



دور الأخصائي النفسي في التكفل بالضحية والمتنمر داخل الوسط المدرسي The Role of the Psychologist in the Care and Support of Victims and Bullies within the School Environment

محمد الشخي ECHIKHI MOHAMED

أستاذ محاضر في علم النفس، بكلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة محمد الأول، وجدة.

Mohamed.chikhi.pr@ump.ac.ma

ملخص:

تهدف هذه الدراسة النظرية إلى إبراز الدور الذي يضطلع به الأخصائي النفسي في التكفل بالضحية والمتنمر داخل الوسط المدرسي، في ظل ما يمثلته التنمر بالوسط المدرسي من مشكلة نفسية واجتماعية وتربوية ذات انعكاسات سلبية على الصحة النفسية والتوافق والتحصيل الدراسي. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال استعراض وتحليل الأدبيات والدراسات ذات الصلة بالموضوع. وقد أظهرت النتائج أن التكفل بالضحية يستلزم توفير الدعم النفسي والاجتماعي وتعزيز تقدير الذات والمهارات الاجتماعية، في حين يتطلب التعامل مع المتنمر فهم العوامل الكامنة وراء سلوكه والعمل على تعديله وتنمية التعاطف والمهارات الاجتماعية لديه. وتخلص الدراسة إلى أن الأخصائي النفسي يؤدي دورا محوريا في الوقاية من التنمر بالوسط المدرسي والتدخل في حالات حدوثه، من خلال التشخيص والتكفل النفسي والتعاون مع الأسرة والمؤسسة التعليمية، بما يساهم في تعزيز بيئة مدرسية آمنة وداعمة.

الكلمات المفتاحية: الأخصائي النفسي المدرسي، التنمر بالوسط المدرسي، المتنمر، ضحية التنمر.





Abstract :

This theoretical study aims to highlight the role played by the school psychologist in supporting and providing care for both victims and bullies within the school environment, given that school bullying constitutes a psychological, social, and educational problem with negative consequences for mental health, psychological adjustment, and academic achievement. The study adopted a descriptive-analytical approach by reviewing and analyzing the literature and studies related to the topic. The findings indicate that supporting victims requires the provision of psychological and social support, as well as the enhancement of self-esteem and social skills. In contrast, addressing bullying behavior requires understanding the underlying factors contributing to such behavior, working to modify it, and developing empathy and social skills among bullies. The study concludes that the school psychologist plays a pivotal role in preventing and intervening in cases of school bullying through psychological assessment, psychological support, and collaboration with families and educational institutions, thereby contributing to the promotion of a safe and supportive school environment.

Keywords: School psychologist; school bullying; bully; victim of bullying.

المحور الأول: التنمر بالوسط المدرسي

1. التنمر بالوسط المدرسي

1.1 تعريف التنمر بالوسط المدرسي

يعرف التنمر بأنه أحد أشكال الإيذاء المتكرر بين الأقران، يتعرض فيه الفرد بصورة متكررة لسلوكيات عدوانية تصدر عن أشخاص ينتمون إلى الفئة العمرية نفسها، في ظل وجود اختلال في ميزان القوة يجعل الضحية عاجزة عن الدفاع عن نفسها أو مواجهة المعتدي بفاعلية. ويعد التنمر صورة من صور الإيذاء بين الأقران، ويمكن أن يظهر بين الأطفال أو المراهقين أو حتى البالغين، بينما لا تتدرج السلوكيات العدوانية الصادرة عن الوالدين أو المعلمين تجاه الأطفال ضمن مفهوم التنمر؛ لأنها لا تحدث بين أفراد متكافئين من حيث المرحلة العمرية أو المكانة الاجتماعية.

ورغم شيوع استخدام مصطلحي "الإيذاء بين الأقران" و"التنمر" بوصفهما مترادفين، فإن بينهما اختلافا جوهريا. فالإيذاء بين الأقران قد يحدث بين شخصين متقاربين في القوة البدنية أو الاجتماعية، كالمشاجرات أو النزاعات العابرة، دون أن يصنف ذلك تنمرا. بينما التنمر فيتميز بوجود تفاوت واضح في القوة بين الطرفين، وهو العنصر الأساسي الذي يميزه عن غيره من أنماط العنف بين الأقران. وقد يتخذ هذا التفاوت



صوراً متعددة، مثل التفوق البدني أو العددي، أو النفوذ الاجتماعي، أو الشعبية، أو التفوق المعرفي، كما قد يرتبط بوجود إعاقة أو هشاشة نفسية لدى الضحية. كذلك قد تهيئ بعض الظروف المدرسية بيئة خصبة لظهور هذا الاختلال، كما هو الحال بالنسبة للتلميذ المنتقل حديثاً إلى مدرسة جديدة، أو المنتمي إلى أقلية ثقافية أو اجتماعية، الأمر الذي يجعله أكثر عرضة للاستهداف من قبل المتنمرين. (Arseneault 2018) ويؤكد (2013) Olweus، باعتباره من أبرز رواد الدراسات العلمية في مجال التنمر، أن الضحية نفسها تعد الطرف الأكثر قدرة على تقدير وجود اختلال في القوة داخل العلاقة مع المتنمر، نظراً لإدراكها المباشر لطبيعة هذه العلاقة غير المتكافئة. كما يشير إلى وجود فئة خاصة تُعرف بـ"المتنمرين-الضحايا" (Bully/Victims)، وهم أفراد يتعرضون للتنمر من أشخاص أقوى منهم، وفي الوقت نفسه يمارسون سلوك التنمر تجاه أفراد أضعف منهم. ورغم محدودية هذه الفئة من حيث العدد، فإنها تتميز بخصائص نفسية وسلوكية معقدة تجمع بين خصائص الضحية وخصائص المتنمر في آن واحد.

وتبرز أهمية التمييز بين التنمر والإيذاء بين الأقران عند تفسير الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على هذه الظاهرة. فبحكم التعريف، يعاني ضحايا التنمر من ضعف نسبي في القدرة على مقاومة السلوكيات العدوانية أو التصدي لها، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات نفسية واجتماعية، واضطرابات في التكيف، وانخفاض في مستوى الرفاه النفسي، فضلاً عن احتمالية استمرار هذه الآثار إلى مراحل عمرية لاحقة. ومن هنا يثار تساؤل علمي مهم حول مدى إسهام التعرض للتنمر ذاته في نشوء هذه الاضطرابات، بمعزل عن تأثير العوامل الشخصية أو البيئية الأخرى.

وتتبع أهمية دراسة التنمر وآثاره النفسية من كونه ظاهرة واسعة الانتشار على المستوى العالمي. أشارت بيانات منظمة الصحة العالمية (2012) إلى أن نحو 13% من الأطفال البالغين أحد عشر عاماً أفادوا بتعرضهم للتنمر. كما تظهر الدراسات وجود تباين في معدلات الانتشار بين الدول، مع ملاحظة ارتفاعها لدى الذكور مقارنة بالإناث، وانخفاضها تدريجياً مع التقدم في العمر. وفي هذا السياق، كشفت دراسة أجريت في إحدى عشرة دولة أوروبية أن ما يقارب 20% من الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و18 عاماً تعرضوا للتنمر، مع استمرار تفوق الذكور على الإناث في معدلات التعرض (Analitis et al. 2009).

كما توضح الأدبيات العلمية أن التنمر يعد أكثر أشكال الإساءة انتشارا وشيوعا بين الأطفال والمراهقين في كل من المملكة المتحدة والولايات المتحدة، سواء تعلق الأمر بالتنمر بين الأقران أو بين الأشقاء، وهو ما يعكس اتساع نطاق الاهتمام العلمي بهذه الظاهرة مقارنة بالمراحل الأولى من البحث فيها، التي انحصرت بصورة رئيسة في الدول الإسكندنافية (Arseneault 2018).

ولا يقتصر التنمر على البيئة المدرسية، رغم أنها تمثل السياق الأكثر شيوعا لحدوثه، بل قد يمتد إلى الأحياء السكنية، أو يظهر داخل الأسرة في صورة تنمر بين الأشقاء (Wolke & Skew, 2012) ويتميز هذا السلوك بطابع الاستمرارية؛ إذ قد يظل الضحية عرضة للتنمر عبر مراحل دراسية متعاقبة. فقد أوضحت إحدى الدراسات أن 43.1% من الذكور و 40.1% من الإناث الذين تعرضوا للتنمر بصورة متكررة خلال المرحلة الابتدائية استمر تعرضهم له في المرحلة الثانوية (Bowes et al., 2013) وأشارت دراسة أخرى إلى أن نحو 43% من الأطفال الذين كانوا ضحايا للتنمر في سن الحادية عشرة ظلوا يتعرضون له بعد ثلاث سنوات، في حين لم تتجاوز نسبة الأطفال الذين أصبحوا ضحايا لاحقا رغم عدم تعرضهم للتنمر في بداية الدراسة 7% فقط (Scholte et al. 2007).

1.2 أشكال التنمر بالوسط المدرسي

ويتخذ التنمر صورا متعددة تختلف باختلاف أساليب الممارسة؛ قد يكون لفظيا، مثل السخرية، والتهديد، والإهانة، وإطلاق الألقاب المهينة، ونشر الشائعات، وقد يكون جسديا، كالضرب، والدفع، والركل، والاعتداء البدني. كما يمكن أن يكون مباشرا يتم في مواجهة الضحية، أو غير مباشر يتمثل في العزل الاجتماعي، أو نشر الإشاعات، أو الإقصاء من الجماعة دون مواجهة صريحة.

ومع التطور المتسارع في وسائل الاتصال والتكنولوجيا الرقمية، برز نمط جديد من التنمر يتمثل في التنمر الإلكتروني، الذي يعتمد على استخدام الإنترنت، والهواتف الذكية، ومنصات التواصل الاجتماعي للإساءة إلى الآخرين أو تشويه سمعتهم أو تهديدهم أمام جمهور واسع. ويعد هذا الشكل من أخطر صور التنمر المعاصرة، لما يترتب عليه من آثار نفسية واجتماعية عميقة، خاصة لدى فئة المراهقين، وهو ما أكدته العديد من الدراسات الحديثة (Smith et al. 2008).



وقد حدد الجراي (2006) مجموعة من أشكال التنمر أخرى وهي:

- **التنمر الجسدي:** يتمثل في استخدام القوة البدنية لإلحاق الأذى بالآخرين، ويشمل الضرب والدفع والبصق، والمزاح المؤذي بصورة مبالغ فيها، واعتراض الضحية وإجبارها على القيام بسلوكيات لا ترغب فيها، إضافة إلى القرص والاستيلاء على الممتلكات والأدوات الشخصية.
- **التنمر اللفظي:** يشمل مختلف أشكال الإساءة الكلامية، مثل إطلاق الأسماء والألقاب الساخرة، والاستهزاء بالآخرين والتقليل من شأنهم، والتوبيخ والإذلال، واستخدام الألفاظ النابية، إلى جانب اختلاق القصص والشائعات الكاذبة.
- **التنمر الاجتماعي:** يتمثل في الممارسات التي تهدف إلى عزل الفرد وإقصائه اجتماعياً، كاستبعاده من جماعات الرفاق، وحرمانه من المشاركة في الأنشطة المختلفة، وتجاهله واحتقاره، ومراقبة تصرفاته بصورة مبالغ فيها، فضلاً عن نشر الشائعات حوله.
- **التنمر الإلكتروني:** يقصد به الأذى المتعمد والمتكرر الذي يمارسه المتنمر تجاه الضحية من خلال استخدام الوسائط الإلكترونية والتقنيات الرقمية، بما في ذلك وسائل التواصل الاجتماعي وغيرها من أدوات الاتصال الحديثة.
- **التنمر في العلاقات الاجتماعية:** يتمثل في إلحاق الأذى بالفرد من خلال نشر الأكاذيب والشائعات التي تسيء إلى سمعته، والعمل على نبذه وإقصائه اجتماعياً، والصد عنه وإبعاده عن محيطه الاجتماعي.
- **التنمر الديني:** يتمثل في توجيه عبارات وتعليقات مسيئة للتلاميذ المنتمين إلى ديانات مختلفة، وقد يتطور هذا النوع من التنمر إلى ممارسات عدوانية أو اعتداءات جسدية ناتجة عن الاختلاف الديني.
- **التنمر ضد ذوي الإعاقة:** يشمل السلوكيات السلبية الموجهة نحو الأشخاص ذوي الإعاقة، مثل العبث بالأجهزة أو الوسائل المساعدة التي يستخدمونها، أو حرمانهم من المشاركة في الأنشطة المختلفة، بما يعيق اندماجهم وتفاعلهم مع الآخرين.



كما صنف أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية بجامعة فلوريدا (F.D.E, 1997) التتمر المدرسي إلى عدة أشكال رئيسة، تتمثل فيما يلي:

- التتمر المباشر: ويشمل مختلف أشكال الاعتداء المباشر على الآخرين، مثل الاعتداء الجسدي، وابتزاز الضحايا، والاستيلاء على ممتلكاتهم، وإطلاق الأسماء والألقاب غير اللائقة عليهم، فضلاً عن تعمد إهانته وإذلالهم وإساءة معاملتهم بصفة عامة.
- التتمر غير المباشر: ويتمثل في مقاطعة الضحية وإقصائها بصورة متكررة من الجماعات والأنشطة الاجتماعية، ورفض إشراكها أو قبولها بشكل مستمر.
- التتمر الجنسي: ويشمل السلوكيات ذات الطابع الجنسي غير المقبول، مثل عرض صور غير لائقة، أو إطلاق تعليقات وألقاب ذات دلالات جنسية، أو توجيه عبارات تخدش الحياء، أو ممارسة تصرفات تنطوي على مضايقات ذات طابع جنسي.
- التتمر العنصري: يتمثل في توجيه الإساءات إلى الضحية استناداً إلى انتمائها العرقي أو الأسري أو الديني أو لونها أو جنسها، حيث يلجأ المتمر إلى استخدام أوصاف أو عبارات تقلل من شأن الضحية أو تسيء إلى هويتها وانتمائها.
- التتمر الإلكتروني: يشمل السلوكيات العدوانية التي تمارس عبر الوسائل التكنولوجية الحديثة، مثل الهواتف المحمولة وشبكة الإنترنت، من خلال إرسال الرسائل المسيئة أو التهديدية، أو نشر المحتويات المحرجة، أو تصوير الآخرين دون موافقتهم واستغلال تلك المواد في ابتزازهم أو الإساءة إليهم. (السيد، 2021).

2. الآثار المترتبة على الضحايا

يترك التتمر ندوباً عميقة على الأفراد المتعرضين له، وتتجلى أبرز هذه العواقب في:

- الاضطرابات النفسية والسلوكية: المعاناة طويلة الأجل من مشكلات عاطفية وسلوكية كالاضطرار للاكتئاب، والقلق، والعزلة، والانطوائية، والشعور الدائم بالوحدة، فضلاً عن احتمالية الوقوع في فخ الإدمان أو إيذاء الذات.



- التحول السلوكي العدواني: قد يتبنى الفرد سلوكاً عنيفاً كرد فعل دفاعي، مما يحوله مع الوقت إلى متتمر أو شخص عدواني.
- الانطواء الاجتماعي: زيادة الانعزال والانسحاب من الأنشطة التفاعلية، سواء داخل المحيط الأسري أو المدرسي، ويميل الضحية إلى الصمت وعدم الإفصاح عن التجارب السيئة.
- خطر الانتحار: تشير الدراسات والأبحاث إلى تصاعد مستمر في معدلات الانتحار بين الضحايا، خاصة مع بروز ظاهرة التتمر الإلكتروني وتداخلها مع التتمر التقليدي.
- الأعراض الجسدية والصحية: الإصابة باضطرابات النوم (كالأرق أو النوم المفرط)، والصداع المتكرر، وآلام المعدة، ونوبات الذعر والخوف.
- انخفاض في التحصيل الدراسي: يكون ذلك نتيجة للغياب المتكرر عن المدرسة أو التسرب النهائي منها.
- تراجع العلاقات: تدهور الروابط الاجتماعية مع الآخرين، وسيطرة سوء الظن وغياب الثقة في المحيطين.

3. الآثار المترتبة على المتتمرين:

- لا يسلم ممارسو التتمر من عواقب سلوكياتهم؛ إذ تزيد هذه الظاهرة من احتمالية وقوعهم في المشكلات الآتية:
- السلوكيات المنحرفة: التورط في إدمان الكحول والمخدرات، والدخول في مشاجرات مستمرة، وتخريب الممتلكات العامة والخاصة، والانقطاع عن الدراسة.
- المشكلات القانونية والجنسية: الانخراط في ممارسات جنسية مبكرة، والوقوع في الجريمة والمخالفات القانونية المتعددة.
- العنف الأسري مستقبلاً: يمتد السلوك العدواني للمتتمر إلى حياته الأسرية المستقبلية، ليمارس العنف والاعتداء في علاقاته مع زوجته وأطفاله. (مباركي، 2022).



4. الآثار المترتبة على المتفرجين (المشاهدين لموقف التنمر)

يتأثر التلاميذ المحيطون بموقف التنمر بطرق مباشرة وغير مباشرة؛ تتأرجح هذه التداعيات بين المعاناة من أزمات صحية ونفسية، وبين تشرب قيم اجتماعية سلبية تحبذ العنف، مما يؤدي في النهاية إلى شيوع ثقافة التنمر داخل المجتمع المدرسي بأسره (سايجي، 2019).

5. التداعيات المشتركة بين المتنمرين والضحايا

وأكد كل من Batsche و Knoff (1994) و Olweus (1993) أن التنمر يترك آثارا عميقة وواضحة في البيئة التعليمية، إذ يشعر التلاميذ بالخوف من السخرية أو المضايقة أو التهديد أو النبذ داخل المدرسة يتعارض مع قدرتهم على التعلم بصورة إيجابية وفعالة. كما أشاروا إلى أن إهمال هذه الظاهرة وعدم التدخل لمعالجتها قد يؤدي إلى تفاقمها وتحولها إلى أشكال أكثر خطورة من العنف، قد تصل في بعض الحالات إلى نتائج مميتة. ومن جانبه، يرى Smokowski و Kopasz (2005) أنه رغم صعوبة تحديد حجم تأثير سلوك التنمر في التحصيل الدراسي بدقة، فإن من المنطقي افتراض أن لهذا السلوك أثرا سلبيا في الأداء الأكاديمي لكل من المتنمرين وضحاياهم، وذلك في مختلف المراحل التعليمية (أبو الديار، 2012).

المحور الثاني: دور الأخصائي النفسي في التكفل بضحية التنمر والمتنمر داخل الوسط المدرسي

1. دور الأخصائي النفسي في التكفل بضحية التنمر داخل الوسط المدرسي.

يشكل الأخصائي النفسي بالوسط المدرسي أحد أهم الفاعلين في منظومة الوقاية والتدخل لمواجهة ظاهرة التنمر بالوسط المدرسي، إذ لا يقتصر دوره على تقديم الدعم النفسي للضحية بعد وقوع التنمر، بل يمتد إلى التشخيص المبكر، والتدخل العلاجي، والتنسيق مع مختلف الفاعلين الأساسيين (الأسرة، الإدارة التربوية، جمعية الأباء وأولياء الأمور)، والمساهمة في بناء بيئة مدرسية آمنة تعزز الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي للتلاميذ. كما تؤكد الدراسات والأدبيات العلمية أن التدخل النفسي المبكر يحد من الآثار الانفعالية والسلوكية طويلة المدى للتنمر، ويخفض احتمالية تطور اضطرابات مثل القلق والاكتئاب واضطراب الكرب اللاحق للصدمة (Arseneault, 2018).

1.1 التشخيص والتقييم النفسي

تبدأ عملية التكفل بإجراء تقييم نفسي شامل للضحية، يهدف هذا التشخيص إلى تحديد طبيعة التمر ومدى تكراره، وأنواعه (الجسدي، واللفظي، والاجتماعي، والإلكتروني)، إضافة إلى تقييم انعكاساته على الصحة والأداء الدراسي والجانب العلائقي. ويعتمد الأخصائي النفسي على المقابلات النفسية، والملاحظة، والمقاييس النفسية المقننة، مع جمع المعلومات من الأسرة والأساتذة والإدارة التربوية، للحصول على صورة متكاملة عن حالة التلميذ (Jimerson, Swearer, & Espelage, 2010).

كما ينبغي أن يشمل التقييم تحديد أعراض القلق، والاكتئاب، والعزلة الاجتماعية، وانخفاض تقدير الذات، واضطرابات النوم، وضعف التوافق المدرسي، مع تقدير مستوى الخطورة في الحالات التي تظهر فيها مؤشرات إيذاء الذات أو الأفكار الانتحارية، بما يسمح بوضع خطة تدخل مناسبة عاجلة (Arseneault, 2018؛ NASEM, 2016).

2.1 تقديم الدعم والإرشاد النفسي

بعد مرحلة التقييم، يعمل الأخصائي النفسي على تقديم الدعم النفسي المباشر للضحية بهدف تخفيف الضغوط الانفعالية واستعادة الشعور بالأمان داخل البيئة المدرسة. ويعتمد ذلك على بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة بين الأخصائي النفسي والضحية، وإتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن مشاعره وخبراته دون إصدار أحكام أو لوم، مع مساعدته على فهم أن مسؤولية التمر الذي تعرض له تقع على عاتق المتمر وليس الضحية (Coloroso, 2008).

وتشير الأدلة إلى أن الدعم النفسي الفوري أو العاجل يسهم في تقليل مستويات الخوف والقلق، ويعزز الشعور بالأمن والانتماء المدرسي، مما ينعكس بشكل إيجابي على التكيف النفسي والتحصيل الدراسي (Swearer & Hymel, 2015).

3.1 التدخل العلاجي النفسي

تشير الدراسات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) يعد من أكثر التدخلات فعالية في علاج الآثار النفسية الناتجة عن التمر، حيث يساعد الضحايا على تعديل الأفكار

السلبية المرتبطة بالذات، وتنمية مهارات تنظيم الانفعالات، وتعزيز استراتيجيات المواجهة الإيجابية، وبناء الثقة بالنفس (Stallard, 2021؛ Beck, 2011).

كما يمكن توظيف برامج تنمية المهارات الاجتماعية والتدريب على توكيد الذات، بما يمكن الضحية من التعبير عن حقوقها بطريقة مناسبة، وتحسين قدرتها على بناء العلاقات الاجتماعية ومواجهة المواقف الضاغطة دون اللجوء إلى الانسحاب أو الاستسلام (Smith & Sharp, 1994).

4.1 تعزيز المقاومة النفسية والمرونة النفسية

لم يعد التدخل النفسي يركز فقط على علاج الأعراض، بل أصبح يهدف أيضا إلى تعزيز المقاومة النفسية (Résilience)، الذي يمثل قدرة الطفل على التكيف الإيجابي مع المواقف الضاغطة والتعافي منها. وتشير الدراسات إلى أن تنمية المقاومة النفسية تقلل من احتمالية استمرار الآثار السلبية للتمر على المدى البعيد، من خلال تعزيز الكفاءة الذاتية، وتنمية مهارات حل المشكلات، وتطوير الدعم الاجتماعي. (van Harmelen et al. 2017؛ Masten 2014).

5.1 التنسيق مع الأسرة

يمثل التعاون مع الأسرة مهما وأساسيا في نجاح التدخل النفسي، إذ يقوم الأخصائي النفسي بتوعية الوالدين بطبيعة التمر وآثاره النفسية، وتدريبهم على أساليب الدعم الانفعالي، وتحسين التواصل مع الطفل، ومراقبة التغيرات السلوكية والانفعالية التي قد تظهر عليه. كما يساعد الأسرة على تجنب الممارسات التي تزيد من شعور الضحية بالذنب أو الضعف، وتشجيعها على تبني أساليب التربية الإيجابية القائمة على الدعم والاحتواء (Bowes et al. 2010؛ Lereya et al. 2013).

6.1 التنسيق مع الفريق التربوي المدرسي.

لا يمكن أن ينجح التدخل النفسي في غياب التنسيق مع الإدارة التربوية والأساتذة، حيث يعمل الأخصائي النفسي على وضع خطة تدخل متعددة التخصصات تتضمن حماية الضحية، ومراقبة سلوك المتتمر، وتعديل البيئة الصفية، وتوعية التلاميذ بثقافة الاحترام والتسامح داخل الوسط المدرسي، بما يضمن منع تكرار الاعتداءات (Swearer & Hymel, 2015؛ Olweus, 1993).

كما يشارك في إعداد وتنفيذ برامج مدرسية شاملة للوقاية من التنمر، مثل برنامج Olweus Bullying Prevention Program وبرنامج KiVa، اللذين أثبتت الدراسات فعاليتهما في خفض معدلات التنمر وتحسين المناخ المدرسي (Olweus, 1994؛ Salmivalli et al. 2011).

7.1 التتبع والتقييم المستمر

لا ينتهي دور الأخصائي النفسي بانتهاء جلسات التدخل الأولية، بل يقتضي متابعة الضحية بشكل دوري دورية للتأكد من تحسن حالتها النفسية والاجتماعية والأكاديمية، ورصد أي مؤشرات لعودة التنمر أو استمرار آثاره. كما يقوم بإعادة تقييم الخطة العلاجية عند الحاجة، وإحالة الحالات الشديدة إلى خدمات الصحة النفسية المتخصصة إذا تطلب الأمر ذلك (NASEM, 2016؛ Arseneault, 2018).

وتؤكد الدراسات والأدبيات العلمية أن التتبع المستمر يقلل من احتمالية تطور الاضطرابات النفسية المزمنة، وتعزز فرص التكيف الإيجابي والاندماج المدرسي والاجتماعي للضحية (Copeland et al. 2013).

المحور الثالث: دور الأخصائي النفسي في التكفل بالمتنمر داخل الوسط المدرسي

تشير الدراسات والأدبيات الحديثة إلى أن التدخل مع المتنمر لا يهدف بالأساس إلى إيقاف السلوك العدواني فحسب، وإنما يسعى إلى فهم العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية التي تقف وراء هذا السلوك، ثم بناء تدخلات وبرامج وتدخلات إرشادية علاجية تساعد على تعديل السلوك وتعزيز التوافق النفسي والاجتماعي. ويؤكد الباحثون أن الاقتصار على العقوبات المدرسية قد يحد من السلوك مؤقتاً، لكنه لا يعالج أسبابه الحقيقية، لذلك يعد الأخصائي النفسي المدرسي أحد أهم الفاعلين في التكفل بالمتنمرين من خلال التشخيص، والإرشاد النفسي، والعمل مع الأسرة والإدارة التربوية، وتعزيز إعادة الإدماج الإيجابي داخل الجماعة المدرسية (Swearer & Hymel, 2015؛ National Academies of Sciences، Engineering، and Medicine [NASEM], 2016).

1. تشخيص السلوك التنمري وتحديد أسبابه.

تمثل عملية التشخيص الخطوة الأولى في التدخل النفسي مع المتعلم المتنمر، إذ يعمل الأخصائي النفسي على تقييم طبيعة السلوك العدواني، ودرجة تكراره، والسياقات التي يظهر فيها، إلى جانب تحديد العوامل الفردية والأسرية والمدرسية المرتبطة به. ويعتمد ذلك على المقابلات النفسية الإكلينيكية، والملاحظة،

والمقاييس النفسية، مع الاعتماد بشكل كبير على المعلومات التي تم جمعها من الأسرة والأساتذة والإدارة التربوية للحصول على تصور عام وشامل للحالة (Jimerson, Swearer, & Espelage, 2010). كما تشير الدراسات إلى أن السلوك التمرّري قد يرتبط بعدد من العوامل، من بينها ضعف التعاطف، والاندفاعية، والرغبة في فرض السيطرة، والتعرض للعنف الأسري، وأنماط التنشئة الوالدية القاسية أو المهملة، إضافة إلى التأثير بجماعة الرفاق والبيئة المدرسية (Cook et al., 2010؛ Olweus, 1993) كما أوضحت المراجعة المنهجية التي أجراها Cook وزملاؤه (2010) أن المتمرّرين غالباً ما يظهرون مستويات مرتفعة من المشكلات السلوكية الخارجية، وانخفاضاً في الضبط والتحكم الذاتي، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية.

2. الإرشاد النفسي وتعديل السلوك

بعد تحديد العوامل التي وراء السلوك التمرّري، ينتقل بعدها الأخصائي النفسي إلى مرحلة التدخل الإرشادي والعلاجي، التي تستهدف الحد من السلوك العدواني وتعزيز أنماط السلوك الاجتماعي المقبول أو الإيجابي. وفي هذا السياق، يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أهم العلاجات النفسية الفعالة في تعديل السلوكات التمرّرية، إذ يساعد المتمرّرين على التعرف إلى الأفكار والمعتقدات غير التكيفية المرتبطة بسلوكه، وفحصها وتعديلها وإعادة بنائها معرفياً، بما يسمح له بتطوير استجابات سلوكية وانفعالية أكثر توافقاً في المواقف المدرسية والاجتماعية (Beck, 2011؛ Stallard, 2021).

بالإضافة إلى هذا، يوظف الأخصائي النفسي مبادئ تعديل السلوك بهدف إحداث تغيير تدريجي ومستدام في أنماط السلوك العدواني، وذلك من خلال اعتماد مجموعة من الأساليب، من أبرزها التعزيز الإيجابي، والنمذجة، والتدريب على حل المشكلات، وتعليم بدائل سلوكية أكثر قبولاً اجتماعياً. من خلال هذا التوجه المعتمد، لا يقتصر التدخل على الحد من السلوك العدواني، بل يهدف كذلك إلى إكساب المتمرّرين مهارات سلوكية بديلة تمكنه من التعامل مع المواقف الاجتماعية والنزاعات بطرق مقبولة ومتوافقة مع البيئة المدرسية والاجتماعية. وفي هذا الصدد، يؤكد (Olweus, 1993) أن التدخل الفعال مع المتمرّرين ينبغي أن يقوم على تحقيق توازن بين الحزم التربوي والدعم النفسي، بدل الاقتصار على العقوبات التأديبية التي قد لا تعالج العوامل النفسية والسلوكية الكامنة وراء السلوك التمرّري بل قد تساهم في ظهور مشاكل أخرى.

3. تنمية مهارات التواصل وإدارة الانفعالات

تشير الأدبيات والبحوث المتخصصة إلى أن بعض الأطفال والمراهقين المنخرطين في السلوك التمرّي قد يعانون من صعوبات في تنظيم انفعالاتهم، ومحدودية في القدرة على التعاطف مع الآخرين، فضلا عن قصور في بعض مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. وقد تسهم هذه الصعوبات في تعزيز اللجوء إلى السلوك العدواني باعتباره وسيلة للتعبير عن الانفعالات أو فرض الذات أو التعامل مع النزاعات (Swearer & Hymel, 2015).

بناء على ذلك، يضطلع الأخصائي النفسي بدور أساسي في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى المتمرّ خاصة داخل الفضاء التربوي، من خلال تدريبه على الإنصات الفعال، واحترام الآخرين، والتعبير الملائم عن الأفكار والمشاعر، والتفاوض، والتعامل مع الخلافات وحل النزاعات بوسائل مقبولة سلمية. كما يركز التدخل على تنمية مهارات التنظيم الانفعالي، بما في ذلك التعرف إلى مصادر الغضب، وضبط الاستجابات الانفعالية، والتحكم في الاندفاع.

وفي هذا السياق، تمثل التدريب على التعاطف (Empathy Training) محورا مهما في التدخل النفسي، إذ تهدف إلى مساعدة المتمرّ على فهم مشاعر الآخرين وإدراك الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على سلوكه بالنسبة إلى الضحية. من شأن تنمية هذه القدرة أن تسهم في تعزيز الوعي بعواقب السلوك التمرّي، ودعم تطوير أنماط تفاعل أكثر إيجابية وتوافقا، بما قد يساعد على الحد من استمرار السلوك التمرّي (Espelage & Swearer, 2011؛ Salmivalli, 2010).

4. إشراك الأسرة والمدرسة في عملية التدخل النفسي

لا يقتصر التدخل النفسي الموجه إلى السلوك التمرّي على الطفل المتمرّ وحده فقط، بل يمتد ليشمل الأسرة والمدرسة، باعتبارهما بيئتين أساسيتين في تشكيل السلوك وفي ضمان استمرارية العملية العلاجية وفعاليتها. وفي هذا الإطار، يعمل الأخصائي النفسي على توعية الوالدين بأهمية اعتماد أساليب التنشئة الإيجابية، وتعزيز المراقبة الوالدية، وتدعيم الحوار والتواصل داخل أسرة المتعلم المتمرّ، مع التأكيد على ضرورة تجنب العنف بكل أشكاله، نظرا لما قد تتركه هذه الممارسات من آثار في نمو السلوك العدواني واستمراره (Lereya, Samara, & Wolke, 2013).

ويعمل الأخصائي النفسي بتنسيق مع هيئة التدريس من أجل وضع خطة تربوية موحدة للتعامل مع المتنمر، تستند إلى التطبيق العادل للقانون الداخلي للمؤسسة التربوية، وتعزيز السلوكيات الإيجابية، وتجنب الوصم والإقصاء، إلى جانب المتابعة المنتظمة لسلوك التلميذ داخل الفصل وخارج. (NASEM, 2016) وتوضح أهمية هذا التعاون في تحقيق التكامل بين الأدوار النفسية والتربوية والأسرية، إذ تشير العديد من الدراسات إلى أن التنسيق بين الأخصائي النفسي والأسرة والمدرسة يسهم في تعزيز فعالية التدخلات والحد من احتمالية استمرار السلوك التنمري أو تكراره في المستقبل بالنسبة المتنمر (Ttofi & Farrington.2011).

5. إعادة الإدماج الإيجابي للمتنمر في الوسط المدرسي

تعد إعادة الإدماج الإيجابي للمتنمر داخل الوسط المدرسي أحد الأهداف الأساسية للتدخل النفسي والتربوي، حيث لا ينبغي اختزال التعامل معه في العقاب أو النظر إليه بوصفه مصدرا للمشكلة فقط، بل ينبغي اعتباره طفلا أو مراهقا يحتاج إلى التوعية والتحسيس في جانب تحمل مسؤولية سلوكه، وأيضا إلى المساعدة على تعديل أنماط تفاعله وإعادة بناء علاقاته الاجتماعية بصورة أكثر إيجابية وفعالية. بناء على هذا، يعمل الأخصائي النفسي على تشجيع المتنمر على المشاركة في الأنشطة الجماعية التي تنمي التعاون، وتحمل المسؤولية، والعمل التطوعي، فضلا عن مساعدته على بناء علاقات إيجابية مع زملائه وتعزيز شعوره بالانتماء إلى الجماعة المدرسية والمؤسسة التعليمية (Salmivalli et al. 2011).

وتشير نتائج برنامج KiVa الفنلندي إلى أن التدخلات الشاملة التي تستهدف مختلف أطراف سلوك التنمر، بما في ذلك المتنمرون والضحايا والشهود، يمكن أن تسهم في الحد من السلوك التنمري وتحسين المناخ المدرسي وجعله أكثر إيجابية. كما تتيح هذه المقاربة توفير بيئة مدرسية أكثر دعما للمتنمر، بما يساعده على تعديل سلوكه وإعادة بناء علاقاته داخل الجماعة المدرسية على أسس أكثر إيجابية وتوافقا (Salmivalli et al. 2011؛ Kärnä et al. 2011).

وفي السياق العالم العربي، تؤكد الدراسات والأدبيات التربوية والنفسية أن التكفل الفعال بالطفل المتنمر يقتضي تجاوز المقاربة العقابية الصرفة والانتقال نحو مقاربة وقائية وعلاجية متكاملة، تقوم على فهم الدوافع والعوامل المفسرة للسلوك التنمري، وتعزيز التوافق النفسي والاجتماعي، وتنمية المهارات الانفعالية

والاجتماعية، بما يتيح للمتّمّر فرصة تعديل سلوكه وتحقيق اندماج أكثر توازناً وإيجابية داخل الوسط المدرسي (أبو الديار، 2012؛ الزغبى، 2017).

المحور الرابع: آليات التدخل النفسي في مواجهة التنمر في الوسط المدرسي.

تشير الأدبيات النفسية والتربوية إلى أن مواجهة ظاهرة التنمر بالوسط المدرسي تقتضي اعتماد تدخلات نفسية متعددة المستويات، تجمع بين البعدين الوقائي والعلاجي، ولا تقتصر على إيقاف السلوك التنمري أو معاقبة مرتكبيه. فالتدخل الفعال يستهدف مختلف الأطراف والأنساق المتداخلة في الظاهرة، بما في ذلك الضحية، والمتنمر، والشهود، والأسرة، والبيئة المدرسية، وذلك من خلال مقارنة متكاملة تهدف إلى الحد من الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على التنمر، وتعزيز مناخ مدرسي داعم للصحة النفسية والأمن والانتماء (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM]؛ 2016؛ Swearer & Hymel, 2015).

1. التدخل النفسي الفردي

التدخل النفسي الفردي يعد من أهم من الآليات الأساسية في التكفل بالتلاميذ المتأثرين بظاهرة التنمر، سواء تعلق الأمر بالضحايا أو بالمتنمرين أو بالتلاميذ الذين قد يتناوبون على أداء كلا الدورين. ويهدف هذا النوع من التدخل إلى بناء فهم شامل للحالة النفسية لكل تلميذ، والكشف عن المشكلات الانفعالية والسلوكية المصاحبة، وتحديد احتياجاته النفسية، بما يسمح بوضع خطة إرشادية أو علاجية تتلاءم مع خصوصيته الفردية (Jimerson, Swearer, & Espelage, 2010).

يعتمد الأخصائي النفسي في عملية التقييم على مجموعة من الأدوات، من بينها المقابلة الإكلينيكية، والملاحظة، والمقاييس النفسية المناسبة، بهدف تحديد مستويات القلق والاكتئاب، وتقييم تقدير الذات، والمهارات الاجتماعية، واستراتيجيات مواجهة الضغوط. كما يهدف التدخل إلى مساعدة التلميذ على التعبير عن مشاعره وتجربته النفسية، وإعادة بناء صورة أكثر إيجابية عن ذاته، وتنمية قدرته على التكيف مع الضغوط والمواقف المدرسية، بما يساهم في التخفيف من الآثار النفسية المباشرة والممتدة للتنمر (Copeland et al. 2013؛ Arseneault, 2018).

2. التدخل النفسي الجماعي

يقوم التدخل النفسي الجماعي على توظيف ديناميات الجماعة باعتبارها إطاراً ملائماً لتعزيز التفاعل الإيجابي بين التلاميذ، وتنمية الشعور بالانتماء، والحد من أنماط السلوك العدواني. يعتمد هذا النوع من التدخل على مجموعات إرشادية أو علاجية يشرف عليها الأخصائي النفسي، وتستهدف تنمية مهارات التواصل والتعاطف، وتعزيز القدرة على حل النزاعات، واحترام الاختلاف، إلى جانب تدريب التلاميذ على تقديم الدعم للأقران والتدخل الإيجابي عند ملاحظة مواقف التمرّ (Salmivalli, 2010).

وتشير نتائج الدراسات إلى أن فعالية التدخلات الجماعية تزداد عندما تتجاوز التركيز على طرف واحد من أطراف الظاهرة لتشمل الضحايا والمتنمرين والشهود ضمن مقاربة متكاملة. ويعزى ذلك إلى أن تغيير المعايير السائدة داخل الجماعة الصفية يمكن أن يسهم في الحد من الدعم الاجتماعي الذي قد يحصل عليه المتنمر، وتعزيز المواقف والسلوكيات الداعمة للضحايا، بما يؤدي إلى إضعاف البيئة الاجتماعية التي تساعد على استمرار السلوك التمرّي (Salmivalli et al. 2011).

3. الإرشاد النفسي بالوسط المدرسي

يمثل الإرشاد النفسي بالوسط المدرسي إطاراً مهنيًا وقائيًا وعلاجيًا شاملاً لمواجهة ظاهرة التمرّ داخل المؤسسة التعليمية، إذ لا يقتصر دوره على التدخل بعد وقوع المشكلة، بل يشمل أيضاً الكشف المبكر عن الحالات المعرضة للخطر، وتعزيز الصحة النفسية للتلاميذ، وتقديم خدمات الإرشاد الفردي والجماعي، وتنظيم أنشطة وبرامج التوعية، فضلاً عن التنسيق المستمر مع الأسرة والإدارة التربوية والأساتذة.

على هذا المنوال، تؤكد (American School Counselor Association (ASCA, 2019) أن برامج الإرشاد بالوسط المدرسي الشاملة يمكن أن تسهم في تحسين المناخ المدرسي، وتعزيز الشعور بالأمن والانتماء، والحد من السلوكيات العدوانية، من خلال الجمع بين التدخلات الوقائية الموجهة إلى كل التلاميذ والتلاميذ والتدخلات العلاجية المتخصصة الموجهة إلى الحالات التي تستدعي دعماً فردياً أو جماعياً.

أما بخصوص السياق العربي، ينظر إلى الإرشاد النفسي بالوسط المدرسي باعتباره عملية مهنية منظمة تهدف إلى مساعدة المتعلمين على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وتنمية قدراتهم على مواجهة

المشكلات المختلفة، والوقاية من الاضطرابات والمشكلات السلوكية والانفعالية، بما في ذلك السلوك التمرري داخل الوسط المدرسي (زهران، 2005؛ الزغبى، 2017).

4. العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع التمر بالوسط المدرسي

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) من العلاجات المهمة التي تحظى بأهمية كبيرة في التعامل مع الآثار النفسية والسلوكية المترتبة على التعرض للتمر أو ممارسته، سواء لدى الضحايا أو لدى المتمررين. ينطلق هذا العلاج من فرضية أساسية مفادها أن الأفكار والمعتقدات غير التكيفية تؤثر في الاستجابات الانفعالية والسلوكية للفرد؛ ومن ثم، يركز التدخل على تحديد أنماط التفكير السلبية والأفكار غير العقلانية وإعادة بنائها، إلى جانب تنمية استراتيجيات أكثر تكيفا لمواجهة المواقف الضاغطة (Beck, 2011).

وبالنسبة إلى ضحايا التمر، يركز العلاج المعرفي السلوكي على التخفيف من أعراض القلق والاكتئاب، وتعزيز تقدير الذات والثقة بالنفس، ومساعدتهم على تطوير استراتيجيات مواجهة فعالة، بما في ذلك تنمية مهارات التعامل مع المواقف الاجتماعية الضاغطة. أما بالنسبة إلى المتمررين، فيتجه التدخل إلى مراجعة المعتقدات والأفكار التي تبرر العنف أو العدوان، وتنمية القدرة على التعاطف مع الآخرين، وتعزيز مهارات التنظيم الانفعالي، وتطوير أساليب أكثر إيجابية في حل المشكلات والتعامل مع النزاعات (Stallard, 2021).

كما أوضحت مجموعة من الأدبيات العلمية أن إدماج العلاج المعرفي السلوكي ضمن البرامج المدرسية يمكن أن يساهم في تحسين الصحة النفسية للتلاميذ والتخفيف من الآثار الانفعالية المرتبطة بالتمر، ولا سيما عندما يطبق ضمن خطة تدخل متكاملة تقوم على التعاون بين مختلف المتدخلين في الوسط المدرسي، بما يضمن التكامل بين الدعم النفسي والتربوي والاجتماعي (Swearer & Hymel, 2015).

5. برامج الدعم النفسي والاجتماعي داخل المؤسسة التعليمية

تمثل برامج الدعم النفسي والاجتماعي أحد المكونات الأساسية للمدرسة الداعمة للصحة النفسية، إذ تهدف إلى توفير بيئة تعليمية آمنة وشاملة يشعر فيها جميع التلاميذ بالقبول والاحترام والمساندة. وتشمل هذه البرامج مجموعة من الخدمات وأنشطة الحياة المدرسية، من أبرزها الإرشاد النفسي، والتدخل في الأزمات، وتنظيم مجموعات الدعم، والتثقيف النفسي، وتعزيز التعاون مع الأسرة، إضافة إلى إحالة الحالات التي تستدعي تدخلا متخصصا إلى الجهات المختصة (NASEM, 2016).



كما تؤكد منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF, 2021) أن اعتماد آليات فعالة للدعم النفسي والاجتماعي داخل المؤسسات التعليمية يسهم في تعزيز الصمود النفسي لدى الأطفال، والحد من مظاهر العنف داخل الوسط المدرسي، وتحسين صحتهم النفسية ومستوى توافقهم المدرسي. كما أظهرت نتائج برنامج KiVa الفنلندي أن دمج الدعم النفسي ضمن تدخلات مدرسية شاملة يمكن أن يسهم في الحد من معدلات التنمر، وتحسين طبيعة العلاقات بين التلاميذ، وتعزيز شعورهم بالأمن والانتماء داخل المؤسسة التعليمية (Salmivalli et al. 2011; Kärnä et al. 2011).

تشير مجموعة من المراجع في هذا المجال أن البرامج الأكثر فعالية في مواجهة التنمر هي التي تعتمد مقاربة شمولية ومتعددة المستويات، تجمع بين التدخل النفسي والتوعية، وإشراك الأسرة، وتدريب المعلمين، واعتماد سياسات مدرسية واضحة لمناهضة التنمر، بدل الاقتصار على التدخلات الفردية أو الإجراءات العقابية. ويعكس هذا التوجه الحاجة إلى الانتقال من معالجة الحالات المعزولة إلى بناء منظومة مدرسية متكاملة للوقاية والتدخل والدعم النفسي والاجتماعي (Ttofi & Farrington, 2011).

المحور الخامس: آليات الوقاية من التنمر بالوسط المدرسي

1. أنواع الوقاية بالوسط المدرسي

تتطلب الوقاية من التنمر بالوسط المدرسي اعتماد مقاربة متعددة المستويات، تجمع بين تنمية قدرات التلاميذ، والوقاية المبكرة من السلوكيات العدوانية، وتعزيز المناخ المدرسي الآمن والداعم. وفي هذا الصدد يمكننا التمييز بين المنهج الإنمائي والمنهج الوقائي في الإرشاد النفسي.

-المنهج الإنمائي: يهدف إلى تنمية قدرات الأفراد الأسوياء وتعزيز توافقهم النفسي والاجتماعي، من خلال تطوير الوعي بالذات، وبناء مفهوم إيجابي عنها، وتنمية الجوانب العقلية والانفعالية والاجتماعية والشخصية.

-المنهج الوقائي: يركز على الحد من ظهور المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية قبل حدوثها، من خلال الوقاية الأولية، والكشف المبكر والتدخل في إطار الوقاية الثانوية، والحد من الآثار السلبية للمشكلات القائمة ضمن الوقاية الثانوية. كما يعتمد على تعزيز الصحة النفسية، وتنمية المهارات، ودعم التوافق الأسري والاجتماعي (زهران، 2005).



2. نشر ثقافة التعايش والاحترام داخل المدرسة

يمثل المناخ المدرسي الإيجابي ركيزة أساسية للوقاية من التمر، إذ يساهم ترسيخ قيم الاحترام، والمساواة، والعدالة، وقبول الاختلاف، والتسامح، والحوار، والتعاون في الحد من السلوكيات العدوانية وتعزيز الشعور بالأمن والانتماء. كما يساهم بناء علاقات إيجابية بين التلاميذ والأساتذة وكل الفاعلين بالوسط المدرسي، وتطبيق القواعد بعدالة، وإشراك التلاميذ في الحياة المدرسية، في دعم بيئة مدرسية أكثر أماناً.

(UNESCO. 2019؛ Olweus. 1993؛ Ttofi & Farrington. 2011).

3. تنفيذ البرامج التوعوية والتثقيفية

تساهم البرامج التوعوية في الوقاية الأولية من خلال تعريف التلاميذ والمعلمين والأسر بطبيعة التمر وأسبابه وآثاره وسبل التعامل معه. وتشمل هذه البرامج الندوات، وورشات العمل، والحملات التوعوية، والأنشطة المدرسية، والمواد الرقمية، وإدماج موضوع التمر ضمن المناهج التعليمية. وتزداد فعاليتها عندما تكون مستمرة ومبنية على أسس علمية وتستهدف مختلف مكونات المجتمع المدرسي (UNICEF, 2021؛ Ttofi & Farrington, 2011) كما أظهر برنامج KiVa أهمية التوعية المنظمة وتدريب الشهود على التدخل الإيجابي في الحد من التمر وتحسين العلاقات بين الأقران. (Salmivalli et al. 2011؛ Kärnä et al. 2011).

4. تعزيز الشراكة بين المدرسة والأسرة

تعد الأسرة شريكا أساسيا في الوقاية من التمر، بالنظر إلى تأثير أساليب التنشئة، والتواصل الأسري، والإشراف الوالدي في سلوك التلاميذ. لذلك، تقتضي الوقاية تطوير قنوات فعالة للتواصل بين المدرسة والأسرة، وإشراك أولياء الأمور في برامج التوعية، وتبادل المعلومات حول السلوك المدرسي، بما يساعد على الكشف المبكر عن المشكلات وتحقيق قدر أكبر من الاتساق بين التوجيه الأسري والمدرسي (Bowes et al. 2010؛ Lereya, Samara, & Wolke. 2013).

5. دور الأخصائي النفسي في بناء مناخ مدرسي آمن وداعم

يضطلع الأخصائي النفسي بدور محوري في الوقاية من التمر، من خلال الكشف المبكر، وتنظيم برامج التوعية، وتقديم الإرشاد الفردي والجماعي، وتدريب هيئة التدريس على التعرف إلى مؤشرات التمر والتعامل معها مهنياً، فضلاً عن المساهمة في إعداد برامج وسياسات المدرسية المناهضة للتمر ومتابعة الحالات

وتعزيز المهارات الاجتماعية والانفعالية لدى التلاميذ (ASCA, 2019؛ Swearer & Hymel, 2015؛ NASEM, 2016) وتؤكد الدراسات السابقة أن اعتماد نظام متكامل للدعم النفسي والاجتماعي، بمشاركة فعالة من الأخصائي النفسي، يسهم في تعزيز الأمن المدرسي، والحد من السلوكيات العدوانية، وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي وجودة الحياة المدرسية لدى التلاميذ (UNESCO. 2019؛ UNICEF. 2021).

خاتمة:

خلصت هذه الدراسة، من خلال مراجعة الأدبيات العلمية العربية والأجنبية، إلى أن التمر بالوسط المدرسي يمثل إحدى أبرز المشكلات النفسية والتربوية التي تهدد الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، لما يترتب عليه من آثار سلبية تطال جوانب متعددة من حياتهم، من بينها التوافق النفسي والاجتماعي، والتحصيل الدراسي، والعلاقات الأسرية، وقد تمتد تداعياته إلى مراحل لاحقة من الحياة. كما أظهرت الأدلة العلمية أن آثار التمر لا تقتصر على الضحية، بل تشمل كذلك المتمم والشهود والمناخ المدرسي بوجه عام، مما يجعله قضية نفسية وتربوية وصحية واجتماعية تستلزم تدخلاً متعدد الأبعاد.

وأبرزت المراجعة النظرية الدور المحوري الذي يضطلع به الأخصائي النفسي في منظومة الوقاية والتكفل داخل المؤسسة التعليمية، بدءاً من الكشف المبكر عن حالات التمر والتقييم النفسي، مروراً بتحديد حاجات الضحايا والمتممرين وتقديم التدخلات الإرشادية والعلاجية المناسبة، وصولاً إلى التنسيق مع الأسرة والمعلمين والإدارة المدرسية ومختلف المتدخلين في مجال حماية الطفولة. كما يسهم الأخصائي النفسي في تصميم وتنفيذ البرامج الوقائية الهادفة إلى تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية، وتعزيز الصمود النفسي، وترسيخ قيم الحوار والاحترام والتسامح، بما يدعم بناء بيئة مدرسية آمنة وداعمة للصحة النفسية.

كما أكدت الدراسة أن التدخلات الأكثر فاعلية في مواجهة التمر هي تلك التي تستند إلى مقاربة شمولية متعددة المستويات، تجمع بين التدخل الفردي والجماعي، والإرشاد النفسي المدرسي، والعلاج المعرفي السلوكي، وبرامج الدعم النفسي والاجتماعي، مع إشراك الأسرة والمعلمين في مختلف مراحل الوقاية والتدخل. وقد بينت التجارب الدولية، ومنها برنامج KiVa الفنلندي وبرنامج Olweus، أن الوقاية المستدامة من التمر تتحقق عندما تصبح جزءاً من الثقافة التنظيمية للمؤسسة التعليمية وسياساتها وممارساتها اليومية، بدل أن تظل مجرد استجابة ظرفية للحوادث بعد وقوعها.



انطلاقاً من النتائج المستخلصة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- ضرورة وجود الأخصائيين النفسيين داخل المؤسسات التعليمية وتوفير العدد الكافي منهم بما يتناسب مع أعداد المتعلمين وحاجاتهم النفسية.
 - تطوير برامج التكوين الأساسي والمستمر للأخصائيين النفسيين وهيئة التدريس في مجالات الكشف المبكر عن التمر والتدخل النفسي المبني على الأدلة العلمية.
 - إدماج برامج الوقاية من التمر وتنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية ضمن المشاريع التربوية والأنشطة المدرسية بصورة منتظمة.
 - اعتماد بروتوكولات واضحة للكشف عن حالات التمر والإبلاغ عنها والتدخل بشأنها، مع ضمان السرية وحماية مختلف الأطراف.
 - تعزيز الشراكة بين المدرسة والأسرة والمؤسسات الصحية والاجتماعية ومكونات المجتمع المدني لبناء منظومة متكاملة للوقاية والتكفل.
 - توفير خدمات مستمرة للدعم النفسي والاجتماعي لفائدة الضحايا والمتهمين والشهود، مع ضمان المتابعة الدورية وتقييم نتائج التدخل.
 - تشجيع البحث العلمي العربي، ولا سيما في السياق المغربي، حول فعالية التدخلات النفسية والبرامج الوقائية، بما يساهم في تطوير ممارسات مهنية قائمة على الأدلة العلمية ومراعية للخصوصيات الثقافية والاجتماعية للمؤسسات التعليمية.
- ختاماً، فإن الحد من ظاهرة التمر بالوسط المدرسي لا يمكن أن يتحقق من خلال الإجراءات التأديبية وحدها، بل يقتضي تبني رؤية شمولية تجعل الصحة النفسية مكوناً أساسياً من مكونات المشروع التربوي، وتعزز مكانة الأخصائي النفسي بوصفه شريكاً رئيسياً في حماية المتعلمين وتحسين جودة الحياة المدرسية. كما تستلزم هذه الرؤية بناء بيئة تعليمية قائمة على الاحترام، والأمن النفسي، والعدالة، والاندماج الاجتماعي، بما يساهم في دعم النمو المتكامل لشخصية المتعلم وتحقيق أهداف التربية الحديثة.





قائمة المراجع:

- مبارك، محند أورابح. (2022). التنمر في الوسط المدرسي: مفهومه، أشكاله، وآثاره. مجلة مجتمع تربية عمل، 7(1)، 26-32.
- سايحي، سليمة. (2019). التنمر المدرسي: مفهومه، أسبابه، وطرق علاجه. مجلة التغير الاجتماعي، 6، 73-100.
- أبو الديار، مسعد نجاح. (2012). سيكولوجية التنمر بين النظرية والعلاج (الطبعة الثانية). دار الكتاب الحديث.
- الزغبى، أحمد محمد. (2017). الإرشاد النفسي المدرسي. دار الفكر.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). التوجيه والإرشاد النفسي (ط5). عالم الكتب.
- Arseneault, L. (2018). Annual research review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: Implications for policy and practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 405–421. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12841>
- Analitis, F., Klein Velderman, M., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., ... & the European Kidscreen Group. (2009). Being bullied: Associated factors in children and adolescents 8 to 18 years in 11 European countries. *Pediatrics*, 123, 569–577.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bowes, L., Maughan, B., Ball, H., Shakoor, S., Ouellet-Morin, I., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2013). Chronic bullying victimization across school transition: The role of genetic and environmental influences. *Development and Psychopathology*, 25(2), 333–346. <https://doi.org/10.1017/S0954579412001095>
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 809–817.
- Coloroso, B. (2008). *The bully, the bullied, and the bystander*. HarperCollins.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65–83.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419–426.
- Jimerson, S. R., Swearer, S. M., & Espelage, D. L. (Eds.). (2010). *Handbook of bullying in schools: An international perspective*. Routledge.





- Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1091–1108.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Preventing bullying through science, policy, and practice*. National Academies Press.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell.
- Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1171–1190.
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751–780.
- Salmivalli, C., Kärnä, A., & Poskiparta, E. (2011). Counteracting bullying in Finland: The KiVa program. *International Journal of Behavioral Development*, 35(5), 405–411.
- Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Overbeek, G., de Kemp, R. A. T., & Haselager, G. J. T. (2007). Stability in bullying and victimization and its association with social adjustment in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 217–228. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9074-3>
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 376–385. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x>
- Stallard, P. (2021). *Think good – feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people* (2nd ed.). Wiley.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying. *American Psychologist*, 70(4), 344–353.
- Wolke, D., & Skew, A. J. (2012). Family factors, bullying victimisation and wellbeing in adolescents. *Longitudinal and Life Course Studies*, 3(1), 101–119.
- American School Counselor Association. (2019). *ASCA National Model: A framework for school counseling programs* (4th ed.).
- Arseneault, L. (2018). Annual research review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 405–421.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 809–817.





- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65–83.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419–426.
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2011). *Bullying in North American schools* (2nd ed.). Routledge.
- Jimerson, S. R., Swearer, S. M., & Espelage, D. L. (Eds.). (2010). *Handbook of bullying in schools: An international perspective*. Routledge.
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011). Going to scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 796–805.
- Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1091–1108.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Preventing bullying through science, policy, and practice*. National Academies Press.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(2), 112–120.
- Salmivalli, C., Kärnä, A., & Poskiparta, E. (2011). Counteracting bullying in Finland: The KiVa program. *International Journal of Behavioral Development*, 35(5), 405–411.
- Stallard, P. (2021). *Think good–feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people* (2nd ed.). Wiley.
- Stone, C., & Dahir, C. (2016). *The transformed school counselor* (3rd ed.). Cengage Learning.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying. *American Psychologist*, 70(4), 344–353.
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7(1), 27–56.
- UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind—Promoting, protecting and caring for children's mental health*.





- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011). Going to scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 796–805.
- Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1091–1108.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Preventing bullying through science, policy, and practice. National Academies Press.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell.

