

العلاج المعرفي السلوكي وأهم تقنياته في التخفيف من حدة السلوك التنمري

Cognitive-behavioral therapy and its most important techniques in alleviating bullying behavior

رزقاني عامر^{1*}، منصورى زواوى²¹ مخبر البحوث النفسية والتربوية، جامعة سيدي بلعباس (الجزائر)، rezgameur8@gmail.com² مخبر البحوث النفسية والتربوية، جامعة سيدي بلعباس (الجزائر)، mzouaoui@yahoo.com

تاريخ النشر: 2023/01/31

تاريخ القبول: 2022/08/17

تاريخ الاستلام: 2022/03/16

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على العلاج السلوكي المعرفي باعتباره أحد أهم البرامج العلاجية المقترحة لمسايرة مشكلات التنمر والتخفيف من حدته داخل الوسط المدرسي لكونه ذو منظور ثلاثي الأبعاد يجمع بين السلوك والأفكار والانفعالات، حيث تم استعراض عدد من التعاريف الخاصة به مع إبراز أهم التقنيات الحديثة في التخفيف من حدة سلوك التنمر وفق هذا المنحى باستعمال تأكيد الذات، حل المشكلة، الاسترخاء، لعب الأدوار، التعزيز والتحكم الذاتي.

تكمن أهمية هذه الدراسة في احتوائها على رصيد من المعلومات النظرية الموجهة كمادة علمية إلى كل باحث في مجال العلاج المعرفي السلوكي، فبمجرد التحكم في هذه التقنيات يسهل على المختصين تطبيقها وممارستها ميدانياً.

كلمات مفتاحية: علاج معرفي سلوكي، سلوك التنمر، تقنيات علاجية.

Abstract

The current study will aim to shed light on cognitive behavioral therapy as one of the most proposed treatment programs to keep pace with the problems of bullying and mitigate its severity within the school environment because it has a three-dimensional perspective That combines Behavior, thoughts and emotions, as a number of its definitions were reviewed, highlighting the Most important techniques Modern methods of mitigating bullying Behavior according to This approach using self-affirmation, problem solving, relaxation, role-playing, rein forcement and self-control.

The importance of This study lies in the fact That it contains a balance of theoretical information directed as a scientific materiel to every researcher in the Field of cognitive-behavioral therapy. Once these techniques are controlled, it is easy for specialists to apply and practice theme in the Field.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; bullying behavior; therapeutic techniques.

1. مقدمة :

يعد التنمر (Bullying) ظاهرة قديمة موجودة في جميع المجتمعات منذ زمن بعيد لدى أفراد الجنس البشري بأشكال مختلفة وبدرجات متفاوتة وتظهر عندما تتوفر الظروف المناسبة، غير أن البحث في هذا الموضوع حديث نسبياً ويعد السلوك تنمراً عندما يشمل هجوماً نفسياً ولفظياً وبدنياً غير مستثار على الضحية، ويبدأ هذا السلوك في عمر مبكر من الطفولة في حوالي السنتين تقريباً، حيث يبدأ الطفل في تشكيل مفهوم أولي للتنمر ينمو تدريجياً ويستمر حتى يصل إلى الذروة في الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة الابتدائية ويستمر خلال المرحلة المتوسطة ثم يبدأ في الهبوط تدريجياً مع نهاية المرحلة الثانوية.

ولقد أصبحت مسايمة مشكلات التنمر أولوية مدرسية في عدة دول قد اقترحت الكثير من الطرائق لمعالجة مثل هذه المشكلات، حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من بين البرامج المقترحة للتعامل مع هذه المشكلات باعتباره اتجاهها علاجياً حديث نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي وفتياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فتيات، ويعمد إلى التعامل مع مختلف الاضطرابات من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً، سلوكياً وانفعالياً، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج و العميل تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للعميل عند كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية تعد هي المسؤولة عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المضطرب وما يترتب عنها من ضيق ومعاناة، ويعد السلوك التنمري من بين أهم الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً عند الطفل والتي تظهر بصورة واضحة من خلال تأثيره النفسي، والاجتماعي، والتربوي، والاقتصادي على الفرد والمجتمع . كما أن التنمر قد تختلف أشكاله لدى الطفل باختلاف عمره، وجنسه، وثقافته، فضلاً عن أسلوب تربيته وتنشئته الاجتماعية، كما قد يظهر في صور وأوجه كثيرة.

1.1 مشكلة الدراسة:

تزايدت في الآونة الأخيرة ظاهرة سلوك التنمر Bullying Behavior مما جعلها من المشكلات واسعة الانتشار لدى الأطفال والتي تنمو معهم في سن مبكرة وتستمر حتى المراحل اللاحقة

حيث تؤثر على تفاعلاتهم المستقبلية، وتعلمهم يعانون من مظاهر اضطراب انفعالي وسلوكي واضح في مرحلة الطفولة فقد يمارس الطفل المتنمر على أقرانه أو قد يقع ضحية لتنمر الآخرين.

ويعد السلوك التنمري سلوكا مكتسبا من البيئة التي يعيش فيها الفرد، وهو سلوك يأتي بنتائج وخيمة على جميع الأطراف المشاركين فيه، حيث يمارس الطرف القوي (المتنمر) الأذى النفسي والجسدي واللفظي والاجتماعي تجاه فرد آخر أضعف منه في القدرات الجسمية (الضحية أو التنمر عليه)، ونؤكد ذلك هالة إسماعيل (1010) حيث ترى أن التنمر المدرسي بما يحمله من عدوان تجاه الآخرين سواء كان بصورة جسدية أو لفظية و اجتماعية أو إلكترونية من المشكلات التي لها آثار سلبية على القائم بالتنمر أو على المتنمر عليه أو على البيئة المدرسية بأكملها. كما أشار "أدامز" (2006) إلى أن السلوك العدواني من الممكن أن يؤدي إلى سلوك تنمري لدى التلاميذ.

ولقد أصبحت المدارس محل عمليات تنمر يومية، وأصبح انتشار ظاهرة التنمر فيها أمراً أثبتته العديد من الدراسات على مستوى العالم، ففي دراسة لكوي (Coy, 2001) بعنوان "التنمر في المدارس" كشفت نتائجها أنه يهرب يومياً حوالي 160.000 طالب من المدارس بسبب التنمر الذي يلاقونه من زملائهم، حيث يعرف التنمر بأنه شكل من أشكال العنف والإساءة والإيذاء الذي يكون موجه من شخص أو مجموعة من الأشخاص إلى شخص آخر أو مجموعة من الأشخاص حيث يكون الشخص المهاجم أقوى من الشخص الآخر الذي قد يكون عن طريق الاعتداء البدني والتحرش الفعلي وغيرها من الأساليب العنيفة، ويتبع الأشخاص المتنمرين سياسة التخويف والترهيب والتهديد. كما ينقسم التنمر إلى أنواع رئيسية التنمر اللفظي، التنمر الجسدي، التنمر العاطفي التنمر الإلكتروني، كما أوصت الدراسة بتبني برنامج دان ألويس لمنع التنمر في المدارس (Olwues. Bullying Prevention Program) وتطبيقه على مستوى المدارس بالمملكة العربية السعودية.

كما توصلت (إسماعيل، 2010) في دراستين أجرتهما تبحت الأولى منها في المتغيرات النفسية لدى ضحايا التنمر في المرحلة الابتدائية إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند مستوى (0,01) بين ضحايا التنمر ومتغيرات الدراسة المتمثلة في حالة وسمة القلق، تقدير الذات، الأمن النفسي، الوحدة النفسية، وعند مستوى (0,05) بين ضحايا التنمر المدرسي والأمن النفسي المنخفض، وفي الدراسة الثانية التي تبحت في فعالية العلاج بالقراءة في خفض التنمر المدرسي لدى الأطفال إلى مدى فعالية العلاج بالقراءة في خفض التنمر لدى الأطفال في المدارس

وتتناول هذه الورقة بتركيز شديد التنمر في المدارس وما يتعلق به من أبعاد مهمة، معتمدة على بعض الدراسات العلمية الحديثة لوصف واقعه في البيئة المدرسية، ومستعينة بالأشكال والرسوم التوضيحية، لتنتهي بعرض أحدث البرامج العالمية للتدخل ومنع التنمر في المدارس، وكذلك الممارسات في المجال على الصعيد المحلي.

استهدفت دراسة كروس وآخرين (2011) فعالية برنامج المدارس الصديقة في خفض سلوك التنمر واشتملت عينة الدراسة 29 مدرسة، وتم تطبيق استبيان تقدير الذاتي للتنمر وبرنامج إرشادي اشتركت فيه مجموعة من المدارس وهدف البرنامج لتقديم المساعدات للمعلمين والطلبة المتنمرين وضحاياهم ومراقبة ظاهرة التنمر لدى الطلاب في المدارس التي طبق فيها البرنامج، كما تبين أن السياق الاجتماعي المتديني وسوء المعاملة الوالدية والمدرسية علاقة موجبة بانتشار التنمر.

أما دراسة فارمير وآخرين (2010) استهدفت تقييم أثر برنامج التعليم المبكر في المناطق الريفية القائم على الزيادة في وعي المعلمين والطلاب بجماعة الأقران في الحد من سلوكيات التنمر وشارك 39 معلما و466 طالبا وقدم المعلمين دروس حول الديناميات الاجتماعية وعمليات مجموعة الأقران واستخدمت إجراءات الخرائط الاجتماعية المعرفية لتقييم وموازنة تصورات الطلاب.

والملاحظ من خلال بحثنا وتطرقنا إلى الدراسات السابقة إلا أنه حسب -حدود علم الباحث- توجد دراسة قليلة تطرقت التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية في التخفيف من حدة التنمر. بالتالي، تتمحور الإشكالية حول التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي أهم التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي قد تخفف من حدة السلوك التنمري

لدى الطفل المتمدرس؟

2.1 أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة أهم الفنيات العلاجية السلوكية المعرفية التي قد تخفف من حدة السلوك التنمري لدى المتمدرسين.

– التعرف على أكثر مظاهر السلوك التنمري شيوعا لدى فئة من المتمدرسين.
– المساهمة في السعي إلى توظيف مبادئ وفنيات العلاج السلوكي المعرفي في وضع برامج علاجية من شأنه التخفيف من حدة السلوك التنمري لهؤلاء المتمدرسين.

3.1 أهمية الدراسة: تكتسي هذه الدراسة أهمية خاصة من خلال لفت نظر القائمين من جميع المختصين والفاعلين إلى قيمة العلاج السلوكي المعرفي والتعريف بأهم مبادئه وفنياته، والاهتمام بفئة خاصة من المجتمع

المتثلة في فئة المتدربين التي تعد أحد أقطاب العملية التعليمية ومحاوله فهم ظاهرة التنمر، والفهم الدقيق لأهم التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي يمكن الاعتماد عليها في وضع برامج علاجية.

4.1 تحديد مفاهيم الدراسة:

- **العلاجي السلوكي المعرفي:** برنامج يعمل على دمج فنيات معرفية وسلوكية
- **السلوك التدمري:** شكل من أشكال الإساءة اللفظية أو الجسدية أو النفسية المتعمدة والمقصودة والمتكررة بهدف إلحاق الأذى والضرر بالآخرين.
- **التقنيات العلاجية:** فنيات توضع وفق برامج علاجية قصد اختبار فعاليتها مع العملاء للإجابة عن تساؤل الدراسة قمنا بمراجعة أدب الموضوع من مؤلفات، مقالات، ودراسات سابقة، ولاحظنا تردد ست (6) تقنيات أساسية أثبتت فعاليتها في التخفيف من حدة السلوك التدمري، سنتطرق إليها فيما يلي بالشرح والتوضيح، ولكي نفهم جيدا هذه التقنيات، أول ما ينبغي التطرق إليه هو التعرف على العلاج المعرفي السلوكي.

2. الإطار النظري:

1.2 تعريف العلاج المعرفي السلوكي: إن العلاجات المعرفية السلوكية هي عبارة عن مقاربات علاجية مدججة، أي أنها تدمج علاجات متنوعة في إطار نموذج نظري مشترك يجمع نظريات التعلم والنظريات المعرفية والنظريات الانفعالية، وكل هذا يخضع للتحقيق العلمي (بوفية، 2019، صفحة 43).

ويرى "بلازولو، 2005 palazzolo" أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تغيير السلوك غير المتكيف في الحياة اليومية للشخص كما يعمل على الأفكار أي المعارف المرتبطة بالسلوك غير المتكيف (بولكويرات، 2018، صفحة 71).

والعلاجات المعرفية السلوكية تيار في ميدان العلاج النفسي، وهي حاليا مهيمنة في عدة بلدان خاصة لأنجلو-سكسونية، وتظهر هذه العلاجات بالتسميات التالية: العلاجات المعرفية السلوكية، TCC بالفرنسية، CBT بالانجليزية (فرحات، 2019، صفحة 10).

2.2 مبادئ العلاج المعرفي السلوكي: يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مبدأ مؤداه أن المعارف ترتبط - على نحو سببي- بالتوتر الانفعالي والمشكلات السلوكية كما أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف أيضا الخبرات الانفعالية، الأعراض الجسدية، والسلوكيات (هوفمان، 2012، صفحة 33)، والجدير بالذكر أن

هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب، وهذه المبادئ هي:

أ- العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.

ب- المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.

ت- المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سبي.

ث- الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

ج- العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (الزاد، ب.س، صفحة 23)

3.2 المعالج النفسي السلوكي المعرفي: المعالجون السلوكيون المعرفيون هم الممارسون ممن اختاروا مهنة المعالج النفسي، لديهم الرغبة في مساعدة الأشخاص الذين يعانون من صعوبات نفسية والرغبة في فهم أفضل للحياة النفسية بشكل عام، درسوا في تخصصات خاصة: دراسة الطب مع تخصص الطب العقلي أو دراسة علم النفس العيادي أو علم النفس المرضي في الجامعة، وبعد إتمام هذه الدراسات العليا يقومون بإجراء تكوين في العلاجات السلوكية المعرفية يدوم سنتين أو ثلاث سنوات، ويبدوون في تطبيق هذه العلاجات تحت إشراف معالج خبير في البداية. ويشاركون في تكوينات أخرى وندوات وأيام العمل لتبادل الخبرات فيما بينهم ليطوروا من قدراتهم ويواكبوا التقنيات العلاجية الجديدة، ويمكن لهم ممارسة العلاج في (عيادات خاصة، مصالِح إستشفائية، ديار المسنين....) (بوفية، 2019، صفحة 73).

4.2 دور المعالج النفسي السلوكي المعرفي: يتمثل دور المعالج النفسي في العمل مع المريض على إيجاد حلول تكيفيه للمشكلات القابلة للحل، كما يشجعه على طرح أسئلة لضمان انه يفهم المدخل العلاجي ويتفق معه.

إن الدور الأساسي الأول للمعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي نشط جدا، إذ ينبغي أن يعلم المعالج النفسي المرضى المبادئ الأساسية لهذا المدخل العلاجي، بالإضافة إلى ذلك غالبا ما يجد المعالجون النفسانيون أن المرضى بحاجة إلى توجيه شديد في بداية مراحل العلاج النفسي، لمساعدتهم على التحديد أو التعرف الناجح على المفاهيم الخطأ و الأفكار الآلية ذات الصلة، وكلما تقدمت عملية العلاج من المتوقع أن يصبح المريض أكثر نشاطا في العلاج، ويقوم المعالج النفسي الماهر في هذا العلاج بتعزيز استقلالية المريض (هوفمان، 2012، صفحة 49).

5.2 المدخل المعرفي السلوكي في تفسير الاضطرابات النفسية: يميز "بيك" معتمدا على طبيعة إستراتيجية العلاج بين المداخل العقلية، الخبراتية والسلوكية، وكلها مظاهر هامة للعلاج المعرفي السلوكي، ويرى رواد الاتجاه المعرفي السلوكي إن المعتقدات اللاتكيفية (المخططات) يمكن أن تؤدي إلى معارف تكيفيه (في الغالب آلية)، عندما يخص صفحة الانتباه إلى مثيرات معينة مثل المواقف، الأحداث، الأحاسيس أو حتى الأفكار الأخرى، غالبا ما تظهر عمليات الانتباه هذه درجة عالية من الآلية، ويمكن أن تحدث عند مستوى ملازم للوعي، ومتى ما وصلت العملية إلى مستوى الوعي يتم تفسير وتقييم المثيرات، ثم بعد ذلك يؤدي التقييم إلى الخبرة الشخصية، الأعراض الجسمية و الاستجابة السلوكية (هوفمان، 2012، صفحة39).

حيث أن التفاعلات الموجبة بين المعالج النفسي والمريض تشكل علاقة تشاركية، وبوجه عام ينبغي أن يكون سلوك المعالج النفسي آمينا ودافئا، ولا ينبغي اعتبار المريض سلبيا بل اعتباره خبير بمشكلاته الشخصية، لذا يشترك المرضى بنشاط وفاعلية في عملية العلاج، على سبيل المثال يشجع المعالج النفسي المرضى على صياغة واختبار فروض معينة للحصول على فهم أفضل عن العالم الحقيقي، وعن مشكلاتهم أيضا (هوفمان، 2012، صفحة49).

6.2 مظاهر السلوك التنمري: أوضح (الدسوقي، 20، 2016) أنه يمكن تقسيم مظاهر السلوك التنمري الى أربعة أشكال رئيسية وهي:

أ. **التنمر النفسي:** يطلق عليه الباحثون التنمر الانفعالي emotional bullying وسعى فيه المتنمر الى التقليل من شأن الضحية، من خلال التجاهل، والعزلة، والسخرية، والازدراء من الضحية، وإبعاد الضحية عن الأقران، والتحديق في وجه الضحية تحديقا عدوانيا، والضحك بصوت منخفض، واستخدام الإشارات الجسدية العدوانية، ويعد هذا النوع من أكثر أنواع التنمر تأثيرا ويحدث أثارا خطيرة على الصحة النفسية.

ب. **التنمر الجسدي:** يتضمن التنمر الجسدي physical bullying أي اتصال بدني يقصد به إيذاء الفرد جسديا ويأخذ أشكال مختلفة منها الدفع والطم والضرب والركل والهجوم على الضحية وتحطيم الممتلكات الخاصة، وغالبا ما يسبب التنمر الجسدي أذى كبير للضحية.

ج. **التنمر الاجتماعي social bullying** تضمن عزل الضحية عن مجموعة الرفاق، ومراقبة تصرفاته ومضايقته ورفض صداقته أو مشاركته في ممارسة الأنشطة المختلفة، والتجاهل المتعمد.

د. التمر اللفظي: verbal bullying هو تهديد المتنمر للضحية أمام مجموعة من الأقران بقصد الأذى والسخرية والتقليل من شأنها ونقدها نقدا قاسيا والتشهير بها، كما يتضمن التمر اللفظي أيضا استخدام الكلمات لإذلال الضحية، وإيذاء مشاعرها من خلال المضايقة أو السب أو التهديد.

3. آلية حدوث التمر وفق المنحى المعرفي السلوكي:

يعتبر دان ألويس النرويجي (Dan Olweus) الأب المؤسس للأبحاث حول التمر في المدارس ويعرفه بأنه أفعال سلبية متعمدة من جانب تلميذ أو أكثر لإلحاق الأذى بتلميذ آخر، تتم بصورة متكررة وطوال الوقت، ويمكن أن تكون هذه الأفعال السلبية بالكلمات مثل: التهديد، التوبيخ، الإغاظاة والشتائم، كما يمكن أن تكون بالاحتكاك الجسدي كالضرب والدفع والركل، أو حتى بدون استخدام الكلمات أو التعرض الجسدي مثل التكشير بالوجه أو الإشارات غير اللائقة، بقصد وتعمد عزله من المجموعة أو رفض الاستجابة لرغبته. وحسب ألويس فلا يمكن الحديث عن التمر إلا في حالة عدم التوازن في الطاقة أو القوة (علاقة قوة غير متماثلة)؛ أي في حالة وجود صعوبة الدفاع عن النفس، أما حينما ينشأ خلاف بين طالبين متساويين تقريبا من ناحية القوة الجسدية والطاقة النفسية، فإن ذلك لا يسمى تنمرا، وكذلك الحال بالنسبة لحالات الإثارة والمزاح بين الأصدقاء، غير أن المزاح الثقيل المتكرر، مع سوء النية واستمراره بالرغم من ظهور علامات الضيق والاعتراض لدى الطالب الذي يتعرض له، يدخل ضمن دائرة التمر.

1.3 البرامج العالمية المضادة للتمر:

برنامج ألويس لمكافحة التمر والذي يعد من أكثر البرامج شمولاً في مجال مواجهة هذه الظاهرة، ويعتبر هذا البرنامج إطاراً واضحاً للإداريين والمعلمين وأولياء الأمور يمكن تطبيقه على المستوى الوطني والعالمي كذلك، وعلى امتداد مختلف المراحل الدراسية وعلى مستوى المدرسة والفصل الدراسي والطلاب أنفسهم، ويتحقق بتكاتف وتضافر جهودا لإدارة والمدرسين وأولياء أمور الطلاب، والطلاب أنفسهم، وبجهود المختصين من خارج لمدرسة، مع ضمان الحصول على التزامهم بالمساعدة في إيقاف التمر. ويمتد مدى تطبيقه من العام إلى العام لقياس مدى فعاليته في التقليل من انتشار ظاهرة التمر والتخفيف من حدة آثارها لقد نجحت عن البرنامج العديد من الإيجابيات من بينها:

-تفعيل دور النقاش وتبادل الرأي بين المعلمين والإدارة .

- توطيد التعاون وتبادل المعلومات بين المعلمين وأولياء الأمور .

-تحسن مناخ العلاقة بين المعلمين والطلاب (مزيد من التفاهم والوضوح والصراحة).

-تغيرات إيجابية في الهياكل التنظيمية وفي نظام الاستراحات وإعادة تشكيل الساحة المخصصة للفسحة .
-انخفاض كبير في الحالات المتعلقة بمشكلة التنمر/ الضحية في الصفوف التي طبقت بعض المكونات الأساسية من برنامج التدخل لألويس مقارنة بالصفوف التي لم تطبق إلا مكونات قليلة من مكونات البرنامج.

-انخفاض في معدل زيادة ارتباط الطلاب بالسلوكيات غير الاجتماعية الأخرى أو تحسن في المناخ الاجتماعي للصفوف الدراسية .

-التدخل على مستوى المدرسة، الصف والفرد.

-برامج أخرى واستراتيجيات متفرقة تم استخدامها حول العالم وذلك للتعامل مع مختلف جوانب عملية التنمر سواء على مستوى المدرسة أو الفصل الدراسي أو المستوى الفردي.

2.3 التعامل مع التنمر وفق المنحى السلوكي المعرفي: حدد الباحثون العديد من إستراتيجيات التعامل مع التنمر التي أستخدمها الضحايا لمواجهة التنمر، والإستراتيجية التي ذكرها التلاميذ بشكل شائع كانت تتعلق بالبحث عن المساندة seeking social support مثل طلب النصيحة أو التشجيع من طرف الوالدين والمعلمين والأصدقاء والإستراتيجيات الإضافية للتعامل مع التنمر تضمنت حل المشكلات problème-solving مثل وضع خطة وتقليل التوتر، والابتعاد distancing مثل التجاهل والانصراف بعيدا عن مصدر القلق والتوتر، وإعادة التركيب المعرفي cognitive restructuring مثل التركيز على الجوانب الإيجابية والسلوكيات الخارجية مثل لوم الذات (الدسوقي، 2016، 26).

فالتفاعلات الموجبة بين المعالج النفسي والمريض تشكل علاقة تشاركية، وبوجه عام ينبغي أن يكون سلوك المعالج النفسي آمينا ودافئا، ولا ينبغي اعتبار المريض سلبيا بل اعتباره خبير بمشكلاته الشخصية، لذا يشترك المرضى بنشاط وفاعلية في عملية العلاج، على سبيل المثال يشجع المعالج النفسي المرضى على صياغة واختبار فروض معينة من اجل الحصول على فهم أفضل عن العالم الحقيقي. (هوفمان، 2012، صفحة49)،

وبعد تكوين العلاقة العلاجية يتبع المعالج الخطوات التالية أثناء العلاج:

أ- تشجيع العميل على تقبل حالته.

ب- تقييم الصعوبات الراهنة.

ت- الاتفاق على قائمة المشكلات.

ث- تحديد الأهداف.

ج- تقييم مدى خطورة السلوك التنمري.

ح- طرح أسئلة وجمع معلومات لمراقبة مزاج العميل.

خ- شرح النموذج المعرفي.

د- تدريب العميل على ملأ جداول النشاطات السارة وجدولة الانجازات وتقدير كل النشاط.

ذ- تدريب العميل على استراتيجيات العلاج (حل المشكلات، الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي...).

ر- التأكد من صدق العلاج لتقليل الانتكاسات (بيرني وآخرون، 2008، صفحة 217)

تتضمن العلاجات السلوكية المعرفية مجموعة كبيرة من التقنيات العلاجية (سلوكية، معرفية، وانفعالية) وهي تمثل نوعاً ما أدوات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي والمعالج يجب أن يتحكم فيها ليكون قادراً على استعمالها وفق كل اضطراب ومع كل مريض، ولها هدف مزدوج: تحسين وضعية المريض وجعل المريض يطور القدرة على التحكم الذاتي، وسنقوم بعرض وشرح أهم التقنيات العلاجية المستخدمة في ضوء اطلاعنا على الدراسات السابقة والتراث الأدبي للموضوع، وهي كالتالي:

● **الاسترخاء:** يذكر "عبد الستار إبراهيم، 1993" أن الاسترخاء هو توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية، وهو يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم (بلحسيني، 2014، صفحة 106). وهو تقنية جسدية ضمن المقاربة السلوكية تسمح للموضوع بإنتاج حالة من الانبساط، وتوجد العديد من طرق الاسترخاء (بوفية، 2019، صفحة 22).

وتم إدخال الاسترخاء في العلاجات السلوكية المعرفية على شكل تقنيات يتم تعليمها للمريض داخل العيادة مع المعالج، ثم يقوم المريض بعد ذلك بتطبيقها وحده بشكل منتظم، وتدوم حصص الاسترخاء بضعة دقائق غالباً من 10 إلى 30 دقيقة، وهذه التقنية مؤسسة على طريقتين: طريقة "شولز، Schults المسماة Training autogène والتي تركز على إحساسات بجمارة وثقل الجسد، وطريقة Jacobson والمسماة الاسترخاء العضلي المتدرج، التي تركز على الاستجابة الفيزيولوجية المرتبطة بالشد والارتخاء العضلي. (فرحات، 2019، صفحة 125).

يتم تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية في كل منها يجب أن تخصص 20 دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء وفي نفس الوقت يطلب من المريض

أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة 15 دقيقة. يوميا بنفسه حسب الإرشادات العلاجية. (عبد الستار، 1994، صفحة160).

وتتمثل أساسيات الاسترخاء في:

✓ يبين المعالج للمريض انه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة يكون قد تعلمها في حياته قبل ذلك، وبعبارة أخرى يبين له انه -أي المريض- مثله مثل كثير من الناس يتعلم أن يكون مشدودا ومتوترا وأنه يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أي قادرا على الاسترخاء والهدوء وأن دور المعالج هو مرافقته في الوصول إلى ذلك.

✓ يبين المعالج أيضا بأنه نتيجة لهذا الاسترخاء قد يشعر المريض بمشاعر غريبة كالتميل في أصابع اليد أو إحساس أقرب للسقوط وانه يجب ألا يخشى ذلك لان هذا شيء عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت بالتراخي.

✓ ينصح المعالج العميل بان تكون أفكاره كلها مركزة على اللحظة أي في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به، ولكي يساعد المعالج على تحقيق قدر ممكن من النجاح. في هذه المرحلة يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هادئة.

✓ من المخاوف التي تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات، ففي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض، فالدور الأمثل الذي يجب على المعالج أن يمارسه في هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة. (عبد الستار، 1994، صفحة:161 – 164).

● **تأكيد الذات:** يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال حول المواقف والأشخاص (عبد الستار، 1994، صفحة203)، وتستعمل هذه التقنية مع ذوي الاكتئاب من اجل تطوير قدرات علائقية لدى المريض، تسمح له بفرض نفسه في العلاقات الاجتماعية بشكل عام وفي العلاقات التي تسبب له التوتر بشكل خاص (بوفية، 2019، صفحة106).

فتأكيد الذات ويعتبر من سمات الشخصية الايجابية، وهو قدرة يمكن التدريب عليها وإتقانها وتنميتها لدى الأفراد وتمثل في التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق الشخصية، لذلك فههدف العلاج هو تدريب المرضى على زيادة قدرتهم على التعبير بشكل توكيدي وزيادة الثقة بالنفس في المواقف التي يعجزون فيها

عن ذلك. ما يعني عدم الخوف من أن يطلع الآخرون عن مشاعرنا بدلا من إخفائها بداخلنا وذلك يخلق علاقة دافئة وتفاعلا ايجابيا وطمأنينة متبادلة وهذا النوع من العلاقات الايجابية هو أحد الجوانب المهمة في التغلب على الاكتئاب (محمود، 2009، صفحة 201).

● **إعادة البناء المعرفي:** تفترض الصيغة الأصلية لنموذج السلوك التنمري في العلاج المعرفي السلوكي أن الأفراد المتنمرين لديهم وجهة نظر سلبية عن أنفسهم، عن المستقبل، والعالم، وهذه المخططات تستثير لديهم معارف آلية لا تكفيه في مواقف معينة، ومن خلال العلاج المعرفي السلوكي يتم تحديد المعارف اللاتكيفية واستكشافها وتصحيح هذه المعتقدات اللاتكيفية والمخططات (هوفمان، 2012، صفحة 169).

وتهدف تقنية إعادة البناء المعرفي إلى تمكين العميل من تحديد أفكاره المختلفة، والتحقق من صحتها (أي وضعها موضع التساؤل، لأنها وحسب تعريفها فهي مختلة) ثم إيجاد أفكار أكثر تكيفا، والعمل المعرفي يتم مع الأفكار اللاعقلانية، فعلى المعالج التحري عن الأفكار السلبية المسببة للاكتئاب ما إذا كانت تكفيه (عقلانية) أو لا تكفيه (لا عقلانية)، حيث إذا كانت الأفكار التي تجعل الشخص مكتئب عقلانية فإنه سيكون من الخطأ محاولة إعادة بناءها، فعلى المعالج أن يحدد بدقة المظاهر اللاعقلانية للأفكار قبل اتخاذ قرار تطبيق إعادة البناء المعرفي عليها (بوفية، 2019، صفحة 110).

● **تصحيح الأفكار (تعديل المعتقدات الخاطئة):** إن مبدأ العلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات، وان التفكير المشوه يؤدي إلى بعث مكالات نفسية عديدة، ويعتمد المعرفيون على إعادة صياغة أفكار المريض التلقائية السلبية بحيث يشجع المريض على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير السيئ وغير المنطقي (بلحسيني، 2014، صفحة 115).

ومن هنا ابتكر المعالجون النفسانيون مفاهيم مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي، فهم يتفقون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها على الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين، وان العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج (عبد الستار، 1994، صفحة 273).

إن المعالج النفسى يسعى إلى تعديل وتصحيح هذه التشوهات المعرفية أثناء الجلسة العلاجية، حيث يوجد ثلاثة أسئلة محددة (تسمى الأسئلة السقراطية) يتم طرحها على العميل من قبل المعالج بحيث تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

1. ما هي الدلائل على معتقداتك؟
2. كيف يمكن أن تفسر الوضعية؟
3. إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعنى لك؟

حيث أن كل سؤال يقدم طريقة للبحث بشكل أعمق في المعتقدات السلبية واستحضار المزيد من الأفكار الموضوعية (بلحسيني، 2014، صفحة116).

● **التعزيز الايجابي:** يشير مفهوم التعزيز (التدعيم) إلى أن أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الإثابة المادية أو المعنوية لمنط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص وقد يكون التدعيم ايجابي أو سلبي (عبد الستار، 1994، صفحة160).

وتركز العلاجات المعرفية السلوكية على نظرية التعزيز لمساعدة الشخص على تغيير السلوكيات التي تمثل له مشكلة والتعزيزات الايجابية هي الأكثر استخداما في هذه العلاجات (بوفية، 2019، صفحة26).
ونقصد بالتعزيز الايجابي أي فعل أو حادثه يرتبط بتقديمها للفرد بزيادة في شيوع السلوك المرغوب (عبد الستار، 1994، صفحة230).

وتستخدم هذه التقنية في حالات المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعرقلهم بشكل كبير إذ يكون من المفيد إدخال معززات ايجابية أثناء العلاج لتدعيم سلوكيات نعتبرها مرغوبة، فالمعالج يشجع المريض حين يطبق التقنيات العلاجية وحين يتغلب تدريجيا على صعوباته فيقول له "هذا رائع، برفو، أهنتك أدبت عملا جيدا) هذه أمثلة عن التعزيزات الايجابية المستخدمة عادة في العلاج المعرفي السلوكي بهدف تدعيم العلاج وتدعيم تحسن المريض، فعندما يلاحظ المريض تحسنه يعتبر هذا شكلا من التعزيز الذاتي فيشجعه على مواصلة بذل مجهود في العلاج، كما يمكن استخدام معززات ايجابية أولية أو معززات ثانوية (بوفية، 2019، صفحة25).

● **التنشيط السلوكي (الواجبات المنزلية):** يرتبط غالبا السلوك التنمري بسلوكيات العدوانية، ونتيجة لذلك فان حياة المتنمرين تصبح مجردة من التعزيزات، الرضا، والسعادة، ومنه فالتنشيط السلوكي ضروري في

بداية العلاج من اجل رفع مستوى طاقة المريض، حيث يتم استعمال برنامج لاستئناف النشاطات بطريقة تدريجية مع مراعاة دافعية المريض التي تكون ضعيفة، فيقوم المعالج والعميل بإنشاء قائمة النشاطات التي كان يتوجب على المريض القيام بها ولكنه لم يعد يقوم بها، ثم نختار نشاطا واقعيا وقابلا للتطبيق، ثم نقسمه إلى خطوات متدرجة ونضع برنامجا لتطبيق كل خطوة.

عندما ينجز المريض الخطوة الأولى يعزز هذا غالبا شعوره بالقدرة الشخصية وتقديره لذاته، وهو ما يشكل تعزيرا ايجابيا يدعم الخطوات اللاحقة واستئناف النشاطات، وهذه الدينامكية لها تأثير فعال لتخفيف من سلوك التنمر. (بوفية، 2019، صفحة107).

4. نتائج الدراسة:

على ضوء ما سبق استعراضه من أفكار حول التعامل مع سلوك التنمر وفق المنحى السلوكي المعرفي، وعرض آلية حدوث التنمر، والتطرق إلى أهم البرامج العالمية المضادة للتنمر خاصة برنامج ألويس، وتلك النتائج التي توصلت إليها مجموعة من الدراسات والأبحاث التي تناولت ظاهرة التنمر وسبل مكافحتها وإستراتيجيات الحد من انتشارها.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أهم التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي قد تخفف من حدة السلوك التنمري لدى الطفل المتمدرس، تتمثل أساسا في الاسترخاء، تأكيد الذات، إعادة البناء المعرفي، تصحيح الأفكار، التعزيز الايجابي، والواجبات المنزلية، تقدم هذه الفنيات على هيئة حزمة علاجية تهدف في عمومها لمساعدة المتنمرين وضحاياهم على فحص وفهم محتوى تفكيرهم، والتعرف على ما لديهم من أفكار آلية سلبية، وتشويهات معرفية وأفكار خاطئة، في محاولة لتحدي تلك الأفكار وتعديلها بأخرى أكثر واقعية.

حيث توصلت الدراسة الحالية إلى أن العلاج المعرفي السلوكي في صورته العامة يعد مزيج من الأساليب المعرفية والسلوكية معا، يتم دمجها بهدف إحداث التغييرات المطلوبة لطالب الخطة العلاجية، بالإضافة الى الاهتمام بالجانب الوجداني للمتنمر، وبالسياق الاجتماعي من حوله، والعلاج المعرفي السلوكي في مجمله يسعى الى تشجيع المتنمرين باستمرار و بصورة تدريجية على التعرف على انفعالاتهم وتقبلها، ليتبعوا أفكارهم الآلية، كذلك معتقداتهم الكامنة والانفعالات، حيث يمكن إحراز تقدم من خلال تشجيع المتنمر على أن يبحث على دليل يدعم معتقداته غير المقبولة

5. الخاتمة:

على ضوء ما تم عرضه من إطار نظري حول العلاج المعرفي السلوكي وكيفية تناوله لظاهرة التنمر المدرسي استنتجنا أن العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد أي يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض قائمة على التفهم الكامل، والموقف اللاحكمي، وتبني منظور المريض، والقدرة على استيعاب دوافعه.

كما توصلنا كذلك إلى اكتشاف أهم التقنيات المعرفية السلوكية ذات الفعالية في خفض من حدة السلوك التنمري لدى الطفل المتدرس والتي تمثلت في كل من الاسترخاء، تأكيد الذات، إعادة البناء المعرفي، تصحيح المعتقدات الخاطئة، التعزيز الإيجابي والتنشيط السلوكي، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يساهم في الحد من مشكلة التنمر لدى طلبة المدارس إذا تضافرت جهود جميع الفاعلين من أجل من خلال توجيه الطلاب وإرشادهم وتوعيتهم لمفهوم السلوك التنمري وأشكاله ومظاهره وأسبابه لتجنيبهم السلوكيات التي تسبب إلحاق الأذى بالآخرين وتدريبهم تنمية التفكير الإبداعي لديه وعدم الإسراف في سلوك العقاب أو التهجم اللفظي، فهذه الأنماط من السلوك ترسم نموذجاً عدوانياً يجعل من المستحيل التغلب على مشكلة التنمر لديهم .

6. قائمة المراجع:

- أبو الديار، مسعد. (2012). سيكولوجية التنمر بين النظرية والعلاج، ط2، الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.
- أحمد، هاشمي. (2004). علاقة الأنماط السلوكية للطفل بالأنماط التربوية الأسرية، (ط1)، الجزائر: دار قرطبة للنشر والتوزيع.
- بطرس، حافظ بطرس. (2008). المشكلة النفسية وعلاجها، (ط1)، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بلحسيني، وردة. (2014). اضطراب الملح وثورة المعرفي السلوكي، (ط1)، عمان: الدار الشروق للنشر والتوزيع.
- بوفية، سيريل. (2019). مدخل إلى العلاجات المعرفية السلوكية. ترجمة بوزيان فرحات. (ط1)، الجزائر: دار المجد للنشر والتوزيع.
- جودة، عزت الهادي. سعيد، حسني العزة. (2005). تعديل السلوك الإنساني، (ط1)، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- الزراد، فيصل محمد خير. (2005). العلاج المعرفي السلوكي، (ط1)، لبنان: دار العلم للملايين.
- سامية، شوبعل. (2013). التدخل العلاجي في القياس وتعديل سلوك المتخلفين عقليا، (ط1)، الجزائر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
- طوروين، بيزني، رودل، بيتر، بالمر، ستيفين. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ترجمة محمود عبد مصطفى. (ط1)، القاهرة: دار المجدد للنشر والتوزيع.
- عبد الستار، إبراهيم. (2004). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، (ط1)، السعودية: الدار العربية للنشر والتوزيع.
- مجدي، محمد الدسوقي. (2016). مقياس التعامل مع السلوك التنمري، (ط1)، القاهرة: دار جونا للنشر والتوزيع.
- مجدي، محمد الدسوقي. (2016). مقياس السلوك التنمري، (ط1)، القاهرة: دار جونا للنشر والتوزيع.
- محمود عيد، مصطفى. (2009). العلاج المعرفي السلوكي، (ط1)، القاهرة: مكتبة ايتراك.
- هوفمان، إس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، (ط1)، القاهرة: الدار الفجر للنشر والتوزيع.
- يحيى، خولة أحمد. (2014). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، (ط8)، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون..
- Eva, Tazopoulon. (2008). Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatism crânien, Thèse de doctorat en psychologies Clinique et psychopathology, university paris8.
- Vooer,w, (2000). The parents' book about Bullying: changing the course of your Child life: for parents on either side of the Bullying fence, Centre city, MN: Hazelden.