليزيل أثر الزجر والرفض الذي واجهه به الحاضرون، فدنى الشاب منه قريبا، وهنا بدأ الحوار العلاجي، فسأله إن كان يحب أن يزني أحد بأمه أو بابنته أو بأخته أو بعمة أو بخالته، فكان الشاب يجيب في كل مرة بالنفي ويتبع النفي بكلمة: جعلني الله فداك، فيعقب الرسول (ﷺ) بقوله ولا الناس يحبونه، ويتضح من ذلك أن الحوار كان يدور بشكل هادئ ومريح بدليل قرب الشاب من الرسول ودعاه للرسول بعد كل رد "جعلني الله فداك" وإنصاته للرسول (ﷺ) حتى النهاية.

وينضح أن الرسول (ﷺ) كان يحاول من خلال الحوار إحداث صورة ذهنية لدى الشاب تجعله يكره هو نفسه هذا الفعل من خلال تكرار تلك الصور الذهنية التي تصور احتمال أن يزني أحد بأمه (وهي أصله) أو ابنته (وهي فرعه) أو عمته (أخت أبيه) أو خالته (أخت أمه).

ولم يكتف الرسول (ﷺ) بالحوار اللفظي المجرد وإنما دعم ذلك بالجانب الروحي في لمسة حانية حيث وضع يده على صدر الشاب (محل الشهوة الشائنة) ودعا له بالمغفرة أولاً لما حدث منه (أو يحتمل أن يكون قد حدث) من زلات تحت تأثير هذه العلة في قلبه فقال "اللهم اغفر له ذنبه"، ثم اتبع ذلك بدعاء آخر "وطهر قلبه" أي من هذه الشهوة التي استحكمت فيه، و"حصن فرجه" الذي كان الوسيلة لتنفيذ هذا الفعل. وهكذا يكون الحوار (وهو أداة معرفية أساسية) جزءا في الإطار الوجداني والروحي.

(1) أخرجه الإمام أحمد في مسنده من حديث أمامة (ﷺ).

(٣) حين اتخذ المسلمون مكانهم للقاء المشركين في غزوة بدر، وكانت آبار المياه أمامهم، نهض الحباب بن المنذر (رضي الله عنه) وسأل رسول الله (صلى الله عليه وسلم): أهو منزل أنزلكه الله؟ أم هو الرأي والحرب والمكيدة؟ .. فأجاب رسول الله (صلى الله عليه وسلم): بل هو الرأي والحرب والمكيدة. فقال الحباب: يا رسول الله ما هذا بمنزل .. وأشار على رسول الله (صلى الله عليه وسلم) بالوقوف بحيث تكون آبار المياه خلف المسلمين فلا يستطيع المشركون الوصول إليها .. وفعلا أخذ الرسول (صلى الله عليه وسلم) بهذا الرأي الصائب وكان ذلك أحد عوامل النصر في المعركة.

وإذا حاولنا تحليل هذا الموقف نجد أن الحباب بن المنذر (رضي الله عنه) كان جنديا إيجابيا على الرغم من أنه واحد من عامة المسلمين، وكان أمامه كثير من الأعدار لكي يسكت أو يعطل تفكيره، فهو مجرد جندي تحت لواء رسول الله (صلى الله عليه وسلم) الذي يتلقى الوحي من السماء، وهناك كبار الصحابة أصحاب الرأي والمشورة .. ولكن كل هذه الأسباب لم تمنعه من إعمال فكره والجهر برأيه الصائب .. ولم يجد الرسول (صلى الله عليه وسلم) .. وهو القائد الأعلى للجيش - أي غضاضة في الاستماع لرأي أحد الجنود والأخذ به.

(٤) قد ناظر ابن عباس الخوارج وحاورهم في أذب واستمع لهم وتحدث إليهم فرجع منهم ألفان إلى الحق وبقي ستة آلاف، مع أن هؤلاء قوم أشهروا سيوفهم للقتال واستحلوا دماء مخالفيهم، ولكنهم مع ذلك حين جوبلوا بالحق استجاب كثير منهم، وحينما ذكروا بالقرآن تنكروا، وحينما دعوا إلى الحوار استجابوا بقلوب مفتوحة^(١).

الملخل المعرفي لتخفيف الآثار المترتبة على العنف:

يعد العلاج المعرفي نموذجا ملائما للعلاج النفسي؛ ويتمثل الهدف الرئيسي منه في تدعيم المسترشدين لتطوير استراتيجيات ملائمة للتعامل مع حياتهم،

(1) العلواني، طه جابر (١٩٩١). مرجع سبق ذكره.

ومشاكلهم، ومن خلاله يتم مساعدتهم على توضيح أنظمة معتقداتهم السلبية وغير المنطقية والتي تؤدي إلى حدوث مشكلاتهم المختلفة.

وعلى الرغم من أن النظرية المعرفية كنسق متكامل لم تلاقي اهتماماً كبيراً كغيرها في مجال الخدمة الاجتماعية في البداية، إلا أنه بدأ يتسع نطاق استخدامها ببطء مع مرور الوقت فقد استخدم عدد من الأخصائيين الاجتماعيين بعض الأساليب العلاجية التي تتشابه إلى حد كبير مع أساليب العلاج المعرفي، وذلك في ممارستهم اليومية؛ وكتبوا أيضاً عن هذه الأساليب في دوريات الخدمة الاجتماعية، فمثلاً أشار كل من جوتليب وستانلي Gottlieb & Stanley إلى أنه لا بد للعلاج المعرفي في خدمة الفرد أن يقوم على أساس مجموعة من الأهداف التي تتحقق شعورياً، وأن يكون متفقاً عليها، ويكون من مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي القيام بالتشخيص الدقيق لمساعدة المسترشد على تحقيق إدراكه لنفسه، وللموقف الذي يمر به، وزيادة قدرته على إعادة صياغة أهداف جديدة بناءً⁽¹⁾.

ويعد ستانلي Stanley أول من استخدم مصطلح خدمة الفرد المعرفية Cognitive Case Work، ويقصد بها مساعدة تستخدم مع العملاء الذين يظهرون نوعاً من القصور المعرفي، ويرى ستانلي Stanley إنه يجب على الأخصائيين الاجتماعيين تحمل مسؤولية تطوير أساليب جديدة للعمل مع العملاء، وأن خدمة الفرد المعرفية هي أحد هذه الأسباب، ويجب أن يتفاعل خدمة الفرد مع جوانب العجز المعرفي التي تؤثر على المهارات الضرورية للتفكير.

ومنذ ذلك الوقت وحتى وقتنا الحاضر بدأ الأخصائيون الاجتماعيون في تطوير استخدام العديد من الأساليب المعرفية واتسع نطاق استخدامها لها، وتبدو مظاهر هذا الاستخدام في النقاط التالية:

- التعامل مع العميل على أساس سلوكه، وأفكاره، وانفعالاته، وأهدافه، مع إهمال القوى اللاشعورية.

(1) Freman, A.: Center for Cognitive Therapy, Op. Cit: 30.

- القيام بالتشخيص باستخدام مصطلحات التشويش أو إعاقة تفكير العميل.
- التركيز على جوانب القوة في العميل أكثر من التركيز على جوانب الضعف.
- إرشاد العميل لمحاولة اختيار الخبرات التي ربما تعدل إدراكه غير المناسب.
- معرفة أن سلوك العميل يتشكل طبقاً لأهدافه الشخصية أكثر من دوافعه البيولوجية.
- العمل على تحقيق التغيرات التي يريدها العميل والتي تتضمن زيادة وعيه وشعوره بنفسه وبالمحيطين به^(١).

الأساس النظري الذي يقوم عليه العلاج المعرفي:

يعتمد العلاج المعرفي في أساسه النظري على العديد من النظريات، وتشارك هذه النظريات في جوانب أهمها: أنها تركز على الحاضر أكثر من الماضي وعلى الشعور أكثر من اللاشعور، ولهذا فإن المعالج المعرفي لا يهتم بالبحث عن أسباب حدوث الصعوبات عند العميل ولكنه يهتم بتحديد النمط السلوكي المعرفي سيئ التوظيف وكيف يمكن تغييره^(٢). وجوهر هذا المدخل هو النظر إلى العقل الإنساني وروافده المعرفية باعتباره الأصل في حدوث مشكلات الإنسان الشخصية^(٣).

ولا يمكن القول بأن الأساس النظري للعلاج المعرفي عبارة عن مجموعة من الأفكار والافتراضات النظرية التي قام بها مجموعة من العلماء، ولكنه اتجاه عام يتضمن نسق محدد بدقة يتكون من مجموعة من مفاهيم ونظريات، ويستطيع كل

- (1) عبد الغفار، إحسان زكي وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص ص ١٨٨-١٨٩.
- (2) صقر، محمد شريف (١٩٩٧). أهم المداخل الحديثة في خدمة الفرد وتطبيقاتها في المجال المدرسي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثالث، ص ٥٦.
- (3) الشناوي، محمد محروس (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع، ص ١٠.

ممارس يرغب في تطبيق العلاج المعرفي أن يستخدمها في إطار هذا النسق وفقاً لطبيعة المشكلات التي يتعامل معها^(١).

الأسس التي يعتمد عليها العلاج المعرفي^(٢):

- يتحدد سلوك الفرد من خلال الأفكار والمعاني التي يتبناها حيال الظواهر المختلفة.
- من أهم هذه الأفكار والمعاني ما يحدد أهداف الفرد القصيرة والبعيدة في الحياة، وبالتالي تتشكل اتجاهاته في ضوءها.
- لا يخضع الفرد كلياً لسيطرة غرائزه، فأهدافه الحيوية التي حددتها أفكاره قادرة على تطويع هذه الغرائز، حتى غريزة العدوان التي أشار إليها فرويد تعد في ظل هذا المدخل، رد فعل بيئي لأي تهديد لآمال الفرد التي رسمها لنفسه.
- الانفعال مصدره الأفكار، والاتجاهات، والأحكام، وعلى هذا فالانفعال عملية تالية للتفكير.
- عقلانية الأفكار تدخل في إطار ما يسمى "بالحديث إلى النفس"، والحكم على السلوك بأنه عقلائي أم غير ذلك يتوقف على مدى قدرة هذا السلوك على تحقيق أهداف الفرد القريبة والبعيدة.

والمراهق ذكراً كان أم أنثى في ظل هذه الأسس يتحدد سلوكه اللاتوافقي من خلال أفكاره، وأهدافه التي يرسمها لنفسه، وهذه الأفكار تدخل في إطار ما يسمى بالحديث إلى النفس، ويعقب هذا الحديث الانفعال الذي يترجم إلى فعل، هذا الفعل يعتبر شكل من أشكال السلوك غير السوي.

(1) عبد الغفار، إحسان زكي وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص ص ١٨٩-١٩٠.
 (2) عثمان، عبد الفتاح، والسيد، علي الدين (١٩٩٣). نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربي، القاهرة: مكتبة عين شمس، ص ص ١٨٤-

المدخل التي يعتمد عليها العلاج المعرفي:

يضم العلاج المعرفي العديد من المداخل والنماذج، وهي العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج الواقعي، والعلاج السلوكي، ويمكن الإشارة إلى هذه المداخل بشكل سريع على النحو التالي:

(أ) العلاج العقلاني الانفعالي:

يرجع الفضل في ظهور هذا المدخل وتطوره إلى ألبرت آيسنر A. Ellis الذي يؤكد على أن تغيير السلوك للعميل يتم عن طريق مواجهة ما يحتويه عقله من أفكار ومعتقدات خاطئة، وإقناعه بتمثل عمليات التفكير العقلانية^(١).

وفي ضوءه يهتم الأخصائيون بمساعدة العميل على أن يكون مدركاً بحديث الذات السلبي، ومساعدته على تعديل ذلك من خلال التكنيكات التي يستخدمها الأخصائي المعالج، ومساعدته على التفكير بطريقة عقلانية، وذلك من خلال تحديد الأساليب الأولية للانفعال، والأفعال، كما يحدد ما نقول لأنفسنا عن الأفعال والحقائق التي تحدث لنا، كذلك يحدد حديث الذات الذي يدور داخل كل فرد^(٢).

(ب) العلاج الواقعي:

من المداخل التي يعتمد عليها الاتجاه المعرفي العلاج بالواقع وهو يستند على مجموعة من الأسس النظرية التي أسسها الطبيب النفسي وليام جيسر William Glasser وهي قابلة للتطبيق على الأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية وانفعالية، والمعالج يوجه الفرد ليساعده على أن يرى نفسه بدقة وأن يواجه الواقع وأن يشبع حاجاته دون إيذاء أو إيذاء الآخرين^(٣).

(1) عبد الغفار، إحسان زكي عبد الغفار: مرجع سبق ذكره، ص ١٩٠.

(2) عبد القادر، سامية عبد الرحمن (١٩٩٢). فعالية الاتجاه المعرفي في خدمة الفرد في علاج المشكلات الاجتماعية للطلاب المبتكرين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ١٠٨-١٩.

(3) سري، إجلال حمد (١٩٩٧). علم النفس العلاجي، القاهرة: عالم الكتيب، ص ١٦٩.

(ج) العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج السلوكي أحد اتجاهات المدخل المعرفي، ويمكن الاعتماد عليه في تعديل سلوك العملاء وذلك عن طريق أساليب وتكنيكات معرفية، ويعتبر دونالد هربت Downalad Herbert مؤسس هذا المدخل⁽¹⁾.

وإذا كانت بدايات العلاج المعرفي السلوكي كاتجاه حديث ظهرت في إطار نظريات الإرشاد النفسي، وعلم النفس، إلا أن الأخصائيين الاجتماعيين حاولوا الاستفادة من ذلك الاتجاه بعد تعديله بما يتناسب مع نظريات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، ويعد شارون بيلرن Sharon Barlin (1983) من الكتاب الأوائل الذين قاموا بإعادة صياغة الاتجاه المعرفي السلوكي بما يتناسب مع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية من خلال نشر العديد من الأبحاث والمقالات حول ممارسة الاتجاه المعرفي السلوكي في إطار الخدمة الاجتماعية⁽²⁾.

أهداف العلاج المعرفي:

تعتبر عملية تحديد الأهداف في العلاج المعرفي من أهم الخطوات التي يجب أن يقوم بها المعالج المعرفي لما تحققه من وظائف هامة في عملية المساعدة أهمها:

(أ) توجيه جهود المعالج والعميل نحو تحقيق التغيير المطلوب.

(ب) تسهيل عملية اختيار أساليب التدخل المهني.

(ج) تعتبر دليلاً لكل من المعالج والعميل لقياس مدى التقدم في خطوات العلاج.

وإلى جانب هذا، توجد بعض الشروط الواجب توافرها في أهداف العلاج المعرفي وهي كما يلي:

(أ) ارتباط الأهداف برغبات العميل.

(1) الشناوي، محمد محروس: مرجع سبق ذكره، ص 65.

(2) Kazdin, A. (1994). *Behavior Modification in Applied Settings*, Belmont, California: Dorsey Press, p. 301.

- (ب) تحديد الأهداف بصورة يمكن قياسها فلا تتصف بالعمومية.
(ج) أن تكون الأهداف عملية ويراعي فيها قدرات العميل، وإمكانياته.
(د) أن تتناسب هذه الأهداف مع معارف ومهارات المعالج.
(و) أن تتناسب عملية تحديد الأهداف مع وظيفة المؤسسة وإمكانات المجتمع.

وهناك مجموعة من الخطوات التي يجب إتباعها عند تحديد أهداف العلاج

المعرفي وهي كالتالي:

- (أ) تحديد مدى استعداد العميل لوضع الأهداف.
(ب) شرح الغرض من وضع وتحديد الأهداف للعميل.
(ج) التعرف على أهداف العميل، واقتراح المعالج لأهداف يمكن تحقيقها ومشاركة العميل في الأهداف التي تكون أكثر مناسبة.
(د) تحديد الأهداف بوضوح بصورة تعكس مدى التغيير الذي يرغب فيه العميل.
(هـ) تحديد مدى واقعية وإمكانية تحقيق الأهداف، ومناقشة الفوائد الممكنة والمعوقات المتوقعة.
(و) ترتيب الأهداف حسب أولويتها من وجهة نظر العميل والمعالج^(١).

هذا ويمكن تلخيص أهداف العلاج المعرفي فيما يلي^(٢):

- (أ) تصحيح نمط التفكير لدى العميل بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح تفكيره منطقياً.
(ب) التفاعل مع عملية تحريف الواقع التي تظهر لدى العميل.
(ج) التعامل مع التفكير غير المنطقي القائم على افتراضات خاطئة.

(1) Hepworth, D. (1992). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, California: Dorsey Press, pp. 258-267.

(2) جبريل، ثريا عبد الرؤوف (٢٠٠٥). نماذج ومداخل في خدمة الفرد، القاهرة: مطبعة نور الإيمان، ص ١٧.

- (د) تعديل مدركات العميل، وأحكامه التي تعدل بالتالي أحاسيسه ودوافعه وآماله وأخيراً سلوكه.
- (هـ) تعديل آمال العميل وأهدافه الحيوية والتي تؤثر على كافة مدركاته الأخرى.
- (و) توفير بدائل وأنشطة تساعد العميل على تحقيق أهدافه.
- (ز) تحسين قدرات العميل على حل المشكلات واتخاذ القرار.
- (ح) تحسين التحكم في الذات وإدارتها.
- (ط) توجيه جهود المعالج والعميل نحو تحقيق التغيير المطلوب.
- (ف) إكساب العميل القدرة على تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس في مواجهة مشكلات حياته، وتقليل الاعتماد على الآخرين.
- (ق) زيادة وعي العميل بفكره وتصرفاته.

استراتيجيات العلاج المعرفي:

هناك مجموعة من الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج المعرفي والتي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي عند ممارسة هذا العلاج تيسر على النحو التالي^(١):

- (أ) استراتيجية البناء المعرفي: وهي تستخدم لتحديد المشكلات والخبرات والأهداف، والأفكار غير العقلانية، واكتشاف مصادر القوة لدى العميل.
- (ب) استراتيجية الضبط الانفعالي: وهي تستخدم لمعرفة حديث النفس، وتحديد الفجوة بين الواقع والخيال، ومضامين النسق القيمي، وطبيعة الخبرات التي تؤدي إلى عدم تحمل الضغوط والانفعال الزائد غير المناسب للموقف.
- (ج) استراتيجية تغيير السلوك: وهي تستخدم لتحديد السلوك غير المرغوب واللاتوافقي، والنتائج المرتبطة به، وإيجاد الدافع لتغييره، وإقناع العميل

(1) أحمد، عبد الناصر عوض (١٩٩٥). العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي مع الطلاب غانبي الأب وبين زيادة قدراتهم على الضبط الداخلي، بحث بالمؤتمر العلمي الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ١٦٩.

بالسلوك الإيجابي الجديد، مع تدعيم قدرته على تحمل المسؤولية التي تسيّر أمور حياته.

مراحل العلاج المعرفي:

يمر العلاج المعرفي بثلاث مراحل هي كما يلي^(١):

(أ) المرحلة المعرفية:

وتشمل هذه المرحلة مساعدة العميل على إدراك حقائق مشكلته، وعناصر القوة لديه، وهنا يفصل العميل بين معتقداته غير العقلانية، ويتعلم كيفية توظيف قدراته المعرفية بكفاءة، وفي هذه المرحلة يتم شرح المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي للعميل، ومن أهم الأسباب التي يستخدمها المعالج المعرفي في هذه المرحلة الأساليب المعرفية التي تتعامل مع معارف العميل "أفكاره" ومعتقداته غير العقلانية التي تسبب سلوكه غير التوافقي غير المرغوب اجتماعياً، وتتحدد أساليب إعادة البناء المعرفي في العلاقة المهنية، والمواجهة الفعالة، والإقناع، والتوضيح.

(ب) المرحلة الانفعالية:

وفيها يسعى المعالج المعرفي إلى تغيير النمق القيمي لدى العميل، وتوضيح الفرق بين الواقع والخيال، وذلك من خلال ممارسة لعب الدور، والتفسير، والتعامل مع الضغوط الخارجية بطريقة عقلانية^(٢).

(ج) المرحلة السلوكية:

وفيها يعاون المعالج المعرفي العميل على تغيير سلوكه، ولذلك في ضوء

(1) Haeold, D. (1979). **Cognitive Theory**, In Francis J Turner: **Social Work Treatment**. New York: Free Press, pp. 244-245.

(2) إدريس، ابتسام رفعت محمد (٢٠٠٣). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة عن التحاق الطلاب بالجامعة، بحث بالمؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ص ٩١.

إعادة تشكيل بناءه المعرفي، وأسلوبه في التفكير، وانفعالاته بالموقف، ومن الأهمية ممارسة العميل لعمليات التفكير العقلاني، وأنماط السلوك التوافقي الجديد، واستخدام بعض الأساليب السلوكية الإجرائية، وخاصة التدعيم الإيجابي، والتدعيم السلبي، والتعليم الذاتي.

أساليب العلاج المعرفي:

هناك أساليب رئيسية للعلاج المعرفي، وأخرى فرعية تستخدم من خلال الأساليب الرئيسية، وهذه الأساليب على النحو التالي:

[١] الأساليب المعرفية:

يقصد بها أنواع الأداء المفضلة لدى الفرد لتنظيم ما يراه، وما يدركه حوله، وبمعنى آخر هي أساليب الإدراك والتذكر، والتحيز^(١) مع مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد في طريقتهم في الفهم، والحفظ والتحويل، واستخدام المعلومات في فهم الذات^(٢)، والأساليب المعرفية تتعامل مع معارف العميل وأفكاره الهدامة التي تسبب سلوكه اللاأتوافقي، وإبدالها بأخرى بناءة تؤدي إلى سلوك اجتماعي مرغوب.

ومن الأساليب المعرفية التي يستخدمها المعالج المعرفي:

(أ) الاستعراض المعرفي: يحاول المعالج المعرفي من خلال استخدام الاستعراض المعرفي أن يحدد لماذا يعاني العميل من قصور في الأفكار والمدرجات التي أدت إلى حدوث المشكلة، ومن ناحية أخرى كيف يستطيع من خلال التعاون

(1) Michael, T. *et al.* (1991). *The Challenge of Cognitive Therapy, Applicators to Non – Traditional Population*, New York: Plenum Press, p. 33.

(2) همام، سامية عبد الرحمن (٢٠٠٤). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعي لدى طلاب الثانوية العامة، بحث بالمؤتمر العلمي السابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ص ٣٢.

مع العميل أن يخطط من أجل أحداث التغيير المرغوب مما يترتب عليه حل المشكلة^(١).

(ب) المناقشة المنطقية: لهذه الأفكار والمعتقدات والتي يتأتى من خلالها للأخصائي الاجتماعي التعرف على أساليب المشكلة، والتي غالباً ما تتعلق بالأفكار والمعتقدات الخاطئة.

(ج) التوضيح: حيث يقوم الأخصائي بعرض جوانب المشكلة أمام العميل موضحاً أهم أسبابها، والآثار الناتجة عنها.

(د) المواجهة: لربط العميل بحقيقة أفكاره، وتصرفاته، والواقع الذي يعيش فيه، وتعد هذه خطوة مهمة في العلاج.

(هـ) الإقناع: ويتطلب ذلك مهارة عالية من الأخصائي الاجتماعي في استخدام المنطق من أجل تغيير الأفكار الخاطئة، وتقبل الأفكار الصحيحة، وبالتالي تجنب حدوث المشكلة، والتوصل إلى سلوك إيجابي جديد^(٢).

(ز) إعادة تشكيل الأفكار: وذلك من خلال مساعدة العميل على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلاته وذلك من أجل أن تحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع توظيفها في ممارسة السلوك الإيجابي الجديد^(٣).

(1) يحيى، حنان عبد الرحمن (١٩٩٧). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية النسق القيمي لطالبات المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ٧٧.

(2) الفقي، مصطفى محمد أحمد (٢٠٠٣). اتجاهات طلاب المرحلة الثانوية نحو مهنة الخدمة الاجتماعية وتصور مقترح لتعديلها من خلال بعض أساليب الاتجاه المعرفي في خدمة الفرد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة، ص ص ١٢٧-١٢٨.

(3) عبد الغفار، سامية عبد الرحمن: مرجع سبق ذكره، ص ٣٣٢.

[٢] الأساليب الانفعالية:

وهي الأساليب التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع ردود الأفعال الانفعالية للعميل، ومساعدته على مواجهتها، وتعديلها بالانفعالات المناسبة في المستقبل مثال: الغضب، وغيره من المشاعر السلبية المختلفة.

ومن الأساليب الانفعالية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع العميل ما يلي^(١):

(أ) **التقبل**: وذلك بهدف إعطاءه الثقة في النفس، ومساعدته على استعادة قدراته على مواجهة مشكلاته، ويستخدم الأخصائي هذا الأسلوب من خلال استعداده لتقبل سلوك العميل كما هو.

(ب) **تجنب إدانة العميل**: وذلك من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بإشعار العميل بأن سلوكه يكون نتيجة لتعرضه لموقف إشكالي نتيجة للجهل، أو الأفكار والمعتقدات غير الصحيحة حوله.

(ج) **التعبير الهادف عن المشاعر**: وهي عملية تتيح للعميل الفرصة للتعبير الحر عن أحاسيسه، ومشاعره، والهدف منها بث الثقة في نفس العميل، وإعطائه الحرية في التعبير عما يدور بداخله تجاه المشكلة الحالية.

(د) **ضبط الانفعال**: وذلك من خلال مساعدة العميل على التحكم في حالته الوجدانية.

[٣] الأساليب السلوكية:

وهي الأساليب التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي من أجل إيجاد سلوك

(1) مجموعة من أعضاء هيئة تدريس قسم خدمة الفرد (٢٠٠١). المداخل الحديثة في خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة: مطبعة نور الإيمان، ص ٤٤.

جديد بعد إعادة البناء المعرفي، وأسلوب التفكير، والحالة الوجدانية المترتبة على الموقف ويعمل الأخصائي على تدعيم وتشجيع السلوك الإيجابي الجديد^(١).

ومن أهم الأساليب السلوكية التي يستخدمها الأخصائي في هذا الاتجاه ما يلي:

(أ) أسلوب التعليم الذاتي: وهو أحد الأساليب العلاجية التي تساعد العميل على القيام بأنماط سلوكية بكفاءة، والهدف من هذا الأسلوب مساعدة العميل على القيام بسلوك إيجابي معين، وبالتالي اكتسابه المهارة، والقدرة حتى يصبح هذا السلوك جزءاً من سلوكه اليومي^(٢)، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدور فعال في ممارسة هذا الأسلوب مع العميل حيث إنه يوفر له المناخ الملائم للتعلم ويزيل العوائق التي تحول دون تعلمه السلوك الإيجابي، ومساعدته على تكوين آراء واقعية^(٣).

(ب) التدعيم "التعزيز": وذلك عندما يصدر من العميل سلوك مرغوب في استمراره، فإنه يدعم ويشجع هذا السلوك ويسمى هذا النوع من التدعيم "التدعيم الإيجابي" وقد يستخدم الأخصائي الاجتماعي أسلوب "التدعيم السلبي" عندما يحدث من العميل عكس السلوك المرغوب فيه مثل الحرمان، والتجاهل وغيره، وتوجد أنواع عديدة من المدعمات الإيجابية منها "المادية الملموسة، والمدعمات الاجتماعية، والنشاطية التي تتمثل في مشاركة العميل في الأنشطة المحببة له إذا أبدى تعاوناً في ممارسة السلوك الإيجابي المقبول.

(1) مجموعة من أعضاء هيئة تدريس قسم خدمة الفرد (٢٠٠٤). مرجع سبق ذكره، ص ٤٤.

(2) جبريل، ثريا عبد الرؤوف (٢٠٠٥). نماذج ومدائل في خدمة الفرد، القاهرة: مطبعة نور الإيمان، ص ٢٠.

(3) عبد القادر، سامية عبد الرحمن: مرجع سبق ذكره، ص ص ٩٤-٩٥.

أدوار الأخصائي الاجتماعي في ضوء العلاج المعرفي:

عند ممارسة الأخصائي الاجتماعي للعلاج المعرفي في التدخل المهني مع العملاء فإنه يستخدم مجموعة من الأدوار وهي على النحو التالي^(١):

(أ) دور العارف: وذلك من خلال الدراسة الوافية للمشكلة، وتحديد جوانبها، وأسبابها، والتعمق في معرفة النواحي التي يمكن علاجها أولاً، وذلك من خلال رؤيته الأكثر شمولاً وعمقاً للمشكلة.

(ب) دور المنطقي: وذلك من خلال مناقشة العميل في الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمشكلة، باستخدامه الحجج المنطقية التي تساعد على إقناع العميل بأن أفكاره ومعارفه الخاطئة تكمن وراء سلوكه المنحرف.

(ج) دور المصحح: من خلال إبدال الأفكار الخاطئة بأخرى صحيحة ومنطقية، من خلال ذكر الأمثلة الواقعية على ذلك، وإقناعه بالسلوك الإيجابي الجديد.

(د) دور المزود: من خلال توفير المعلومات والمعارف الجديدة التي توضح طبيعة المشكلة للعميل وتزيل الغموض عنها.

(هـ) دور المعلم: حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعليم العميل كيفية تحديد الجوانب السلبية، والتعرف عليها، وكيف يناقشها بنفسه، وكيفية اكتساب السلوك الإيجابي، وتوفير المهارات الضرورية لممارسته حتى يصبح جزءاً من سلوكه.

المهارات المستخدمة في ضوء العلاج المعرفي:

توجد العديد من المهارات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في عمله

(1) عثمان، عبد الفتاح (٢٠٠٢). خدمة الفرد بين النظريات الحديثة ومهارات العصر، القاهرة: بل برنت للطباعة، ص ٢٨٢.

باستخدام العلاج المعرفي مع العملاء من أهمها^(١):

- (أ) مهارة المقابلة - الملاحظة - التسجيل.
- (ب) مهارات الاتصال والتفاعل.
- (ج) مهارات الدراسة والتقويم من خلال جمع البيانات والمعلومات وتحليلها، وتفسيرها والاستفادة منها في النتائج والقرارات.
- (د) مهارات التدخل المهني مثل تقديم المساعدة، والنصح، والإرشاد، وتقديم المعارف والمعلومات وتحديد التوجيهات.
- (هـ) المهارة في تكوين العلاقة المهنية.
- (و) المهارة في تحديد المشكلة وأبعادها.
- (ز) المهارة في تحديد أهداف التدخل المهني.
- (ح) المهارة في تنفيذ خطوات برنامج التدخل المهني.

خطوات العلاج المعرفي:

يتضمن العلاج المعرفي مجموعة من الخطوات تيسر على النحو التالي^(٢):

- (أ) تحديد الأهداف القريبة والبعيدة المراد تحقيقها.
- (ب) تحديد أساليب التدخل المهني التي ينبغي استخدامها لتحقيق الأهداف.
- (ج) تحديد المهام والواجبات التي ينبغي القيام بها.
- (د) تحديد أدوار الأخصائي الاجتماعي في تحقيق العملية العلاجية.
- (هـ) تحديد وسائل لقياس العائد العلاجي.

ج- مرحلة التقييم:

يقوم الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة بتقييم عائد التدخل المهني، وذلك من خلال استخدام المقاييس النفسية والاجتماعية المناسبة لمعرفة عائد التدخل المهني.

(1) جبريل، ثريا عبد الرؤوف: مرجع سبق ذكره، ص ٢١.

(2) عبد الغفار، إحسان زكي: مرجع سبق ذكره، ص ٢٠٩.