

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur Et
de La Recherche Scientifique
Université –BATNA 01-
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET SCIENCES DE
L'ÉDUCATION ET L'ORTHOPHONIE



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - باتنة 01-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت لدى طلاب الجامعة دراسة شبه تجريبية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علم النفس
تخصص: علم النفس المرضي للطفل والمراهق

إشراف الاستاذ الدكتور:

محمد ختاش

اعداد الطالب الباحث :

عبد الفني باجي

الجامعة	الصفة	الدرجة العلمية	اسم الأستاذ
جامعة باتنة 1	رئيسا	أستاذة التعليم العالي	أ.د خديجة بن فليس
جامعة باتنة 1	مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي	أ.د محمد ختاش
جامعة باتنة 1	عضوا مناقشا	أستاذة محاضرة أ	د.صليحة القص
جامعة ام البواقي	عضوا مناقشا	أستاذة التعليم العالي	أ.د سامية ابريغم
جامعة ام البواقي	عضوا مناقشا	أستاذة التعليم العالي	أ.د كوكب الزمان بليردوح

السنة الجامعية: 2022-2023



شكر وتقدير

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين" (النمل: 19)

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلّم ومن اهتدى بهديه إلى يوم الدين وبعد:

الشكر لله أولا أن منحني التوفيق والسداد وأعانني على إنجاز هذا العمل، وما توفيقني إلا بالله فالحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، وبعده الشكر الجزيل للوالدين وأسرتي الكريمة على الدعم الكبير والمساندة الدائمة والتحفيز المستمر لممضي قدما في المشوار العلمي.

ثم إنه من باب شكر الله على فضله أن يشكر المرء من تفضل عليه من خلقه، وبدائية أتوجو بجزيل الشكر والامتنان والعرفان بالفضل إلى الأستاذ الدكتور محمد ختاش على دعمه المتواصل وتحفيزه المستمر ونصائحه وتوجيهاته الدائمة فجزاه الله عني كل الخير.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لجميع الأساتذة الأفاضل الذين تكرموا بتقديم ملاحظات في تحكيم الخطة العلاجية المقترحة في هذه الدراسة وعلى ما قدموه من آراء وتوجيهات.

الشكر الموصول المقترن بالامتنان للسادة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم قراءة الأطروحة وتقييمها وتزويدي بآرائهم وملاحظاتهم التي من شأنها أن تسهم في تدارك النقائص.

كما لا يفوتني أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير للطلبة الذين ابدوا رغبة في العلاج الشكر الكبير والذي لا تصفه الكلمات إلى زوجتي التي صبرت معي في انجازي هذه الدراسة.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية الى اعداد خطة علاجية معرفية لخفض درجات ادمان على الانترنت لدى طلاب جامعة باتنة1، وتمحورت أهم تساؤلات الدراسة في التساؤل الرئيسي: **ما مدى فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجة إدمان الانترنت لدى طلبة الجامعة؟** والتي اندرجت تحتها مجموعة من الاهداف تمحورت حول :

- التعرف على الدلالة الاحصائية من خلال الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس ادمان الانترنت (حسب الدرجة الكلية والابعاد) لدى المجموعة التجريبية؟

- التعرف على حجم الدلالة العملية والاكلينيكية الذي تتركه الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية؟

- معرفة مدى استمرارية تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس ألتتبعي بعد مرور شهرين ونصف؟

ولتحقيق أهداف الدراسة اختار الباحث **المنهج الشبه التجريبي** ذو المجموعة الواحدة بقياس قبلي، وقياس بعدي ثم قياس تتبعي للمجموعة التجريبية التي شاركت في الخطة العلاجية، بهدف معرفة حجم أثر المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية) على المتغير التابع (ادمان الانترنت)، تم الاعتماد على مقياس ادمان الانترنت و(الخطة العلاجية المعرفية من اعداد الباحث)، حيث تم تطبيق الخطة العلاجية بشكل جماعي على الأفراد الذين تحصلوا على درجات مرتفعة من ادمان الانترنت، وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (14) طالبا، وتم معالجة البيانات بالاستعانة بعدة اساليب احصائية ومعادلات خاصة . **وقد أسفرت نتائج الدراسة على:**

للخطة العلاجية المعرفية فاعلية كبيرة في خفض درجة إدمان الانترنت لدى طلبة الجامعة، حيث توصلت : وجود فروق في درجات الإدمان الانترنت والابعاد بين القياس القبلي والبعدي لدى افراد المجموعة التجريبية.

هناك حجم أثر كبير للخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات إدمان الانترنت ولأبعاده لدى افراد المجموعة التجريبية. وكما بينت الدلالة الاكلينيكية ان هناك تحسن مرتفع تتركه الخطة العلاجية على افراد المجموعة التجريبية

تستمر تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس ألتتبعي بعد مرور شهرين ونصف.

. Abstract of the study in English:

The current study aimed to prepare a cognitive treatment plan to reduce the degree of Internet addiction among **Batna** University students 1. The most important questions of the study centered on the main question: What is the effectiveness of a cognitive treatment plan in reducing the degree of Internet addiction among university students? To achieve the objectives of the study, the researcher chose the quasi-approach. The experimental group with one group, with a pre-measurement, a post-measurement, and a follow-up measurement for the experimental group that participated in the treatment plan. In order to know the size of the effect of the independent variable (cognitive treatment plan) on the dependent variable (Internet addiction), the Internet addiction scale (**Samia Ibriem**) and the (cognitive treatment plan) prepared by the researcher were relied upon. The treatment plan was applied collectively to individuals who obtained High degrees of Internet addiction, and the number of members of the treatment group reached (**14**) students, and the data was dumped using the SPSS25 statistical package system.

The results of the study revealed: The cognitive treatment plan has great effectiveness in reducing the degree of Internet addiction among university students, as:

A: The cognitive treatment plan affects the reduction of Internet addiction scores in the experimental group.

- There are differences in the degrees of Internet addiction and the dimensions between the pre and post measurements of the experimental group.
- There is a large effect of the cognitive treatment plan in reducing the degrees of Internet addiction and its dimensions among the experimental group members.

B: The effect of the proposed cognitive treatment plan continues to reduce the scores of Internet addiction for the experimental group in the follow-up measurement after two and a half months.

- There are no differences in the degrees of internet addiction and the dimensions of post and follow-up measurement among the members of the experimental group.



فہرست المحتویات

شكر وتقدير

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال.

فهرس الملاحق

4-2

مقدمة

30 -5

الفصل الاول : الاطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة..... 6
2. أهداف الدراسة..... 10
3. أهمية الدراسة..... 10
4. الدراسات السابقة..... 11
5. تعليق على الدراسات السابقة..... 23
6. مفاهيم الدراسة وتعريفاتها الاجرائية..... 29
7. فرضيات الدراسة..... 30

47-31

الجانب النظري

47-32

الفصل الثاني: ادمان الانترنت

1. ادمان الانترنت 33
- 1.1 تعريف الادمان 33
- 2.1 تعريف ادمان الانترنت 33
2. معايير تشخيص لإدمان الانترنت..... 34
- 1.2 حسب DSM-IV و DSM5 37-34
3. أنواع إدمان الانترنت 38
4. اعراض الإدمان على الانترنت..... 39
5. أسباب ادمان الانترنت..... 41

41	..... 1.5 السرية.
41	..... 2.5 الراحة.
41	..... 3.5 الفراغ.
41	..... 4.5 الهروب من المشاكل
41	..... 5.5 الاضطرابات النفسية
41	..... 6.5 أسباب عصبية
43	..... 6. التفسيرات السيكلوجية لإدمان الانترنت
43	..... 1.6 الاتجاه المعرفي
43	..... 2.6 الاتجاه السلوكي
43	..... 3.6 الاتجاه الاجتماعي الثقافي
44	..... 4.6 الاتجاه التكاملي: (الاستعداد، الاستهداف، المرض)
44	..... 5.6 الاتجاه السيكو دينامي
45	..... 5.6 النموذج المعرفي السلوكي للاستخدام الباثولوجي لأنترنت حسب دافيس DAVIS

-48
84

الفصل الثالث: العلاج المعرفي

49	..... 1-العلاج المعرفي
49	..... 1-1 تعريف العلاج المعرفي
50	..... 2-2 مسلمات العلاج المعرفي
52	..... 1-3 الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي
56	..... 1-4 خصائص العلاج المعرفي
60	..... 1-5 مبادئ العلاج المعرفي
66	..... 2-خطوات العلاج المعرفي
66	..... 3-بنية الجلسات في العلاج المعرفي
68	..... 4-العملية العلاجية
40	..... 5-نظرية آرون بيك للعلاج المعرفي
71	..... 5-1 قواعد العلاج المعرفي عند بيك
74	..... 5-3 العلاج المعرفي لاضطراب الإدمان (الانترنت)
78	..... 5-4 العلاج المعرفي للسلوك الإدمان وأهم التقنيات العلاجية المستعملة

87	1- الدراسة الاستطلاعية
87	1.1 اهداف الدراسة الاستطلاعية.....
87	1.1.1 عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها.....
88	2.1.1 اختيار أداة الدراسة مقياس ادمان الانترنت.....
105	2- منهج الدراسة.....
105	3- التصميم الشبه التجريبي.....
106	1.3- مبررات اختيار التصميم الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة.....
107	4- عينة الدراسة الأساسية.....
108	5- أدوات الدراسة.....
108	1.5 مقياس ادمان الانترنت ل سامية ابريغم.....
110	2.5 تصميم الخطة العلاجية القائمة على النظرية المعرفية من اعداد الباحث
111	3.5 الاساليب الإحصائية.....

115	1- عرض نتائج الدراسة حسب الفرضيات
115	1.1 عرض نتائج الفرضية البحثية الأولى
116	1-1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
116	1-1-2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:.....
118	1-1-3 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:.....
121	2-1 عرض نتائج الفرضية البحثية الثانية:.....
125	2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.....
125	1.2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية البحثية الأولى
127	2.1 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية البحثية الثانية.....
129	مناقشة وتفسير عام للنتائج
135	الخاتمة.....

137 التوصيات والاقتراحات.

139 قائمة المراجع.

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح المعايير التشخيصية لاضطراب الانترنت حسب DSM5	36-35
02	يمثل توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والفئة العمرية	88
03	يوضح الصدق التمييزي لأبعاد مقياس ادمان الانترنت.	89
04	يبين ارتباط درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.	90
05	يوضح معامل ألفا كرونباخ لكل بعد وبنوده.	91
06	يمثل نتائج تحكيم خطة علاجية معرفية في خفض درجات ادمان الانترنت من حيث التصميم والجلسات ومحتوى الاستثمارات المرفقة.	103
07	يوضح تصور للتصميم الشبه التجريبي للدراسة	106
08	يوضح توزيع أفراد العينة الدراسة الأساسية حسب متغير الدرجة العلمية	107
09	يمثل توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الجنس والفئة العمرية.	107
10	أرقام الخاصة بكل بعد فرعي لمقياس ادمان الانترنت	109
11	يوضح مفتاح التصحيح مع الأوزان.	109
12	يوضح درجات ادمان الانترنت لدى الفرد.	109
13	يوضح المجال الزمني لتطبيق الخطة العلاجية المعرفية	111-110
14	يبين معايير كوهين	112
15	نتائج اختبار 'ت' للمقارنة بين القياس القبلي والبعدي لمقياس ادمان الانترنت	116-115
16	حجم التأثير بين القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس ادمان الانترنت.	117
17	يوضح حجم التأثير ES ومربع ايتا لأبعاد مقياس ادمان الانترنت ونسبة التأثير في كل بعد من ابعاده	117
18	يوضح درجات الفرق ومؤشر ثبات التغير RCI	119
19	يوضح تصنيف افراد المجموعة التجريبية بعد خضوعهم للخطة العلاجية المعرفية	120
20	يوضح نتائج اختبار T للمقارنة بين القياس البعدي والتبقي لمقياس ادمان الانترنت	122
21	يوضح استجابات افراد المجموعة التجريبية على استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية المعرفية	124-123

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
46	النموذج المعرفى السلوكى للاستخدام المرضى للإنترنت	01
82	يمثل النموذج المعرفى عند ارون لبيك	02

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
152	مقياس ادمان الانترنت	01
156	الصورة الأولية للخطة العلاجية المعرفية	02
163	المقابلة التشخيصية	03
164	العقد العلاجي	04
165	تقرير نهاية كل جلسة	05
166	بطاقة فنية للخطة العلاجية المعرفية	06
167	استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية من طرف أعضاء المجموعة	07
169	طلب تحكيم خطة علاجية معرفية	08
174	استمارة تقييم فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجات ادمان الانترنت	09
175	قائمة بأسماء المحكمين للخطة العلاجية المعرفية، تخصصهم وبلدانهم	10
176	اعلان	11
177	الصورة النهائية للخطة العلاجية المعرفية مع عرض مفصل لكيفية تناول الجلسات	12
206	الرسومات الكاريكاتورية	13

مقدمة

تعكس العديد من المصطلحات في مجال علم النفس العيادي طبيعة الاضطرابات النفسية التي يعيشها الانسان في عالم اليوم وما يعانيه من اضطرابات نفسية نتيجة تحولات عديدة، حيث اتجه اهتمام الباحثين في مجال علم النفس العيادي الي تطوير ودراسة العمليات النفسية والمعرفية والسلوكية وفهمها وعلاجها، كما تناولوا طرق التشخيص والوقاية والعلاج من الامراض النفسية (فاتق، 2020، ص1).

ومن بين الاضطرابات النفسية الحديثة التي لقت اهتماما كبيرا من حيث التشخيص والوقاية والعلاج اضطراب ادمان الانترنت ، ولا بد من الإشارة إلى أن الحديث عن ادمان الانترنت يرد تحت عناوين أخرى هي استعمال الانترنت المرضي والمفرط، واساءة استعمال الانترنت، والاستعمال غير الملائم، واستعمال الانترنت الإدماني، والاعتماد على الانترنت، وله العديد من المصطلحات ذات الصلة، بما في ذلك إدمان الإنترنت، اضطراب إدمان الإنترنت، التبعية للإنترنت أو الاعتماد على الإنترنت، استخدام الإنترنت الإشكالي، استخدام الإنترنت المفرط، واضطراب استخدام الإنترنت المندفع (رزريقي، 2019، ص 127).

فقد أصبح إدمان الإنترنت مشكلة كبيرة تعاني منها دول العالم، ومصدر قلق للصحة العقلية، وفي هذا الصدد أصدرت الجمعية الأمريكية لطب الإدمان مؤخرًا تعريفًا جديدًا للإدمان على أنه اضطراب دماغي مزمن، واقترح رسميًا لأول مرة أن الإدمان لا يقتصر على تعاطي المواد(العقاقير) بل حتى ادمان نشاطات جديدة، وتشترك جميع أنواع الإدمان، سواء كانت كيميائية أو سلوكية، في خصائص معينة بما في ذلك البروز والاستخدام القهري، تعديل الحالة المزاجية والتخفيف من الضغوط، الانسحاب، الاستمرار على الرغم من العواقب السلبية (العلاج الجيد لادمان الانترنت، 2019، ص68).

ان الاهتمام بالصحة النفسية والعقلية للفرد مطلب اخلاقي وقانوني ونفسي تسعى له جميع شعوب العالم وهو من اهتمام المختصين النفسانيين، لذا فان الاهتمام بصحة الجامعيين ينعكس بالإيجاب على تحقيق أهداف التنمية التي تهدف إليها الجامعة، والطالب الجامعي كغيره من مستخدمي الانترنت ساهم في بروز ظاهرة إدمان الانترنت، مما أدى إلى ظهور مشكلات اجتماعية ونفسية وأكاديمية وصحية نتيجة الاستخدام القهري للإنترنت. (طباس وملال، 2021، ص384-385).

وظلاب الجامعة هم أكثر عرضة لخطر الإدمان على الإنترنت، و إفراط في استخدامه وإدمانه، مما انعكس ذلك على شعورهم بالاكنتاب، والوحدة النفسية، والعزلة الاجتماعية، وانخفاض تقدير الذات، ونقص الدافعية، انخفاض تحصيل الأكاديمي، وسوء تكيف مع البيئة الجامعية ومع أقران (شاهين، 2015، ص 366).

فالكثير من البحوث والدراسات البحثية والنفسية والاجتماعية هدفت الي دراسة أسباب والعوامل المؤثرة فيه من أجل تطوير مدخلات للدعم النفسي، واعداد خطط علاجية لتدبير آثاره، وعلاجه، هذا ما أدى الى تطوير عدة نماذج وخطط للعلاج ومن بين العلاجات النفسية الأولي، نجد العلاج النفسي المعرفي السلوكي، ومن خلال اطلاع الباحث على هذا الجانب من الدراسات التجريبية والاكلينيكية، وجدت أن معظم الدراسات اقترنت مع العلاج السلوكي المعرفي وعلى عينات بحث تراوحت بين مراحل التعليم الاعدادي أو الثانوي وبعضها في المراحل الجامعية في الدول العربية و الأجنبية اما على البيئة المحلية فجل الدراسات كانت وصفية ارتباطية.

وفي ظل نقص الدراسات التجريبية والاكلينيكية على البيئة المحلية على حد علم اطالع الباحث فقد استخدمت الدراسة الحالية احدي هذه العلاجات والمتمثل في العلاج المعرفي كمدخل علاجي قائم على أسس ومبادئ النظرية المعرفية **عند بيك وابنته جوديث** لعلاج ادمان الانترنت لدى طلاب جامعة باتنة ، حيث يعد العلاج المعرفي من أشكال العلاج النفسي الحديثة ، فالعلاج المعرفي في هذا الإطار شكلا من أشكال العلاج الذي يتسم بالتنظيم والفاعلية، وله عملية تتسم بالتعاون الامبريقي بين المعالج والمفحوص وهذا لسبيل دراسة المعتقدات الخاصة به والمرتبطة أساسا بسوء التكيف وعدم القدرة على التوافق، وفحصها امبريقيا والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية ، مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد. (شيخا، 2017، ص 37) حيث ينطلق من أن الاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية وافتراضات خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به وان هذه التصورات والمعتقدات والافتراضات الخاطئة والأفكار والمدرجات السلبية تساهم في نشأة الاضطرابات النفسية (بلان 2015 ص 356).

وتأسيا على ما سبق ذكره أجريت العديد من الدراسات لتقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لخفض درجات ادمان الانترنت لدى الفئات المختلفة وخاصة طلاب الجامعة، الا أن ليس هناك أي دراسة قامت بتقييم فاعلية العلاج المعرفي لخفض درجات ادمان الانترنت، مع أن العلاج المعرفي اثبت فاعليته في علاج أنواع أخرى من الادمان، ولم يجد الباحث - على حد علمه- أي دراسة عربية أو محلية في دراسات العلاجية استخدمت العلاج المعرفي، أو الخطط العلاجية المعرفية لعلاج ادمان الانترنت أو خفضه وهذا ما دفعه الى البحث في هذا الموضوع من هذا الجانب.

وقد انطلقت الدراسة من جملة من الدوافع والأسباب لاختيار موضوع البحث الحالي منها الموضوعية وأخرى ذاتية متمثلة في:

حادثة الموضوع وخاصة أن العلاج المعرفي لم يدرس سابقا في علاج ادمان الأنترنت بشكل منفصل عن العلاج المعرفي السلوكي، وهذا ما شكل دافع ومبرر للبحث فيه، هذا من جهة، وقلة الدراسات العربية وخاصة المحلية من جهة أخرى ، وكذا قلة الدراسات والبحوث التجريبية التي اهتمت بالمقاربة المعرفية عند **ارون بيك** في علاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية الحديثة.

كما تكمن أهمية هذه الدراسة في فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت لدى طلاب الجامعة، لتبرز أهمية العلاج المعرفي عند **ارون بيك** وابنته **جوديث** كخيار علاجي فعال مع اضطرابات الإدمان.


بالإضافة الي اهمية تقديم المساعدة كواجب اخلاقي وديني من أجل تقديم الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية في غياب مراكز علاج هذا النوع من اضطرابات ،

وهدف الباحث من خلال الدراسة الحالية الى تقديم خطة علاجية معرفية مستندة على العلاج المعرفي لخفض درجات ادمان الانترنت لدى أفراد المجموعة التجريبية من خلال مجموعة من فنيات العلاج المعرفي التي تم اختيارها بعناية وبعد موافقة أهل الاختصاص على النحو التالي: المحاضرة التفاعلية اضافة للمناقشة الجماعية المفتوحة، وفنية التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها، وفنية إعادة البناء المعرفي، وفنية الواجبات المنزلية، وفنية التدريب على ادارة الوقت، وكذلك فنية التعرف على الأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C)، بالإضافة الى فنية التدريب على ادارة الوقت (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت)، وأسلوب عرض الوسائل الإيضاحية السمعية والبصرية، وجلسات العلاج الذاتي.

وبما أن الدراسة الحالية تدور حول فاعلية خطة علاجية معرفية فقد تم تبني المنهج الشبه التجريبي الذي يهدف الى كشف عن العلاقة السببية بين متغيرات (تصميم موقف تجريبي) بهدف معرفة حجم أثر الخطة العلاجية المعرفية على المتغير التابع (ادمان الانترنت).

وهذا على عينة من الطلبة الذين يعانون من ادمان انترنت مرتفع، وبعد ابداء الرغبة والموافقة والمشاركة في العلاج المعرفي والامضاء العقد العلاجي والتزام بما جاء فيه تم اختيار التصميم الأنسب للعلاج المتمثل في المجموعة الواحدة.

وجاءت هيكله الدراسة في عمومها ضمن فصول منهجية ونظرية تناولت متغيرات الدراسة ادمان الأنترنت والعلاج المعرفي وفصول اجرائية تعرض اليات التطبيق الميداني بمراحله المختلفة وتعرض ما تم التوصل اليه من نتائج ومناقشتها ضمن الاطر الميدانية والنظرية وخصوصيات الواقع .



الإطار العام لِلدِّرَاسَةِ

1- إشكالية الدراسة:

ان اشكالية ادمان الانترنت أصبحت سمة العصر، والانترنت مثل أي اختراع له ايجابيات وسلبيات، ولعل من بين هذه السلبيات هو الإدمان على الانترنت، وقد ظهر مفهوم ادمان الانترنت أو ما يسمى الاستخدام المرضي للانترنت سنة 1995 لأول مرة حيث أشار اليه الطبيب النفسي ايفان جولدبرج، وله مسميات عديدة منها الاعتماد النفسي على الانترنت، الاستخدام المرضي للانترنت، الاستخدام القهري للانترنت، سوء استخدام الانترنت (ابريعر، 2015، ص 217-216).

ان الحديث عن ادمان يذهب بالقارئ الى اعتباره منذ الوهلة الأولى على أنه خاصية فيزيولوجية جسدية يعتمد على العقاقير والكحوليات، الا أنه كذلك خاصية سلوكية تتعلق بالعادات والأنشطة اليومية لأنسان، ولإدمان الانترنت بعض اختصارات حيث يطلق على إدمان الإنترنت (IA) اضطراب إدمان الإنترنت (IAD) التبعية للإنترنت أو الاعتماد على الإنترنت (ID) استخدام الإنترنت الإشكالي (PIU) استخدام الإنترنت المفرط، واضطراب استخدام الإنترنت المنقطع (رزوقي وسعد، 2019 ص 127).

وقد صنف دليل التشخيص الاحصائي للطب النفسي (DSM-IV) كما ورد في نسخته المعدلة الأشخاص المعتمدين أو المدمنين على الانترنت بأنهم يقومون بنشاط متزايد وقهري ومضطرب في استخدام الانترنت. (العمار، 2014، ص 17-18)

وأشار علماء النفس أن هناك شخص من بين (200) فرد من مستخدمي الإنترنت تظهر عليه أعراض الإدمان، والوقوع في دائرة إدمان الانترنت يتطلب (6) أشهر من التعلق الكامل بالإنترنت (الفنيخ والطروانتي، 2016، ص 60).

ويرى بعض الباحثين وممارسي الصحة العقلية أن الاستخدام المفرط للإنترنت هو أحد أعراض اضطراب، حيث أصدرت الجمعية الأمريكية لطب الإدمان مؤخرًا تعريفًا للإدمان على أنه اضطراب دماغي، وأن الإدمان لا يقتصر على تعاطي المواد بل تشترك جميع أنواع الإدمان، سواء كانت كيميائية أو سلوكية، في خصائص معينة بما في ذلك البروز والاستخدام القهري (فقدان السيطرة) وتعديل الحالة المزاجية والانسحاب والاستمرار على الرغم من العواقب السلبية، وله المعايير التشخيصية (S. Karger

(AG2018

تم ادراج ادمان الانترنت في الملحق الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) مثل اضطراب العاب الكترونية، وأصبح حقيقة لا مفر منها، ليس في دول المتقدمة فقط بل



حتى في الجزائر أيضا، حيث أظهرت آخر الإحصائيات بأن (25%) من الجزائريين يستخدمون الإنترنت لمدة طويلة جدا، ونشرت الوكالة الاتصالية الجزائرية نتائج دراسة أجرتها على (15) ألف مواطن جزائري على مدى (45) يوما، من جميع الولايات، يبلغون من العمر (13) سنة فما فوق، وتوصلت الدراسة أن نسبة الذين يقضون أكثر من (5) ساعات في اليوم على الإنترنت (25%)، أما من يقضون بين (4-5) ساعات على الشبكة فتتجاوز نسبتهم (15%)، والتعريف العالمي لإدمان الإنترنت يعتبر كل شخص يتجاوز عتبة (38) ساعة أسبوعيا من الاستخدام مدمنا حقيقيا (ايت صديق، 2021، ص12).

وحسب تقرير دولي جديد كشف تقرير مفصل عن مستخدمي الانترنت أن أكثر من نصف الجزائريين يستعملون الشبكة العنكبوتية، و25 مليون ينشطون في شبكات التواصل الاجتماعي، استعمال الإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي والألعاب الرقمية (الشروق 2021/10/27).

تم ربط ادمان الانترنت مع الكثير من الاضطرابات النفسية لدى طلاب الجامعة حيث تم الإبلاغ عن ارتباطه بانخفاض احترام الذات، سوء نوعية النوم واضطراب المزاج والانتحار وأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، واضطرابات الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي، والعداء خاصة بين المراهقين الذكور (Journal Home 2018).

ان بروز إدمان الانترنت لدى الشباب الجامعي، أدى إلى ظهور مشكلات اجتماعية ونفسية وأكاديمية وصحية طارئة نتيجة الاستخدام القهري للأنترنت (طباس وملال، 2021، ص384)

ومع انتشار ادمان الانترنت في وسط طلاب في مختلف المراحل التعليمية سواء الثانوية أو الجامعية ظهرت تأثيراته على كافة جوانب شخصية الفرد، (أبو عطا، 2013، ص 981)، وتشير كذلك بعض الدراسات كدراسة (شاهين، 2015، ص 366) إلى أن طلبة الجامعة هم أكثر عرضة لخطر الإدمان على الإنترنت ونتج عنه زيادة في حدة الصراعات والاضطرابات، وان أكبر نسبة من أفراد المجتمع من مستخدمي الأنترنت هم أصحاب الدرجة الجامعية الأولى فطلاب الجامعات من أكثر الفئات تعاملًا مع شبكة الأنترنت وبالتالي الأكثر تأثيرا بالأنترنت، مما يعرضهم لاضطرابات نفسية واجتماعية (حامدي، 2015، ص5).

إذا ادمان الانترنت من أهم المشكلات العصرية التي تواجه طلاب الجامعة، وهو ما جعل الحاجة إلى مناهج علاجية متعددة باعتباره اعتماد نفسي، ففي دراسات حديثة مثل دراسة (S. Karger) أثبت أن ادمان الانترنت يرتبط بالتغيرات الهيكلية والوظيفية في مناطق الدماغ التي تشارك في الاهتمام التنفيذي



واتخاذ القرار والتحكم المعرفي، ففي الآونة الأخيرة، وجدت دراسات مورفومترية انخفاضاً في حجم المادة الرمادية وانخفاض سمك القشرة بالإضافة إلى ذلك ثبت أيضاً في الدماغ المدمن على الإنترنت أن سلامة المادة البيضاء معطلة، وبالتالي فإن الاتصال السليم والمعالجة بين نصفي الكرة المخية والوصلات بين فصوص الدماغ المختلفة تنقطع أيضاً، وتشير نتائج تصوير الأعصاب الأخرى إلى أن ادمان الإنترنت مرتبط بخلل وظيفي في أنظمة الدماغ الدوبامينية، وأن التشوهات في الجهاز العصبي الدوباميني متشابهة مع الأفراد الذين يعانون من الإدمان المرتبط بالمواد (S. Karger.2018).

وامام هذا المشكل الخطير بلغ الاهتمام العالمي بالمشكلة حد إنشاء أقسام خاصة لعلاج إدمان الإنترنت كالمستشفيات، وإنشاء عيادات نفسية متخصصة لذلك، وأمام نقص المراكز العلاجية في البيئة المحلية لعلاج هذا نوع من اضطرابات النفسية الحديثة ونقص البرامج العلاجية والهياكل المتكفلة بهذا النوع من العلاجات وأمام تزايد اضطراب لدى مختلف الفئات العمرية يجد طلاب الجامعة مشكلة يجب معالجتها، لذلك وجب علينا كمختصين إيجاد برامج علاجية لعلاج هذا النوع من اضطرابات النفسية، وأنسب علاج أثبت نجاحته مع الإدمان العلاج المعرفي .

والعلاج المعرفي أسلوباً له تطبيقات واسعة الانتشار في تعديل الإدمان وعلاجه فالنظرية المعرفية تركز على الأفكار، والنموذج المعرفي، والمعتقدات، والاتجاهات، الذي بدوره يؤثر في تفكير الشخص وشعوره واتجاهاته، وبالتالي سلوكه التي يمكن استخدامها بنجاح من قبل المختصين في العلاج الفردي والجماعي، لمساعدة الأفراد المدمنين على تغيير سلوكياتهم اتجاه الإدمان (فائق، 2022، ص 66) إن الأساس النظري للأسلوب العلاجي عند (بيك) يرى بأنه لا بد من معرفة المحتوى المعرفي للفرد من حيث ردة فعله اتجاه الأحداث المزعجة أو تدافع الأفكار حتى نفهم طبيعة الاضطرابات (عزي وصادقي، 2019، ص 661)

ويحاول تعديل السلوك المعرفي بتغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية وتفسيره لها، ودور العلاج المعرفي هو تعديل الإدراكات السلبية التي تطيل بقاء أعراض الاضطرابات الانفعالية، ومن الممكن تعليمهم ملاحظة هذه الأفكار وتغييرها، وبهذا فإن العلاج يكون موجهاً بشكل رئيسي نحو تغيير الأفكار الخاطئة والمشوهة غير التكيفية، ويرى الاتجاه المعرفي أن المعارف التي تسبب سوء التكيف مع البيئة والمحيطين كافية للتسبب في ظهور مجموعة من الأعراض المرتبطة باضطراب إدمان الإنترنت.



تم إجراء القليل من الأبحاث لتقييم فعالية العلاج المعرفي في علاج إدمان الإنترنت، حسب علم الباحث فجل العلاجات المتحصل عليها علاجات سلوكية معرفية ففي دراسة سابقة أجراها Orzack et al، لتقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي، لعلاج (35) من الذكور يعانون من إشكالية السلوك الجنسي عبر الإنترنت، وفي دراسة أخرى قام بها Du et al حول تأثير السلوكي المعرفي في علاج إدمان الإنترنت، ودراسة الرفاعي (2011) حول فاعلية برنامج إرشادي لتعديل سلوك استخدام الإنترنت لدى طالبات، كما درس كل من (Young, S; 2007) العلاج المعرفي السلوكي لإدمان الإنترنت، ودرس (Antonius, J. et al ; 2010) العلاج المعرفي السلوكي لإدمان الإنترنت، ودرس (Zhu, T. M, et al ; 2009) استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع مدمني الإنترنت، و دراسة (Du, Y. S, et al ; 2010) عن التأثير طويل المدى للعلاج المعرفي السلوكي لإدمان الإنترنت. (هلال، 2018، ص2).

ونظراً لقلة الدراسات التجريبية الاكلينيكية التي اهتمت بالبرامج والخطط المعرفية على المستويين العربي و المحلي في دراسة علاج ادمان الانترنت من منظور العلاج المعرفي في حدود ما أتيح للباحث الاطلاع عليه من الدراسات ذات الصلة التي تدخلت تجريبياً لخفض إدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة، وعلى أساس ما سبق قدم الباحث خطة علاجية مقترحة تسعى لعلاج ادمان الانترنت في إطار العلاج المعرفي عند ارون بيك، ومنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في تحديد فاعلية العلاج المعرفي في خفض حدة إدمان الانترنت لدى عينة من الطلبة الجامعيين مدمني الإنترنت، وعليه تتجلى إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: **ما مدى فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجة إدمان الانترنت لدى طلبة الجامعة؟**

وينفرد هذا التساؤل الي مجموعة من التساؤلات الجزئية :

اولاً: هل تؤثر الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت

لدى المجموعة التجريبية؟

أ- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس ادمان الانترنت (حسب الدرجة الكلية والابعاد) لدى المجموعة التجريبية؟

ب- ما هو حجم الأثر (الدلالة العملية) الذي تتركه الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية؟

ج - ماهي الدلالات الاكلينيكية الناجمة عن الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية؟

ثانياً: هل يستمر تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات

الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس التتبعي بعد مرور شهرين ونصف؟



أ-هل توجد فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في درجات متوسطات ادمان الانترنت في القياسين البعدي مقارنة بالقياس التتبعي؟.

2- أهداف الدراسة:

1-2 الأهداف النظرية:

- تشخيص ادمان الانترنت لدى الطالب الجامعي المدمن على الانترنت.
- إبراز دور الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت من خلال توظيف بعض فنياته العلاجية.
- إبراز دور العلاج المعرفي كميدان تطبيقي في علاج اضطرابات النفسية وادمان الانترنت.

2-2 الأهداف التطبيقية:

- تصميم خطة علاجية معرفية قائمة على بعض فنيات العلاج المعرفي.
- قياس مدي فاعلية الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجة الإدمان على الانترنت من خلال تطبيق التصميم الشبه التجريبي لمجموعة تجريبية الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي على المجموعة التجريبية. وهذا من خلال :

- التعرف على الدلالة الاحصائية من خلال الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس ادمان الانترنت (حسب الدرجة الكلية والابعاد) لدى المجموعة التجريبية؟
- التعرف على حجم الدلالة العملية (حجم الاثر) الذي تتركه الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية؟

- التعرف على الدلالات الاكلينيكية الذي تتركه الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية؟
- معرفة هل تستمر تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس التتبعي بعد مرور شهرين ونصف.

3- أهمية موضوع الدراسة

ان الموضوع الذي أنا بصدد معالجته له أهمية بالغة من الناحية العلمية سواء من الناحية النظرية او الناحية التطبيقية وعليه جاءت أهمية الموضوع من هذا الناحيتين:

أولا الجانب النظري :

أهمية دراسة ادمان الانترنت باعتباره اضطراب نفسي حديث، شغل اهتمام الباحثين في علم النفس.



محاولة الحد والتقليل من درجات ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة في حال الاستعمال السلبي له. كما تكمن أهمية الدراسة من هذا الجانب في معرفة تشخيص إدمان الانترنت لدى الطلبة الجامعة من اجل خفض درجات الادمان لديهم والمحافظة على سلامة الافراد النفسية من خلال تقديم خطة علاجية مناسبة لهذه الفئة .

ثانيا الجانب التطبيقي :

تكمن أهمية الموضوع من الجانب التطبيقي في تقديم خطة علاجية معرفية لخفض درجات ادمان الانترنت لدى عينة من الطلبة الجامعين، وتطبيق خطة علاجية معرفية وفق منهجية علمية ومعرفة فعاليتها في خفض درجات الادمان على الانترنت، من خلال تبني الدلالات الاحصائية والعملية والإكلينيكية، مما يمكن المختصين من الاستفادة من هذه الخطة العلاجية وتطويرها اكثر وتوسيعها على فئات سنية واجتماعية اخرى .

كما تكمن اهمية الدراسة في لفت الانتباه الى اهمية تبني مقاربات حديثة علاجية وضرورة وضع وتكوين مختصين في هذا المجال وفتح مراكز تشخيصية علاجية في هذا الميدان .

4- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع ادمان الانترنت وتناولته من زوايا مختلفة وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية، وتم الاستفادة منها في الدراسة الحالية، وأشير الى ان الدراسات التي سوف يتم استعراضها فيما يخص متغير الأول ادمان الانترنت وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية كما أبرزته بعض الدراسات والبحوث، جاءت في فترة زمنية بين (2007- 2017)، فتصنيف الدراسات جاء حسب متغير إدمان الانترنت، فأخذت الدراسات العربية فقط فيما يخص الجزء الأول (ادمان الانترنت)، أما الجزء الثاني من الدراسات السابقة فقد حددته للبرامج العلاجية لإدمان الانترنت وأخذ فترة زمنية من (2011 الى 2019) كما هو ممثل أدناه.

1-4 عرض الدراسات السابقة ومناقشاتها:

1-1-4 الجزء الأول ادمان الانترنت وعلاقته بمتغيرات أخرى:

1- دراسة بشرى إسماعيل أرنوط (2007) بمصر، بعنوان العلاقة بين إدمان على الأنترنت وأبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية لدى المراهقين، هدفت هذه الدراسة إلى تفحص الفروق بين مدمني الأنترنت في جمهورية مصر العربية و المملكة العربية السعودية في أبعاد الشخصية واضطرابات



النفسية أجريت الدراسة على عينة (1000) طالبا، منهم (546) مدمنون على الإنترنت، و(454) غير مدمنين، حيث قامت بإعداد مقياس الإدمان على الإنترنت، وتم تطبيق اختبار ايزنك للشخصية ومقياس الصحة النفسية والتشخيص الذاتي ، أظهرت نتائج على وجود ارتباط دال بين الاضطرابات النفسية وأبعاد الشخصية وادمان الانترنت، وجود فروق بين المدمنين على الإنترنت والمدمنات في أبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية ، وجود فروق بين مدمني الإنترنت في مصر و المملكة السعودية في أبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية.

2-دراسة سهام مطرش معيجل (2011)، بعنوان: ادمان الانترنت وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة، هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الإدمان على الانترنت لدى طلبة الجامعة على عينة البحث (200) طالبا وطالبة من كلا التخصصين، وقد استعمل الباحث مقياس ادمان الانترنت (يونغ 1996) بعد ترجمته، وبالاعتماد على المنهج الوصفي تم توصل الى النتائج التالية: مستوى ادمان الانترنت لدي طلبة كان مستوى متوسط، وليس هناك فروق في ادمان الانترنت لدي الطلبة الجامعة وفق متغير الجنس، ووجود فروق في ادمان الانترنت لدي الطلبة الجامعة وفق متغير التخصص (علمي/انساني) لصالح التخصص الإنساني.

3-دراسة الحوسني (2011)، الأردن، بعنوان: إدمان الإنترنت وعلاقته بالاكنتاب والعزلة الاجتماعية لدى طلبة، وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين إدمان الشبكة المعلوماتية (الإنترنت) وكل من الاكنتاب والعزلة الاجتماعية لدى طلبة، على عينة (346) طالبا وطالبة ومن أدوات مقياس الإدمان على الشبكة، ومقياس العزلة الاجتماعية وقائمة بيك المعربة الثانية للاكنتاب لقد أثبتت النتائج أن نسبة انتشار الإدمان على الشبكة المعلوماتية هي (4.9 %) لدى أفراد العينة، وأن هناك فروقاً على مقياس الإدمان على الشبكة تعزى للحالة الاجتماعية والاختصاص الدراسي لصالح الطالبات، وهناك علاقة سلبية بين الإدمان على الشبكة المعلوماتية والاكنتاب، كما أن هناك علاقة إيجابية بين الإدمان على الشبكة المعلوماتية والعزلة الاجتماعية (العمار، 2014، ص 406).

4. دراسة نايف سالم الطروانتي ولمياء سليمان الضنيخ (2012)، بعنوان: استخدام الانترنت وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي والاكنتاب ومهارات التواصل لدي طلبة، هدفت الدراسة الى تقصى أثر استخدام (الانترنت) على التحصيل الأكاديمي، والتكيف الاجتماعي والاكنتاب ومهارات الاتصال لدى طلبة، على عينة (324) طالب و(271) طالبة، تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، تم



تقسيم الطلبة الى ثلاثة مجموعات: مجموعة الاستخدام الانترنت المنخفض (أقل من ساعة)، ومجموعة الاستخدام المتوسط (اقل من ساعتين)، ومجموعة الاستخدام المرتفع (أكثر من ثلاث ساعات)، وقد أشارت النتائج إلى وجود درجة أعلى بقليل من الدرجة المتوسطة لدى الطلبة مستخدمي الإنترنت لفترة زمنية متوسطة في كل من درجة التكيف الاجتماعي ومهارات الاتصال، كما أظهرت النتائج أيضاً أن درجة الاكتئاب منخفضة لدى الطلبة مستخدمي الإنترنت لفترة زمنية متوسطة، في حين أن درجة الاكتئاب مرتفعة لدى الطلبة ذوي الاستخدام المرتفع للإنترنت، كما توصلت إلى أن هناك فروق في كل من التحصيل الأكاديمي، والتكيف الاجتماعي، تعزى لعدد ساعات استخدام الإنترنت والنوع الاجتماعي والاختصاص لصالح الاستخدام المتوسط والطلبة الذكور، ووجد أن هناك فروق في درجة الاكتئاب تعزى لعدد ساعات استخدام الإنترنت والنوع الاجتماعي والاختصاص لصالح الاستخدام المرتفع للإناث، والاختصاصات الأدبية، كما وجدت الدراسة أن هناك فروق في درجة مهارات الاتصال تعزى لعدد ساعات استخدام الإنترنت لصالح الاستخدام المتوسط.

5. **دراسة سامية ابريعة (2015)**، الجزائر، بعنوان: ادمان الانترنت وعلاقته بالعزلة الاجتماعية، دراسة ميدانية لعينة من طلبة جامعة ام البواقي، هدفت الدراسة للبحث عن العلاقة بين ادمان الأنترنت وبين متغير العزلة الاجتماعية لعينة من طلبة جامعة، والفروق بين الجنسين في إدمان الانترنت، على عينة (194)، حيث (92) طالب و(102) طالبة من معظم الكليات، وقد استخدمت مقياسان هما: مقياس إدمان الانترنت، ومقياس العزلة الاجتماعية، واستخدمت المنهج الوصفي الارتباطي وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة ترابط موجبة بين إدمان الانترنت والعزلة الاجتماعية لعينة من طلبة جامعة.

6. **دراسة خالد العمار (2014)**، سوريا، بعنوان: ادمان الشبكة المعلوماتية (الانترنت) وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة دمشق، حيث هدفت الدراسة الى دراسة إدمان الشبكة المعلوماتية لدى طلبة في ضوء المتغيرات الجنس، والتخصص، ومستوى التحصيل والوضع الاقتصادي وعدد ساعات الجلوس على الشبكة المعلوماتية والمواقع المفضلة، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية والتي بلغت (674) طالباً وطالبة، باستخدام أدوات بحث تمثلت مقياس إدمان الشبكة المعلوماتية وقد أسفرت النتائج: على عدم وجود علاقة بين إدمان الشبكة المعلوماتية والمعدل التحصيل الدراسي، ووجود علاقة إيجابية بين إدمان الشبكة المعلوماتية والوضع الاقتصادي، وليس هناك



فروق في إدمان الشبكة المعلوماتية يغزى لعامل الجنس، كما تم التوصل أيضا الى وجود فروق بين الذكور والإناث في درجة إدمان الانترنت لصالح الذكور.

7. **دراسة أمل بنت علي بن ناصر الزبيدي (2014)** بعنوان: ادمان الانترنت وعلاقته بالتواصل

الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدى طلبة، وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين ادمان الانترنت وكل من التواصل الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدي طلبة، على عينة (412) طالبا وطالبة منهم (94) طالب و(318) طالبة، ومن جميع كليات الجامعة، اعتمدت على مقياس ادمان الانترنت، ومقياس التواصل الاجتماعي، والحزمة الإحصائية للعلوم النفسية والاجتماعية (SPSS20)، من خلال منهج الوصفي الارتباطي، توصلت النتائج الى عدم وجود فروق بين متوسطات الحسابية لمقياس الإدمان على الانترنت، تعزى لمتغير كلا من النوع الاجتماعي والمستوي الدراسي، ووجود علاقة عكسية بين الإدمان الانترنت والتواصل الاجتماعي، ووجود علاقة ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان الانترنت والتحصيل الدراسي.

8. **دراسة عبد الفتاح محمد سعيد الخواجرة (2014)**، عمان، بعنوان: الإدمان على

الإنترنت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة علاقة الإدمان على الإنترنت بالتوافق النفسي لدى عينة من (290) طالبا وطالبة منهم (150) من الإناث و(140) من الذكور اختيروا عشوائيا، وتم الاعتماد على مقياس الإدمان على الإنترنت ومقياس التوافق النفسي، واعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط (R) بيرسون، واختبار (T) حيث توصل الى وجود علاقة ارتباط عكسية ما بين الإدمان على الإنترنت والتوافق النفسي لدى طلبة، وإن درجة التوافق النفسي أدنى لدى مجموعة مدمني الإنترنت مقارنة بمجموعة غير مدمني الإنترنت، كما وجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الإدمان على الإنترنت لصالح الذكور، كما لا توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى التوافق النفسي.

9. **دراسة محمد عمر المومني (2015)** الأردن، بعنوان: علاقة إدمان الانترنت بالتواصل

الاجتماعي لدى طلبة تخصص التربية المهنية، هدفت الدراسة إلى التعرف على ظاهرة الإدمان على الإنترنت وعلاقتها بمهارات التواصل الاجتماعي، على عينة (150) طالبا وطالبة منهم (36) إناث، (114) ذكور، تم اعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وادوات بحث مقياس إدمان الانترنت ومقياس العلاقات الاجتماعية، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين الإدمان على الإنترنت ومهارات التواصل الاجتماعي لدى أفراد العينة بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإدمان على الإنترنت لدى



العينة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور إناث) ولصالح الإناث كما وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإدمان على الإنترنت لدى العينة تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي.

10. دراسة يسار صباح جاسم النعيمي (2015)، بعنوان: إدمان الانترنت وعلاقته بالتوافق

النفسي والاجتماعي لطلاب كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة جامعة ديالى، وهدفت الى دراسة الإدمان الانترنت والعزلة الاجتماعية على عينة (247) طالب واستخدم الباحث مقياسين مقياس ادمان على الانترنت والمقياس التوافق النفسي والاجتماعي وتوصلت النتائج الى أن النسبة المئوية لطلاب مدمني الانترنت (41%) وغير مدمني الانترنت بلغت (25%).

11. دراسة عبير جواد عبد المغني المنتشه (2015)، فلسطين، بعنوان: إدمان الإنترنت

وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس، هدفت الى معرفة درجة إدمان الإنترنت ودرجة التوافق النفسي الاجتماعي، ومعرفة إن كان هناك فروق في متوسطات إدمان الإنترنت والتوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغيرات (الجنس، والكلية، والمستوى الدراسي، ومكاف السكن)، وأظهرت النتائج أن درجة إدمان الإنترنت لدى طلبة جاءت بدرجة متوسطة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إدمان الإنترنت لدى طلبة تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور، ولمتغير الكلية لصالح طلبة الكليات العلمية، ولمتغير المستوى الدراسي لصالح طلبة السنة الثالثة، وعدم وجود فروق تبعاً لمتغير مكان السكن.

12. دراسة فهد بن علي الطيار (2016)، السعودية، بعنوان: إدمان الإنترنت وعلاقته بأساليب

المعاملة الوالدية لدى عينة من طلاب جامعة الملك سعود، هدفت الدراسة الى التعرف على الإدمان على الانترنت وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة، على عينة (336) طالباً من طلاب كليتي التربية والطب مقسمين الى (181) طالباً من كلية التربية و(155) طالباً كلية الطب، وتضمنت أدوات الدراسة مقياس ادمان الانترنت ومقياس أساليب المعاملة الوالدية، و توصلت النتائج الى ووجود فروق بين الطلاب ذوي التخصصات النظرية (كلية التربية) والعلمية (كلية الطب) في ادمان الانترنت، ووجود فروق بين الطلاب المرتفعين والمنخفضين في ادمان الانترنت في أساليب المعاملة الوالدية المستخدمة من قبل ابائهم وامهاتهم .

13. دراسة أمل يوسف عبد الله العمار (2017)، الكويت، بعنوان: الاتجاهات نحو الأنماط المستجدة

من التتمر الإلكتروني وعلاقتها بإدمان الإنترنت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب



وظالبات التعليم التطبيقي، هدفت الدراسة للكشف عن الاتجاهات نحو الأنماط المستجدة من التتمر الإلكتروني وعلاقتها بإدمان الإنترنت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن، على عينة (140) من تلاميذ التعليم التطبيقي، تراوحت أعمارهم ما بين (19-22) سنة، توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التتمر الإلكتروني وإدمان الإنترنت على جميع الأبعاد، ووجود فروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من طلاب التعليم التطبيقي لصالح الذكور في التتمر الإلكتروني، ووجود فروق بين متوسطي درجات طلاب الفرقة الثانية والرابعة من طلاب التعليم التطبيقي لصالح طلاب الفرقة الرابعة في التتمر الإلكتروني، ووجود فروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من طلاب التعليم التطبيقي لصالح الذكور في إدمان الإنترنت، ووجود فروق بين متوسطي درجات طلاب الفرقة الثانية والرابعة من طلاب التعليم التطبيقي لصالح طلاب الفرقة الثانية في إدمان الإنترنت.

14. **دراسة غالمي عديلت (2017)**، الجزائر، بعنوان: إدمان الانترنت وعلاقته بكل من سمات الشخصية (العوامل 16) وظهور بعض الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالصحة النفسية لدي طلاب الجامعة، على عينة (114) من المدمنين، استعملت أدوات بحث تمثلت بقياس إدمان الانترنت ليونغ واختبار العوامل الستة عشر لكاتل واستبيان الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالصحة من اعداد الباحثة، من خلال المنهج الوصفي الارتباطي، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها، أن الفيس بوك اكثر مجالات الإدمان على الانترنت، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإدمان على الانترنت والسمات الشخصية، التخيل والدهاء وعدم الاطمئنان والراديكالية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين الإدمان على الانترنت والسمات الشخصية التالف الجراءة التنظيم الذاتي، ووجود علاقة الارتباطية موجبة بين الإدمان على الانترنت وظهور بعض الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالصحة، كما وجدت فروق في ظهور بعض الاضطرابات المرتبطة بالصحة لدي مدمنين الانترنت باختلاف الجنس .

15. **دراسة سميت بوبعايت (2017)**، الجزائر، بعنوان: الإدمان على الانترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم لدى عينة من الشباب الجامعي، هدفت الدراسة الى تقصي العلاقة بين درجة الإدمان على الانترنت وظهور اضطرابات النوم لدي العينة، والتعرف على درجة إدمان الانترنت لديهم، ومعرفة فيما إذا كانت تعاني من اضطرب النوم، وكذلك هدفت إلى التحقق من وجود فروق في إدمان الانترنت، تعزى لمتغير الجنس وأيضاً الفروق في ظهور اضطرابات النوم تعزى لمتغير الوظيفة (عامل، غير عامل)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، على عينة (152) من الطلبة، توصلت الدراسة إلى وجود



علاقة بين درجة الإدمان على الانترنت ودرجة ظهور اضطرابات النوم لدى عينة الدراسة، ودرجة الإدمان على الانترنت ضعيفة لدى عينة الدراسة، ووجود فروق في درجة إدمان الانترنت تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

16. **دراسة امل عدنان محي الدين ابوهاللة (2017)**، بعنوان: الآثار المترتبة على إدمان استخدام الإنترنت من وجهة نظر طلبة كلية العقبة، هدفت إلى التعرف على الآثار المترتبة على إدمان استخدام الإنترنت من وجهة نظر طلبة، استخدمت المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار عينة الدراسة بالطريقة الطبقيّة العشوائية، على عينة (109) طالب، وتوصلت الدراسة الى عدم وجود فروق لأثر إدمان استخدام الإنترنت لدى طلبة عند مستوى الدلالة (0.05) يعزى للمتغيرات (الجنس، والمعدل، وعدد ساعات الانترنت، والوضع الاقتصادي)، وأن إدمان الانترنت يؤثر بمستوى متوسط على البعد الديني، والصحي، والنفسي والاجتماعي.

17. **دراسة الرشيد إسماعيل الطاهر (2018)**، السعودية، بعنوان: إدمان الانترنت لطلاب كلية التربية بجامعة الملك فيصل وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، هدفت الدراسة لكشف العلاقة بين إدمان الانترنت والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من طلاب، ومعرفة الفروق بين درجات متوسطات إدمان الانترنت حسب متغيرات (التخصص الدراسي، التقدير الدراسي، الجنس) استخدمت المنهج الوصفي، على عينة (300) من جنسين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقيّة واستخدم الباحث مقياس إدمان الانترنت، ومقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، كما تم استخدام الأساليب الإحصائية المتوسط الحسابي، معامل ارتباط بيرسون، اختبار (T)، تحليل التباين الأحادي، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين إدمان الانترنت والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، وكانت كالتالي: توجد علاقة موجبة عند مستوى دلالة (0.01) بين إدمان الانترنت وعامل (العصابية) على مقياسي بالنسبة الذكور والإناث، وتوجد علاقة سالبة عند مستوى دلالة (0.01) بين إدمان الانترنت وعامل (الانبساطية) على مقياس الذكور، وتوجد علاقة سالبة عند مستوى دلالة بين إدمان الانترنت وعامل (التقاني) عند مستوى دلالة (0.05)، ولا توجد علاقة بين إدمان الانترنت وعاملي الوداعة والتقاني، وتوجد فروق بين متوسط درجات إدمان الانترنت تبعاً لمتغير التخصص لصالح التربية الفنية، ولا توجد فروق بين متوسط درجات إدمان تبعاً لمتغير التقدير الدراسي، وتوجد فروق بين متوسطي درجات إدمان الانترنت تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور.



18. **دراسة صبا منير حسين بشبش (2018)**، فلسطين، بعنوان: إدمان الإنترنت وعلاقته بالاكتئاب والوحدة النفسية لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة، هدفت الدراسة الكشف عن مستوى إدمان الانترنت بالنسبة لطلبة الجامعات والكشف عن العلاقة بين ادمان الانترنت و الاكتئاب والوحدة النفسية، واستخدمت مقياس ادمان الانترنت - من اعدادها - ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس الوحدة النفسية، على عينة (500) طالب وطالبة، اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت الدراسة الى أن مستوى إدمان الانترنت لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة (58.48%) كما أن مستوى الاكتئاب (28.56%) ومستوى الوحدة النفسية (54.6%)، ووجود علاقة طردية بين إدمان الانترنت والاكتئاب لدى طلبة، ووجود علاقة طردية بين إدمان الانترنت والوحدة النفسية لدى عينة.

19. **دراسة سميرة زريقي وكمال سعد (2019)**، بعنوان: العلاقة بين إدمان الإنترنت والتدخين، هدفت دراسة الى دراسة العلاقة بين إدمان الإنترنت والتدخين على عينة (200) طالب من المدمنين على الإنترنت في جامعة تراوحت أعمارهم بين (18-28) سنة اضافة الى عينة شاهدة من الطلاب غير المدمنين مماثلة من حيث الخصائص، استخدمت الدراسة مقياس يونغ لإدمان الإنترنت من أجل جمع العينة وتقسيميا إلى مدمن وغير مدمن حيث اعتبر الطلاب الحاصلون على نقاط (49-0) غير مدمنين على الإنترنت، والطلاب الحاصلون على نقاط (79-50) قريبين من الإدمان وهم ضمن معايير الاستبعاد، والطلاب الحاصلون على نقاط (-100) مدمنين على الانترنت، في حين لم توجد فروق فيما يتعمق بتأثير جنس الطلاب على إدمان الإنترنت.

20. **دراسة خديجة حسين سلمان ووحيدة حسن علي (2019)**، بعنوان: الإدمان على الانترنت وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى طلبة الجامعة، ولتحقيق هدف اعتمدا الباحثان على مقياس يونغ ومقياس الاتزان الانفعالي الذي اعداه، على عينة (200) من طلبة ولكلا الجنسين وللتخصصين العلمي والإنساني بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، بالاختيار العشوائية البسيطة، وقد أظهرت النتائج أن طلبة يعانون من الإدمان على الانترنت، وأن هناك فروقا لإدمان على الانترنت وفق متغيري الجنس والتخصص ولصالح الذكور، والتخصص الإنساني، كما أن هناك علاقة عكسية قوية بين الإدمان على الانترنت والاتزان الانفعالي .

4-1-2 الجزء الثاني دراسات سابقة حول البرامج العلاجية لعلاج ادمان الانترنت:



1- **دراسة الرفاعي (2011)**، السعودية، بعنوان: تحديد فاعلية برنامج إرشادي لتعديل سلوك استخدام الإنترنت لدى طالبات الملك عبد العزيز بجدة المدمنات للإنترنت، اعتمد على المنهج التجريبي بمجموعتين ضابطة وتجريبية وضمت كل منهما (10) طالبات، وأظهرت النتائج وجود فروق لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي، وحدث انخفاض في مستوى استخدام الإنترنت، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي، وأن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من خلال المهارات التي قدمها البرنامج الإرشادي. كما أشارت النتائج إلى استمرارية أثر البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي حافظت على انخفاض مستوى استخدام الإنترنت كنتيجة لاحتفاظهم بما عرفوه من معلومات، وما اكتسبوه من مهارات تطبيقية ساعدتهم في تحسين مهارات تعاملهم مع الإنترنت (**شاهين، 2015، ص367**)

2- **دراسة ياسرة محمد أيوب محمد أبو هدروس (2014)** بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي جمعي قائم على النظرية المعرفية السلوكية في علاج اضطراب الإدمان على موقع التواصل الاجتماعي "الفيس بوك" لدى عينة من الطالبات المراهقات، وادوات بحث مقياس ادمان الفيس بوك، و برنامجا إرشاديا يتكون من (15) جلسة، تراوحت المدة الزمنية للجلسة الواحدة من (60-40) دقيقة، على عينة (28) طالبة تراوحت أعمارهن ما بين (16-18) سنة، وتم تقسيم هذه العينة عشوائيا إلى مجموعة التجريبية والضابطة، تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، في حين لم تتلق المفحوصات في المجموعة الضابطة أي تدريب على البرنامج، وبعد انتهاء البرنامج تم تطبيق الاختبار البعدي، ثم بعد شهرين تقريبا تم تطبيق اختبار المتابعة، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة على كل من الاختبار البعدي، وكذلك الاختبار التبعي في مستوى الإدمان على الفيس بوك لصالح المجموعة التجريبية، أظهرت المجموعة التجريبية انخفاضا في مستوى الإدمان على الفيس بوك مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يشير إلى أن البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة ذو فاعلية في علاج اضطراب الإدمان على موقع التواصل الاجتماعي الفيس بوك .

3- **دراسة أحمد شاهين (2015)**، فلسطين، بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي في خفض إدمان الأنترنت لدى عينة من الطلبة الجامعيين، هدفت الدراسة التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي في خفض مستوى إدمان الأنترنت، وتكونت عينة من (60) طالبا وطالبة، ممن كانت درجاتهم مرتفعة على مقياس إدمان الإنترنت، طبق البرنامج الإرشادي في (90 دقيقة)، بواقع جلسة من مجموع (12) جلسة، وطبق مقياس الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد انتهاء البرنامج



الإرشادي، وكذلك بعد مرور فترة متابعة مدتها شهرين من انتهاء البرنامج، وأظهرت النتائج وجود فروق عند مستوى (0.05) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس إدمان الإنترنت، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض إدمان الإنترنت، وأظهرت كذلك استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق بعد المتابع وبالإجمال فإن البرامج الإرشادية يمكن أن تكون أداة فاعلة تطبق وتعمم في مؤسسات التعليم العالي.

4- دراسة عبد الفتاح الخواجمة (2015)، بعنوان: فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى ادمان الانترنت وتحسين الكفاءة العامة لدي الطلبة بجامعة السلطان قابوس، هدفت الى تطوير برنامج ارشاد جمعي يستند الى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، واستقصاء مدي فاعليته في خفض مستوى ادمان الانترنت، وتحسين الكفاءة الذاتية العامة لدي عينة من الطلاب الذكور المدمنين الانترنت، وبلغت العينة (24) طالبا، قسمت عشوائيا الى مجموعتين (تجريبية وضابطة) وخضعت المجموعة التجريبية لبرنامج الارشاد الجمعي الذي يستند الى الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي في حين لم تتلقى المجموعة الضابطة للبرنامج، من خلال منهج التجريبي، وقد أظهرت النتائج تحليل التباين المشترك ووجود فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي، واختبار المتابعة لمقياس ادمان الانترنت، ومقياس الكفاءة الذاتية كما أن قيم (F) دالة عند مستوى (0.05).

5- دراسة فاتن محمد الحاج (2017)، بعنوان: فاعلية برنامج للعلاج بالضبط الذاتي في خفض حدة الاعراض النفسية المرضية لإدمان الانترنت لدي طالبات كلية التربية بجامعة القيصم، وهدفت الى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي للضبط الذاتي في خفض حدة الاعراض النفسية المرضية لإدمان الانترنت، باستخدام المنهج التجريبي، من خلال تصميم المجموعتين (تجريبية -ضابطة) على عينة (40) طالبة، وتم استخدام إحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة لتحقيق الاعتدالية والتوزيع التكراري، واعتمدت الباحثة على مقياس ادمان الانترنت، والأساليب الإحصائية ومن بينها اختبار (T) لمقارنة عينتين مستقلتين، ولحساب الفروق بين المتوسطات افراد المجموعات المستقلة، واستخدمت نفس الأسلوب الاحصائي لحساب الفروق بين متوسطات افراد المجموعات، كما استخدمت حجم التأثير $(n)^2$ لوصف مقدار الملاحظ بين فروق المجموعات محل الدراسة، كما اعتمدت على SPSS لاستخراج المتوسطات، الوسيط، والانحرافات المعيارية، وأسفرت نتائج على وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية .



6- **دراسة ناصر بن صالح لعبيدي وسعيد بن دبيس (2017)** السعودية، بعنوان: أثر برنامج ارشادي لخفض درجة ادمان الانترنت لدى طلاب المرحلة الثانوية في الرياض، هدفت الى تصميم برنامج ارشادي، من اجل تخفيف درجة ادمان على الانترنت وكذا التعرف على اثر البرنامج الارشادي المقترح، وتكونت العينة من (28) طالبا ممن حققوا درجات مرتفعة على مقياس ادمان الانترنت، استخدام المنهج التجريبي بالتصميم الشبه التجريبي، مع القياس القبلي والبعدي، وتطبيق البرنامج الارشادي على المجموعة التجريبية دون الضابطة، اسفرت النتائج على وجود فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في مستوى ادمان الانترنت وأبعاده في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وجود فروق بين افراد المجموعة التجريبية وافراد المجموعة الضابطة في مستوى ادمان الانترنت في أكثر أعراضه في القياس البعدي لصالح افراد المجموعة التجريبية، وهناك اثر للبرنامج الارشادي في خفض درجة ادمان الانترنت لدى طلاب

7- **دراسة محمد فهد علي الدهام، وسهام درويش أبو عيطة (2017)**، عمان، بعنوان: فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي الواقعي في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوك ادمان الانترنت لدى المراهقين، هدفت لتعرف على فاعلية لإرشاد الجمعي الواقعي في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوك ادمان الانترنت لدي المراهقين على عينة (30) طالبا من مدمني الانترنت، تراوحت أعمارهم بين (14-18) سنة استخدم مقياس ادمان الانترنت ومقياس المهارات الاجتماعية، كما استخدم التحليل التباين المشترك لاستقصاء اثر البرنامج على المجموعة التجريبية لجمع البيانات، وفق المنهج التجريبي قسمت العينة الى مجموعتين، تجريبية تلقت تدريبا لتحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوك ادمان الانترنت بواقع (14) جلسة ارشادية، وجلستين أسبوعيا في حين لم تخضع المجموعة الضابطة لأي تدريب، بعد الانتهاء من البرنامج تم تطبيق على جميع افراد الدراسة كقياس بعدي وأظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية على ادائي الدراسة في القياس البعدي، وجود فروق بين القياس البعدي والمتابعة لصالح المتابعة على ادائي الدراسة .

8- **دراسة نجوي إبراهيم عبد المنعم محمد (2017)**، بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج ادمان تطبيقات المحادثة والتواصل الاجتماعي على الهاتف الذكي لدى عينة من طلاب، وهدفت الى تصميم برنامج معرفي سلوكي لعلاج ادمان تطبيقات المحادثة والتواصل الاجتماعي، وتمثلت عينة (20) طالب وطالبة طبق عليهم مقياس ادمان تطبيقات المحادثة والتواصل الاجتماعي على الهاتف الذكي بهدف تقنين الأداة، وقسموا الى مجموعتين (التجريبية-الضابطة) وطبق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية



فقط وتم تحليل البيانات الإحصائية باستخدام عدد من الطرق اللابارامترية مثل اختبار مان وينتي ولكوكسون، وقد اثبتت فاعليته وذلك لمدة شهرين بواقع (12) جلسة علاجية، وقد استمرت فاعلية البرنامج حتى بعد انقضاء فترة المتابعة .

9- **دراسة احمد هلال (2010)**، بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج إدمان الانترنت وتطبيقاته المشكلة لدى عينة من طلاب الجامعة، هدفت الى معرفة تأثير برنامج معرفي سلوكي في خفض إدمان الانترنت وتطبيقاته المشكلة، على عينة (46)، وأسفرت النتائج عن عدم وجود تأثير لبرنامج في خفض إدمان الانترنت في القياس البعدي، وعدم وجود تأثير لبرنامج المعرفي السلوكي في تقليل النشاط على غرف المحادثة في القياس البعدي، وأسفرت كذلك عن عدم وجود تأثير لبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي تقليل الدخول إلى المواقع الاجتماعية في القياس البعدي. كما كان هناك تأثير للبرنامج في منع الدخول للمواقع الجنسية في القياس البعدي .

2-2-4 دراسات أجنبية لعلاج ادمان الانترنت:

1- **دراسة انتونيس واخرون (2010)**، هولندا، بعنوان: إمكانية استخدام العلاج السلوكي المعرفي وبرنامج التحفيز القائم على المقابلات العلاجية (التدريب على نمط حياة) لعلاج ادمان الانترنت، وركزت التدخلات بشكل رئيسي على السيطرة على استخدام الانترنت وتقليله، واستعادة الهيكل اليومي المناسب، والاستخدام البناء لوقت الفراغ، وإعادة صياغة المعتقدات، وتوصلت الدراسة الى ان العلاج حقق بعض من التقدم بالنسبة لجميع المرضى الذين تمت معالجتهم، في حين أن المرضى ابلغوا عن رضاهم عن العلاج والتحسينات السلوكية الفعلية

2- **دراسة ياسونغ واخرون (2010)**: هدفت الى تقييم الفعالية العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي للمجموعة ادمان الانترنت، وتم تقسيم مجموعة (56) مريضا الذين وافقوا معايير تشخيص ادمان الانترنت وقسموا بطريقة عشوائية في البرنامج العلاجي (ضابطة -تجريبية)، والتعامل مع المشاركين في المجموعة التجريبية بمجموعة من الوسائط القائمة على العلاج المعرفي السلوكي لمدة (8) جلسات في حين لم تحصل المجموعة الضابطة على أي تدخل (البرنامج العلاجي)، تم تقييم استخدام الانترنت، وإدارة الوقت، والعاطفية، والمعرفية والسلوكيات وقد اثبت البرنامج فاعليته.

3- **دراسة فيروسيكا سانتوس واخرون (2016)**، البرازيل، بعنوان: علاج إدمان الإنترنت مع اضطرابات القلق بروتوكول العلاج والنتائج الأولية المسبقة التي تشمل العلاج الدوائي والعلاج المعرفي



السلوكي المعدل، هدفت الى علاج ادمان الانترنت واضطراب القلق من خلال بروتوكول العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي المعدل، على عينة قوامها (39) شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب ادمان الانترنت واضطراب القلق تراوحت أعمارهم بين (18- 65) سنة، اعتمدت على مقياس هاملتون للقلق، ومقياس ادمان الانترنت للشباب، تمت المعالجة بشكل فردي بمعدل مرة واحدة كل أسبوع خلال (10) أسابيع، وقد توصلت الدراسة الى فاعلية البروتوكول العلاجي الدوائي، والعلاج المعرفي السلوكي المعدل في علاج اضطراب ادمان الانترنت واضطراب القلق (سانتوس واخرون، 2016، ص 5)

3-4 التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة يمكن مناقشة هذه الدراسات وتوضيح أهميتها من حيث: الهدف، المنهج، العينة، الأدوات، النتائج.

أ: الدراسات التي تناولت موضوع ادمان الانترنت وربطه بمتغيرات اخرى:

➤ **من حيث الهدف:** من خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بإدمان الانترنت كل دراسة كانت لديها أهداف مختلفة، حيث هدفت دراسة بشرى إسماعيل أنروط (2007) الى معرفة العلاقة بين إدمان على الأنترنت وأبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية، بينما دراسة سلطان عائض (2010)، فهدفت الى ادمان الانترنت وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي، ودراسة سهام مطرش معيجل (2011) ادمان الانترنت وعلاقته ببعض المتغيرات، ودراسة الحوسني (2011) إدمان الإنترنت وعلاقته بالاكنتاب والعزلة الاجتماعية، ودراسة نايف سالم الطروانة ولمياء سليمان الفنيخ(2012) استخدام الانترنت وعلاقته بالتحصيل الاكاديمي والتكيف الاجتماعي والاكنتاب ومهارات التواصل، ودراسة سامية ابرييم (2013) ادمان الانترنت وعلاقته بالعزلة الاجتماعية...الخ من الدراسات كما هي مذكورة .

نلاحظ من خلال عرض اهداف الدراسات السابقة انها اتفقت على هدف مشترك الا وهو دراسة متغير ادمان الانترنت وربطه بمتغيرات ديموغرافية مختلفة، وتتفق الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في اكلينيكية اضطراب ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة، وهو ما يدعم ويخدم الدراسة الحالية.

➤ **من حيث العينة:** إن معظم الدراسات اتخذت من طلاب الجامعة مجتمعا لدراستها كما ان اغلبها اعتمدت على الجنسين (ذكور والاناث) والمستوى التعليمي والتخصص الأكاديمي كعينة لدراستها وان معظم الدراسات تم اختيار العينة بطريقة العشوائية من الوسط الجامعي، وأن حجم العينات كان كبير حيث تراوح أغلبها ما بين (93-1000) كدراسة بشرى إسماعيل أنروط (2007)، ودراسة سلطان عائض



العيصمي (2010)، ودراسة الحوسني (2011)، دراسة نايف ولمياء سليمان الفنيخ (2012)، دراسة خالد العمار (2014)، ودراسة أمل بنت علي بن ناصر (2014)، ودراسة جهاد علاء الدين (2014)، وهو مبرر لتأكيد وجود الاضطراب لدى طلاب الجامعة وهو ما يؤكد على ضرورة تشخيص وعلاج هذا النوع من اضطرابات النفسية، ولقد اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عينة الدراسة الحالية وهم طلاب الجامعة.

➤ **من حيث المنهج والأدوات المستعملة:** أغلب الدراسات السابقة لموضوع ادمان الانترنت وربطه مع متغيرات أخرى من حيث المنهج استعملت المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والتحليلي كما استعملت أدوات دراسية أجنبية مكيفة على البيئة العربية فيما يخص متغير ادمان الانترنت وأدوات مصممة من طرف الباحثين وهي بالتفصيل على النحو التالي:

دراسة بشرى إسماعيل أرنوط (2007) قامت بإعداد مقياس الإدمان على الأنترنت، استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، ودراسة سلطان عائض مفرح العيصمي (2010) تم الاعتماد على مقياس إدمان الانترنت من اعدادها، أما المنهج اعتمدت على المنهج الوصفي. ودراسة سهام معيجل (2011)، تم الاعتماد على مقياس ادمان الانترنت (لكمبرلي يونغ)، وبالاعتماد على المنهج الوصفي. دراسة سامية ابرييم (2013) استخدمت مقياس إدمان الانترنت، والمنهج الوصفي الارتباطي، ودراسة خالد العمار (2014)، اعتمد على المنهج الوصفي التحليلي، وأدوات بحث تمثلت في بناء مقياس إدمان الانترنت، دراسة أمل بنت علي بن ناصر الزيدي (2014) أدوات بحث تمثلت في مقياس ادمان الانترنت، والمنهج الوصفي الارتباطي، دراسة غالمي عديلة (2017)، اعتمد على مقياس إدمان الانترنت ليكمبرلي يونغ، ومنهج الوصفي الارتباطي، أما دراسة الرشيد إسماعيل الطاهر (2018) استخدم مقياس إدمان الانترنت، إعداد بشرى اسماعيل أرنوط (2005)، دراسة خديجة حسين سلمان ووحيدة حسن على (2019) اعتمدتا الباحثتان بتبني مقياس ادمان الانترنت ليونغ، والمنهج الوصفي الارتباطي، دراسة صبا منير حسين بشبش (2018) اعتمدت على مقياس ادمان الانترنت من اعدادها واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي، ودراسة عبد الفتاح الخواجة (2014) استخدم مقياس إدمان الإنترنت، ودراسة محمد عمر المومني (2015)، اعتمد على المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة وقد تم تبني مقياس إدمان الانترنت من إعداد يونغ، دراسة يسار صباح جاسم النعيمي (2015) مقياس ادمان على الانترنت، وهناك دراسات سابقة لم تذكر لا المقاييس ولا المنهج المتبع مثل دراسة عبير جواد عبد المغني الننشه (2015)، ودراسة فهد بن علي الطيار (2016)،



وتضمنت ادوات الدراسة مقياس ادمان الانترنت، بينما كانت دراسة أمل يوسف عبد الله العمار (2017) الوحيدة التي استخدمت المنهج الوصفي المقارن.

➤ **من حيث النتائج:** توصلت جل الدراسات السابقة خاصة بمتغير ادمان الانترنت الى وجود اتفاق في بعض النتائج واختلافا في أخرى ويرجع ذلك الى خصائص متغيرات كل دراسة ونوعية العينات المدروسة

تعقيب عام على الدراسات السابقة فيما يخص موضوع ادمان الانترنت مع متغيرات أخرى:

اتفقت أغلب الدراسات السابقة المتحصل عليها على وجود ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة وبشكل متفاوت بين المتوسط والمرتفع ولدى الجنسين (ذكور واناث) وفي مختلف الاعمار وهو هدف كل الدراسات بينما كانت أغلب عينات الدراسات طلاب (الجامعة -الثانوية) من المراهقين بعمر تراوح بين (14-27)سنة، في حين استخدمت جميع الدراسات المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والتحليلي في جمع البيانات وتحليلها ووصفها ماعدا دراسة واحدة التي استعملت المنهج الوصفي المقارن، كما أثبتت نتائج الدراسات السابقة على وجود علاقة بين ادمان الانترنت ومتغيرات ديمغرافية أخرى، وبعد ثبات وجود الخاصية ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة من خلال التراث الادبي للدراسات السابقة هذا ما مهد الطريق للبحث في طرق وسبل علاج النفسي لإدمان الانترنت والبحث في حقول العلاجات النفسية لاضطراب ادمان الانترنت وعليه جاءت الدراسات السابقة لمتغير البرامج العلاجية لإدمان الانترنت وهو ما يتفق مع الدراسة الحالية.

ب: الدراسات التي تناولت موضوع البرامج العلاجية لإدمان الانترنت:

➤ **من حيث الهدف:** من خلال تفحص الأهداف التي رمت إليها الدراسات في هذا المجال وجدت أنها تهدف أساسا إلى معرفة فاعلية البرامج العلاجية النفسية في علاج ادمان الانترنت وقد اختلفت باختلاف كل دراسة حسب البرنامج العلاجي التي طبقته ومن بين هذه الدراسات دراسة الرفاعي (2011) التي هدفت إلى تحديد فاعلية برنامج إرشادي لتعديل سلوك استخدام الإنترنت لدى طالبات، ودراسة محمد أحمد شاهين (2015) التي هدفت لفاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي في خفض إدمان الإنترنت، ودراسة عبد الفتاح الخواجة (2015) فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى ادمان



الانترنت، ودراسة فاتن محمد الحاج (2017) فاعلية برنامج للعلاج بالضبط الذاتي في خفض حدة الاعراض النفسية المرضية لإدمان الانترنت.

وقد اختلفت دراسة ناصر بن صالح لعبيدي وسعيد بن دبببب (2017) في نوع البرنامج ارشادي المتبع لخفض درجة ادمان الانترنت، وكذلك دراسة محمد فهد علي الدهام واخرون (2017) في فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي الواقعي في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوك ادمان الانترنت .

بينما هدفت الدراسات الأجنبية مثل دراسة انتونيس واخرون (2010) الى إمكانية استخدام العلاج السلوكي المعرفي وبرنامج التحفيز القائم على المقابلات العلاجية (التدريب على نمط حياة) لعلاج ادمان الانترنت، ودراسة ياسونغ واخرون (2010) التي هدفت الى تقييم الفعالية العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي للمجموعة ادمان الانترنت، دراسة فيروسيكا واخرون (2016) علاج إدمان الإنترنت واضطرابات القلق من خلال بروتوكول العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي المعدل.

اتفقت الدراسات السابقة على ضرورة علاج اضطراب ادمان الانترنت، وهذا بالرغم من اختلافها في نوع البرنامج العلاجي المقدم، الا أن العلاج النفسي ضرورة لزمة لعلاج هذا النوع من اضطرابات لدى طلاب الجامعة، ولقد اختلفت مع دراسات اخرى كدراسة ياسرة محمد أيوب محمد أبو هدرس (2014) التي هدفت الى علاج اضطراب الإدمان على موقع التواصل الاجتماعي، ودراسة نجوي إبراهيم عبد المنعم محمد (2017) التي هدفت لعلاج ادمان تطبيقات المحادثة والتواصل الاجتماعي على الهاتف الذكي لدى عينة من طلاب جامعة.

تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في ضرورة العلاج النفسي لهذا النوع من اضطرابات وخاصة لدى طلاب الجامعة وتختلف عنها في نوع العلاج النفسي المستخدم، العلاج المعرفي في علاج هذا النوع من الاضطرابات وهو ما يميز دراسة عن باقي الدراسات السابقة، في حين استعملت جل الدراسات العلاج السلوكي المعرفي في علاج ادمان الانترنت.

➤ **من حيث العينة:** إن معظم الدراسات الوارد في هذا الجزء اتخذت من طلاب الجامعة مجتمعا لدرستها كما لاحظنا ان اغلب الدراسات اعتمدت الجنسين (ذكور والاناث) أو كل جنس لوحده كعينة لدرستها ممن سجلوا درجات مرتفعة في ادمان الانترنت، أو بعض التطبيقات الاجتماعية المتصلة بالانترنت مثل الفيس بوك او توتير او الهواتف الذكية، وان معظم الدراسات الأجنبية لم تذكر العينة بل اكتفت



يوصفهم مدمنين فقط، وإن معظم الدراسات لم تذكر طريقة اختيار العينة مثل دراسة الرفاعي (2011) ودراسة ياسرة محمد أيوب محمد أبو هديوس (2014) التي كانت عينتهما طالبات جامعيات.

➤ **من حيث المنهج والأدوات المستعملة:** أجمعت الدراسات السابقة على اتباع المنهج التجريبي في شقه الشبه التجريبي، وهو ما أعطى لنا سندا قويا لاختياره في الدراسة الحالية باتباع التصميم الشبه التجريبي، ومن التصميمات التي تناولتها الدراسات السابقة تصميم المجموعة الواحدة في بعض الأحيان، والمجموعتين في بعض الأحيان الأخرى وغالبية الدراسات اعتمدت على المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بقياس (القبلي والبعدي والتتبعي)، ومعظم الدراسات أستمرت في فترة المتابعة في القياس التتبعي لمدة شهرين الى شهرين ونصف، بواقع جلسات من (8 الى 20) جلسة بزمّن تراوح بين (60- 75) دقيقة ومعدل زمني من شهر الى ثلاثة أشهر في العلاج ، وجميع الدراسات انتهجت العلاج الجماعي ماعدا الدراسة الأخيرة من الدراسات الأجنبية التي انتهجت العلاج الفردي في علاج ادمان الانترنت، وتتوعدت الفنيات العلاج باختلاف المدارس المتبعة فاغلب الدراسات اتبعت العلاج المعرفي السلوكي ماعدا دراسة فيروسيكا (2016) التي اتبعت العلاج السلوكي المعرفي مع الدوائي.

➤ **من حيث العينة:** بما ان جل الدراسات اعتمدت على المنهج التجريبي فقد عمدت الدراسات على عينات تراوحت في مجملها ما بين (10-60 فرد) وعليه وجد الباحث أن العينة الدراسة الحالية (14) مناسبة جدا، وتختلف مع الدراسات السابقة في عيناتها في المجموعة الواحدة أما من حيث عدد الجلسات والزمن الجلسة ومدة العلاج فقد تراوحت جميعها بين (8- 20) جلسة وهي قصيرة المدة من شهر الى شهرين فقط.

➤ **من حيث النتائج:** توصلت الدراسات السابقة إلى فعالية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية باتجاهاتها المختلفة وبفنياتها العلاجية التي أعدها سواء في خفض مستوى ادمان الانترنت او الاضطرابات المصاحبة له أو التخفيف منه او من التطبيقات الاجتماعية مثل الفيس بوك كدراسة أبو هديوس (2014) ودراسة نجوي إبراهيم عبد المنعم محمد (2017) حول فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج ادمان تطبيقات المحادثة والتواصل الاجتماعي على الهاتف الذكي.

وانطلاق من هذه النتائج اعتمدها كمنطلق في الدراسة الحالية سواء في الشروع في الدراسة ككل، أو في تبني الفرضيات، وتبني بعض الفنيات المعرفية في خفض ادمان الانترنت، ومن النتائج التي توصلت



اليها الدراسات السابقة حول فاعلية البرامج العلاجية لعلاج ادمان الانترنت نلاحظ وجود اتفاق في بعض النتائج واختلافا في أخرى ويرجع ذلك الى خصائص كل برنامج علاجي مقدم ونوعية العينات المدروسة.

➤ مناقشة عامة للدراسات السابقة لمتغير البرامج العلاجية في علاج ادمان الانترنت:

رغم اتفاق نتائج الدراسات السابقة على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات ادمان الانترنت والذي استخدم في أغلب الدراسات باختلاف فنياته ومدته وعدد جلساته وتصميماته الا انه تم الاتفاق على منهج موحد (المنهج التجريبي بشقه الشبه التجريبي) وعلى عينات من طلاب الجامعة للجنسين معا او مفترقين ، والعلاج الجماعي للحالات سواء بمجموعات تجريبية وضابطة أو المجموعة الواحدة، وبما أن الدراسة الحالية تستخدم العلاج المعرفي وهو ما يميزها عن غيرها من الدراسات السابقة.

تستخدم الدراسة الحالية الخلفية النظرية **المعرفية لبيك و ابنته جوديث** في علاج ادمان الانترنت، وهذا المنحنى يعتبر من أكثر المنحى شمولية لأنه يجمع بين الفنيات المعرفية في وقت قصير، وفعال في احداث التغير المعرفي لأفكار والادراك وتغير في السلوكيات الناتجة عن تغير في الأفكار والوجدان، وعلى حد علم الباحث واطلاعه ولا دراسة حاولت علاج ادمان الانترنت من المنحى العلاج المعرفي.

وبما أن هدف الدراسة الحالية هو خفض درجات ادمان على الانترنت لدى طلاب الجامعة فان العلاج المعرفي يرفع من القدرة الادراكية لأفراد المجموعة التجريبية في مواجهة المشكلة الحالية وتقليل منها وخفضها، وهو ما دفع الباحث لتبني هذا الاتجاه العلاجي (العلاج المعرفي).

5- مفاهيم الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

1.5 ادمان الإنترنت:

هو الدخول إلى الكمبيوتر او الهاتف او لوحة من أجل استعمال لآنترنترنت لإيجاد متعة أو لإزالة ضغط الحياة، و الاستخدام المفرط للإنترنت يعتبر من اشكال ادمان يرتبط غالباً بفقدان الإحساس بالوقت ، اكثر من 6 ساعات من الاستعمال في اليوم أو إهمال الأنشطة اليومية المعتاد على عملها، تغير في الادراكات المعرفية، ويشمل ذلك أعراض الانسحاب والإحساس بالغضب والعصبية عند تعطل جهاز الكمبيوتر أو الهاتف، ويعرف في الدراسة الحالية بالدرجة التي يتحصل عليها الطالب على مقياس ادمان الانترنت، والتي تكون في مجال من 60 الى 120 درجة وهو ادمان مرتفع.

2.5 الخطة العلاجية المعرفية:



تعرف الخطة العلاجية المعرفية بأنها جلسات علاجية نفسية تعليمية منظمة في ظل أسس وفنيات علمية وفق خلفية نظرية (للعلاج المعرفي) وفنياته، يتم من خلالها تدريب مجموعة من طلاب الجامعة في شكل جماعات بالفنيات في شكل جلسات، تتبع هذه الجلسات خطوات مخططة ومنظمة بشكل دقيق، تهدف الى تحقيق اهداف معينة في كل جلسة، وكل خطوة تمهد لخطوة أخرى تليها لتصبح في نهاية مترابطة ومتكاملة معا وتؤدي الي خفض درجات ادمان الانترنت.

اجرائيا في هذه الدراسة بأنها عبارة عن (10 جلسات) علاجية في ظل العلاج المعرفي من خلال تدريب جماعي للطلاب الجامعة، وفق خطوات منظمة رمت الي تحقيق هدف، علاج ادمان الانترنت وذلك بتعديل الأساليب المعرفية الخاطئة والمعارف السلبية لدى الطلاب الجامعة، واستبدالها بأساليب جديدة وأفكار توافقية وفق أسس وفنيات العلاج المعرفي لتجاه كل من (بيك) و (جوديث)، في الحد الزمني (3 اسابيع) بواقع (جلستين في اسبوع) بوقت من (60-90 دقيقة) و 10 جلسات علاجية جماعية، بمجال مكاني جامعة باتنة 1 وفق فنيات التالية (المحاضرة التفاعلية، المناقشة الجماعية المفتوحة، فنية التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها، فنية التعرف على الأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C) ، فنية التدريب على الاسترخاء، فنية إعادة البناء المعرفي، فنية الواجبات المنزلية، فنية التدريب على ادارة الوقت كاستراتيجية داعمة ومكملة للعلاج المعرفي (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت)، فنية المراقبة الذاتية، فنية منع الانتكاسة وانهاء العلاج).

6- فرضيات الدراسة:

1.6 الفرضية العامة: للخطة العلاجية المعرفية فاعلية كبيرة في خفض درجات الإدمان على الانترنت لدى طلاب الجامعة.

2.6 الفرضيات الجزئية:

1.2.6 الفرضية البحثية الأولى: تؤثر الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية .

أ-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس ادمان الانترنت (حسب الدرجة الكلية والابعاد) لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي.

ب - هناك حجم أثر مرتفع تتركه الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية وابعاد الإدمان على الانترنت.



ج- هناك تحسن مرتفع وفق الدلالة الاكليديكية تتركه الخطة العلاجية على افراد المجموعة التجريبية

2.2.6 الفرضية البحثية الثانية: يستمر تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس ألتتبعي بعد مرور شهرين ونصف.
أ- لا توجد فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في درجات متوسطات ادمان الانترنت (حسب الدرجة الكلية والابعاد) بين القياسين البعدي والتتبعي.



الجانب النظري



الفصل الثاني: ادمان الانترنت

تمهيد:

إن الإدمان الإنترنت اضطراب نفسي حديث، وقد لقي هذا الأخير اهتمام فريق عمل جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA , 2013)، حيث ترافق صدور الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5) بإعادة هيكلة فئة الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية، و تم الاعتراف بمسألة الادمان غير المرتبط بالاعتماد على المواد (العقاقير) وله مسميات عديدة منها الاعتماد النفسي على الانترنت **internet dependent** الاستخدام المرضي لأنترنت (**pathological internet use**) الاستخدام القهري لأنترنت (**compulsive internet disorder**) سوء استخدام الانترنت (**internet abuse**) وعليه فان اضطراب الذي نحن بصدد دراسته يستحق توجيه اهتمام به من الباحثين والسيكولوجيين وخاصة المعالجين النفسين نتيجة للتزايد اعراضه النفسية لدى مختلف شرائح المجتمع، وفي هذا الفصل سنتناول بشيء من التفصيل ما يخص اضطراب ادمان الانترنت من حيث تعريف ادمان الانترنت، محكات تشخيصه، أنواعه، اعراضه، أسبابه و لاتجاهات المفسرة له.

1- تعريف إدمان الإنترنت Internet Addiction:

1-1 الإدمان لغته: المداومة على الشيء أو الاعتماد عليه (بيومي، 2002، ص163).

لفظة **ادمان** مأخوذة من الفعل " أدمن " ومعناه ملازمة شيء ما، والمداومة عليه يقال: (أدمن الشراب وغيره: لم يقلع عنه ...ويقال فلان يدمن الشرب والخمر إذا لزم شربها، وفلان يدمن كذا أي يديم). (أبو المجد، 2016، ص 9-10).

وتعرفه **منظمة الصحة العالمية**: على أنه حالة نفسية وأحيانا جسمية تتجم عن تفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء أو المخدر، يتصف هذ التفاعل بحدوث استجابات سلوكية وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر الذاتي في تناول المادة الإدمانية تناولاً مستمراً أو متقطعاً وذلك من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة (تايبيته، 2016، ص 36).

كما يعرف على أنه رغبة مرضية جامحة من الإنسان نحو الموضوع الإدماني، وقد يكون هذا الموضوع الإدماني موضوعاً مادياً كالمواد المخدرة والخمر والحبوب والسجائر وغيرها وقد يكون حدثاً كالقمار والجنس والحب والعمل والكمبيوتر والتلفون المحمول والانترنت الخ (مرشد ربيع، 2010 ص5).

1-2 اصطلاحاً **ادمان الانترنت**: وهو ما أصطلح على تعريفه لدى بعض الباحثين الأكاديميين:



ويعرف على أنه: الاستخدام المكثف لأنترنت، وعدم القدرة على التحكم في هذا الاستخدام الذي يؤدي الى ضرر جدي على حياة الافراد. (شاهين 2015، ص 370).

ويعرف بأنه: اضطراب التحكم في الدوافع، ورغم أنه لا يشبه استخدام المخدرات السامة، ولكنه يتشابه الى حد كبير مع المقامرة المرضية. (الراشد، 2013، ص 3).

ويعرف على أنه حالة من الاستخدام المرضي وغير التوافقي للإنترنت يؤدي إلي اضطرابات في السلوك ويستدل عليه بعدة ظواهر منها زيادة عدد الساعات امام الكمبيوتر بشكل كبير تتجاوز الفترات التي حددها لنفسه فالبداية، ومواصلة الجلوس امام الانترنت، الرغم من وجود بعض المشكلات مثل السهر، الأرق، الجلوس في البيت والعزلة الاجتماعية عن العالم الخارجي، إهمال الواجبات لأسرية، بالإضافة إلى التوتر والقلق الشديدين في حالة وجود عائق للاتصال كما أدى بالبعض لفقدان علاقات وتفاعلات اجتماعية وتأخر وظيفي والانطواء والعزوف عن المجتمع (عيد يونس، 2016، ص 23).

ومنه نستنتج أن أي سلوك يتميز بالصفات التالية (حمودة، 2016، ص 215) يمكن تعريفه على انه ادمان:

- **أن يكون السلوك سمته بارزة:** وهذا يحدث عندما يصبح هذا السلوك أهم الأنشطة وأكثرها قيمة في حياة الفرد ويسيطر على تفكيره ومشاعره.
 - **تغيير المزاج:** ويشير الى خبرة ذاتية يشعر بها الفرد كنتيجة للقيام بهذا السلوك.
 - **التحمل:** هو العملية التي يزداد بها كمية أو مقدار النشاط أو السلوك المطلوب انجازه للحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بمقدار أو كمية أقل.
 - **أن تكون هناك الاعراض الانسحابية:** هي مشاعر عدم الراحة أو السعادة مع الآثار الفيزيولوجية التي يمكن أن تحدث عند الانقطاع عن النشاط أو تقليبه فجأة.
 - **الصراع:** وهي تشير الى الصراعات التي تدور بين المدمن والمحيطين به كالصراع بين شخصي والصراع مع افراد الاسرة.
 - **أن يكون الانتكاس:** وهو الميل الى العودة مرة أخرى لأنواع الأنشطة التي كان يدمنها.
- 2- **معايير تشخيص ادمان الانترنت:**
- ومن معايير التشخيص ادمان الانترنت ما أتفق عليه جل الباحثين الاكاديميين ومنها:



1-2 حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) يعتبر الفرد مدمن على الانترنت إذا توفرت لديه 5 من المعايير التالية: (لعرايزيت، 2014، ص 17)

- 1- شعور الشخص ان الانترنت يسيطر عليه ويشغل تفكيره بنشاطاته.
 - 2- حاجته لقضاء وقت أطول على الانترنت ليشعر بالراحة.
 - 3- الفشل في محاولات الحد من استخدامه.
 - 4- لشعور بعدم الراحة والكآبة وسوء المزاج عند محاولة التوقف عن استخدامه.
 - 5- استخدامه وقتاً أطول مما كان يريد.
 - 6- التعرض لخطر فقدان العمل أو تدهور العلاقات والتحصيل العلمي بسببه.
 - 7- الكذب على الأسرة أو المعالج لإخفاء الانشغال به.
 - 8- استخدامه لهروب من المشاكل ومشاعر الدونية والذنب والقلق والاكتئاب.
- أما **معيجل (2012، ص344)** فقد شخص الفرد المدمن على لآنترنت اكلينيكيأ بما يلي:

- 1- الانسحاب والانعزال عن الاسرة والاصدقاء.
- 2- لانشغال الزائد بالآنترنت وكثرة التحدث عنه.
- 3- نقص الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية والدراسية والمهنية ولاستجماميه.
- 4- الاحساس بالذنب او الدفاعية حول استخدام الفرد لآنترنت.
- 5- الاحساس بالآثاره عند الانغماس في فعاليات الآنترنت.
- 6- الاستخدام الدائم والمتكرر لآنترنت أكثر مما كان مقصوداً (فقدان السيطرة على الوقت).
- 7- التوتر والقلق الشديدين في حالة وجود عائق لاتصال بالآنترنت، والاحساس بسعادة بالغة وراحة نفسية عند الرجوع الى استخدامه.

ويتبنى الباحث التشخيص الذي يرى أن ادمان الانترنت هو نمط غير توافقي يؤدي الى اضطرابات اكلينيكية شديدة ويظهر عندما تتوفر ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية:

- 1- **التحمل:** ويتحدد من خلال هذين المظهرين:
 - 1-1 الحاجة الى زيادة واضحة في عدد ساعات استخدام الانترنت للحصول لإشباع الذي كان يحققه من قبل بعدد ساعات اقل.
 - 2-1 تناقض واضح في تأثير استعمال الانترنت عند الاستمرار في استخدامها بمعدلات زمنية ثابتة.



2- الانسحاب: ويتحدد في المظاهر التالية:

1-2 المعاناة من مظهرين أو أكثر من المظاهر الآتية خلال أيام قليلة وحتى فترة الشهر عقب قطع او خفض ساعات لاستخدام وهي (التهيح النفسي الحركي، القلق، والتفكير القهري حول ما يجري في الانترنت، تخيلات اثناء اليقظة، تحريك الأصابع بصورة تشبه حركة اليدين على لوحة مفاتيح الكمبيوتر بطريقة ارادية أو للإرادية).

2-2 تسبب أعراض المرحلة السابقة شعورا بالضغط النفسي وعدم الارتياح، واضطرابات في أداء الشخص على المستوى الاجتماعي والمهني.

2-3 يؤدي استخدام الانترنت الى خفض أو تجنب أعراض السابق ذكرها.

3- تكرر استخدام الانترنت بصورة أكثر عبر فترات زمنية أطول تتجاوز ما كان الشخص يخطط له أصلا.

4- محاولات ورغبة دائما غير ناجحة لإنهاء أو ضبط الوقت استخدام لأنترنت.

5- مقاطعة أو تقليص النشاطات أساسية على الصعيد الاجتماعي أو المهني، بسبب الانشغال بالأنترنت.

6- مواصلة استخدام الانترنت رغم معرفته بالمشكلات الصحية والاجتماعية والمهنية والنفسية.

7- اللجوء الى الاستخدام الانترنت كميكانيزم دفاعي للهروب من الأزمات، وتخفيف المزاج الذي يعاني منه مثل (الشعور بالعجز، أو الذنب، أو القلق في مواجهة مشكلات الحياة ومتطلباتها).

8- الكذب وخداع الأسرة أو الطبيب أو أي شخص لإخفاء مقدار التعلق الشديد بالأنترنت. (الطائي، 2016، ص 557).

2-2 تشخيص ادمان الانترنت حسب DSM-5:

قام الباحث بتعديل المعايير الخاصة باضطراب الألعاب عبر الانترنت حتى تتناسب مع إدمان الإنترنت انطلاقا من الدراسات السابقة وتشخيصات بعض الباحثين لاضطراب ادمان الانترنت، وهو ما ترافق مع اقتراح معايير تشخيصية في القسم الثالث (section III) من الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5) للمعايير التشخيصية المقترحة لهذا الاضطراب كما يلي:

جدول رقم (01): يوضح المعايير التشخيصية لاضطراب الانترنت حسب (DSM5) من

اعداد الباحث



<p>الانشغال بالانترنت (يتذكر الشخص تجارب السابقة أو يخطط للدخول من جديد، حيث تصبح الانترنت النشاط المهيمن على الحياة اليومية)</p> <p>ملحوظة: يختلف هذا الاضطراب عن ذلك المتعلق بالمقامرة عبر الانترنت، والذي يعتبر جزءا من اضطراب المقامرة</p>	<p>الاستخدام المستمر والمتكرر للانترنت لممارسة نشاط ما، يؤدي لاختلال</p>
<p>أعراض انسحابيه عندما يتعذر الوصول للانترنت (تتميز هذه الأعراض نمطيا من خلال التهيج، الحصر أو الضيق ولكن بدون علامات جسدية للانسحاب المتعلق بالأدوية)</p>	<p>التوظيف أو ضائقة مهمته سريريا كما يتضح ذلك في خمسة على الأقل من</p>
<p>التسامح الحاجة لتكريس المزيد من الوقت للانترنت</p>	<p>التظاهرات التالية في</p>
<p>محاولات فاشلة للتحكم في ممارسة الانترنت.</p>	<p>مدة 12 شهرًا:</p>
<p>فقدان الاهتمام بالهوايات والاهتمامات السابقة، باستثناء الانترنت.</p>	<p>تحديد الشدة الحالية</p>
<p>استمرار الاستخدام المفرط للانترنت بالرغم من معرفة الشخص بوجود مشاكل نفسية اجتماعية.</p>	<p>ادمان الانترنت يمكن أن يكون خفيفا، متوسطا، أو شديدا حسب درجة الإخلال بالأنشطة العادية. الأفراد الذين لديهم درجة خفيفة من الاضطراب يعرضون نسبة قليلة من الاعراض واختلال بسيط في حياتهم، أما أولئك الذين يعانون من الشكل الشديد للاضطراب فيقضون ساعات أكثر على حواسيبهم، ويعانون من فقدان أكثر شدة للعلاقات العاطفية أو للفرص المهنية أو الدراسية.</p>
<p>الشخص يكذب على أفراد أسرته، المعالجين أو غيرهم فيما يتعلق بهيمنة الانترنت استخدام الانترنت للهروب من مزاج سلبي أو لتهدئته مثل (مشاعر العجز الذنب، الحصر).</p>	<p>ادمان الانترنت يمكن أن يكون خفيفا، متوسطا، أو شديدا حسب درجة الإخلال بالأنشطة العادية. الأفراد الذين لديهم درجة خفيفة من الاضطراب يعرضون نسبة قليلة من الاعراض واختلال بسيط في حياتهم، أما أولئك الذين يعانون من الشكل الشديد للاضطراب فيقضون ساعات أكثر على حواسيبهم، ويعانون من فقدان أكثر شدة للعلاقات العاطفية أو للفرص المهنية أو الدراسية.</p>
<p>التعريض للخطر أو فقدان علاقة عاطفية مهمة، وظيفة أو فرص دراسية أو مهنية بسبب المشاركة في الانترنت</p>	<p>ادمان الانترنت يمكن أن يكون خفيفا، متوسطا، أو شديدا حسب درجة الإخلال بالأنشطة العادية. الأفراد الذين لديهم درجة خفيفة من الاضطراب يعرضون نسبة قليلة من الاعراض واختلال بسيط في حياتهم، أما أولئك الذين يعانون من الشكل الشديد للاضطراب فيقضون ساعات أكثر على حواسيبهم، ويعانون من فقدان أكثر شدة للعلاقات العاطفية أو للفرص المهنية أو الدراسية.</p>
<p>ملحوظة: وحدها الانترنت دون مقامرة تدخل في هذا الاضطراب، كما لا يتم ادراج استخدام الانترنت في نشاطات تتطلبها وظيفة أو مهنة، ولا يتضمن الاضطراب ايضا الاستخدامات الأخرى الترفيهية او الاجتماعية للانترنت</p>	<p>ادمان الانترنت يمكن أن يكون خفيفا، متوسطا، أو شديدا حسب درجة الإخلال بالأنشطة العادية. الأفراد الذين لديهم درجة خفيفة من الاضطراب يعرضون نسبة قليلة من الاعراض واختلال بسيط في حياتهم، أما أولئك الذين يعانون من الشكل الشديد للاضطراب فيقضون ساعات أكثر على حواسيبهم، ويعانون من فقدان أكثر شدة للعلاقات العاطفية أو للفرص المهنية أو الدراسية.</p>



ومنه نستنتج أن تشخيص اضطراب ادمان الانترنت يتطلب من (6 الى 12) شهر من التعلق الكامل بالانترنت، ويكون مصحوب بأعراض نفسية وجسدية وفيزيولوجية، زيادة عدد الساعات أمام الانترنت بشكل كبير تتجاوز الفترات التي حددها لنفسه فالبدائية، شعور الشخص أن الانترنت يسيطر عليه ويشغل تفكيره، الفشل في محاولات الحد من استخدامه، الشعور بعدم الراحة والكآبة وسوء المزاج عند محاولة التوقف عن استخدامه، الكذب على الأسرة أو المعالج لإخفاء الانشغال به، استخدامه لهروب من المشاكل ومشاعر الذنب والقلق.

يعتبر الفرد مدمن على الانترنت إذا توفرت لديه خمسة من الأعراض السابقة الذكر، في هذه الحالة تستبعد الحالات التي تكون في المرحلة الأولى من اكتشاف الانترنت لأول مرة لانهم يكونوا في مرحلة جديدة، وذلك راجع لإمكانية أن يكونوا في مرحلة الانبهار بمزايا الانترنت ومحاولة استكشافه وبالتالي استبعادناهم من التشخيص.

3- أنواع ادمان الانترنت:

فقد حددها **معيجل** (2011، ص345) في دراسته بخمسة أنواع وهي:

- 1- ادمان على المواقع الجنسية Cyber sexual addiction.
- 2- ادمان على مواقع العلاقات Cyber relationship addiction .
- 3- ادمان على القمار او التسوق عبر الانترنت Gambling or shopping addiction.
- 4- الافراط في تحميل المعلومات information Overload اي البحث ألقسري عن التحديث.
- 5- ادمان على الحاسوب لعب الالعاب المفرط (excessive game-playing).

وقد حدد أيضا (الراشد، 2013 ص 3) خمسة أنواع أساسية من إدمان الإنترنت وهي:

- 1- **إدمان الدردشة الإلكترونية**: يمكن تعريف إدمان الدردشة على أنه المشاركة الملزمة والملحة في غرف الدردشة الإلكترونية.
- 2- **إدمان المواد الإباحية / الجنس على الإنترنت**: يعرف إدمان الجنس بأنه التصفح القهري للمواقع الإباحية والجنس
- 3- **إدمان الألعاب الإلكترونية**: يمكن وصف إدمان الألعاب الإلكترونية بأنها اللعب الاستحواذ والقهري للألعاب الإلكترونية، بما في ذلك الألعاب التفاعلية.



4- **إدمان المواقع المالية:** قد يتعلق هذا النوع من الإدمان بكل ما هو متصل بالمال، ويمكن أن يشمل القمار، التسوق الإلكتروني، التتبع الإلكتروني للاستثمارات والأسواق الدولية.

5- **إدمان تصفح شبكة الإنترنت:** يمكن أن يعرف إدمان تصفح شبكة الإنترنت بأنه قضاء الكثير من الوقت في البحث وجمع المعلومات المتاحة على شبكة الإنترنت، فضلا عن التتبع المستمر للروابط غير ذات الصلة

ويضيف **درويش (2016، ص 48-49)** كذلك أنواع أخرى نذكر منها:

1- **إدمان البحث في قواعد المعلومات:** وترجع خطورة ذلك الى أن زيادة المعلومات عبر الانترنت يمكن ان يؤدي الى ما يسمى الإرهاق المعلوماتي والذي يؤدي من جانب منه الى تقليل الإنتاجية.

2- **إدمان ألعاب الانترنت:** من اجل قضاء الأوقات الطويلة في الحصول على التسلية والمنافسة الوهمية ادمان التفاعل مع الاخرين عبر هذه الألعاب.

4- **أعراض الإدمان على الانترنت:**

هناك مجموعة من أعراض لإدمان الانترنت فيما يلي: **(كامل، 2016، ص 275)**

- 1- زيادة عدد الساعات أمام الانترنت بشكل مفرط تتجاوز الفترات التي حددها الفرد لنفسه.
- 2- التوتر والقلق الشديدين واضحين في حال وجود عائق لاتصال بالانترنت، أو الإحساس بسعادة بالغة وراحة نفسية عند استعماله لها.
- 3- اهمال الوجبات الاجتماعية والاسرية والوظيفية.
- 4- التكلم عن لانتترنت وانشطته في الحياة اليومية.
- 5- وجود بعض المشكلات مثل فقدان العلاقات الاجتماعية والتأخر عن العمل والمشكلات الصحية مثل الارق والتعب.

6- الاستعمال عند الاستيقاظ من النوم بشكل مباشر والرغبة بفتح البريد الالكتروني او رؤية قائمة المتصلين به في المسنجر.

كما أن مدمن الأنترنت تظهر عليه مجموعة من الأعراض السلوكية نذكر منها: **(بوعايتة، 2017،**

ص 22)

1- التعطش للأنترنت وإهمال الحياة الاجتماعية والالتزامات المهنية والوظيفية.



2- إهمال متطلبات العائلة وإهمال نظامه الغذائي، (يتناول طعامه وهو يعمل على الانترنت).

3- إنفاق مبالغ مالية بسبب الانترنت من اشتراك وشراء أدوات إلكترونية مختلفة... إلخ

4- إنكار المستخدم قضاءه وقتا طويلا على الانترنت.

5- المكوث في البيت لفترات طويلة او في نوادي الانترنت بسبب الانترنت.

6- عدم إمكانية السيطرة على الزمن الذي يقضيه المستخدم على شبكة الانترنت..

وكذلك من الاعراض المترتبة على ادمان على الانترنت تتركز في المجالات الآتية:

1- **مشكلات أكاديمية:** صعوبات في الدراسة واكمال الفروض.

2- **مشكلات في ميدان العلاقات:** وخاصتا العلاقات الزوجية والأسرية والصدقات المقربة

3- **مشكلات مالية:** تتعلق بالأموال التي تتفق على خدمة الانترنت والأجهزة الكترونية.

4- **مشكلات مهنية:** مرتبطة بالعمل.

5- **مشكلات جسمية:** ومن أهمها ألم الظهر والرقبة والصداع الشديد، ارتعاش في اليدين، جفاف

العيون ومشكلات في الرؤية، اضطرابات النوم المرتبطة بالحرمان منه، زيادة في الوزن أو فقدان للوزن،

التعب المفرط وضعف جهاز المناعة الذي قد يسهل لإصابة بأمراض مختلف. ومن أعراضه يذكر

(معجل، 2012، ص 345) كذلك:

1- **أعراض الصحية:** والمتمثلة في:

1-1 الأضرار التي تصيب الأيدي من الاستخدام المفرط للفأرة.

1-2 أضرار تصيب العين نتيجة للإشعاع الذي تبثه شاشات الحاسوب.

1-3 أضرار تصيب العمود الفقري والرجلين نتيجة نوع الجلسة والمدة الزمنية لها مقابل أجهزة الحاسب.

1-4 أضرار تصيب الأذنين لمستخدمي مكبرات الصوت.

1-5 أضرار مترافقة مثل البدانة وما تسببه من أمراض مراقبة.

2- **أعراض النفسية:** والمتمثلة في:

1-2 الدخول في عالم وهمي بديل تقدمه شبكة الإنترنت مما يسبب آثارا نفسية يختلط فيها الواقع

بالوهم.

2-2 تقليل مقدرة الفرد على خلق شخصية نفسية سوية قادرة على التفاعل مع المجتمع والواقع المعاش.

3- **أعراض الاجتماعية:** والمتمثلة في:



- 1-3 انسحاب ملحوظ للإنسان من التفاعل الاجتماعي نحو العزلة.
 - 2-3 الأثر في الهوية الثقافية والعادات والقيم مع هذا الغزو المعلوماتي الهائل.
 - 3-3 خسارة الأصدقاء.
 - 4-3 ضعف الرقابة الأسرية على الأبناء.
 - 5-3 التفكك والتصدع الأسري. (المومني، 2015، ص 270).
- وعليه يمكن القول أن أعراض اضطراب ادمان الانترنت دائما ما تكون مصحوبة بأعراض نفسية وصحية والاجتماعية وحتى اكااديمية وفيزيولوجية تؤثر على الحياة الشخصية لأفراد.
- 5-أسباب الإدمان على الانترنت:**

يقول الاسطل (2011، ص 32-33) يجمع الباحثين على أن هناك ثلاثة أسباب رئيسية تجعل من الإنترنت سببا في الإدمان عليها وهي:

1- **السرية:** إن الإمكانية التي يوفرها الإنترنت في الحصول على المعلومات، ومن طرح الأسئلة والتعرف على الأشخاص دون الحاجة إلى تعريف النفس بالتفاصيل الحقيقية توفر شعورا لطيفا إلى جانب ذلك، فإن القدرة على الظهور على الانترنت كل يوم وبشكل سري، يعتبر تحقيقا لحلم بالنسبة للكثير من الناس.

2- **الراحة:** الإنترنت وسيلة مريحة للغاية، وهو يتواجد عادة في البيت أو العمل، ولا يتطلب الخروج من البيت، السفر أو استعمال المبررات من أجل استعماله، هذا التيسير يوفر حضورا عاليا وسهولة التي لم نكن لنقدر على تحصيلها بدون الإنترنت مما يؤدي الي شعور الفرد بالراحة.

3- **الهروب:** إن الانترنت يوفر الهروب من الواقع إلى واقع بديل، ويستطيع كل إنسان أن يتبنى لنفسه هوية مختلفة وأن يحصل من خلالها على كل ما ينقصه في الواقع اليومي والحقيقي.

اذن ان من أهم الأسباب الذي تدفع مستخدمي الإنترنت إلى الإدمان عليها تتمثل في الوحدة وزيادة وقت الفراغ، الشعور بالملل، القلق والكآبة، الإثارة القوية والإغراءات الجذابة التي يتميز بها الإنترنت، التوتر العصبي الناجم عن العمل المشاكل المهنية، ضغوط الحياة الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها تقليد جماعة الأصدقاء ورفقاء السوء.

كما ذكر (العمار 2017، ص 341) أسباب إدمان الانترنت فيما يلي:



1- **تركيبات بعض الجينات:** التي قد تجعل الشخص عرضة لإدمان الإنترنت، هي الكمية غير الكافية من السير وتونين ولدوبامين مما يدفع الفرد للإدمان الذي ربما يعدل الوضع الجسدي ليساعده على البقاء في حالة توازن.

2- **إدمان الإنترنت مثير لإثارة النفسية:** بحيث ترتبط بواسطة حدث خارجي مثل رؤية الحاسب وفتح الحاسب أو الانتظار لتنزيل المعلومات الجمع بين الأحوال الداخلية مثل الحماس، التحفيز، السرور، الأمل، المفاجئات، يمكن أن تؤدي بالمستعمل لأن يصبح معتمدا على الإنترنت بسبب قدرته على التعزيز هذا السلوك.

3- **السمات النفسية للمستخدم:** تلعب السمات النفسية دورا في اضطراب ادمان الإنترنت كالخجل، انخفاض تقدير الذات، الاكتئاب، الشعور بالوحدة وغيرها.

4- الهروب من المشاكل والنزاعات الأسرية والعلائقية .

5- طبيعة الخدمات التي تقدمها الانترنت وهي من العوامل التي تساعد الإدمان، وقد يفسر هذا لماذا الطلبة أكثر إدمانا من غيرهم.

كما تضيف **النتشه (2015، ص18-19)** أن هناك أسباب متعددة وكثيرة لإدمان الإنترنت وتذكر منها:

1- انعدام الثقة بالنفس وفقدان الأمل، وعدم الرضا عن الحياة، وغياب العلاقات الحميمة مع الآخرين، مما يجعل الفرد عرضة لإدمان.

2- الإصابة بالاكتئاب والعزلة، والانسحاب والانطواء، والقلق الاجتماعي، وعدم القدرة على الدخول في حوارات مباشرة مع المحيطين، مما يدفع الفرد لأنترنت للتعويض.

3- سرية العلاقات في محادثات الإنترنت، التي تقلل من الشعور بالوحدة لدى المدمنين حتى انهم يفضلون أصدقاء الإنترنت على أصدقاء الحياة الطبيعية.

4- إدمان الإنترنت يحدث نتيجة الإصابة بالاضطرابات النفسية (الخجل أو الانطواء، الاكتئاب، القلق، اضطرابات النوم، الرهاب الاجتماعي، الشعور بالاغتراب).

يتفق الباحث مع الباحثين السابقين في أسباب ادمان الانترنت، الا أن هناك أسباب أخرى يمكن اضافتها وهي التباهي بالانترنت وسط الافراد والحديث عن الأنشطة بالاستمرار عليها كممارسة الألعاب



الرقمية أو الأنشطة التجارية المريحة، أو جعله كوسيلة للهجرة الى أوطان أخرى من خلال التعارف وبناء علاقات على مستوى الشبكات الاجتماعية.

6- التفسيرات السيكلوجية لإدمان الانترنت:

6-1 **الاتجاه المعرفي:** يرى فينخل أن من يقضون أوقات كثيرة أمام الانترنت بدلا من قضائها مع أسرهم، يكون لديهم أساليب معرفية شاملة مكونة من تعدد المهام والمعالجة زائدة، السرعة وافتقاد أهداف، التوجه متوسط أو بعيدة المدى، ويحطمون أنماط حياتهم وعادة ما يستخدمون الكمبيوتر كنقطة أساسية لكل أنماط تواصلهم مع العالم، فيرى أصحاب ذوي التوجه المعرفي أن السلوك اللاسوي هو استجابة للطرق التي يقيم أو يدرك بها المثير وليس المثير الخارجي نفسه فتفسير النموذج المعرفي السلوكي اللاسوي معقد أكثر من تفسير نظرية المثير/استجابة.

ان الاتجاه المعرفي يركز على العمليات المعرفية، كالانتباه، التذكر وحل المشكلات كمؤثرات ومحددات هامة للسلوك وكأسباب محتملة للسلوك المرضي فالنموذج المعرفي ينطبق على مدى واسع في اضطرابات الاكل، وادمان العقاقير (ارنوط، 2007، ص 48).

ومنه نستنتج أن أصحاب الاتجاه المعرفي يرون أن ادمان الانترنت يرجع الى الأفكار والبنى المعرفية الخاطئة التي تجعل من الانترنت محور حياة وتستعين بها عن الواقع.

6-2 **الاتجاه السلوكي:** يعتمد الاتجاه السلوكي بشكل كبير على الاشرط الاجرائي وقانون الأثر، والذي يفيد بأن اي شكل من أشكال السلوك الذي يجلب المكافاة يتم تعزيزه، بالتالي يصبح ذلك السلوك هو السلوك النموذجي للفرد، فالفرد يقوم بالسلوك ويحصل اما على الثواب أو العقاب تبعا لنوعية السلوك، وهكذا فان أي ادمان يعطي عدة مكافئات مثل: الاستماع والمرح والتسلية والحب والاثارة والراحة النفسية والجسدية، والهروب من مشكلات الواقع، يمكن اعتباره أنواعا من المكافئات أو معززات لسلوك الادمان، فكلما يشعر الفرد بالحاجة أو الضيق أو بالتوتر يرجع الى الانترنت وهكذا تتكون العادة وتتحول الى ادمان. (غالبي، 2017، ص 66)، لذلك ووفقا للاتجاه السلوكي فان الممارسة والتكرار هي التي اوجدت ادمان

6-3 **الاتجاه الاجتماعي الثقافي:** في هذا الاتجاه يمكن تفسير إدمان الانترنت ويختلف باختلاف الجنس (ذكور - ناث) وأيضا المستوى الاقتصادي (مرتفع، متوسط، منخفض) والمستوى الاجتماعي (متعلم - غير متعلم) والاقامة (ريف - حضر) والانتماء والعرق والديانة والوطن ولكل طبقة أو



فئة من تلك الفئات ادمان، معين فإدمان الانترنت أكثر انتشارا بين الطبقات مرتفعة المستوى الاجتماعي والاقتصادي وفي المجتمعات العربية يختلف الأمر بالتأكيد بالنسبة لهذه التفسيرات للاختلاف والتباين بين الغرب والمسلمين وبين المجتمعات الأوروبية والأمريكية في هذا الشأن (الصباطي وآخرون، 2010، ص100)

ومنه نستنتج أن أصحاب هذا الاتجاه يرون أن ادمان الانترنت يرجع الى ثقافة المجتمع بالتالي فان المجتمع هو الذي يغذي هذا الادمان.

4-6 **الاتجاه التكاملي: (الاستعداد، الاستهداف، المرض):** يرى أصحاب هذا الاتجاه أن ادمان الفرد للانترنت يكون نتيجة لعدة عوامل مهيئة (شخصية، انفعالية، اجتماعية، بيئية) تجعل لديه الاستعداد والاستهداف للإصابة بهذا الاضطراب، فهناك سمات شخصية معينة تجعل هذا الشخص دون غيره يدمن الانترنت (ارنوط، 2005، ص 49-51).

فمثلا الذكور يلجؤون لاستخدام الانترنت للحصول على الشعور بالقوة والمكانة والسيطرة والمتعة، و هذا يجعلهم يدخلون على مواقع لإشباع هذه الحاجات فتجدهم أكثر دخولا على مواقع الالعاب وبخاصة العدوانية منها والهاكرز وحجرات الدردشة الجنسية الصريحة والأفلام الخليعة، على العكس الاناث نجدهن أكثر دخولا على مواقع الشات والدردشة من أجل عقد صداقات مع نفس الجنس أو مع الجنس الآخر لإشباع الحاجة للحب وللآخرين وللمشاركة الاجتماعية.

ومنه نستنتج أن أصحاب الاتجاه التكاملي ينظرون الى ادمان الانترنت على أنه عبارة عن تضافر عدة عوامل شخصية وانفعالية واجتماعية وبيئية، كما يمكن تلخيص المشكلة الادمان بمجموعة من المراحل وهي: الاستعداد الاستهداف ثم الادمان.

5-6 **الاتجاه السيكو دينامي:** يرى هذا الاتجاه في تفسيره للإدمان الانترنت على أنه يرجع لخبرات الشخص، تتعلق هذه الخبرات بمسار تكوّن شخصية الفرد منذ الطفولة، من خلال مجمل الأحداث التي مرت على حياته واثرت على نمو معارفه، وتعد المثيرات البيئية المختلفة كعامل رئيس لاخترق استعدادات الفرد وجعله يتبنى سلوكيات وأنماط سلوكية معينة، حيث يرتبط الفرد بهذه السلوكيات على سبيل العادة، حتى تصبح سلوكيات إدمانية تجاه ما يتفاعل معه من الأشياء، وتشير **Garia Duran** في **بن ديبلي (2016، ص 98-99)** الى أنّ التفسير السيكودينامي والشخصي للإدمان يركز على خبرات الأشخاص سوء كانوا ذكور أو اناث، فالأحداث التي مرت على الطفل منذ الطفولة وتأثيراتها على سمات



الشخصية تجعله عرضة للإصابة او يتطور سلوك ادماني ما، فالهاجس اذن ليس الموضوع أو النشاط المدمن عليه بقدر ما هو الشخص في حد ذاته ، ومن جهة أخرى، يهتم الاتجاه السيكودينامي بتفسير الادمان من خلال صدمات الطفولة والارتباط بينها وبين سمات شخصية أو استعدادات وراثية، يكون لدى بعض الأفراد استعداد فطري لإدمان أي شيء مثل الكحول، الهيروين، والكوكايين والجنس والمقامرة، والتدخين وغيرها اذا توفرت الظروف المواتية التي تؤدي الى ذلك بسبب عوامل أو ظروف مهنية...الخ، وعلى هذا الأساس يؤكد كل من (Jennifer & Ferris) أن هذا الطرح ينطبق على ادمان الانترنت، حيث اذا توفرت الظروف والوقت المناسب والأحداث سوف يحدث الادمان على صعيد آخر، أي ان الأشخاص ذوي تقدير الذات المنخفض لديهم نزوع أكبر للإدمان الانترنت، وان الاشخاص الخجولين يستخدمون الانترنت لتخطي النقص لديهم.

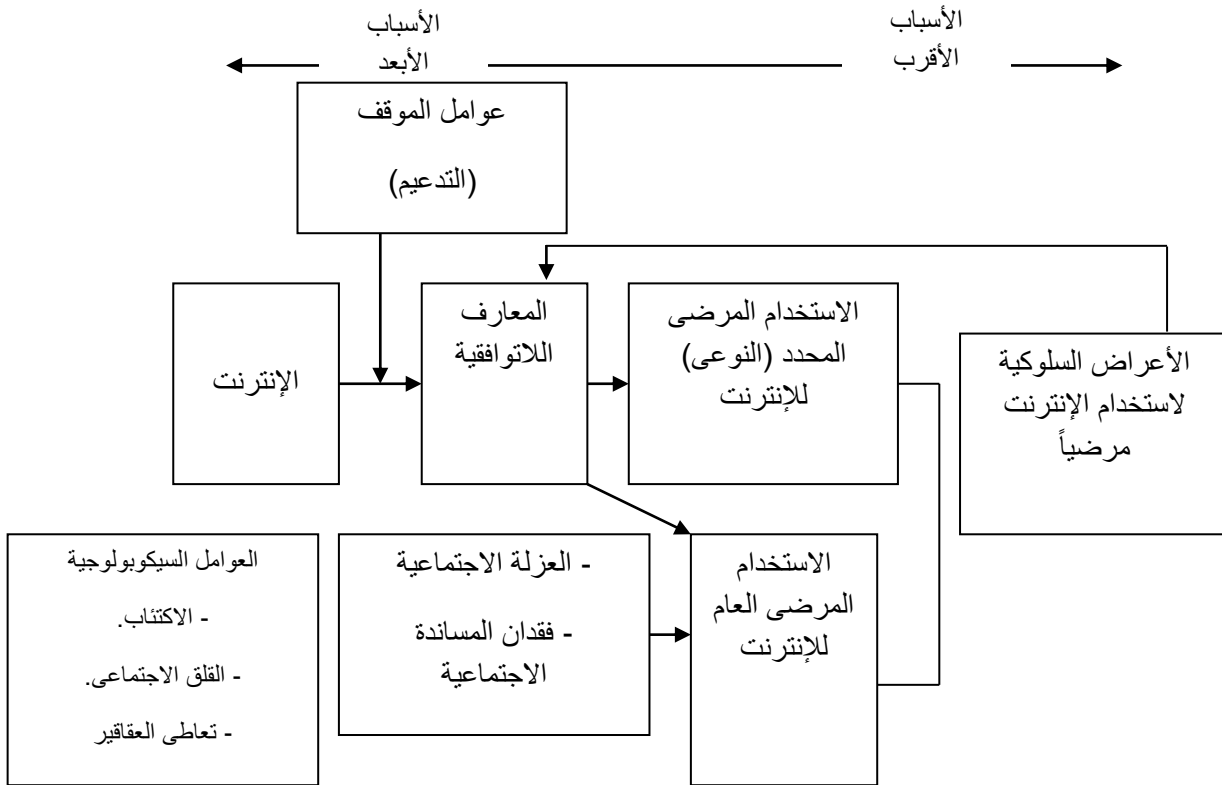
اذن فوفقا للمنظور السيكو دينامي يمكن القول ان الصدمات النفسية التي يتعرض لها الطفل في تنشئته الأسرية والاجتماعية قد تكون عاملا في حدوث السلوك اللاسوي في مرحلة الرشد والوقوع في مختلف السلوكيات الادمانية

6-6 النموذج المعرفي السلوكي للاستخدام الباثولوجي لأنترنت حسب دافيس DAVIS: يري هذا النموذج أن العامل السيكوباتولوجي أحد المسببات لاستخدام الباثولوجي للأنترنت، فهو يأخذ بعين الاعتبار الادراكات غير الكافية المرتبطة بالسلوك، كما يميز هذا النموذج بين الاستخدام المرضي العام للأنترنت الغير محدد بمحتوى معين والذي لا يمكن تحقيقه بغياب الانترنت، والاستخدام المرضي الخاص للأنترنت المخصص لمحتوى محدد، والذي يكمن تحقيقه حتى بغياب للأنترنت، ويشير هذا النموذج الى أن العوامل السيكوباتولوجية هي أحد الأسباب الرئيسية في حدوث أعراض الاستخدام الباثولوجي للأنترنت، وأن هذه العوامل لا تؤدي في حد ذاتها الى ظهور أعراض الاستخدام الباثولوجي للأنترنت لكنها عنصر أساسيا وضروريا في حدوث المسببات له. (غالبي، 2017، ص 68-69).

ان نموذج سببي للاستخدام المرضي للأنترنت من خلال المدخل المعرفي، له فرض أساسي وهو أن الاستخدام المرضي للأنترنت يكون نتيجة لتشوهات معرفية مرتبطة بسلوكيات تقوى وتدعم الاستجابات غير التوافقية و هي المصدر الرئيسي للسلوك غير الطبيعي ، وحدد (Davis) الأعراض المعرفية للاستخدام المرضي للأنترنت ممكن أن تسبق الأعراض السلوكية التي تثبت الاضطراب فقد ركز على (المعارف اللاتوافقية المرتبطة بالاستخدام المرضي للأنترنت) وميز من ناحية السبب بين مفهومي



(الأقرب- الأبعد) حيث أن هناك أسباب تعتبر (أقرب) وأسباب تعتبر (أبعد) ففي حالة الاستخدام المرضى للإنترنت فإن الأسباب (الأبعد) التي تساهم في ادمان أي مرضية مثل (الاكتئاب والقلق الاجتماعي وغيرها) أما الأسباب (الأقرب) فهي المعارف اللاتوافقية مثل التقييم السلبي للذات وللعالَم عموماً، وقد نظر هذا النموذج إلى الأسباب (الأبعد) من خلال إطار التهيؤ أو الاستعداد للضغوط فالاضطراب النفسي هو تهيوؤ أو استعداد أي أنه (ضرورة - أبعاد) يسبب الاستخدام المرضى للإنترنت، فيجب أن يكون هناك اضطراب نفسي لحدوث الاستخدام المرضى للإنترنت، والضغوط في هذا النموذج هي مقدمة لاكتشاف الإنترنت مثل (البحث عن المواد الجنسية) والتعرض لمثل هذه التطبيقات هي ضرورة سببية (أبعد) لحدوث أعراض الاستخدام المرضى للإنترنت والنقطة المركزية في هذا النموذج هي وجود المعارف اللاتوافقية والتي ينظر إليها على أنها ضرورة سببية (أقرب) للاستخدام المرضى للإنترنت، فالمعارف تنقسم إلى نمطين (إدراك الفرد لذاته، وإدراكه للعالم الخارجي)، فالفرد ذات الإدراك السالب للذات، وللعالَم تكون خبراته أشد في خطورتها واستمراريتها ناحية الاستخدام المرضى للإنترنت وتكون سبب في استمرار المشكلات والتشوهات المعرفية الأخرى مثل (الشك في الذات، ونقص الكفاءة الذاتية، والتصورات الذاتية السالبة) (هلال، 2018، ص 9).



شكل (01) النموذج المعرفى السلوكى للاستخدام المرضى للإنترنت (Davis, R)

المصدر (هلال 2018 ص، 12).

ومنه نستنتج أن اضطراب ادمان الانترنت اضطراب اكلينيكي حديث نسبيا تم ادراجه في الدليل التشخيصي واحصائي (DSM5) بإعادة هيكلة فئة الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية، وتم الاعتراف بمسألة الادمان غير المرتبط بالاعتماد على المواد (العقاقير)، وبات يشكل خطر على الحياة النفسية لأفراد بصفة عامة، وعلى طلاب الجامعة بصفة خاصة لما له من اثار نفسية وعقلية وجسمية.

خلاصة:

انطلاقا مما تم عرضه في هذا الفصل يمكننا ان نستنتج ان اضطراب ادمان الانترنت اضطراب اكلينيكي حديث نسبيا تم ادراجه في الدليل التشخيصي واحصائي (DSM-5) وذلك بإعادة هيكلة فئة الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية، و تم الاعتراف بمسألة الادمان غير المرتبط على المواد (العقاقير) وبات يشكل خطر على الحياة النفسية لأفراد بصفة عامة، وعلى طلاب الجامعة بصفة خاصة لما لها من اثار نفسية والعقلية وحتى الجسمية، لذا وجب البحث عن سبل كافية لتوجيه الجهود وتكثيفها للبحث عن حلول علاجية مناسبة لها وهذا ما سيتم التطرق اليه في هذه الدراسة من خلال تصميم خطة علاجية معرفية لخفض درجات ادمان الانترنت وقدم ارون بيك بعض النماذج العلاجية لمشكلة الإدمان واضطراباتها النفسية، وهذا ما سنتناوله في الفصل الموالي.







الفصل الثالث:

العلاج المعرفي

تمهيد:

بدأ الاهتمام بالجوانب المعرفية ودورها في علاج الاضطرابات النفسية منذ ان نشر بيك مقالاً حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن، وقد حدد علماء النفس المعرفي مجموعة من الوظائف التي يمكن معالجتها معرفياً منها الانتباه **Attention**، الذاكرة **Memory**، التفكير **Thinking**، الإدراك **Perception**، تكوين المفاهيم **Conception**، التعلم **Learning**، اللغة **Language**، الحكم على الأمور **Judgment**، الاستبصار **Insight**، اتخاذ القرار **Decision making**، التخطيط **Planning**، وحل المشكلات **Problem solving**، وهناك العديد من الأساليب التي يمكن ادراجها ضمن العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي يتسم بالتنظيم والفاعلية، ويتحدد أيضاً بوقت معين، وله عملية تتسم بالتعاون الامبريقي بين المعالج والعميل وهذا لسبيل دراسة المعتقدات الخاصة به والمرتبطة أساساً بسوء التكيف وعدم القدرة على التوافق، والنماذج تخيلاته ولنماذج التفكير لديه وفحصها امبريقياً والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية ولقد اهتم الباحثون والمختصون في ميدان علم النفس العيادي والعلاج النفسي بأعداد البرامج والخطط العلاجية للتدخل العلاجي، وسنحاول في هذا الفصل عرض وتوضيح هذا الاتجاه العلاجي ودوره في علاج الإدمان وادمان على الانترنت وفق نموذج ارون بيك وابنته جوديث بيك من خلال استعراض تعريف العلاج المعرفي والافتراضات الأساسية له، وأهم خصائص واهدافه، و مبادئه، وعملية العلاج المعرفي وبنية الجلسات في العلاج والعلاج المعرفي لإدمان عند ارون بيك وضوابط الخطة العلاجية المعرفية.

تعريف العلاج المعرفي:

يشير مصطلح معرفة الى كل العمليات التي يتم بها نقل المدخلات الحسية واختزلها واحكامها وتخزينها واستعادتها واستخدامها وقت الحاجة، وهذه العمليات المعرفية تنشط وتعمل حتى في حالة غياب الاستثارة المتعلقة بها كما في حالة الصور العقلية والهوسات الحسية (الباسوسي، 2013، ص78).

ويعرف العلاج المعرفي كذلك على أنه صياغة لمشكلة الفرد التي يتم معالجتها بطريقة مستمرة وذلك وفقاً لتصحيح الأفكار الحالية للفرد، والأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها والتعرف على العوامل المؤلمة التي تؤثر على أفكار (الأحداث الضاغطة، الأحداث المحزنة) وقيام المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى مع إمكانية تعديلها، من خلال وضع جداول عمل للجلسات (صياد، 2018، ص121).



ويعرف أيضا على أنه منهجا تفسيريا علاجيا لاضطرابات الانفعالية يقوم على فكرة ان التصورات والمعتقدات والأفكار السلبية تسهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية، بمعنى أن الانسان يضطرب انفعاليا وجسديا ليس بسبب الأشياء والاحداث الخارجية في حد ذاتها، بل بسبب نظرتة وتفسيره لها تفسيرا سلبيا (بلان، 2015، ص 356).

ويعرفه ارون بيك بأنه مجموعة من المبادئ التي تؤثر في السلوك، وهذه المبادئ هي العوامل المعرفية (تفكير-تخيل-تذكر) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا تعديل هذه العوامل يكون ميكانيزم هاما لإنتاج تغير في السلوك المختل والذي ينتج بسبب أشكال منحرفة من التفكير وتتم عملية الفهم لهذه النماذج من خلال الأحداث، العمليات، والتركيبات المعرفية (فضل، 2008، ص 99).

إذا يمكن تعريف العلاج المعرفي على أنه نوع من العلاجات النفسية الذي يرى أن الخلل يحدث في جزء من العمليات المعرفية وهي الأفكار المعتقدات أو التصورات لدى الفرد حول نفسه وعن الآخرين والعالم الخارجي والحياة عامتا ويستند على نظريات علم النفس المعرفي ونظرية معالجة المعلومات قصد تعديل أساليب تفكير وإدراك الفرد الى أساليب وطرق أخرى تكون فاعلة وأكثر إيجابية ويحقق توازن معرفي وانفعالي وسلوكي.

1- مسلمات العلاج المعرفي:

- 1- المصادر الأساسية للأداء أو التكيف النفسي هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني والتي تسمى المخطوطات المعرفية
- 2- هناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى .
- 3- ترتبط كل فئة من هذه المعاني بأنماط محددة من الانفعالات والانتباه والتذكر والسلوك، وتسمى بالمحتوى المعرفي.
- 4- أن المعاني من صنع الشخص، فإما تكون صائبة أو خاطئة من حيث علاقتها بسياق أو هدف معين.
- 5- لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة (التشويه الاستعرافي)، وتسمى هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء بالهشاشة المعرفية .
- 6- تنشأ الاضطرابات النفسية من تكوين معاني غير متكيفة حول الذات، والسياق البيئي (الخبرة)، والمستقبل (الأهداف) والتي تسمى مجتمعة بالثالوث المعرفي،



ولكل أعراض إكلينيكية معاني غير متكيفة مميزة ترتبط بعناصر الثالوث المعرفي (ابوه 2017 ص 63-64) وهي :

1- **الاستنتاج التعسفي**: بمعنى استنباط نتيجة من حدث ما في ظل غياب دليل لذلك فعلى سبيل المثال قد يقول الفحوص هذا العلاج لا يناسبني عندما يجد صعوبة في جانب واحد من الواجب المنزلي الذي يطلبه منه المعالج النفسي .

2- **التجريد الانتقائي** وفيه يتم إدراك المعلومة خارج سياقها فيلاحظ الفرد تفاصيل معينة ويتجاهل معلومات أخرى مهمة.

3- **التهويل والتصغير** بمعنى تهويل أو تكبير تأثير السلوك السلي، أو تصغير أو التقليل من تأثير سلوكه الإيجابي .

4- **أخذ الأمور على محمل شخصي**: وهو شكل من الاستنتاج التعسفي حيث يرجع الفرد الأحداث الخارجية لنفسه عندما يظهر دليل غير كافٍ لتحديد السبب.

5- **التصنيف الثنائي**: بمعنى تصنيف الخبرات على أنها نجاح كامل أو فشل تام، وهذا ما يعرف بالكل أو لا شيء أو التفكير الاستقطابي.

6- **وضع الالفتات**: إذا عمل أحد الافراد شيئاً سالباً يفسره الآخر على أنه يفعل ذلك دائماً بعكس الأفراد، حيث يرجع التصرفات الخاطئة على أنها موقفية (في حالة مزاجية سيئة أو أنه تحت ضغوط ويحتاج للنوم)، ومن ناحية أخرى إذا ما قام بتصرف إيجابي يفسرونه على أنه شيء ثابت وداخلي للطرف الآخر إنه شخص مهتم ومحب لذلك تصرف بهذه الطريقة.

7- **قراءة الأفكار**: وهي شكل آخر من الاستنتاج التعسفي حيث يعتقد الفرد أنه قادر على معرفة ما يفكر به فرد آخر في الأسرة أو ما الذي سيفعله في المستقبل القريب دون تواصل لفظي مباشر بين الطرفين.

ان العمليات المعرفية هي جوهر العلل وأن التفكير الخاطئ هو ناتج عن خلل في البيئة المعرفية للفرد، وحسب بيك فان سبب السلوك غير التكيفي هو تشوه في البنية المعرفية وقد ميز بيك بين مستويين من البنى المعرفية المختلة وظيفياً:

1- **الأفكار الاليتية الاوتوماتيكية (التلقائية)**: وهي المعرفيات التي تبرز عندما يكون الفرد في حالة ما وهي أفكار تلقائية لا تكون عرضة للتحليل العقلاني وغالبا ما تركز على منطق



خاطئ ويكمن الوصول اليها من خلال أساليب الحوار المستخدمة في العلاج المعرفي. وقد أطلق تسمية الأخطاء المعرفية على الأنماط المختلفة من التفكير التلقائي او التشوهات المعرفية والتي نلخصها فيما يلي:

1-1 **التفكير بالكل أو الشيء، التصفية الذهنية** والتي تعني رؤية الجوانب السلبية فقط من موقف ما.

2-1 **التضخيم والتقليل، العزو الشخصي** وفيها يعتبر الشخص نفسه مسؤولا عن الاحداث الخارجية السلبية التي في الواقع لا يكون مسؤولا عنها،

3-1 **الاستنتاج الانفعالي** وفيه يفترض الفرد ان انفعالاته تعكس حقيقة الموقف.

4-1 **الفرط في التعميم** وفيه يري الفرد حدثا سلبيا واحد ويقوم بتعميمه الدائم في حياته وانه مصدر كل مشاكله.

5-1 **القفز الى النتائج** والتي فيها يقدم الفرد نتائج وتفسيرات سلبية وان لم تكن حقائق تدعم استنتاجات الانتقاص من المزايا الإيجابية وفيها يحاول الفرد رفض التجارب الإيجابية واعتبارها مجرد صدفة ليحافظ على معتقداته السلبية.

2- **المخططات أو المعتقدات:** وهي عبارة عن بناءات معرفية افتراضية تنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط وتساعد في فهم التجارب الحياتية اليومية وهذه البناءات المنظمة تتطور عبر تجارب الطفولة المبكرة ، ويمكن الاستدلال على هذه المخططات من السلوك او الأفكار التلقائية حين يتم تطور هذه البناءات ويعتمد مدى تأثير المخططات في الفرد على درجة ثبات هذه المخططات، ومدى ما يراه الفرد أساسيا لأمنه وسعادته وجوده (مدور، 2019، ص192).

فوفقا لمسلمات ارون بيك فان من أسباب الاضطراب النفسي لدى الأفراد يرجع الى ثلاثة عوامل:

- نظرة العميل السلبية الى نفسه والى قدراته وشعوره المرتفع بالنقص.
- نظرة العميل السلبية لحياته وخبراته اليومية وتفسير تصرفات الاخرين كأنها موجهة له.
- نظرتة التشاؤمية الي المستقبل والى قدراته

والمسلمة الأساسية التي يقوم عليها العلاج المعرفي مفادها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعاني وافترضاات عن الذات وعن الاخرين وعن العالم المحيط به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته وتشكل في جملتها الفلسفة الأساسية للفرد في الحياة، وأن المشكلات النفسية تحدث عندما تكون هذه



الأفكار والاعتقادات والافتراضات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة ومن هنا يسعى المعالج أو المختص النفسي الى مساعدة المريض على أن يصبح اكثر وعيا بأنماط التفكير التلقائية السلبية والخاطئة لديه.

2- الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي:

يقوم العلاج المعرفي على عدد من الافتراضات كما هي مذكورة في **مدور (2019)** وهي ذات صلة بالأفراد من حيث الدوافع والانفعالات والتفكير، وتوضح هذ الفروض العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك الإنساني كما يلي:

1-2 التفكير يحدث الانفعال: يعتبر هذا الفرض أساس العلاج المعرفي، ومفاده أن إدراك الإنسان للأشياء -وليس الأشياء نفسها- تلعب دورا هاما في تحديد نوع استجابة، وهي التي تسمى سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء

2-2 عمليات تعلم المفاهيم: ترجع المشكلات النفسية بالدرجة الأولى إلى قيام الفرد بتحريف الواقع والحقائق بناء على مقدمات مغلوبة وافتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مرحل النمو المعرفي.

2-3 الأحاديث الذاتية: أو الأفكار الأوتوماتيكية ويرى بيك أن صاحب هذه الأفكار يدركها كما لو كانت تنشأ بالانعكاس دون أي تفكير او استدلال مسبق وتقع في نفسه كشيء معقول وصحيح.

2-4 الحالات المزاجية للفرد والمعرفية: تتأثر الحالات المزاجية للفرد بمعارفه وأفكاره ومعتقداته، وما يقوله لنفسه، حيث أن الأفكار التي تتسم بالتفاؤل والأمل تبعث على السعادة والسرور، أما الأفكار المتشائمة فهي تبعث على الحزن وفقدان الأمل في المستقبل.

2-5 الوعي والاستبصار ومراقبة الذات: فكلها تؤثر في انفعال الفرد وسلوكه، بل في تغيير السلوك أيضا فيمكن للفرد عن طريق الوعي ومراقبة الذات أن يغير بعض العادات السلوكية السيئة.

2-6 التصور والتخيل لا يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالكلمات والعبارات اللفظية فقط، ولكن يتأثر أيضا بالطرق غير اللفظية، مثل: التصور والتخيل والأحلام، وهذه العمليات المعرفية تؤثر في انفعال الفرد وسلوكه.

2-7 توجد علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك: هناك علاقة متبادلة بين معرفة الفرد وانفعالاته وسلوكه وأي تغيير في إحدى هذه الأشياء الثلاثة يتبعه تغيير في باقي الأشياء



الأخرى، لأن كل منهم يؤثر في الآخر، فالمعرفة تؤثر في الانفعال والسلوك، والانفعال يؤثر في المعرفة والسلوك، والسلوك يؤثر في انفعال والمعرفة.

2-8-تؤثر الميول الفطرية على الانفعال الفرد وسلوكه: لدى الفرد ميول بيولوجية فطرية

وأخرى مكتسبة ومتعلمة وأحيانا تساهم هذه الميول الفطرية والمكتسبة في حدوث الاضطراب الانفعالي

2-9-يؤثر توقع الفرد في انفعاله وسلوكه: للتوقع والاستباق تأثير قوى في مجرى المشاعر

والانفعال ويفوق كل التصورات فما يتوقعه الشخص لخبراته من نتائج عاجلة وأجله هو الذي يحدد معنى هذه الخبرات على حد كبير فالتوقعات السارة ترفع مزاج الشخص وهمته بينما تثبطه التوقعات السيئة.

2-10 التفكير الالعقلاني يحدث الاضطراب الانفعالي: يوجد لدى الأفراد ميول فطري

ومكتسب لأن يتعلموا التفكير العقلاني والالعقلاني من البيئة أثناء عملية التربية والتنشئة الاجتماعية وعندما تتداخل الأفكار الالعقلانية مع أفكارهم العقلانية تؤدي الى الاضطراب الانفعالي وعندما تفسر لهم هذه الأفكار الالعقلانية يغيروها او يفندوها ويتبنون أفكارا عقلانية (مدور، 2019، ص 171-173).

ويمكن تحديد أهم الافتراضات الأساسية التي يستند عليها العلاج المعرفي بما يلي: (بلان 2015،

ص 359-360).

1- الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا أي ان الأفكار

والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.

2- هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها البعض ولهذا

فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا.

3- أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة

والاحداث الماضي.

4- الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة

بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا.

5- المعارف المختلة وظيفيا قد تبدو غير منطقية للأخرين، ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل

الشخصية عن الواقع.

6- التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.

7- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوبا هاما لإحداث تغير في انفعالاته السلوكية.



8- التحريفات المعرفية يتم استئارتها غالبا عن طريق احداث الحياة غير ملائمة بالإضافة الى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الادراك الثابت للقواعد والمخططات.

9- المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الاحداث الماضية والحكم عليها.

10- المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.

11- المخططات المعرفية المختلة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.

12- تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك.

كما يقوم العلاج المعرفي على مجموعة من الافتراضات النظرية تستند على نظريات التعلم المعرفية وتمثل تلك الافتراضات فيما يلي: (الدسوقي، 2020، ص 435)

1- الإنسان لا يقوم باستجابة للمثيرات وإنما بتأويلها وتفسيرها أيضاً.

2- أنماط التفكير أو الأفكار من الممكن أن تشير إلى أنماط سلوكية غير مرغوبة وحالات مزاجية معينة وتتسبب في بقائها واستمرارها .

3- أنماط التفكير غير المنطقية هي مكون رئيسي يتم تجاهله من ثلاث جوانب شديدة الارتباط بالسلوك وهي الانفعال . السلوك الظاهري . المعارف أو الأفكار

4- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب.

5- يمكن تعديل السلوك المتعلم

وعليه يمكن أن نلخص الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي فيما يلي؛

1- أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسئول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه .

2- أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينها، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا .

3- أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي .

4- أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا .



5- أن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدوا للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع .

6- أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.

7- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.

8- ان المخططات المعرفية هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها .

9- أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة .

10- تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك.

3- خصائص العلاج المعرفي:

هناك الخصائص العامة للعلاج المعرفي كما ذكرها (الباسوسي، 2013، ص101- 102) وهي:

3-1 **العلاج المعرفي يعتبر شكلا من العلاج قصير المدى، محدد البناء** يهدف الى امداد المرضى بالمنطق اللازم لفهم مشكلاتهم وكذلك المفردات الضرورية للتعبير عن أنفسهم والتدريب على الأساليب الملائمة للتغلب على حالات الضغط الانفعالي ومهارات حل المشكلات.

3-2 **العلاج المعرفي محدد الوقت**؛ بحيث يتراوح عدد الجلسات من (15-22) جلسة على مدى من (3-4) أشهر.

3-3 **محدد البناء**؛ مدة كل جلسة لا تقل عن ساعة واحدة.

3-4 **جدول الاعمال**؛ يحدد جدول أعمال لكل جلسة (اجندة) لتحقيق الدرجة القصوى من الاستفادة بوقت الجلسة.

3-5 **التوجه نحو المشكلة**؛ يركز المريض والمعالج على تحديد وحل المشكلات المعروضة.

3-6 **التأريخ السابق**؛ يتم التفاعل في إطار جلسة العلاج وفق أسلوب (هنا والآن) دون الرجوع الى الماضي البعيد للمريض.

3-7 **نموذج التعلم**؛ لا يتم استخدام ابنية افتراضية سيكو دينامية لتفسير السلوك المرضي، ويعزى السلوك المضطرب وظيفيا الى خبرة تعلم عجزت عن التكيف مع الواقع الحالي، ويكون الهدف هنا هو احداث نوع من إعادة التعلم للسلوك المضطرب وظيفيا.



3-8 **المنهج العلمي:** يتم تبني المنهج التجريبي ويتضمن العلاج تجميع البيانات، المشكلات، الأفكار، الاتجاهات، صياغة الفروض والاعداد للتجربة وتقييم النتائج.

3-9 **الواجب المنزلي:** يحدد المعالج للمريض تكاليفات معينة عليه إنجازها، يجمع البيانات، يتحقق من الفروض وممارسة المهارات المعرفية.

3-10 **التعاون:** يعمل المريض والمعالج معا لحل المشكلات.

3-11 **النشاط والمباشرة:** يتبنى المعالج دورا نشطا، فعالا ومباشرا طول فترة العلاج، ويحدث أن يكون معلما (أحيانا) لكن دوره الأساسي يتحدد في تسهيل والمساعدة على تحديد وحل المشكلات.

3-12 **الأسئلة السقراطية:** يعتمد العلاج المعرفي على الأسئلة السقراطية من خلال طرح سلسلة من لأسئلة تهدف الى جذب المريض لتحديد أفكاره الضمنية بغرض مساعدته على إدراك الحلول البديلة أو تعديل أفكاره.

3-13 **الصراحة والوضوح:** العملية العلاجية ليست طقسا سريا، وتقوم على الصراحة والوضوح، ويشترك كل من المعالج والمريض في فهم ما يجري في العلاج المعرفي.

كما أن للعلاج المعرفي مجموعة خصائص يتميز بها وهي: (الدسوقي 2020، ص 437).

1- أن السلوك يحدد من خلال التفكير ..

2- يركز العلاج على الأفكار والمشاعر والدوافع السلوكية التي يتم التعبير عنها مع عدم التسليم بمحتوى اللاشعور.

3- إن عملية التغير تحدث من خلال توسيع أو تعديل شعور العميل حتى يكون الإدراك أكثر اقترابا من الواقع ويتحقق ذلك من خلال الحديث مع العميل أو توجيهه إلى خبرات مباشرة تؤدي إلى تعديل تفكيره المضطرب

كم خلال ما سبق نستنتج أن خصائص العلاج المعرفي ترتبط بقدرة الاتجاه المعرفي على تحقيق أهداف علاجية ووقائية ونمائية من خلال تغيير البنية المعرفية أو تنمية الجوانب الإدراكية لدى العميل عن طرق الأساليب المعرفية العلاجية.

ولكي يكون العلاج المعرفي مفيدا للمفحوص، يجب أن يتوفر في المفحوص مجموعة من الخصائص: (فرحات، 2019، ص 77-78).



1- يجب أن يكون المفحوص متحفزا، أي يجب أن يمتلك الرغبة في تغيير ما يمثل له صعوبة، ولا يكون جميع المفحوصين دائما هكذا.

2- يجب أن يعرف الجانب النفسي والشخصي للصعوبات التي يعاني منها، وإلا فإنه قد يتوقع إما ان الآخرين هم الذي سيتغيرون (العائلة، المجتمع، الطب...) أو قد يظن أن مشكلته هي مشكلة عضوية بحتة وبالتالي سَيَتَوَقَّع أن التغيير لن يتم الا بواسطة الدواء.

3- أن يكون قادرا على الالتزام بالعلاقة العلاجية، أي أن يكون قادرا على العمل مع المعالج لتحسين وضعيته.

4- يجب أن يطبق مبادئ العلاج المعرفي (التي يكون المعالج قد شرحها له في بداية العلاج) مع إعطاء الأولوية. "هنا والآن" والمستقبل بدلا من الماضي وخبرات الطفولة .

5- يجب أن يكون قادرا على تكريس الوقت والجهد للعلاج .

6- لا يجب أن يكون الشخص يعاني من صعوبات نفسية شديدة جدا ونشيطة (الاكتئاب الحاد، أفكار انتحارية خطيرة، الفصام، الاضطراب ثنائي القطب الغير مستقر، القلق الشديد) وإلا فإن العلاج النفسي لا يمكن أن يبدأ في الحال، بل يجب أن يسبقه علاج طبي (الأدوية أو الاستشفاء) وبكل تأكيد، يجب أن يكون المشكل المطروح قابلا للعلاج بواسطة التقنيات المعرفية.

4- أهداف العلاج المعرفي:

ويمكن تحديد أهداف العلاج المعرفي فيما يلي: (الدسوقي 2020 ص 437).

- 1-4 **تعليم** العميل أن يصح أداءه المعرفية الخاطئة والمشوهة.
- 2-4 **تغيير** معتقدات العميل المختلفة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مشوهة.
- 3-4 **تصحيح** التشغيل الخاطئ للمعلومات وتعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المختلفة وظيفياً والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات .

4-4 العمل على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء العلاج

وفي هذا الصدد يضيف بلان (2015، ص 361-363) مجموعة من أهداف وهي:

- 1- التعرف على الأفكار المختلفة وظيفياً والمرتبطة بمشكلة المفحوص
- 2- مساعدة المفحوصين على تغيير المخططات الكامنة والمختلة وظيفياً لديهم.



- 3- التعرف على العلاقة بين المعارف والانفعالات والسلوكيات وفحص الدليل مع أو ضد الاعتقادات والأفكار التلقائية السلبية لدى المفحوصين.
 - 4- تشجيع المفحوصين على مقاومة ودحض الأفكار والاعتقادات الخاطئة وتكوين اعتقادات وأفكار أكثر فاعلية ومنطقية .
 - 5- تشجيع المفحوصين على التفكير المنطقي والدقيق والصحيح واستبدال الأفكار لدى الفرد بالتفضيلات وتكوين فلسفة سوية في الحياة.
 - 6- مساعدة المفحوصين على إزالة الأفكار السلبية التي تسبب لهم الصعوبات واستبدالها بأفكار واعتقادات واقعية ومنطقية.
 - 7- مساعدة المفحوصين على إدراك أفكارهم الأتوماتيكية ومخططاتهم واستنتاج الأخطاء لديهم، ثم تطوير طرق جديدة للتفكير واختبارها والحكم عليها، ثم استخدامها عمليا بهدف تعلم مهارات مناسبة للعملية المعرفية.
 - 8- التعامل مع التفكير غير منطقي فقد لا يكون هناك تشويش للواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائما على أساس افتراضات خاطئة ومشتتة على استنتاجات خاطئة أو الوصول إليها من خلال المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات.
 - 9- تصحيح التفكير لدى المفحوصين بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقيا.
 - 10- تحديد وتعديل تحريفات وتحيزات التفكير لدى المريض وكذلك تجديد وتعديل الخط المعرفي الخاص لدى المريض.
 - 11- تعليم المفحوصين تصحيح ما لديهم من أفكار واعتقادات خاطئة وتحريفات المعرفية.
 - 12- تدريب المرضى على الفنيات المعرفية لمقاومة أفكارهم واعتقاداتهم الخاطئة.
 - 13- تحديد المواقف والاحداث والخبرات التي تقلق المسترشد.
 - 14- مساعدة المفحوص على اكتشاف الأفكار والمعتقدات الكامنة التي تشكل الاستجابة الداخلية لهذه الاحداث والتي تؤدي الى انفعالات سلبية
- إذا يمكن حصر أهداف العلاج المعرفي في ما يلي:
- 1- مساعدة المفحوص كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقرها لنفسه .
 - 2- مساعدة المفحوص على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك .



- 3- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب .
- 4- تعليم المفحوصين طريقة تقييم أفكارهم وخاصة تلك التي ترتبط بالاضطرابات النفسية
- 5- تعليم الفحوصين تصحيح أفكارهم خاطئة وتشويهات معرفية.
- 6- التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية والاتجاهات المختلة وظيفيا، تصحيح التصورات والادراكات الخاطئة.

ولتحقيق الأهداف العلاجية المذكورة سابقا لا بد من الاهتمام بما يلي:

- 4- توضيح للمفحوصين ما الشيء الذي بإمكانه توقعه من العلاج ومن ثم تحديد استمراره في متابعة العلاج.
 - 5- تأكيد إمكانية التغيير وهذا ما يجعل المتعالج يركز على ما يمكن التوصل اليه في المستقبل بدلا من التركيز على اعراض المشكلة وبالتالي يدعم فكرة ان المتعالج عضو فعال في العلاقة العلاجية.
 - 6- بناء خطة العلاج ابتداء بتهيئة المتعالج للعلاج المعرفي، مروراً بالمشكلة الأساسية له وانتهاء بتحقيق الأهداف العلاجية المنفق عليها من قبل الطرفين، أو من عدم إمكانية تحقيقها.
 - 7- توافر الفرصة لتقويم النتائج المرتبطة مباشرة بمشكلة المتعالج.
- 5- مبادئ العلاج المعرفي:**

تستند عملية العلاج المعرفي على مجموعة من المبادئ ومن أهمها: (بلان، 2015، ص 364-

365)

5-1 **المشاركة العلاجية:** حيث يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكونا أساسيا في العلاج المعرفي لأن تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة ويجهد المتعالج من جهة أخرى، لذلك يكون من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية بينهما ويعمل الطرفان كفريق واحد.

5-2 **بناء الثقة:** يتطلب بناء الثقة تجنب الطرائق التسلطية التي تقود من جهة الى تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات ومن جهة أخرى تقود للمقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين ولأسلوب الأكثر ملائمة لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج الى المريض رسالة مثل ان لديك أفكار معينة هي التي تحزنك او تؤلمك، وقد تكون صحيحة أو خاطئة فدعنا نفحصها وأن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو اتخاذ موقف محايد مما يشجع المريض على أن يعبر على أفكاره المشوهة لبيدا بعد ذلك ذكر وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ.



5-3 تخفيف المشكلات: ينطوي تخفيف المشكلات على ثلاثة خطوات:

5-3-1 التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.

5-3-2 التركيز على العناصر التي تشكل المفتاح للاضطراب، فعندما يركز العلاج لدي المكنئين مثلا على عناصر مثل نقص الاعتبار والتوقعات السلبية يمكنه أن يؤدي الى تحسن في المزاج وفي السلوك الظاهر وفي الشهية ونمط النوم لدى المتعالج.

5-3-3 تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض والتأكيد عليها، لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان الاهلية.

5-4 تعلم: ان تتعلم ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة التي تزعجه، وليس من الضروري ان يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم، حيث تركز العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات اللفظية أو التصورية للمتعالج وعلى الافتراضات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها المعرفيات.

ومن مبادئ العلاج المعرفي كما ذكرتها **جوديث بيك** (2007 ص 23-30)

➤ **المبدأ رقم (1):** ان العلاج المعرفي يبني أساسا على تقييم المتنامي والمستمر للمريض ومشاكله في صيغة مصطلحات معرفية فالمعالج المعرفي ينظر الي متاعب المريض في إطارات زمنية ثلاثة فهو في البداية يحدد طريقة تفكيره الحالية التي تساعد على اكتشاف الشعور الانبي واستخراج المشاعر والالفاظ الدالة على ذلك والسلوك المضطرب والاشكالي التي تنتج عن الأفكار السالبة ثانيا يحدد العوامل المخزنة التي اثرت في الادراك، ثالثا ان يضع المعالج فرضية عن نشأتها ولأحداث المحيطة بترتيبها والنماذج الثابتة في تفسير هذه الاحداث ويبني المعالج هذه الافتراضات بناء على المعلومات التي أوردها المريض في اللقاء الأول ويستمر تنقيح هذه الافتراضات والمفاهيم طول فترة العلاج.

➤ **المبدأ رقم (2):** يتطلب العلاج النفسي تحالفا علاجيا سليما من ثقة وعلى المعالج أن يظهر كل مقومات الأساسية اللازمة للمواقف العلاجية مثل الدفء والرعاية والاحترام والكفاءة والتفائل بواقعية وأن يسأل المريض عن انطباعه في نهاية كل جلسة أو رد فعل ليتأكد أن المريض فهم جيدا وهذه المشاعر الإيجابية تجاه الجلسات هي التي تقوم على أساسها العلاقة العلاجية من أجل التحالف العلاجي.



➤ **المبدأ رقم (3)** يؤكد العلاج المعرفي التعاون والمشاركة الفعالة، يجب أن يشجع المعالج المريض على أن يرى العلاج على أنه عمل جماعي، فعليهما أن يقررا معا أشياء كثيرة مثل ماذا عليهما أن يناقشا في كل جلسة وكم عدد المرات التي عليهما أن يتقابلا فيها، وماذا عن المريض أن يعمل في كل الجلسات كواجب منزلي، في البداية يكون للمعالج دور كبير في اقتراح التوجيهات للجلسات العلاجية وتلخيص ما تم مناقشته خلال الجلسات.

➤ **المبدأ رقم (4)** أن العلاج المعرفي هو علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما، وهنا يطلب المعالج من المريض أن يعدد مشاكله وأن يضع أهدافا معينة لعملية العلاج، فهناك على سبيل المثال مشكلة أولية وعلى المعالج أن يساعدها على تقييم مصداقية هذه الأفكار عن طريق البحث عن دليل صحتها، ثم يصبح المريض مستعد لاختبار هذه الأفكار بطريقة مباشرة من خلال التجارب التي تبادر فيها بالخطط مع المعارف ولأصدقاء وعندما يتعرف المريض على التشوش في أفكاره ومحاولة تصحيحه يصبح قادر على الاستفادة من الحل المباشر للمشاكل، وهكذا يوجه .

➤ **المبدأ رقم (5)** يركز العلاج المعرفي على الحاضر، أن علاج كثير من المرضى يتضمن تركيزا قويا على المشاكل الحالية، وعلى المواقف التي تؤلمهم، فالتقييم الواقعي للمواقف المؤلمة الحالية والعمل على حلها سوف يؤدي إلى تحسين في الأعراض، ولذلك يميل المعالج المعرفي بصفة عامة إلى بدء العلاج بفحص المشاكل الحالية بغض النظر عن التشخيص الاكلينيكي، ويتحول التركيز على الماضي في حالات ثلاثة، حينما يعبر المريض عن نزوع شديد لذلك وحينما لا يعطي التركيز على المشاكل الحالية النتيجة المطلوبة من حيث المشاعر أو السلوك أو حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعتلة، وكيف أن هذه الأفكار تؤثر في المريض حاليا .

➤ **المبدأ رقم (6)** ان العلاج المعرفي هو علاج تعليمي في الأساس، ويهدف إلى تعليم المريض كيف يكون معالج لنفسه، ويكرز على تجنب الانتكاسات، ففي الجلسة الأولى يعلم المعالج المريض مسار المرض وعملية العلاج المعرفي، والنموذج المعرفي المطبق في كل جلسة، وكيف تؤثر الأفكار في المشاعر والسلوك، وان يعلم المريض كيف يحدد الأهداف وكيف يتعرف على الأفكار ويمتنع أفكاره ومعتقداته ولكنه أيضا يعلم المريض كيف يفعل ذلك بتسجيل الأفكار المهمة التي تعلمها على سجل من أجل الاستفادة منها في الأسابيع التالية وكذلك بعد نهاية العلاج.



➤ **المبدأ رقم (7)** يهدف العلاج المعرفي ان يكون محدد بزمن ويتطلب العلاج هنا من أربع جلسات الى أربعة عشر جلسة، وكم جلسة في الأسبوع كما يمكن ان يعزز المعالج المعرفي الى جلسات بعد نهاية العلاج وتكون مثلا كل ثلاثة أشهر لمنع الانتكاسة.

➤ **المبدأ رقم (8)** ان جلسات العلاج المعرفي مقننة، فأيا كان التشخيص او المرحلة العلاجية يميل المعالج المعرفي الى التزام ببنية ثابتة في كل جلسة، فيسأل عن مزاج المريض ويراجع معه بسرعة ما مر في الأسبوع، ويعمل معه على اعداد اجندة الجلسة، ويستتبط المردود (التغذية الراجعة) السابقة ويراجع الواجب المنزلي، ويناقش بنود الاجندة ويعد واجبا منزليا جديدا، وعليه بالاستمرار ان يلخص ما دار في الجلسات، ويستعلم عن المردود في نهاية كل جلسة ويظل هذا البنيان ثابتا طول فترة العلاج.

➤ **المبدأ رقم (9)** يعلم العلاج المعرفي المرضي كيف يتعرفون وقيمون ويستجيبون لأفكارهم ومعتقداتهم السلبية أو المعطلة وذلك من خلال أسئلة سقراطية لطيفة تدعم الإحساس الفعلي مهتم بالتجريب التضافر الذي يساعد على التعرف على دقة وجدوى أفكاره عن طريق مراجعة المعطيات بدلا من تحديثه أو حثه على تبني أفكاره، وفي جلسات أخرى يستعمل الاكتشاف الموجه وهي عملية يقوم فيها المعالج بالاستفسار المستمر عن معاني أفكاره لكي يكتشف المعتقدات التحتية التي يتمسك بها تجاه نفسه والعالم والآخرين.

➤ **المبدأ رقم (10)** يستخدم العلاج المعرفي تقنيات وطرق مختلفة لكي يغير التفكير والمزاج والسلوك، على الرغم من الاستراتيجيات المعرفية مثل الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه هي أساسية في العلاج المعرفي الا انه يمكن أن يستخدم المعالج المعرفي بعض التقنيات من اتجاهات علاجية أخرى مثل (العلاج السلوكي والعلاج الجشطالتي في اطار المعرفي) وهنا يختار المعالج تقنيات مبنية على صياغة للحالة وطبقا لأهدافه في جلسات معينة.

كما ذكر **عقلان** أن المعالجون المعرفيون بيك وزملائه صاغوا مبادئ، العلاج في عشرة مبادئ هي على النحو التالي:

1- **نموذج تفسير الاضطرابات الانفعالية:** يري هذا النموذج ان الاضطرابات الانفعالية حسب النموذج المعرفي لتفسير الاضطرابات الانفعالية أن الناس يضطربون، ويعانون من المشكلات النفسية ليس بسبب الأشياء في حد ذاتها، بل بسبب طبيعة وأسلوب تفكيرهم إزاء الأشياء والإحداث.



2- **العلاج المعرفي موجز ومحدد البناء والوقت:** تحديد الإيجاز يأتي من خلال الموضوعات، والقضايا المستهدفة في العملية العلاجية، فهو محدد الوقت، وكما يكون العلاج المعرفي محدد البناء، ينبغي رسم استراتيجية علاجية عامة تتمثل في:

1-2 **جعل العملية العلاجية بسيطة:** البساطة لا تعني الاختزال المخل، بل تعني تقديم النظرية النفسية المعرفية للاضطرابات الانفعالية بصورة مبسطة مفهومة.

2-2 **جعل العملية العلاجية محددة ومتماسكة:** فكلما زاد تجريد المفاهيم، وتعقيد التدخلات، طالت مدة العلاج، ويأتي التحديد، والتماسك من خلال الإبقاء على لغة تواصل جيدة بين المعالج، والمريض، فبدلاً من توصيف المرضى وفقاً لمفاهيم أكاديمية علمية فإن المعالج يمكن أن يستخدم مفاهيم أقل تجريداً، وأكثر تداولاً في سياق الخطاب اليومي للناس (الدارجة).

3-2 **التقييم المستمر:** يتم الحصول على معظم المعلومات التي يحتاجها المعالج للقيام بالتدخل العلاجي السليم من خلال مقاييس التقييم، والملاحظة.

4-2 **الحفاظ على توازن المريض:** يخلل توازن بعض المرضى غالباً عند مناقشة الموضوعات التي تتصل بالمعتقدات الدينية، والروحية أو الفلسفية فإنه ينبغي على المعالج أن يكون فطناً وقادراً على فهم، وإفهام المريض كيف أن هذه المناقشات تصرف الانتباه عن العمل الرئيسي للعلاج.

5-2 **إجراءات ضبط الوقت:** يحتاج المعالج إلى البحث عن طرائق مثالية لتوظيف وقت العلاج بصورة فعالة، ومن بين الأساليب الفعالة وضع جدول أعمال والالتزام به في كل جلسة، وينبغي أن يكون وقت الجلسات مرناً، والعدد المتفق عليه للجلسات من مرة إلى مرتين أسبوعياً، ومن المفيد مع بعض المرضى التعاقد، وهذا التعاقد يبلغ المريض رسالة ضمنية مفادها أنه يمكنه إدارة مشكلة اضطرابه بعد العلاج، ويمكن للتعاقد على عدد معين من الجلسات أن يمنع الإنهاء المبكر للعلاج.

6-2 **بناء مجموعة تدخلات معرفية موجزة:** يمكن للمعالج، من خلال الافتراض أن المريض يمكنه تعلم أساليب مواجهة إدارة قلقه، واكتنابه بسرعة، وأن يبني تنبؤاً ذاتياً حقيقياً من خلال توفير نشرات مكتوبة، وشرائط سمعية، ومرئية أو استخدام الملصقات لتوضيح استراتيجيات وأساليب المواجهة المراد تعلمها.

7-2 **إبقاء التركيز على المشاكل القابلة للمعالجة:** حيث أن العلاج المعرفي محدد الوقت، فإن كثيراً من مشاكل المرضى ستبقى بلا حل في نهاية العلاج وعند انتهاء العلاج، ينبغي أن



يكون المريض قد امتلك أدوات ومهارات سيكولوجية كافية، لتحديد وتشخيص مشكلاته، والوقوف على بدائل الحلول المتاحة بنفسه .

3- **رسوخ العلاقة العلاجية:** العلاقة العلاجية الراسخة شرط ضروري لفعالية أي علاج نفسي، وتتبنى العلاقة الفعالة من خلال: الصراحة، والحرية في التعبير من قبل المريض، التقبل غير المشروط من قبل المعالج للمريض، ومن خلال معالجة مشكلة الاستقلالية، والاعتمادية.

4- **يعتمد على المنهج السقراطي:** العلاج المعرفي يقوم - أساساً - على أسلوب الحوار السقراطي فهو قائم على النقاش، والجدل، وتبادل المواقع في طرح السؤال، والنقاش وليس على المساءلة أو الاستجواب، ويمكن للمناقشة، والجدل الجيدين أن يؤسسا لتطوير علاقة علاجية تعاونية، وبناء بنية معرفية سوية، وكذلك يحث المفحوص على:

1-4 أن يعترف بطبيعة أفكاره التلقائية السلبية، وطبيعة مشكلاته، ومن ثم يتعرف عليها.

2-4 فحص تشوهات المعرفية

3-4 وضع الخطط لبناء نماذج جديدة للتفكير.

5- **العلاج المعرفي عمل تفكيكي بنيوي مباشر:** عمل بنيوي، تفكيكي، مباشر، ويظهر ذلك من خلال استخلاص الأفكار السلبية المختلفة، وتحديد المشكلات، وتقنين ونقد، ومواجهة هذه الأفكار، ووضع صيغة عامة للحالة، استخدام إجراءات، وأساليب، وتقنيات علاجية لتغيير أو تعديل أفكار المختلفة ومن هذه الإجراءات ما يأتي:

1-5 وضع جدول عمل للبرنامج العلاجي ككل.

2-5 وضع برنامج عمل لكل جلسة على حده.

3-5 التركيز على الأهداف النوعية .

6- **العلاج المعرفي موجه نحو حل المشكلات:** إحدى تقنيات العلاج المعرفي هي تحديد المشكلات التي تواجه المريض في الفترة الحالية، وخاصة المشكلات القابلة للحل لأن المريض يمكنه توفير بيانات دقيقة عنها، ووضع حلول ممكنة لها إذ ينبغي على المعالج القيام بعملية تشمل أربع خطوات فيما يتعلق بتحديد المشكلات وهي على النحو التالي:

1-6 [رصد وتحديد، وتفهم طبيعة مشاكل المريض.



6-2 اختيار استراتيجية محددة في وضع الحلول، ولا بد من وضع أكثر من الحل لكل مشكلة وتطبيق الحل المتاح.

6-3 وضع برنامج عمل لتنفيذ استراتيجية الحلول.

6-4 تقييم فعالية هذه الاستراتيجية ونجاح الحلول.

7- **العلاج المعرفي مؤسس على النموذج التعليمي:** إحدى المقدمات المنطقية للعلاج

المعرفي تتضمن المدخل التعليمي الذي يتلخص في فكرة مؤداها "تعلم كيف تتعلم ، يمكن للفرد أن يُعلم، ويتعلم كيف يفكر، ويتعلم طرائق أكثر فعالية لممارسة حياته، فأحدى وظائف المعالج هي أن يعلم المريض مهارات مواجهة أفكاره المختلة، واضطرابه الانفعالي .

8- **يعتمد العلاج المعرفي على منهجية الاستقراء:** يبني العلاج المعرفي على منهجية

الاستقراء، ويظهر المنهج الاستقرائي في أسلوب حوار المعالج مع المريض، ويتدرب المعالجين على تكوين الافتراضات، واختبار ومراجعة صدق هذه الافتراضات، طبقاً لبيانات الحالة، ونتائج العلاج، فمثلاً، المريض الذي يكشف عن شعوره بعدم الارتياح عندما يقابل أناساً من الجنس الآخر، ينبغي على المعالج أن يفترض أن المشكلة تكمن في نقص المهارات الاجتماعية أو ارتباك حول الجاذبية الجسدية، هنا ينبغي اختبار كل الفرضيات.

9- **الواجب المنزلي أحد السمات الرئيسية للعلاج المعرفي:** الواجب المنزلي، ركن أساس

في العلاج المعرفي، وهنا ينبغي على المعالج شرح أهمية الواجب المنزلي للمرضى، فالواجب المنزلي يقوي، ويرسخ، ويكمل النواحي التعليمية للعلاج المعرفي، ويزود المريض بخبرات جديدة لوضع فرضيات، وحلول للمشكلات، واختبار مدى صلاحيتها.

6. **خطوات العلاج المعرفي:**

تتم عملية العلاج وفق العلاج المعرفي حسب الخطوات التالية :

6-1 **الخطوة الأولى من العلاج:** يتم فيها توضيح منطق العلاج المعرفي للمريض أو المفحوصين.

6-2 **الخطوة الثانية:** يتم فيها استخدام الارشادات المنهجية مع التمارين وإبراز المشكلة مثل

التشوهات الإدراكية وانماط التفكير غير المناسبة مع الواقع، والهدف هنا يفترض مبدئياً ان تصبح

الاعترافات التي تجري بشكل ألي مدركة بالنسبة للمريض



3-6 وفي الخطوة الثالثة: يتم اخضاع المعرفيات لإشكالية الي التحليل ويميز ارون بيك بين ثلاثة أنواع من التحليل: (بلان، 2015، ص 365-366)

6-3-1 التحليل المنطقي: يتم فيه اختبار المعرفيات استنادا الى الأخطاء المنطقية كفرط التعميم والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية.

6-3-2 التحليل الامبريقي: يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للمريض مع المعطيات الواقعية.

6-3-3 التحليل الذرائعي: تتم فيه دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات وقناعات محددة للمريض، وعلى أساس من هذا التحليل ينجز المعالج والمريض معا تقييمات ومواقف جديدة تمارس بعد ذلك في مجالات تعليمية..

6-2- بنية الجلسات في العلاج المعرفي :

من أهم اهداف العلاج المعرفي هو جعل العملية العلاجية مفهومة لكل من المعالج والمتعالج، ولتسهيل هذه العملية على المعالج أن يجعل العلاج فعالا بقدر الإمكان وملتزما بشكل قياسي بعملية العلاج كما يجب عليه تعريف المتعالج بالوسائل العلاجية المتاحة، ويشعر معظم المفحوصين بالراحة حينما يعرفون ما هو متوقع من العلاج وحينما يعلمون بوضوح ما هو مطلوب منهم، وماهي مسؤولية المعالج، وحينما يكون لديهم توقع واضح عن كيفية سير العملية العلاجية سواء في جلسة معينة أو من خلال الجلسات ككل في إطار المرحلة العلاجية، وعلى المعالج تعليم دور المتعالج من تفهم العلاج، وذلك بشرح قوام أو بنية الجلسات والالتزام بهذا القوام وسوف نقدم في هذا الشطر الخطوط العريضة ولإيضاحات التي تتعلق بتصميم الجلسات وشكلها.

6-2-1 بنية الجلسة الأولى:

➤ **أهداف الجلسة الأولى وشكلها:** يراجع المعالج كل معطيات المريضة وذلك تحضيراً للجلسة الأولى، والتشخيص الدقيق للحالة هو عامل أساسي في الخطة العلاجية، ومن الأهداف الرئيسية للمعالج في الجلسة الأولى نجد:

1- تأسيس العلاقة والثقة بين المريض والمعالج.

2- تهيئة المريض للعلاج المعرفي.

3- التحدث مع المريض عن حالته المرضية وعن النموذج المعرفي والعملية العلاجية.

4- تفهم مشاكل المريض وافهامه بان حالته عادية ومفهومة وغرس الامل فيه.



- 5- معرفة توقعات المريض من العلاج وتصحيحها إذا لزم الامر .
 - 6- جمع معلومات إضافية عن مشاكل المريض ومتاعبه.
 - 7- استخدام هذه المعلومات لعمل قائمة أهداف .
- والشكل الأمثل للجلسة العلاجية والتي تتضمن هذه الأهداف يشمل على: (بيك،2007، ص55)

- 1- توضيح جدول الاعمال أو الاجنדה العلاجية (وتقديم مبررات لذلك)
 - 2- فحص الحالة المزاجية بالاستخدام معايير موضوعية.
 - 3- استعراض المشاكل الحالية مع مراجعة لأخر التطورات من وقت التقييم الأول.
 - 4- تحديد المشكلات ووضع الأهداف.
 - 5- تعليم المريض النموذج المعرفي.
 - 6- استيضاح توقعات المريض من العلاج.
 - 7- تبصير المريض بمشاكله.
 - 8- إعطاء واجب منزلي.
 - 9- تقديم ملخص للجلسة .
 - 10- استيضاح النتائج أو المردود العلاجي.
- 6-2-2-2-6 **بنية الجلسة الثانية وما بعدها (البيان والشكل):** ان الجلسة الثانية تتخذ شكلا أو تصميمًا معينًا سوف يتكرر في الجلسات التالية ويصف بصفة عامة مسار العلاج من الجلسة الثانية الى نهاية العلاج، ولأجنده النموجية للجلسة الثانية وما بعدها هي كالتالي: (بيك،2007، ص55).

- 1- مراجعة سريعة وحديثة لحالة المريض المزاجية.
- 2- التواصل مع الجلسة السابقة.
- 3- اعداد الأجنده (السجل اليومي).
- 4- مراجعة الواجب المنزلي.
- 5- مناقشة قضايا الاجنדה، وضع الواجب المنزلي جديد وملخص دوري.
- 6- تلخيص نهائي ومراجعة المردود.



ان أهداف العلاج المعرفي في الجلسة الثانية هي مساعدة المريض على أن يختاروا مشكلة أو هدفا معينا للتركيز عليه، لكي يبدأ المعالج في حل المشاكل وتدعيم النموذج المعرفي والتعرف على الأفكار التلقائية وعلى المعالج ان يجعلها ملتزمة بشكل الجلسة وبنياتها.

كما أن الجلسات التي تلي الجلسة الثانية تبقى دائما على نفس الشكل او البنيان ويتغير المحتوى حسب مشكلات المتعالجين واهداف المعالج وفي هذا الجزء سوف نتناول الخطوط الرئيسية لمسار العلاج عبر الجلسات.

3-6 العملية العلاجية:

يتطلب العلاج المعرفي مجموعة من إجراءات تهدف إلى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بصورة تسمح بتطوير بدائل إيجابية مناسبة، وأفكار توافقية تتعامل مع الواقع من جديد، من الجدير بالذكر أن المعالج عليه تدريب العميل على تحديد أفكاره الأوتوماتيكية وتعتبر قدرة الفرد على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية مطلبًا أوليًا لتعديل الأفكار الخاطئة وغير المناسبة، ويسمح هذا التحديد للأفراد.

1-3-6 وتتكون الجلسات العلاجية من عدة مكونات هي:

1- **وضع جدول لما يدور بالجلسة:** بالإضافة إلى التعليق على ما دار بالجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي .

2- **الموضوعات الأساسية للجلسة:** تستغرق معظم الوقت وتستخدم الفنيات التي تساعد المسترشد على تغيير الأفكار السلبية، كما تختلف موضوعات الجلسة من جلسة إلى أخرى.

3- **الواجب المنزلي:** يتعلق بما حدث في الجلسة.

4- **التعليق أحر الجلسة:** القيام بالتغذية الراجعة.

عادة ما يتكون البرنامج المعرفي من اثنتي عشر جلسة بواقع جلستين في الأسبوع، وقد يتكون من (16) جلسة، وينفذ في صورة جماعية أو فردية، وتكون الجلسة الأولى تعارفيه، وتركز على بناء الثقة، يتراوح زمن الجلسة ما بين (30 و 60) دقيقة وتتركب الجلسة التي تتكون من 60 دقيقة بنظام عشرون دقيقة كما يلي: (طوبال 2017، ص 113-112)

➤ **العشرون دقيقة الأولى:** يتم فيها وضع جدول أعمال الجلسة، فهم مشكلة المسترشد، فهم مدى تسبب المشكلة في الإعاقة الوظيفية، مناقشة الواجب المنزلي.



➤ **العشرون دقيقة الثانية:** مناقشة موضوع معين يطرحه المرشد حسب احتياج المسترشد،

تدريبه على مهارة جديدة، تطبيقات عملية، التأكد بان المسترشد استوعب ما قيل في الجلسة.

➤ **العشرون دقيقة الثالثة:** الاستماع إلى المسترشد، استكشاف مدى استجابته لتغيير الأفكار

وإعطاء الواجب المنزلي الجديد.

وعليه أي برنامج العلاجي يجب ان يمر بالمراحل الأساسية التالية: (عبد الله، 2000، ص 52)

➤ **الجلسات التمهيديّة:** ويتم من خلالها إرساء دعائم العلاقة العلاجية والتي تعد ذات أهمية

كبرى في تطوير العملية العلاجية وفي تحقيق ما خطط له من أهداف ويتم في هذه المرحلة تقييم المشكلة

التي يعاني منها الفرد وتقييم العوامل التي تسهم في تطور مشكلة العميل وتعمل على استمرارها، مساعدة

الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها، ويتم هذا من خلال المقابلات التشخيصية او التقييم

لمشكلات المفحوص.

➤ **المرحلة الثانية من العملية العلاجية:** ويتم خلالها تقديم النصيحة من جانب المرشد

وتدريبه للمسترشد على استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية التي يمكن أن تساعده على

إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة أو ما يصدر عنه من أفعال اندفاعية ويمكن

الهدف خلال هذه المرحلة في تعزيز سلوك المفحوص وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على

ضبطها وضبط النفس وبتث الامل فيه حول إمكانية التغيير.

➤ **المرحلة الثالثة:** يقوم فيها المعالج في هذه المرحلة بعرض الصياغة المعرفية للأعراض

المرضية التي يشعر بها والتي تتسم بها المشكلة التي يعاني منها ويقوم المعالج هنا بإجراء مناقشات تدور

حول مدى اسهام تلك معاني والمفاهيم التي يكونها الفرد عن الأحداث والمواقف في حدوث خبرات معينة

لديه ولذلك فان المراحل الآتية تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها من خلال

تكوين مفاهيم واعتقادات وأفكار بديلة عن طبيعة تلك الخبرات على أن تستند هذه الأفكار والمفاهيم الى

الواقع

➤ **المرحلة الأخيرة:** والتي تدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد على

استراتيجيات المواجهة المعرفية وإعادة تدريب المفحوص عليها من جديد من أجل منع الانتكاسة بعد

انتهاء البرنامج العلاجي وتعرف المرحلة الأخيرة بمرحلة اقفال أو الانتهاء من البرنامج



اذن الخطة العلاجية تتضمن مكونات وهي الأهداف والوسائل العلاجية والفنيات المستعملة، والعلاجات المساعدة، والمعوقات، وتعتبر الأهداف والمعوقات أهم مكونين فالأهداف غالبا ما تحدد قائمة المشكلات و المعوقات المكون الأخير من الخطة العلاجية وهنا يستخدم المعالج كلا من قائمة المشكلات والمخططات والفروض العاملة للتنبؤ بالمعوقات والصعوبات التي يمكن أن تواجه العلاقة العلاجية أو أي من المكونات العلاجية مستقبلا

7-نظرية آرون بيك للعلاج المعرفي:

يقرر بيك صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي أن منهجية النسق العلاجي يقوم على أساس نظرية في السيكو باثولوجيا ومجموعة من الأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الميدانية بالارتباط الجانب النظري للعلم النفس المعرفي مع نظرية تشعيل المعلومات، والعلاج المعرفي وهو علاج يتسم بأنه نشط محدد البنيات والتوقيت كما يقوم على أساس نظري عقلاني، وعليه يقرر بيك أن العلاج المعرفي كما صاغه مستمد من مصادر ومناهج نظرية أهمها: (بيك واخرون 2000، ص 293)

- 1- المنهج الفينيمنولوجي في علم النفس: وهو المنهج الذي يضي دورا مركزيا على نظرة الفرد لذاته ولعالمه (الخارجي - والداخلي) الخاص في تحديد استجاباته وسلوكياته.
- 2- النظرية البنائية لكانط ونظرية الأعماق ل فرويد: قد أسهم هذا الأخير في تقسيم البناء المعرفي الى عمليات "أولية" و"ثانوية" في صياغة نظرية العلاج المعرفي.
- 3- اسهامات علم النفس المعرفي وبخاصة مفهوم الأبنية المعرفية والتشغيل المعرفي اللاشعوري.

7-1 قواعد العلاج المعرفي عند بيك: تركز العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات اللفظية أو التصورية للحالة وعلى الافتراضات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها المعرفيات وكالخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للعميل، وكخطوة ثانية يتم الإرشادات المنهجية والتمارين والمعرفيات، توضيح الإشكالية للعميل مثل التشويهات المعرفية، وأنماط التفكير غير المتناسبة مع الواقع والهدف ..الخ، وهنا يفترض أن تصبح المعرفيات التي تجرى تلقائيا بالأفكار التلقائية مدركة من قبل العميل: وكالخطوة الثالثة يتم إخضاع المعرفيات الإشكالية إلى تحليل ويميز بيك ثلاثة أنواع من التحليل:



7-1-1 التحليل المنطقي: يتم اختبار المعرفيات استنادا الى الأخطاء المنطقية كفرط التعميم والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية ... الخ

7-1-2 التحليل الامبريقي: يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للعميل مع المعطيات الواقعية

7-1-3 التحليل الذرائعي: فيه دراسة ماهية العواقب العلمية التي تمتلكها فرضيات محددة للعميل .

7-2 العلاج المعرفي عند أرون بيك و(نظرية الخرائط المعرفية):

7-2-1 من المفاهيم الأساسية لنظرية أرون بيك:

يركز الأسلوب العلاجي على الاستبصار، إذ يؤكد بيك على تغيير الأفكار السلبية والمعتقدات المرضية لدى الفرد، فالمشكلات النفسية، قد تنتج عن عمليات عادية مثل التعليم الخاطئ والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة وعدم التمييز بين الخيال والواقع، كما أن التفكير قد يكون وهم لأنه مستمد من مقدمات منطقية خاطئة، والسلوك قد يكون كذلك انهزاميا لأنه مبني على اتجاهات غير عقلانية إن الأساس النظري للأسلوب العلاجي، كما يجب معرفة المحتوى المعرفي للفرد من حيث ردة فعله اتجاه الأحداث المزعجة أو تدافع الأفكار حتى نفهم طبيعة الاضطرابات.

و يوجد نوعان من التفكير تم التركيز عليهما هما الأفكار الآلية: هي عبارة عن صور وأفكار ذهنية تظهر بشكل لا إرادي خلال تدفق الوعي الشخصي، والمعتقدات المضمرة: هي المعتقدات والافتراضات التي تكون محتوى الأفكار الآلية. كما يمكن فهم العلاقة بين الأفكار الآلية والمعتقدات المضمرة بالنظر بشكل موجز إلى مصطلح المخططات (عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل وكتبائنات لتذكر المعلومات وبناءها وكإطار عمل منظم لحل المشكلات وتشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك ويتصرف، ويدرك نفسه والعالم الخارجي، ويقوم أسلوب بيك العلاجي على أسس نظرية محتواها انه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة، وقد اسماها الخرائط المعرفية وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من اعتقاداته وافتراضاته المتضمنة في المخططات المعرفية وبالتالي فان الاضطرابات السلوكية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة مما يؤدي إلى تغييرات خاطئة للموقف المشكلة وقام بوصف جملة من التشويهاات المعرفية وهي عبارة عن أفكار غير منطقية تتمثل في: (عزي وصادقي، 2019، ص 661)

1- التجريد الانتقائي يعني الوصول إلى استنتاجات بناء على حادثة واحدة فقط .



2- التعميم المبالغ يتضمن تبني معتقدات معينة بناءً على حادثة واحدة فقط وتعميمها على حوادث غير مشابهة لها

3- التضخيم والتضعيف يتضمن إدراك موقف أو حالة بطريقة أكبر أو أقل مما تستحق.

4- النزعة نحو الذات وفي هذا النوع من التشويه يعزو الفرد الأحداث الخارجية لنفسه حتى ولم يكن لديه علاقة بالموضوع .

5- العنونة الخاطئة التي تتضمن تصور هوية الفرد على أساس أخطاء الفرد وعيوبه التي حدثت في الماضي .

6- التفكير ذو القطب الواحد تتضمن هذه الطريقة التفكير والتفسير للأحداث إما بطريقة مأساوية أو ممتازة (لا حل وسط بينهما).

يفترض بيك في النموذج المعرفي أن هناك ثلاثة مستويات وهي : المعتقدات المركزية (القوالب الفكرية) والمعتقدات المتوسطة (الافتراضات) والأفكار التلقائية في موقف معين فإن المعتقدات الداخلية تؤثر على إحساس الشخص والتي يعبر عنها بأفكار تلقائية خاصة بالموقف والتي تؤثر على انفعالاته وسلوكه وفي النهاية تؤدي إلى تغير وظيفي .

1- **المعتقدات المركزية (القوالب الفكرية)**: إن المعتقدات المركزية هي الأفكار الأكثر

مركزية عن الذات والناس الآخرون والعالم المحيط بنا، إنها المفاهيم العميقة التي لا يصل إليها الأشخاص غالباً حتى بأنفسهم، وإن الشخص ينظر لهذه الأفكار على أنها حقائق مطلقة أي "الأشياء على ما تكون" ويفترض بيك أن المعتقدات السلبية تقع في قسمين كبيرين :

1-1 المعتقدات المتعلقة بالعجز والضعف.

2-1 المعتقدات المتعلقة بالكراهية.

إن هذه المعتقدات تنمو في الطفولة عندما يحتك الطفل مع الآخرين ويواجه عدة مواقف، إن أغلب الناس يتسمون بمعتقدات مركزية إيجابية أغلب فترات حياتهم، إن المعتقدات المركزية السلبية قد تظهر في لحظات الضغوط النفسية فقط وعلى العكس من الأفكار التلقائية، إن المعتقدات المركزية هي المستوى الجوهرى للاعتقاد، تتميز بالعمومية، إن الأفكار التلقائية والصور الحقيقية التي تجول في ذهن شخص ما تعتمد على الموقف ويمكن اعتبارها المستوى الأكثر سطحية في المعرفة وأن المعتقدات المحورية هي الأساس التي تبنى عليه المعتقدات الأخرى، وهي تمكنا من وصف أنفسنا، ووصف الآخرين، والعالم



بمصطلحات شديدة العمومية، وجامدة (غير مرنة)، والزامية، ومقاومة للتغيير ويمكن أن تكون إيجابية أيضاً وتكون سلبية، وهي جزء طبيعي من عملية معالجة المعلومات في حياتنا اليومية .

2- **المعتقدات الوسطى**: إن المعتقدات المركزية تؤثر على نمو المعتقدات الوسطى التي تتكون من: القواعد والافتراضات إن هذه المعتقدات تؤثر على رؤيته الموقف والتي تؤثر على طريقة تفكيره وكيف يشعر ويتصرف لذا فإن المعتقدات المركزية تؤثر على المعتقدات الوسطى والتي تؤثر على الأفكار التلقائية بالتبعية وأن المعتقدات المضمره تسمى المعتقدات الوسيطة ذلك لأنها تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية، ومثلها مثل المعتقدات المحورية فإنها غالباً تكون غير متسقة أو غير مرتبطة، ويمكن أن تنقسم إلى ثلاثة أنواع: الاتجاهات، والقواعد، والفروض. والاتجاهات طبيعتها تقسيمية، أما القواعد فهي عبارة عن متطلبات، في حين تكون الفروض شرطية .

3- **الأفكار التلقائية**: هي مصطلح أطلقه بيك على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لإرادي خلال تدفق الوعي الشخصي وتوجد عدة مصطلحات شبيهة وتعد مرادفات لها من قبيل العبارات، والأشياء التي تخبر بها نفسك والحديث الذاتي وأن الأفكار الآلية تمثل تيار الأفكار، والصور الذهنية، اللتين تصحبان الفرد بشكل ثابت وهو يتقدم عبر حياته اليومية العادية، أما الأفكار الآلية السلبية فهي تلك الأفكار والصور التي تستثير الانفعالات السلبية وغير الملائمة، وتكون هذه الأفكار وبشكل عام في البداية مقبولة من العميل على أنها أفكار واقعية وصادقة، لكن لا توجد أدلة موضوعية تؤيدها، والأفكار الآلية السلبية تظهر في سياق الخبرات العادية، ولا يكون لها أي نشاط شاذ وغير طبيعي.

وجد بيك من خلال عمله مع المرضى أنهم أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة، والتي تظهر لديهم بشكل عفوي، أطلق بيك على هذه الأفكار: الأفكار الآلية أهذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة، يطلق عليها المخططات التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله.

هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفاً معيناً، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة، هذه الأفكار الآلية المعينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف، أو التحدث، ويؤدي إلى استجابة وجداني وان الأفكار التلقائية تتشابه لدى العديد من الأفراد في بعض الخصائص المشتركة منها: (اسلام، 2017، ص12-13).

1- أنها واضحة ومميزة بصفة عامة وبعيدة عن الغموض.

2- أنها مصاغة بأسلوب اختزالي يقتصر على الكلمات الضرورية.



- 3- بعيدة عن التسلسل المنطقي الذي يصف التفكير بتوجيه الهدف أو لحل المشكلات.
- 4- تحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية، وتتمتع بالنوع من الاستقلال، فهي تنشأ دون تمهيد من جانب الفرد ولا يملك إيقافها خاصة في الحالات الشديدة.

7-3 العلاج المعرفي لاضطراب الإدمان (الانترنت):

تتميز اضطرابات الإدمان بكون المريض مرتبطاً بالمادة مثلًا المخدرات الكحول السجائر، وأحياناً قد يكون الإدمان مرتبطاً بسلوك وليس بمادة مثلًا الألعاب الرقمية، الانترنت... الخ وهذا الارتباط يسبب أثاراً سلبية على الشخص فيما يخص اندماجه الاجتماعي والمهني، وحياته العائلية والنفسية وغيرها، والاستراتيجية العلاجية المناسبة تتكيف غالباً مع درجة دافعية المريض للعلاج لأنه في الواقع إيقاف الإدمان هو أمر صعب، وقد يصبح مستحيلاً إذا لم يمتلك الفرد الدافعية لذلك، في هذا السياق يذكر كل من **بروشاسكا وديكليمنت** المراحل (6) للتغير وفق دافعية المريض للعلاج: (فرحات، 2019، ص137).

➤ **ما قبل التفكير:** المريض لا يمتلك دافعية للتغير العلاج: تقديم معلومات حول مخاطر الإدمان والبقاء في الخدمة في حالة طلب المريض المساعدة.

➤ **التفكير:** ينشأ تجاذب لدى المريض بين التغير وعدم التغير العلاج: العمل على هذا التناقض.

➤ **القرار:** المريض يريد التغير فوراً أو في القريب العاجل (العلاج: التشاور واختيار الاستراتيجية التي قد تمكنه من التغير).

➤ **النشاط:** المريض يعمل بشكل ملموس على التغير (العلاج الدعم، التوجيهات، التعزيز الإيجابي).

➤ **الاستمرار:** المريض يستمر ويحافظ على التغير (العلاج تجنب الانتكاسات).

➤ **الانتكاس:** يعود المريض إلى سلوكه الإدماني القديم (العلاج عدم التهويل، الحد من شدة تأثير الانتكاس، واستئناف العلاج من المرحلة التي توقف فيها أي حدث فيها الانتكاس).

ويرى بيك أن حدوث الإدمان يرجع إلى نظام من الاعتقادات غير وظيفية يطلق عليها مصطلح المعتقدات الإدمانية، تعمل هذه المعتقدات على تكوين نسق من التفكير يسيطر على المدمن فيرى أن احتياجه للمادة الإدمانية يحدث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل وعليه يرى أن فهم هذه الجوانب المعرفية والتعامل



معها بصراحة أكبر سيساعدنا على إزالة بعض الغموض الذي ما زال يعيق علاج الإدمان وتعمل المعتقدات الادمانية من خلال طبيعتها المعرفية الانفعالية ومحتواها من أفكار ومعتقدات لاعقلانية غير وظيفية تلعب دورا أساسيا في توجه الفرد اليها والإدمان عليها حيث أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه ايجابي نحو سوء استعمال الانترنت يملكون معتقدات مميزة وبهذا فإن المعتقدات عبارة عن تنظيم لعدة فرضيات ذاتية تتميز بقواعد ضمنية، ينجم عنها في نفس الوقت تنظيم ومحتوي أبنية معرفية أشمل يطلق عليها مصطلح المخططات المعرفية، وتتميز بكونها تعمل أوتوماتيكيا، وأنه تم اكتسابها مسبقا من خلال التفاعل بين الأبنية العصبية والخبرات الشخصية أي أن المعتقدات عبارة جزء من أبنية عقلية توجه وتنظم تفكير وسلوك الفرد وتعمل كمكونات للمخططات المعرفية ومعالجة المعلومات .

7-3-1 تحديد مفهوم المعتقدات الادمانية:

ان مصطلح المعتقدات الادمانية مركب من كلمة المعتقدات وكلمة الإدمان وهذا يشير بطبع بأن المعتقدات الادمانية، والمعتقدات ما هي إلا مجموعة من المعتقدات المرتبطة بموضوع الإدمان وهي مجموعة من المعتقدات غير وظيفية تلعب دورا أساسيا في استعمال الفرد (الانترنت) والإدمان عليها قدمها بيك وصفها إلى ثلاثة أنواع (مزياي، د.ت، ص، 15-16) هي:

➤ **المعتقدات التوقعية:** هي معتقدات ترتبط بتوقعات إيجابية بعد استعمال المادة الادمانية (الانترنت)، كزيادة الفعالية الاجتماعية وزيادة مردود الفرد...إلخ، مثل سأكون أفضل عندما استعمل الانترنت.

➤ **المعتقدات التسكينية:** والتي يرى من خلالها الفرد أن المادة الادمانية (الانترنت) يعمل على تسكين أو خفض من استجابته الجسدية للضغوط. مثل: إذا كونيتيت، قلقي يزول.

➤ **المعتقدات الإباحية:** وهي اعتقادات تسهل وتبرر استعمال الأنترنت (أنا موافق على استعمال الانترنت في هذا الوقت). ويصفها بيك أنها مجموعة من الأفكار المنحورة حول البحث عن اللذة، حل المشكلات، التنفيس، الهروب أو التجنب، وهي معتقدات غير وظيفية تميز الأفراد المدمنين بعد وصولهم إلى مرحلة التبعية أي أن هذه المعتقدات تدخل في تكوين مميزات الإضراب، وبالذات تعمل على المساهمة في استمرار التبعية وتهيئ الأرضية لإدمان على الانترنت .

7-3-2 **المعتقدات وسلوك الإدمان:** طرح بيك نموذجا لتفسير ظاهرة السلوك الإدماني انطلاقا من اتجاهاته النظرية حول السلوك الإنساني عموما والسلوك غير التكيفي خصوصا وبالخصوص حالات



القلق والاكتئاب والتي حملته إلى اقتراح نموذج علاجي في المجال العيادي والذي تم تعميمه لتفسير مختلف الاضطرابات النفسية، ومن خلال هذا النموذج حاول علاج حالة كانت تعاني من الإدمان على الكحول أين لاحظ عندها مجموعة من المعتقدات والأفكار المميزة والتي كانت تلعب دورا هاما في استمرارها للشرب الكحول والانتكاس عليه، وهذا ما دفعه إلى تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان من خلال الملاحظات الإكلينيكية والمناقشات مع الآلاف من المرضى المدمنين ويتمحور هذا النموذج أولاً على مفهوم الإدمان والذي لا يستطيع المريض مواجهته والمحور الثاني يتمثل في مجموعة من المعتقدات المميزة الغير وظيفية التي تسيطر على تفكير الفرد.

➤ المعتقدات الإيمانية والمخططات المعرفية: قدم الباحث إرلندي تحليلاً لمستوى وموقع

المعتقدات الادمانية في النظام المعرفي للفرد، وقام بذلك بالعودة إلى مفهوم المخططات عند بيك، وبالتالي رأى أن المعتقدات الادمانية مركبة أساساً من المخططات المحورية الكامنة في شخصية المدمن وأول مكون لهذه المخططات المعرفية المحورية الغير وظيفية يرتبط بالنجاح الشخصي، تحقيق الحرية والاستقلالية، والمكون الثاني يرتبط بالعلاقات العاطفية مع الآخرين والتي تظهر على شكل الشعور بأنه غير محبوب أو غير مقبول أو أنه مختلف عن الآخرين وبالتالي تعمل المخططات المحورية كمتبئات مميزة ذات حساسية وتصبح نشيطة وتشعر الفرد بالحزن.

وعليه فالمخططات المحورية تعمل كمقدمات أساسية للمخططات الادمانية حيث تتميز بكونها عميقة في شخصية الفرد ولا تظهر مباشرة، ولكن المعتقدات الادمانية أقرب إلى وعي الفرد وتظهر بسهولة في التفكير وفقاً للتسلسل معين كما يلي: أولاً المعتقدات التوقعية ثم يليها المعتقدات التسكينية التي تنتشط عندما يبدأ الفرد في الاعتماد على المادة الادمانية (الانترنت) وبعدها تأتي المعتقدات الإباحة التي تظهر وتتطور عند الفرد حين يدخل في صراع استعمال أو عدم استعمال الانترنت مع المحيط الاسري وأيضاً مع نفسه وتنتشط هذه المعتقدات وفق مجموعة من الظروف والمثيرات.

➤ الظروف المنشطة للمعتقدات الادمانية: يرى بيك أن سلوك الإدمان يمر بعمليات

معرفية خاصة ويصبح الفرد مدمناً على الانترنت نتيجة لبعض المثيرات المنشطة، ويقع مباشرة في فخ الإدمان، لأن هذه المعتقدات تنتشط فقط عندما تتوفر بعض الظروف التي تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الانتكاس، ويمكن تقسيم هذه المثيرات إلى قسمين:



1. **المثيرات الداخلية:** والتي تتمثل أساسا في مختلف حالات التوتر الانفعالي، كالقلق، الاكتئاب، الغضب، الضجر، الإحباط، الوحدة، والأحاسيس الجسدية كالتعب، الألم والجوع وفي حالة الوقوع في التبعية تصبح أعراض الانسحاب أو الامتناع كمثيرات .

2. **المثيرات الخارجية:** تمثل الأشياء، تأثير جماعة الأصدقاء التي تستعمل الانترنت من الاتصال والتواصل فيما بينهم والحديث والحث على المتعة التي توفرها الانترنت عند استخدامها بكثرة.

3-3-8 **سيرورة الإدمان ونشاط المعتقدات الادمانية:** اضطراب الإدمان عامتا والادمان على الانترنت خاصتا تنشأ عن طريق مجموعة متسلسلة للأحداث تبدأ أولا بوجود مجموعة من الظروف أو عوامل الخطر المرتفع والمتمثلة في وجود مجموعة من الأخطاء التفكير والمعتقدات غير الوظيفية التي دخلت في تكوين المجال الشخصي للفرد، ترجع في تشكلها إلى مراحل الطفولة، حيث تعمل هذه المعتقدات في تنشيط مختلف حالات التوتر الانفعالي، بحيث تدفع هذه المعاناة النفسية الفرد للبحث عن حلول للتخلص أو تخيف هذه الحالة عن طريق مختلف أساليب التكيف لديه، وهذا ما أطلق عليه بيك اسم "**عوامل الخطر المرتفع الداخلي**"، إضافة على الظروف الداخلية المهيأة أضاف العوامل الخارجية المهيأة كتأثير جماعة الأصدقاء التي تستعمل أنترنت، والاتصال مع بعضهم البعض، والمعتقدات الخاصة التي تكونت عند الفرد والمرتبطة بتصوراته الايجابية نحو الانترنت، كفكرة :

➤ إن استعمالي لأنترنت سيجعلني أكثر اجتماعية.

➤ إنه لمن المسلي أن أجرب الانترنت ولو مرة واحدة .

أطلق اسم المعتقدات التوقعية لان الشخص هنا يتوقع بأن الانترنت قادرة على تغيير حياته من السلبية إلى الإيجابية ومن العزلة والوحدة إلى الاجتماعية، كما أنها قادرة على أن تجعل منه إنسانا متفوقا، وتظهر بعدها معتقدات أخرى تحمل توقعات بأن الانترنت تمتلك قدرة كبيرة على مساعدة الفرد من الخروج من حالة القلق، والاكتئاب التي يعيشها، والتي أطلق عليها اسم المعتقدات التسكينية، كأن يقول: الانترنت هي الطريق الوحيد لأتخلص من أحزاني وآلامي.

➤ بعد أن استخدم الانترنت قلقي سيزول .

وعندما يصل الفرد إلى هذه المرحلة تظهر لديه الرغبة الملحة في استعمال الانترنت بشكل مفرط ولكن قبل أن يصل إلى القرار المتمثل في استعمال الانترنت بشكل مفرط أو لا استعمال الانترنت بشكل المفرط فإنه يتعامل مع معتقدين متناقضين، وهما: (مزياي، د.ت، ص 19-22)



- يجب أن لا استعمل الانترنت بشكل مفرط وقد سمي بيك هذا المعتقد باعتقاد الامتناع
- أنا موافق على استعمال الانترنت بشكل مفرط في هذا الوقت وقد سمي بيك هذا المعتقد بالاعتقاد الإباحي والتي تشكل المعتقدات الإباحية.

4-7 العلاج المعرفي للسلوك الإدمان وأهم التقنيات العلاجية المستعملة:

قدم بيك بعض النماذج العلاجية لمشكلة الإدمان واضطراباتها النفسية، التي تمتلك لنوع المعتقدات الوسطية التي ترتبط بانخفاض الشعور بالحب، وفقدان الأمل، ضعف القدرة على تحمل الإحباط والشعور بالروتين، وهو ما نجده لدى مدمن الانترنت وشكلت هذه المعتقدات المتنوعة نظام من المعتقدات غير الوظيفية يعمل على الاستمرار في الإدمان بسبب تكرار الانتكاسات، وعليه يعمل العلاج المعرفي على مستويات وأنواع مختلفة من المعتقدات (المخططات المعرفية الأساسية، المعتقدات التوقعية، التسكينية، الإباحية)، وذلك بتعديل المعتقدات غير الوظيفية إلى معتقدات أكثر عقلانية في مواجهة المشاكل والاضطرابات النفسية.

عمل كل من **برنارد وكرولين** على جمع أهم التقنيات المستعملة في علاج حالات الإدمان وهي:

(مزياي د.ت، ص 30-31)

1-4-7 **الانصات الانعكاسي**: عبارة عن استجابة بسيطة عن طريق تقديم جملة أو عبارة للمتكلم، ومن الضروري أن تكون هذه العبارة في شكل تأكيد بدلا من سؤال، وهذا بهدف دفع المفحوص للتفكير فيما يقوله وبالتالي استراتيجية جيدة في حالة المريض الذي يقاوم التفكير في السلوك ومن جهة أخرى يظهر المعالج تفهمه وقبوله للحالة .

2-4-7 **انعكاس التضخيم**: تستعمل هذه التقنية في انعكاس شيء قاله المفحوص بشكل مضخم أو مبالغ فيه، ويعمل المعالج في هذه الحالة بعكس هذه العبارة بلهجة أكثر توكيدية مبالغ فيها عن تلك التي استخدمها المفحوص، وهذا من أجل أن نشجعه على اتخاذ خطوة إلى الوراء وتغيير بعض التفكير .

3-4-7 **عكس جانبي التفكير**: وذلك عن طريق الإقرار بالفكرة التي يقدمها المفحوص مع إضافة الجانب الآخر الذي يناقض الفكرة .

4-4-7 **إعادة الصياغة**: وهذا بهدف إعادة بناء المعلومات التي جاء بها المفحوص من أجل إضافة تفسير آخر للسلوك .



7-4-5 **تقنية الايجابيات والسلبيات**؛ وهي طريقة موضوعية لتحليل الايجابيات والسلبيات من جراء استخدام المخدرات في جدول يضم أربعة مربعات .

7-4-6 **بطاقة أساليب التكيف**؛ هي بطاقة صغيرة بحيث يمكن للمريض أن يحملها معه، ويكتب فيها بعض الأساليب التي يمكن أن تساعده لتجنب الانتكاس، كالايجابيات والسلبيات، تقنية الإلهاء، تمارين التنفس... الخ

7-4-7 **مراقبة الذات**؛ وهذا عن طريق وضع سجل يومي أو أسبوعي لاستعمال الانترنت، قد يوضع فيه الفرص المتاحة، أوقات الاستعمال، حدة الأفكار المصاحبة.

7-4-8 **الأفكار الأوتوماتيكية**؛ يتعلم المريض كيفية تحديد والكشف عن الأفكار التي تولد الرغبة في التعاطي والأفكار التي تبقى أثناء الاستعمال ومن ثم يحاول إعادة بنائها .

7-4-9 **حل المشكلات**؛ يعتبر الهروب من المشاكل أحد الدوافع المؤدية إلى ادمان الانترنت، وبالتالي فإن تقنية حل المشكلات هامة في مساعدة الفرد على تصور ويجاد حل فعال لمشكلاته عن طريق ستة خطوات كما يلي تحديد المشكلة بوضوح ودقة، تصور أكبر قدر من الحلول عن طريق العصف الذهني، دراسة ايجابيات وسلبيات كل حل ممكن بالإضافة إلى كل انعكاساته الحالية والمستقبلية، اختيار أفضل الحلول، تنفيذ الحل المختار من خلال التخطيط، تقييم النجاح، أما في حالة عدم حل المشكلة نرجع إلى الخطوة الرابعة .

7-4-10 **التدريب على المهارات الاجتماعية**؛ وهي تنمية قدرة المفحوص على الاستجابة بطريقة فعالة وملائمة لبعض الوضعيات التي يمكن أن تضعه في ظرف خطر مرتفع، مثل ألا ينام طوال الليل في عطل الأسبوع أو أيام الأسبوع من اجل الانترنت .

7-4-11 **إدارة الرغبة الملحة**؛ عن طريق مراقبة الذات والوعي بها وفهم مكونات هذه الرغبة الملحة والعمل على بناء وسيلة لإدارة هذه الأعراض من خلال تقنيات ممارسة العكس، الاسترخاء، حل المشكلات ،ادارة الوقت والإلهاء.... الخ.

اذن وحسب بيك فان العلاج المعرفي مع حالات الادمان تكون من ثلاثة مستويات كما يلي :
(سرور، 2013، ص 43-45)

➤ **مستوى الأفكار التلقائية**؛ تعرف الافكار التلقائية بأنها تيار من الأفكار والمعتقدات والصور الشعورية التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى وتظهر في مواقف محددة وقد لاحظ



المعالجون المعرفيون كيف أنه من الشائع أن يتقبلها الأفراد كأمر يسلم به بدلا من التساؤل عن مدى مصداقيتها قد تكون الأفكار التلقائية ايجابية أو سلبية وبذلك فهي أفكار تسبق مباشرة أي انفعال غير سار كرد فعل لموقف أو حدث وتكون سريعة جدا بما لا يشعر به وتؤثر على مشاعرنا وسلوكنا.

➤ **مستوى التحريفات المعرفية للأفكار التلقائية:** يفسر أفراد المواقف على نحو سلبي

بصورة منتظمة رغم امكانية تفسيرها على نحو أكثر قبولا، وذكر بيك أن هناك عدة أنواع من التحريفات العرفية تساهم في التغذية الراجعة التي تدعم الاضطرابات النفسية، وهذه التحريفات المعرفية تكون نشطة، فإن الأفكار التلقائية السلبية تؤدي إلى التحريف المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن امثلتها التمثيل الشخصي، أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض أو التفكير الثنائي رؤية الأشياء على أساس أبيض أو أسود، أو الاستدلال العشوائي والمبالغة في التعميم والتضخيم .

➤ **مستوى المعتقدات أو المخطوطات:** يؤكد بيك وأميري أن الأفراد يتبنون قواعد ومعايير

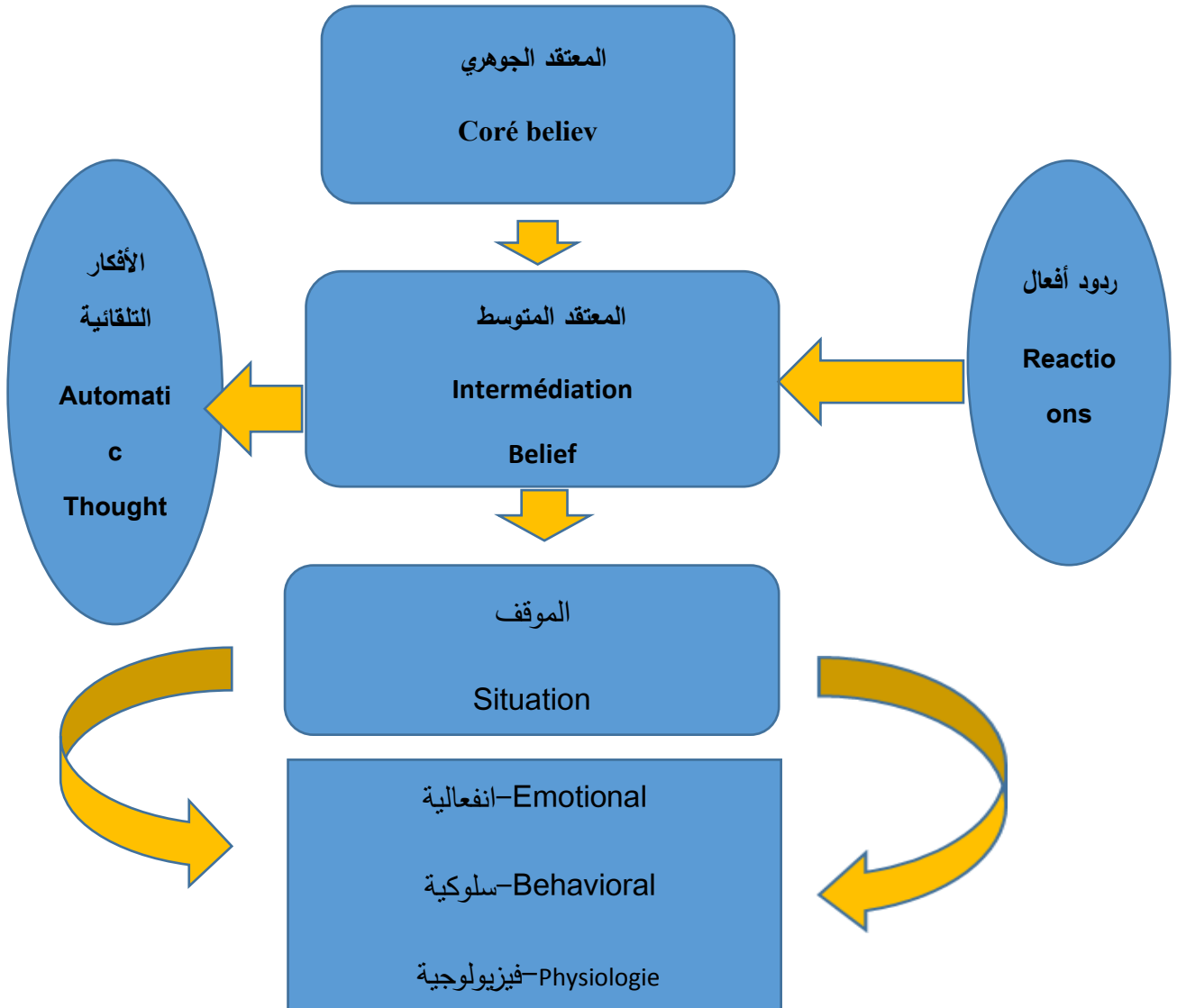
تكون أكثر جمودا أو ثباتا ومبنية على افتراضات خاطئة وتلك القواعد مشتقة من مخطوطات أو أساليب معقدة من التفكير التي تحدد كيف ان الخبرات سوف يتم ملاحظتها وفهمها، ويتم تبني تلك المخطوطات وأنماط التفكير في غياب الدليل الصحيح من البيئة، تشكل المخطوطات كلا من الافكار التلقائية والتحريفات المعرفية، والتي تتضمن معتقدات جوهرية كونها الفرد عن العالم، وهذه المخطوطات أو المعتقدات غير الوظيفية عن العلاقات لا تكون واضحة تماما في عقل الفرد بل تظهر كمفاهيم مشوشة، هذه الأنواع من المخطوطات هي أساس تصنيف وترميز، وتقييم الخبرات خلال حياة الفرد، وتكون هذه المخطوطات في بعض الاحيان شعورية واضحة جدا، ولكن في أغلب الأحيان لا يعي الأفراد بالمعتقدات الأساسية التي توجه استجاباتهم نحو تفاعلات وعيا كاملا.

7-5 **ضوابط تصميم خطة علاجية معرفية لخفض درجات ادمان على الانترنت:** تم تصميم

الصيغة الأولية للخطة العلاجية المعرفية بعد الاطلاع على أهم الأسس والمبادئ النظرية للعلاج المعرفي المستند على نظرية بيك وذلك من خلال مجموعة من المراجع العربية، والاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية ، والبرامج العلاجية المعرفية السلوكية، وأيضا الاطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة، وتم تخطيط للخطة العلاجية المعرفية واخراجها بشكلها النهائي، حيث اعتمدت على مجموعة من التقنيات والإجراءات التابعة لأساليب العلاجية المعرفية عند بيك .



7-5-1 الأساس النظري المعتمد في الخطة العلاجية يعد النموذج الذي قدمه بيك من أبرز النماذج العلاجية حيث يقوم على حقيقة مفادها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعان وافتراسات عن الذات وعن الآخرين وعن المحيطين به وهي التي توجه سلوكه فتحدد انفعالاته، حيث يفترض النموذج المعرفي أن الاستجابات السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بمعارفنا (أفكارنا) وهي التي تحدد الكيفية التي يدرك بها الفرد المواقف والأحداث التي يتعرض لها، وفي هذا الصدد يبين بيك ان التقييمات المعرفية تنتج من الأفكار الأوتوماتيكية وهذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية وهي المخططات التي لدى الفرد نفسه وعالمه ومستقبله، وقد وضع بيك نموذج المعرفي من خلال المخطط التالي :



شكل رقم (2) يمثل النموذج المعرفي عند ارون لبيك ،المصدر (فائق، 2021، ص 97-98).

وهناك عدة أساليب يتم استخدامها من خلال هذا النموذج العلاجي ومنها:

➤ التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها؛ حيث تعد الأفكار

التلقائية أفكارا سلبية تؤثر على قدرة الفرد في مواجهة أحداث الحياة مما يؤدي الي ردود فعل انفعالية لا تتلاءم مع المواقف وغالبا لا يكون الفرد واع بها الا بعد التدريب على تحديدها والعمل على تصحيحها من خلال استخدام سجل التفكير اليومي

➤ **ملأ الفراغات:** عندما يتحدث المرضى عن الاحداث التي وجهوها وردود فعلهم اتجاهها يتضح

ان هناك فجوة توجد بين المثيرات والاستجابات وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار والمعتقدات وتقع على المعالج مهمة ملء الفراغ، ويتم ذلك بتعليم المفحوص وان يركز على الأفكار التي تحدث اثناء معايشة المثير وردود فعله ازاءه.

7-5-2 خطوات العلاج المعرفي عند ارون ببيك في تصميم العلاج (الخطوة العلاجية):

ترتكز العملية العلاجية عند ببيك على المعرفيات اللفظية أو التصورية للمتعالج، وعلى الاقتراحات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه المعرفيات، وفي الخطوة الأولى يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج، وفي الخطوة الثانية يتم من خلالها التمارين والتدريبات والمعرفيات الإشكالية للمتعالج مثل الأفكار الاوتوماتيكية غير المتناسبة مع الواقع والهدف، حيث تصبح المعرفيات التي تجرى مدركة من قبل المتعالج، وعليه تقوم العملية العلاجية لأي مشكلة نفسية قبل اقتراح حلول مناسبة على تشخيصها، ويشكل الاستجواب جزءا من عملية التشخيص التي تركز على جمع البيانات وصياغة الفرضيات التفسيرية ووضع استراتيجيات لتحقيق الأهداف العلاجية المحددة(فائق، 2021، ص 100)

حيث تطبق خطوات العلاج المعرفي وفق عدة مراحل وتتمثل في:

➤ **تقييم الحالات:** ننصح بوضع صيغة شاملة للجوانب النفسية والاجتماعية للحالات الذين

يتلقون العلاج المعرفي، ففي البداية يستطيع المعالج ان يبدأ في وضع الحالات من خلال أخذ تاريخ الحالة التي يعاني منها من خلال التشخيص، المقابلة، والأعراض، والأفكار التلقائية، والمشاعر قصد وضع خطة علاج واضحة الأهداف ويعتبر استعداد الحالات ودوافعهم للعلاج أحد مكونات الأساسية



للتقييم وذلك لمعرفة مدى رغبتهم في العلاج ووعيهم بمشاكلتهم الحالية وتشمل صيغة التقدير النفسي العيادي ما يلي:

1- **التقييم الذاتي:** من خلال هذا التقييم يتعرف الفرد على مشكلته وتقييمها، إضافة إلى المعتقدات والأفكار الأوتوماتيكية التي ساهمت في ظهورها واستمرارها بالاستعانة على الحوار السقراطي بين المعالج والمريض.

2- **التقييم الموضوعي:** حيث تشمل المقاييس المتعددة التي تساعد في تحديد المشكلة والتعرف على درجات الحالات التي تعكس شدة وقوة مشكلتهم.

3- **التقييم الوجداني (الانفعالي):** وذلك من خلال التعرف على شدة الأعراض ومظاهر الاختلالات الانفعالية، وتدني تقدير الذاتي وإعادة تفسير الاحاسيس المتعلقة بالمشكلة، يستمر هذا التقييم طوال فترة العلاج لملاحظة التحسن والتقديم الدلائل على كفاءته.

خلاصة:

من خلال عرض ما سبق نستخلص أن العلاج المعرفي فعال مع حالات ادمان وفي أوقات قصيرة جدا ولا يتطلب وقتا طويلا وأنه فعال في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، يهدف العلاج المعرفي الى خفض درجات ادمان الانترنت من خلال التصحيح المعرفي للأفكار العقلانية الخاطئة واستبدالها بأفكار إيجابية، ويتمثل المنظور المعرفي عامتا في أن العلاج المعرفي يبني أساسا على تقييم المتنامي والمستمر، ويتطلب العلاج النفسي تحالفا علاجيا سليما من ثقة وعلى المعالج أن يظهر كل مقومات الأساسية اللازمة للمواقف العلاجية مثل الدفء والرعاية والاحترام والكفاءة والتفائل من أجل التحالف العلاجي، ان العلاج المعرفي هو علاج تعليمي في الأساس يهدف الى تعليم المريض كيف يكون معالج لنفسه، ويكرس على تجنب الانتكاسات، كما يمكن أن يعزز المعالج المعرفي الجلسات بعد نهاية العلاج وتكون مثلا كل ثلاثة أشهر لمنع الانتكاسة.





الجانب الميداني



الفصل الرابع:

اجراءات الدراسة الميدانية

تناول هذا الفصل بالتفصيل الإجراءات والخطوات التي اتبعتها خلال دراستي هذه، من حيث منهج الدراسة والتصميم الذي اعتمدت عليه، وخطوات اختيار عينة الدراسة، وكذا وصف لأدوات الدراسة وإجراءات تطبيقها وأهم المعالجات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات

1. الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة تمهيدية في أي بحث علمي، حيث تمنح إمكانية القيام بالبحث كما أنها أساس البحث عن الفرضيات الممكنة والملائمة لمجال الدراسة، في هذا الجزء نبين أهم الإجراءات الدراسة الاستطلاعية، وهذه الخطوة تعتبر حجر الأساس الذي تبنى عليها الدراسة الأساسية ومعطياتها بجمع بيانات ومعلومات أولية عن ميدان الدراسة والعينة وخصائصها والأدوات التي يمكن الاستعانة بها وسيتم التطرق في هذا الجزء الي الهدف من الدراسة الاستطلاعية، موصفات الدراسة الاستطلاعية، ثم اداتها وكيفية تطبيقها.

1-1 اهداف الدراسة الاستطلاعية: ان نجاح أي عمل علمي يتوقف على المنهج المتبع من طرف الباحث وعلى مدى ملائمة الأدوات التي يختارها الباحث حسب طبيعة الدراسة وكذلك العينة وضبطها لذا قمت بالدراسة الاستطلاعية لتحقيق مجموعة من الأهداف وهي:

- حساب الشروط السيكومترية لمقياس ادمان الانترنت.

- جمع المعطيات اللازمة لإعداد الخطة العلاجية المعرفية القائمة على النظرية المعرفية في خفض الادمان.

- التعرف بالخطة العلاجية من حيث الأهداف والمحتوى وعدد الجلسات ومدة كل جلسة من خلال عرضه على مجموعة من لأستاذة الخبراء والمحكمين، قصد تقييمها وتعديلها.

- التعرف على الميدان، ومعرفة أهم الصعوبات التي قد تواجهنا، واختيار العينة ومكان تطبيق الخطة العلاجية.

- الإحاطة بمختلف جوانب والمعطيات سواء كانت مادية او معنوية او بشرية التي قد نحتاجها اثناء تطبيق الخطة العلاجية في الدراسة الأساسية.

2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية في جامعة باتنة 1 خلال المدة الزمنية الممتدة ما بين (05 فيفري الى 01 مارس 2019) وعلى عينة استطلاعية تكونت من (30) طالبا وطالبة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (2) يمثل توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والفئة العمرية.

الفئة	20-18	23-21	المجموع
اناث	13	12	25
ذكور	02	03	05
المجموع	15	15	30

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفئة العمرية (20-18) سنة النسبة الأكبر من الاناث من العينة موزعة بعدد (13) لعينة الاناث و(02) لعينة ذكور، أما الفئة العمرية (23-21) سنة فهي أقل حضورا موزعة بعدد (12) لعينة الاناث و(03) لعينة الذكور في الفئة العمرية 20-18 سنة.

1-3 مبررات اختيار أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية: من المبررات التي جعلتني اعتمد شروط معينة في اختيار العينة من المجتمع المتاح للمساهمة في الخطة العلاجية هي:

1 ان يكون مسجل في الجامعة باتنة 1.

2 ان يكون سنه اقل من 25 سنة .

ان يكون يمارس الانترنت لفترة طويلة اكثر من 6 اشهر لتجنب الانبهار بالانترنت.

5 ان يكون قد تعرض الي مشاكل (صحية، اجتماعية، نفسية) من جراء الانترنت.

1-4 إجراءات الدراسة الاستطلاعية (تقنين المقاييس) :

اولا : اختيار أداة الدراسة مقياس ادمان الانترنت: تم اختيار مقياس ادمان الانترنت **لساميت ابرييم (2015)** بهدف استخدامه في تشخيص ادمان الانترنت والتي طبقته في دراستها الموسومة بالعلاقة بين ادمان الانترنت والشعور بالاغتراب النفسي على عينة من طلاب جامعة أم البواقي، يتكون هذا المقياس من (60) عبارة موزعة بالتساوي على ستة أبعاد لإدمان الانترنت وقد تم حساب ثبات وصدق المقياس من طرف الباحثة، على النحو التالي:

• **صدق المقياس:** تم حساب صدق المقياس ادمان الانترنت عن طريق الصدق التمييزي

(المقارنة الطرفية) أي من أدنى درجات المقياس للعينة (27 %) من أعلى درجات المقياس (27%) حيث قامت الباحثة بأخذ عينة تتكون من (30) فرد بعد ترتيبهم تصاعديا فتصبح مجموعتان تتكون كل واحدة من (08) أفراد ($08=0.27*30$) ومنه أخذت (08) أفراد من المجموعة العليا و(08) أفراد من المجموعة الدنيا وباستخدام أسلوب الاحصائي اختبار T لدلالة الفروق بينهما توصلت الي ان قيمة T دالة

احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بمتوسط حسابي للمجموعة الدنيا (76.26) والمجموعة العليا (117.13) وانحراف معياري (11.12) و (6.13) وقيمة T 13.76 مما يعني أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين المجموعتين الدنيا والعليا ومنه المقياس يعتبر صادقا فيما يقيسه.

• **ثبات المقياس:** قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس باستخدام معامل ثبات الفاكرونباخ وبالإستخدام نظام SPSS16 تم توصل الى معامل قدره (0.876) وهذا المعامل دال احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) مما يدل أن المقياس يتمتع بمستوى عالي من الثبات.

• الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة المحلية:

تم في الدراسة الحالية التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة الدراسة استطلاعية والتي تكونت من (30) طالبا، وقد تم حساب الصدق وثبات على النحو التالي:

الصدق المقياس: تم حساب صدق المقياس ادمان الانترنت من خلال: الصدق التمييزي وصدق التكوين (الاتساق الداخلي).

طريقة الصدق التمييزي: تم استخدام اختبار مان ويتي للمقارنة الطرفية كما يلي:

جدول رقم (3) يوضح الصدق التمييزي لأبعاد مقياس ادمان الانترنت

أبعاد	قيم	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة u	مستوى الدلالة
السيطرة	أصغر	10	5.50	55.0	-3.886	0.001
	أكبر	10	15.50	155		
المزاج	أصغر	10	55.0	55.0	-3.805	0.001
	أكبر	10	15.50	155		
التحمل	أصغر	10	8.60	86	-1.451	0.001
	أكبر	10	12.40	124		
الانسحاب	أصغر	10	5	45	-3.737	0.001
	أكبر	10	14.5	145		
الصراع	أصغر	10	5.50	55.00	-3.887	0.001
	أكبر	10	16.00	176.00		
الانتكاس	أكبر	10	5.5	55	-3.80	0.001

		155.1	15.0	10	أصفر	
--	--	-------	------	----	------	--

من خلال الجدول نجد ان قيم مان ويتني كانت كلها دالة مما يعني وجود فروق بين المجموعتين الطرفين، وهذا في مختلف الابعاد المشكلة للمقياس، وهذا ما يدل على الصدق التمييزي للمقياس في هذا الجانب .

• صدق الاتساق الداخلي:

لحساب صدق الاتساق الداخلي قام الباحث بحساب معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ثم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج على النحو الآتي:

معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للبعد تراوحت بين 0.17 الى 0.78 وكانت في معظمها دالة احصائيا وعمليا .

وللتأكد اكثر قمنا بحساب الصدق الارتباطي بين الدرجة الكلية وكل بعد والنتائج موضحة في

الجدول التالي :

ب-ارتباط درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس:

جدول رقم (4) يبين ارتباط درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.

معامل الارتباط	الأبعاد
0.014	السيطرة
*0.424	المزاج
*0.283	الاعراض الانسحابية
**0.678	التحمل
**0.504	الصراع
**0.464	الانتكاس

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط لدرجات كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، فيما عدى البعد المزاج فهو دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.05)، وبعد السيطرة فهو غير دال احصائيا، مما يشير إلى أن المقياس يتسم بدرجة من صدق الاتساق الداخلي أي أن الأداة تقيس ما صممت لقياسه.

• **ب الثبات:** يشير الثبات الى ما اذا كانت إجراءات القياس تعطي القيم نفسها للخاصية المراد قياسها في كل مرة يتم قياسها تحت الظروف نفسها، ويرى (كرونباخ) ان اتساق درجات الاستجابة يتم عبر مجموعة من القياسات منها الاتساق الداخلي ويشير معامل الثبات المستخرج بهذه الطريقة الى الارتباط الداخلي بين فقرات المقياس، وقد استخرج بطريقتين هما:

معامل الفا للاتساق الداخلي: تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من مقياس ادمان الانترنت وبنوده.

جدول رقم (05): يوضح معامل ألفا كرونباخ لكل بعد وبنوده.

الأبعاد	قيمة ألفا كرونباخ
السيطرة	0.502
المزاج	-0.043
التحمل	0.198
الانسحاب	0.556
الصراع	0.423
الانتكاس	0.389
الدرجة الكلية	0.773

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلب معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يزيد من مستويات الثقة في النتائج المترتبة عند تطبيق هذا المقياس.

التجزئة النصفية: طبق المقياس على عينة تكونت من (30) فردا وقد قسمت الفقرات الى نصفين، ضم النصف الأول الفقرات الفردية وضم النصف الثاني الفقرات الزوجية، وحسب معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس ولأن معامل الارتباط المستخرج بهذه الطريقة هو لنصف المقياس فقد جرى تعديله، باستخدام معادلة سبيرمان - براون التصحيحية ويمثل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية ودرجات الفقرات الزوجية للمقياس وبلغ معامل الارتباط الجزئي (0.40) وبعد تصحيحه بمعادلة "سبيرمان-براون" لتصحيح الطول بلغت قيمته (0.57) هو ما يؤكد أن المقياس يتمتع بثبات مقبول .

ثانياً : تصميم الخطة العلاجية القائمة على النظرية المعرفية من اعداد الباحث:

انطلاقاً من الأدب النظري في موضوع ادمان الأنترنت وبناءاً على الهدف العام من الدراسة تم تصميم هذه الخطة العلاجية من قبل الباحث كأداة لتطبيقها في الدراسة الحالية لمعرفة مدى فاعليتها في خفض درجات ادمان الأنترنت لدى طلبة باتنة 01 .

4-2-1 تعريف بالخطة العلاجية: تعرف بأنها برنامج علاجي نفسي منظم في ظل أسس وفتيات علمية وفق مهارات وفتيات معرفية، في ظل نشاطات ومفاهيم للنظرية المعرفية، يتم من خلالها تدريب مجموعة من الافراد سواء في شكل جماعات أو أفراد بهذه الفتيات في شكل جلسات، تتبع هذه الجلسات خطوات مخططة ومنظمة بشكل دقيق التي تهدف الى تحقيق أهداف معينة للجلسة، وكل خطوة تمهد لخطوة أخرى تليها لتصبح في نهاية مترابطة ومتكاملة معا وتؤدي الى خفض درجات ادمان الأنترنت. والخطة العلاجية الحالية عبارة عن مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة والتي تستند الى أسس وفتيات العلاج المعرفي وفق اتجاهات كل من **(بيك)** و**(جوديث)** وتتضمن مجموعة من معلومات والمهارات والأنشطة الموجهة للطلبة الجامعيين الذين يعانون من ادمان الأنترنت من أجل خفض درجات الإدمان على الأنترنت لديهم.

4.2.3.4 التخطيط للخطة العلاجية: استعرض الباحث الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية التي اهتمت بدراسة موضوع الدراسة الحالية من جوانبها وخاصة فيما تعلق بالجانب العلاجي منه، وتعددت مداخل العلاج النفسي لظاهرة إدمان الأنترنت كما هو مذكور في الدراسات السابقة.

4.3.3.4 أهداف الخطة العلاجية: تسعى الخطة العلاجية الحالية الى تحقيق نوعين من الأهداف:

➤ **هدف عام:** وهو خفض درجات ادمان على الأنترنت لدى طلاب الجامعة وذلك من خلال معارف جديدة وتدريبهم على بعض المهارات والفتيات المعرفية التي تؤدي في النهاية الى تعديل الأفكار والمعتقدات والمشاعر والاستجابات.

➤ **أهداف فرعية:**

- 1- امداد طلبة بمعلومات عن اضطراب ادمان الأنترنت من خلال المحاضرات عن مفهوم الاضطراب والتعريف وأسباب وأنواع وتفسيراته العلمية وتأثيراته على جميع جوانب الحياة لدى الفرد معرفيا وانفعاليا وسلوكيا وعواقبه على الصحة النفسية والاجتماعية والمهنية.
- 2- مساعدة على فهم العلاقة الثلاثية بين الأفكار والمعارف والمعتقدات في تحديد السلوكيات اللاتوافقية الخاطئة أي أفكارهم وميولهم لإدمان الأنترنت.

3- تدريب الطلاب على مهارات وفنيات معرفية (التعرف على الأفكار التلقائية، وعلى المعتقدات) التي من شأنها أن تزيد من ادمانهم لأنترنت.

4- مواجهة أخطاء التفكير والمعتقدات وتعديلها بالأفكار إيجابية ومعتقدات عقلانية بالاستخدام فنية إعادة البناء المعرفي لأخطاء التفكير والمعتقدات.

5- ممارسة الفنيات التي تم تدريب عليها خارج الجلسات العلاجية في المواقف حياتية واقعية.

6- تدريب على مواجهة الانتكاسة بعد العلاج واثاء العلاج حتى يتم العلاج بشكل الصحيح.

5.3.4 مصادر وخطوات بناء محتوى الخطة العلاجية:

تم اعداد هذه الخطة العلاجية بناء على مجموعة من المصادر والدراسات العلمية ومنها:

1- الاطار النظري الذي ألقى الضوء على متغير الدراسة الحالية (ادمان الأنترنت) من حيث التعريف به أسبابه، تشخيصه، أعراضه، ونظريات المفسرة له واثاره لدى طلاب الجامعة وأعراضه لديهم وطرق العلاجية المستخدمة لعلاجه.

2- من خلال الدراسة الاستطلاعية التي أجراها الباحث لمعرفة ادمان الأنترنت التي يعاني منها طلاب الجامعة من خلال تطبيق مقياس ادمان الأنترنت، والملاحظات اليومية لطلاب الجامعة في استعمال الانترنت.

3- استنبط الباحث الإطار العام للخطة العلاجية ومادته العلمية وفنياته العلاجية من أساليب وفنيات العلاج المعرفي لكل من بيك وجوديث بالإضافة الي الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب ادمان الانترنت، كما هي مستعرضة في الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.

4- تحليل محتوى البرامج العلاجية المتاحة والاستفادة منها في صياغة الفنيات العلاجية وتخطيط للجلسات العلاجية.

5- الاطلاع على البرامج العلاجية التي صممت لخفض ادمان الانترنت.

6- تحديد أهداف الخطة العلاجية وصياغتها.

7- صياغة محتوى الخطة في عدد من الجلسات تحتوي على فنيات ومهارات تدريبية التي تهدف الى تزويد افراد المجموعة التجريبية بها خلال الجلسات.

8- عرض الخطة العلاجية ومضمونها على مجموعة من المحكمين في تخصص علم النفس المعرفي.

وقد حرص الباحث على مراعاة بعض الجوانب المهمة عند بناء الخطة العلاجية من أجل تحقيق نجاح الأهداف المسطرة لها ومن بينها:

- أن يكون للخطة العلاجية أساس نظري وقد تبين مفاهيم العلاج المعرفي.
- أن تكون الخطة مناسبة لأفراد العينة المطبق عليها.
- أن تراعي الخطة الفروق الفردية بين الطلاب في استيعاب التعليمات والفنيات.
- أن تكون مرنة وخالية من الجمود والتعقيد ومصممة حسب الجلسات ومتطلبات الموقف الذي تفرضه كل جلسة مع التزام بالخطوط العريضة له.
- أن تراعي الخطة العلاجية البناء والتنظيم في الجلسات قصد تحقيق الأهداف كل جلسة على حدي من خلال نشاط الذي يمارسه أعضاء المجموعة.
- أن تراعي كذلك الخطة العلاجية تسلسل الجلسات وترابطها فيما بينها.
- أن تشمل الخطة العلاجية على فنيات سهلة مناسبة ومفهومة وسهلة التطبيق وخالية من التعقيد.

6.3.4 الفنيات المستخدمة في الخطة العلاجية

لا يمكن لأي خطة علاجية أن تحقق أهدافها ما لم تستخدم الفنيات اللازمة والملائمة التي تساهم في تنفيذ وانجاح هذه الخطة الى حد كبير.

وتهدف التقنيات المعرفية الى تغيير المفاهيم المختلة (الأفكار، المعتقدات، المخططات) وذلك بالعمل على الأفكار في حد ذاتها (إعادة البناء المعرفي) أو على التشوهات المعرفية (العمليات المعرفية) التي تشكلها، أو على المخططات اللاواعية التي هي أصل كل ما سبق أو على بعض الوظائف المعرفية الهشة (إعادة الربط المعرفي) ويمكن أن ندخل ضمن التقنيات المعرفية، تقديم المعلومات للمفحوص (التربية النفسية) لإعطائه الوسائل المعرفية لاستعادة السيطرة على صعوباته. (طموني، 2019، ص5).

وهناك العديد من الفنيات العلاجية التي تستخدم في العلاج المعرفي منها: فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها، فنية المراقبة الذاتية، فنية المتصل المعرفي فنية التخيل، فنية الواجبات المنزلية، فنية صرف الانتباه، فنية وقف الأفكار، فنية الحوار الذاتي، التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال، فنية النمذجة، فنية التدريب على الاسترخاء. (المنعمي، د.ت، ص16).

ويشير بيك في العلاج المعرفي يجب على المعالج الامام بمجموعة من المهارات العلاج المعرفي لضمان فعالية العلاج، وفيما يلي مراحل وخطوات العلاج المعرفي: (طموني، 2019، ص 22-23).

1- تحديد الأفكار التلقائية.

2- التعرف الي العلاقة المتبادلة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.

3- اختبار واقعية وصلاحيه المعتقدات والأفكار التلقائية لدى المتعالج.

4- استبدال المعتقدات المشوهة الخاطئة بمعتقدات صحيحة أكثر واقعية.

5- تحديد وتغيير المعتقدات أو الافتراضات أو المخططات التي تكمن وراء التفكير المشوه.

إذا اعتمدت الخطة العلاجية الحالية على مجموعة من الفنيات العلاج المعرفي **لأرون بيك**

وابنته جوديث تم اختيارها بعناية وبعد موافقة أهل الاختصاص على ذلك وهي على النحو التالي:

1] **المحاضرة التفاعلية+المناقشة الجماعية المفتوحة**: هي طريقة تربوية تهدف الى تعديل بعض السلوكيات والأفكار والمعتقدات والاتجاهات لدى بعض الطلاب، فالمحاضرات والمناقشات الجماعية أسلوب من أساليب العلاج الجماعي التعليمي، يغلب فيها المناخ شبه العلمي، ويلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم دورا رئيسيا، حيث يعتمد أساسا على إلقاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويلبها مناقشات أما عن موضوعات المناقشة الجماعية، فقد تكون عن الصحة النفسية والمرض النفسي، وقد يكون موضوع المناقشة (حالة افتراضية) يطرحها الفاحص، ويراعي فيها أن تجمع بين الصفات الغالبة لأعضاء الجماعة العلاجية أو مناقشة حالة أحد أعضاء الجماعة بعد استئذانه دون ذكر اسمه، أو اتجاه أو سلوك متطرف لأحد أعضاء الجماعة، أو مناقشة الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة التي قد تلاحظ عند بعض أعضاء الجماعة (المدمنين لأنترنت)، تتم المزوجة بين المحاضرات والمناقشات الجماعية وبين الترفيه والسمر والنشاط الفني وغير ذلك، حتى لا تأخذ العملية شكلا أكاديميا أكثر من اللازم (عطية، 2013، ص 67-69).

ويفضل أن يكون أعضاء الجماعة العلاجية في حالة استخدام أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية متجانسين، بمعنى أن يكونوا جميعا يعانون من مشكلات متشابهة (السيد، 2019، ص 62). يعتمد أسلوب المحاضرة على المنهج المعرفي، وهو يقوم على تقديم معلومات نفسية منظمة تعين الفرد على الاستبصار باضطرابه بطريقة موضوعية، وقد راع الباحث عدة اعتبارات عند استخدامه لهذه التقنية في الخطة العلاجية الحالية، ومن ذلك:

1- تقديم معلومات سيكولوجية بطريقة مبسطة ومنظمة، وبصورة يسهل فهمها واستيعابها لزيادة استبصار بطريقة موضوعية، مما ينمي اهتمامات بمدى حاجتهم ورغبتهم في تلقي المعلومات المتضمنة في المحاضرات، والتي فيها الصلة الوثيقة بمشكلاتهم الخاصة.

2- استخدام بعض الأمثلة المتعلقة بأعراض إدمان الانترنت، لمساعدة الطلبة على التركيز والاستفادة من المعلومات.

أما أسلوب المناقشة يقوم على التفاعل الذي تثيره المادة العلمية المقدمة في المحاضرة مع تفكير الفرد الداخلي الخاص به بما في ذلك أفكاره واتجاهاته ومشكلاته والتي ينتج من خلالها تصور ومفهوم جديد لدى الفرد، يدخل من خلاله في المناقشة الجماعية، بمعنى أن المادة العلمية هي الدافع والمثير لموضوعات المناقشة، وهي تقنية أساسية في العمل (الوحيشي، 2019، ص 98).

ويعد أسلوب المناقشة من خلال الحوار السقراطي من أكثر التقنيات العلاج المعرفي وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة، وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب وإنما يجب على المعالج أن يعتمد على خبراته وابداعه بصياغة الأسئلة التي من المحتمل أن تكشف على أنماط الأفكار التلقائية المختلفة مثل، ماذا تقصد، لماذا قلت هذا، دعنا نتوقف، هل ترغب... الخ.

2.فنية التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها؛ والمقصود بها الأفكار التي تعطل قدرة الفرد على التعايش مع تجارب وخبرات الحياة، مما ينتج عنها انفعالات غير ملائمة تفسد التوافق الداخلي للفرد وفي بعض الأحيان يتولد عنها استجابات انفعالية مفرطة ومبالغ فيها كالآلم ومن أساليب تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها نجد التدريب على الاسترخاء، مراقبة سجل الأفكار، إيجاد البدائل، الحوار السقراطي، فنية التخيل، لعب الدور، التدريب المعرفي. (مدور، 2019، ص 211).

1.2.فنية التعرف على الأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C) إن جوهر عملية العلاج المعرفي هو مساعدة الفرد على أن يتمكن من إعادة البناء المعرفي بشكل سليم، والهدف من هذا الأسلوب هو أن يقوم الفاحص بمساعدته على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلاته لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع أن يتعرف على مشاعره وكيف تؤثر على سلوكه وافكاره قصد توظيف هذه الأفكار والمشاعر الجديدة في ممارسة اليومية.

3.فنية التدريب على الاسترخاء؛ يعد أحد أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وتقوم أساليب الاسترخاء على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى راحة الجسم والنفس، وذلك عن

طريق التنفس العميق، وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي، وتعد الأساليب الحديثة في الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ويحتاج إجراؤه إلى تدريب منظم، وقد روعي استخدام هذه الفنية ابتداء من جلسة (03) من جلسات الخطة العلاجية، وذلك بغرض تدريب أفراد المجموعة التجريبية على التنفيس الانفعالي وإثارة الدافع لديهم للتعامل مع الموقف. (نفين، 2009، ص714-715)

4. **فنية إعادة البناء المعرفي:** يقصد بها محتوى الخبرات المعرفية للفرد، وكيفية تنظيمها كما وكيفا، وأسلوب استخدامها في مختلف المواقف، ويشير المحتوى المعرفي إلى تفاعل الخبرات السابقة مع المعلومات والخبرات الجديدة، ليشكلا معا البنية المعرفية الحالية للفرد، ويهدف البناء المعرفي إلى التعرف الدقيق على هذه الأفكار وتطويرها بحيث تكون قوة للتفكير الايجابي اضافة إلى تطوير وتدريب الصوت الداخلي بما يؤثر على الرؤية الثابتة للحياة (الوحيشي، 2019، ص 111).

ان فنية إعادة البناء المعرفي، تهدف الى تمكين المفحوص من تحديد أفكاره المختلة والتحقق من صحتها وتتطوي تحت هذه الفنية العديد من التقنيات التي يمكن أن تستخدم لهذا الغرض، ومن بين هذه الفنيات نجد الواجبات المنزلية، حل المشكلات، تصحيح الأفكار، إعادة التفكير، فهم المعنى الخاص للكلمات، تحدي ما هو مطلق، العزو، تسمية التشوهات، التدريب على التخيل، سجل الأفكار، الخ
ان جوهر عملية العلاج المعرفي من إعادة البناء المعرفي بشكل سليم، هو أن يقوم المعالج بمساعدة العميل على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلته لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارساته اليومية. (طوبال 2017 ص، 108).

5. **فنية الواجبات المنزلية:** تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، حيث تعتبر الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية، فهي بذلك تساهم في تحديد درجة التعاون والألفة بين الفاحص والمجموعة التجريبية ويستطيع تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المجموعة التجريبية بعمل الواجبات المنزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي تواجههم.

تستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الاوتوماتيكية التلقائية السلبية وعلاقتها برودود الأفعال الانفعالية كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي، وتعطي الفرصة للمجموعة التجريبية

لممارسة المهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية كما تعتبر جزء متمم لأهداف العلاج، ودورا هاما في زيادة فاعلية العلاج المعرفي إذا اهتم بالنقاط التالية: (الاسي، 2014، ص 98-99).

- 1- اعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المجموعة التجريبية.
 - 2- تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي.
 - 3- توضيح كيفية اجرائها والتأكد من استيعاب المجموعة التجريبية لإجراءات تطبيقها.
 - 4- مراجعتها في بداية كل جلسة
 - 5- تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية.
 - 6- فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض أفراد المجموعة التجريبية.
- الواجب المنزلي جزءا مكتملا وليس اختياريا في العلاج المعرفي، لأن الواجب المنزلي الجيد يعطي فرصا أكثر للمفحوصين أن يتعلموا بأنفسهم ويكمل ما تعلموه في جلسات العلاج ويؤدي الى زيادة الإحساس بالكفاءة ويتقدمون بطريقة سريعة نحو العلاج، يقوم المعالج بأعداده وينبغي أن يفصل فيه للمجموعة التجريبية وأن يصمم طبقا لمحتويات وأهداف الجلسة العلاجية وأهداف المفحوصين والمعالج، وعند اقتراح الواجب المنزلي يضع المعالج في اعتباره الصفات الفردية للجماعة العلاجية (قدرتها على القراءة والكتابة والدوافع والاستعداد للالتزام بالواجب، ووظائفهم الإدراكية والمعوقات العملية).
- يساعد هذا الواجب على تثبيت ما تعلمته المجموعة التجريبية وتشمل هذه المراجعة قراءة ملاحظات كتبت أثناء الجلسة أو بعدها مباشرة أو الاستماع الى تسجيل صوتي للجلسة، كما يمكنهم تسجيل الأفكار السلبية والاستجابات التكيفية التي تم التعرف عليها خلال الجلسة كما توجد طريقة أخرى لتسجيل الجلسة بأكملها والاستماع اليه وهي تسجيل ملخص لما دار بها وذلك في الدقائق الأخيرة من كل جلسة. (بيك، 2007، ص 375-378).

5.فنية التدريب على ادارة الوقت (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت): وهي عملية تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة للوقت من أجل اختيار الشيء المراد تعلمه والقيام بأعمال كثيرة في وقت قصير، وان التدريب على إدارة الوقت يهدف إلى زيادة الكفاءة لدى الفرد في استخدام الوقت وتوظيفه واستثماره في كل ما هو مفيد، ومن الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها لإدارة الوقت ترتيب الأولويات، جدولة الأعمال، التخلص من أوقات الفراغ الذي شغله الانترنت... الخ، وقد شملت هذه الفنية عدة فنيات من بينها:

➤ **فنية المراقبة الذاتية:** و يقصد بها قيام المفحوص بملاحظة ما يقوم به من سلوكيات متعلقة بمشكلته وتسجيله في مفكرة، أو نماذج خاصة معدة من المعالج، وقد روعي البدء في استخدام فنية المراقبة الذاتية في معظم جلسات البرنامج، خاصة الجلسة المتعلقة بتسجيل الأفكار التلقائية، وآلية تعديل السلوكيات السلبية المرتبطة بالإدمان على الانترنت، من اجل التدريب على المراقبة الذاتية والضبط الذاتي (الهردوس، 2016، ص 120).

كما تضمنت الخطة العلاجية استراتيجيات عملية، قدمتها النظرية المعرفية، وتركز مباشرة للحد من السيطرة على سلوكيات المدمن، ومنع الانتكاس وهذه الاستراتيجيات هي:

2.5 ممارسة العكس: وتتطلب هذه الممارسة تحديد نمط استخدام الفرد للإنترنت، ثم محاولة كسر هذا الروتين أو العادة عن طريق تقديم أنشطة محايدة ومعتدلة، وكذلك عمل جدول مخفض وإعادة تنظيم وقت الاستعمال الزائد على الإنترنت فإذا اعتاد المدمن استخدام الإنترنت طيلة أيام الأسبوع، فإنه يطلب منه الانتظار حتى يستخدمه في يوم الإجازة الأسبوعية.

3.5 تحديد وقت الاستخدام: يطلب من المفحوص وضع جدول أسبوعي مسبق للاستخدام، يحدد من خلاله عدد الساعات المخصصة يوميًا لاستخدام الإنترنت، وتقليل ساعات الاستخدام الأسبوعي بتوزيعها على أيام الأسبوع في ساعات محددة من اليوم لا تتعدى ما ورد في الجدول.

4.5 بطاقات التذكير: يطلب من المفحوص إعداد بطاقات يكتب عليها خمسًا من أهم المشكلات الناجمة عن إسرافه الإنترنت، ويكتب عليها أيضًا خمسًا من الفوائد التي ستنجم عن إقلاعه عن إدمانه، ومن ثم يصطحب هذه البطاقات معه حيثما يذهب، بحيث إذا وجد نفسه مستغرقًا في استخدام الإنترنت يخرج البطاقات ليذكر نفسه بالمشكلات التي قد تنجم عن هذا الاستغراق.

5.5 استخدام ساعات التوقف: يطلب من المفحوص ضبط منبه قبل بداية دخوله للإنترنت، ويحدد مسبقًا أن مدة الاستخدام هي ساعة واحدة قبل ذهابه للعمل أو الجامعة، حتى لا يستغرق في الإنترنت بالدرجة التي يتناسى فيها التزاماته وواجباته (شاهين 2015، ص 274-275)

6. استخدام الدعابة: تكون الدعابة مفيدة إذا كانت عفوية، وإذا سمحت للمعالج بمراقبة أفكاره وآرائه بموضوعية، وإذا قدمت بشكل لا تجعل المتعالج يفكر أنه شخص مستخف به. كما تسمح الدعابة للمعالج أن يحرر بنية معتقدات المتعالج دون مواجهة المعتقد الخاص مباشرة، فالمعالج يطلق الشكوك والمغالاة

حول تصريحات المتعالج الحقيقية دون أن يتجادلا حول كل نموذج خاص من الدليل المؤيد أو المعارض لفكرة ما مقدمة من المتعالج. (بكري 2012، ص 138-150).

7. أسلوب عرض الوسائل الإيضاحية السمعية والبصرية؛ وهي التي تصور مظاهر انفعالية سلوكية وما يتصل بها من مشكلات واضطرابات- فهذه الأفلام الوثائقية التعليمية النفسية- ذات أثر بعيد في نفسية أعضاء الجماعة المسترشدة- ويشترط إن يكون موضوع الوسائل الإيضاحية متصلا بمراكز أعضاء الجماعة وأدوارهم في الحياة ومع مشكلتهم المشتركة التي يعانون منها (عرض فيديو لإدمان الانترنت + صور كاريكاتوريا + رسومات داخل الجلسات العلاجية).

8. منع الانتكاسة وانهاء العلاج: ان هدف العلاج المعرفي هو مساعدة المجموعة التجريبية على التدريب لكي يكونوا معالجين لأنفسهم من خلال فنيات تعلموها وتدريبوا عليها، يبدأ المعالج في تخفيض معدل الجلسات تدريجيا الي مرة كل أسبوعين ثم مرة كل ثلاثة أسابيع ويشجع المجموعة على الحضور الي الجلسات التدميمية كل 3 أو 6 أشهر بعد نهاية العلاج.

يبدأ المعالج في اعداد المجموعة التجريبية لإنهاء العلاج ومنع الانتكاسة منذ الجلسة الأولى وذلك من خلال التعرف على توقعات المجموعة ومدى تحسنهم الذي نتوقعه، والزمن المتوقع لذلك، ويستعين المعالج هنا برسم بياني يتوقع فيه حدوث الانتكاسة وعلى المجموعة التجريبية أن تشاهده بحيث يوضح فيه مسار العلاج وفترات التحسن التي قد تتخللها الانتكاسة أو تراجع او فترات من التوقف. (بيك، 2007، ص 403-405).

عند تعليم وتدريب افراد المجموعة التجريبية على الوسائل والفنيات العلاجية المختلفة يركز المعالج على أن هذه الفنيات تستخدم مدى الحياة وبعد انتهاء فترة العلاج.

1.8 نموذج من جلسات العلاج الذاتي المقترحة في الخطة العلاجية لمنع الانتكاسة:

من المفيد أن يقوموا أفراد المجموعة التجريبية بأجراء هذا النوع من العلاج (العلاج الذاتي) وأن نشجعهم على استخدامه اثناء التخفيف التدريجي للجلسات العلاجية، ونوضح أهميته ومزياه يكون في بداية كل أسبوع مرة وبعده مرتين كل أسبوعين وبعده مرة في الشهر وبعده مرة كل ثلاثة أشهر وبعده مرة في السنة ونطرح سؤال هل بإمكانك ان تقوموا بالجلسات المتعلمة بصفة دورية ولوحدكم؟

1.1.8 نموذج العلاج الذاتي:

1. اعداد السجل؛ ما المسائل المهمة والمواقف التي على التفكير فيها؟

2. **مراجعة الواجب المنزلي:** ماذا تعلمت؟ إذا لم أكن قد أعددت الواجب فماذا عطلني عن ذلك؟ (مشاكل العمل – أفكار تلقائية). ماذا على ان افعل حتى سيهل على عمله هذه المرة؟

3. **مراجعة للأسابيع السابقة:** بالاستثناء الواجب المنزلي المحدد. هل استعملت أي أداة من أدوات العلاج المعرفي؟ (الغنيات).

- بالنظر الى الورا هل كان من المفيد لو استخدمت وسائل العلاج المعرفي أكثر من ذلك؟

- كيف يمكن ان أتذكر وسائل العلاج المعرفي في المرات القادمة؟

4. **فكر في المواقف والمشاكل الحالية:**

- هل اتعامل مع هذه المشاكل بطريقة واقعية؟ ام انا أبالغ بعض الشيء؟

- هل هناك طريقة أخرى للنظر في هذه المشاكل؟

- ماذا على ان افعل؟

5. **توقع المشاكل المحتملة من الان وحتى موعد الجلسة القادمة:**

- ما المشاكل الممكن حدوثها في الأيام القليلة القادمة؟

- وماذا على ان افعل إذا حدثت مشكلة؟

- هل من المفيد ان اتخيل نفسي متكيفا مع المشكلة؟

- ما الاحداث الإيجابية الي على ان انتظر حدوثها؟

6. **اعد واجبا منزليا جديدا:**

- ما الواجب المفيد الذي على ان التزم به؟

- عمل سجل الأفكار المعطلة؟ مراقبة نشاطاتي. جدولة الأنشطة السارة او التي أستطيع السيطرة عليها.

- ممارسة المهارات التي تعلمتها مثل الاسترخاء او التخيل. عمل شعارات إيجابية لتدعيم الذات.

7. **موعد الجلسة العلاجية القادمة:**

- ما الموعد المناسب للجلسة القادمة؟ وما الوقت الذي ينبغي ان يمر من الان وحتى موعد هذه الجلسة؟

- هل على ان اطلب مواعيد منتظمة لجلسات قادمة، كل أسبوع، شهر. ثلاثة أشهر؟

ان خطة العلاج الناجحة تتطلب تشخيصا صحيحا للحالات وتكوين مفهوم معرفي عن الحالات

ووضعه في مصطلحات معرفية ويضع المعالج خطة عامة للعلاج، وكذلك خطة خاصة لكل جلسة على

حدي، واضعا في اعتباره النقاط الآتية:

- التشخيص الجيد - تكوين مفهوم معرفي - تحديد اهداف المجموعة من العلاج.
- أكثر المشاكل والانفعالات الحاحا وازعاجا بالنسبة لهم - اهداف المعالج من العلاج.
- المرحلة العلاجية. - صفات المجموعة التجريبية وقدرتهم على التعلم.
- طبيعة وقوة التحالف العلاجي.

10. الخطوات العامة لتنفيذ الخطة العلاجية المعرفية:

1. تكوين الألفة والاحترام بين المعالج والمجموعة التجريبية من خلال الترحيب بهم وشكرهم على قبول المشاركة في الخطة العلاجية (العلاج المعرفي لإدمان الأنترنت).
2. عرض تمهيدي لكل جلسة من جلسات الخطة العلاجية وتحديد هدفها وموضوعها ومحتواها ووقتها.
3. الشروع في أنشطة كل جلسة باختيار الفنية المناسبة لها.
4. الحوار والمناقشة السقراطية والرد على التساؤلات التي يطرحها افراد العينة أثناء الجلسات.
5. تلخيص مضمون كل جلسة من جلسات الخطة العلاجية المعرفية.
6. مناقشة الواجبات المنزلية وتحديدها في نهاية كل جلسة
7. اختتام الجلسة وتقديم الشكر لأعضاء المجموعة التجريبية وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة.

11. طريقة تقييم الخطة العلاجية المعرفية:

1. توزيع الخطة العلاجية في صورتها الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين في علم النفس لأبداء آرائهم حول ما تم تناوله في الخطة العلاجية (العنوان الأهداف، الفنيات المستخدمة، مدة الجلسات، ترتيبها عدد الجلسات، محتوى الجلسات فترة الجلسة). وكذلك مدى ملائمة الخطة العلاجية المقترحة لخفض درجة ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة. انظر الملحق رقم (02)
2. توزيع استمارات اثناء تطبيق الخطة العلاجية على النحو التالي استمارة التقييم الذاتي (ملحق رقم 09) في كل جلسة علاجية لأنه الأقرب للموضوعية فهو يبين مدى الاستفادة من الجلسات والقيام بالتغذية الرجعية والتعديل الذي يتوافق مع ملاحظات الطلبة، واستمارة التقييم الذاتي لجلسات الخطة العلاجية في نهاية الخطة العلاجية المعرفية (ملحق رقم 11) بالإضافة الي استمارة تقرير الجلسة (ملحق رقم 06).
3. توجيه استمارة للمشاركين في الخطة العلاجية بعد التطبيق النهائي لها.

12. صدق الخطة العلاجية المعرفية:

لغرض التأكد من ملائمة الخطة العلاجية على العينة وهم طلاب الجامعة وصحة تطبيقها وإجرائها تم عرضها في صورتها الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في علم النفس العيادي، والقياس النفسي، والعلاجات النفسية لتحكيم الخطة العلاجية وإبداء ملاحظاتهم وآرائهم حول تصميم الخطة العلاجية المعرفية ومحتواها، وتقييم الجلسات من حيث العدد والمدة والهدف والفنيات المستخدمة في كل جلسة، والواجبات المنزلية المقدمة.

قمنا بإعداد نموذج استمارة تحكيم الخطة العلاجية المعرفية انظر **ملحق رقم (08)** حيث تم تعديل الخطة وفق الملاحظات المقدمة والتي أدلى بها المحكمون والجدول التالي يمثل نتائج التحكيم.

جدول رقم (06) يمثل نتائج تحكيم خطة علاجية معرفية في خفض درجات ادمان الانترنت من حيث التصميم والجلسات ومحتوى الاستمارات المرفقة.

موضوع التحكيم	القرار		نسبة الموافقة %	ملاحظات وتعديلات
	موافق	غير موافق		
من حيث التصميم				
عنوان الخطة العلاجية	06	00	100	
اهداف الخطة	04	02	66.67	تم تغيير صياغة بعض أهداف الخطة وتحديدها أكثر وبدقة.
مضمون الخطة	01	05	16.67	غياب تام لمضمون الخطة عليك التوضيح أكثر. عليك بذكر الوسائل التي ستستعين بها.
الفنيات المستخدمة	04	02	66.67	مقبولة وغير كافية لابد من تدعيمها بالاستراتيجيات مدعمة مع التركيز على الواجبات المنزلية ومليء الفراغ (إدارة الوقت).
عدد الجلسات في الخطة	03	03	50	تعديل في زمن الجلسات بالانقاص في الزمن والتقليل من الجلسات من 12 جلسة الي 10 جلسات وإضافة جلسات أخرى للتثقيف أكثر بإدمان الانترنت
من حيث المضمون				
هدف كل جلسة	05	01	83.33	إعادة صياغة بعض أهداف الجلسات وخاصة الجلسة الرابعة والجلسة الثامنة.
إجراءات الجلسة	04	02	66.67	جاءت البعض منها طويلة يجب تلخيصها ومن المستحسن استخدام أسلوب العشرين دقيقة لكل اجراء.

فنيات كل جلسة	03	03	50	تعديل بعض الفنيات، ودمج أخرى مع بعضها، وإضافة أخرى داعمة لمنع حدوث الانتكاسة.
الواجبات المنزلية في الجلسة	05	01	83.33	ضرورة التزام بالواجبات المنزلية وإضافة واجبات منزلية جديدة
مدة كل جلسة	01	05	16.67	تقليص في مدة الجلسات ككل من 120 دقيقة الي 75 دقيقة أي من 45 الي 75د حسب هدف كل جلسة.
من حيث الاستثمارات المرفقة				
استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية	06	00	100	مقبولة
استمارة تقييم الجلسات من طرف أعضاء المجموعة التجريبية	04	02	66.67	اضافة خانة لنسبة التغذية الرجعية لفنيات الخطة العلاجية.
التقييم الذاتي لجلسات الخطة (تقرير الجلسة)	06	00	100	مقبول
بطاقة فنية للخطة العلاجية المعرفية.	06	00	100	مقبول

نلاحظ من خلال نتائج تحكيم خطة علاجية معرفية في خفض درجات ادمان الانترنت من حيث التصميم والجلسات ومحتوى الاستثمارات المرفقة ان نسبة الاتفاق بين المحكمين كانت متقاربة في بعض مواضيع التحكيم خاصة فيما يتعلق ب عنوان الخطة العلاجية، استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية وتقرير الجلسة، بطاقة فنية للخطة العلاجية المعرفية، اما فيما يخص الملاحظات التي اشترك فيها المحكمين فتعلقت بمضمون الجلسات بتغير صياغة بعض اهداف الخطة، وتحديدها أكثر بدقة واجرائية، وذكر الوسائل مستعان بها، أما الفنيات فكانت مقبولة وغير كافية ولا بد من تدعيمها بالاستراتيجيات مدعمة مع التركيز على الواجبات المنزلية ومليء الفراغ (إدارة الوقت)، اما عدد جلسات تعديل في زمن الجلسات بالانقاص في الزمن والتقليل من الجلسات من (12-10) جلسات وإضافة جلسات أخرى للتثقيف أكثر بإدمان الانترنت اما من حيث اهداف الجلسة إعادة صياغة بعض أهداف الجلسات وخاصة الجلسة (4و8). إجراءات الجلسة جاءت البعض منها طويلة يجب تلخيصها واستخدام أسلوب العشرين دقيقة لكل اجراء. فنيات كل جلسة تعديل بعض الفنيات، ودمج أخرى مع بعضها، وإضافة أخرى داعمة لمنع حدوث

الانتكاسة. ضرورة التزام بالواجبات المنزلية وإضافة واجبات منزلية جديدة، مدة كل جلسة تقليص في مدة الجلسات ككل من (90 -120) د أي من (60-90) د حسب هدف كل منها.

نتائج الدراسة الاستطلاعية :

من خلال الاهداف العامة للدراسة الاستطلاعية فقد امكنا بناء وتجهيز ادوات الدراسة من خلال مقياس ادمان الانترنت وكذا تجهيز الخطة العلاجية ، كما تم التعرف على الميدان وخصائص العينة المستهدفة ، وسيتم توضع الخطوات النهائية في الدراسة الاساسية .

ثانيا : الدراسة الاساسية :

1-2 منهج الدراسة:

إن طبيعة الدراسة الحالية والتي تهدف إلى دراسة فاعلية خطة علاجية معرفية لخفض درجات الادمان على الانترنت لدى طلاب جامعة، يتطلب منا استخدام المنهج الشبه التجريبي الذي يهدف الي كشف عن العلاقة السببية بين متغيرات بناءا على تصميم الموقف تجريبي وذلك بإدخال المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية) على العينة التجريبية ثم قياس فاعلية الخطة لدى المجموعة التجريبية من أجل معرفة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى العينة ومعرفة الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي، وتعتمد الدراسة الحالية على المنهج الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة، لأنه يحقق اهداف الدراسة من حيث معرفة فيما إذا كان لخطة العلاجية فاعلية قبل تطبيقها وبعدها.

وعليه يمكن ان نعرف **المنهج الشبه التجريبي** على أنه: المنهج الذي يستطيع الباحث بواسطته ان يعرف أثر السبب (المتغير المستقل) على النتيجة (المتغير التابع) ويعرف المنهج التجريبي بأنه منهج يقوم على التجربة العلمية التي تكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات وذلك في ضوء ضبط كل العوامل المؤثرة في المتغير التابع، ماعدا عاملا يتحكم فيه الباحث ويغيره لغرض قياس تأثيره على المتغيرات التابعة. (يوسفي، 2012، ص 292).

ويعني ذلك أن دور الباحث في هذا النوع من الدراسات الشبه التجريبية يذهب الى ما وراء الوصف، والتعريف العلاقة القائمة بين المتغيرات، وانما يقوم بمعالجة عوامل معينة تحت شروط مضبوطة ضبطا دقيقا مسبقا، أي محاولة التحكم في جميع المتغيرات والعوامل الأساسية باستثناء متغير واحد الذي نهدف الي تحديده وقياس تأثيره في الخطة العلاجية.

قد اعتمدنا في الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي للمجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي ثم قياس تتبعي للمجموعة التجريبية، بهدف معرفة حجم أثر المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية) على المتغير التابع (ادمان الانترنت).

2-2 التصميم شبه التجريبي: تم الاعتماد على التصميم شبه التجريبي للمجموعة الواحدة باعتباره الأنسب للدراسة الحالية من حيث الإمكانيات البشرية والمادية والصحية (فيروس كورونا) المتاحة ويمكن تلخيص التصميم التجريبي في الدراسة الحالية وفق الخطوات التالية:

➤ اجراء اختبار قبلي على المجموعة التجريبية وذلك بقياس درجات ادمان الانترنت لديهم قبل ادخال المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية).

➤ ادخال المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية) في إطار العلاج المعرفي وتنفيذ خطواته.

➤ اجراء اختبار بعدي بقياس درجات ادمان الانترنت لدى المجموعة التجريبية بعد ادخال المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية) ثم حساب حجم التأثير الذي أحدثه المتغير المستقل في المتغير التابع.

➤ حساب الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي مع اختبار دلالة الفروق إحصائياً، ثم حساب حجم التأثير. والدلالة الاكلينيكية الذي أحدثه المتغير المستقل في المتغير التابع.

➤ قياس تتبعي للتأكد من استمرارية أثر المتغير المستقل (الخطة العلاجية المعرفية) على افراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين ونصف من تطبيق الخطة العلاجية.

وجداول رقم (07) يوضح تصور للتصميم شبه التجريبي للدراسة

قياس المتابعة تطبيق	القياس البعدي	التدريب على الخطة العلاجية	القياس قبل التطبيق	عدد افراد المجموعة	تعيين العشوائي
مقياس ادمان الانترنت	مقياس ادمان الانترنت	تطبيق الخطة العلاجية المعرفية	مقياس ادمان الانترنت	14	المجموعة التجريبية

من خلال هذا الجدول يتضح لنا كيفية إجراء التطبيق التجريبي للدراسة، اختبار قبلي باستخدام مجموعة واحدة ممثلة في طلاب الجامعة، وبعد إنهاء فترة تطبيق الخطة العلاجية في الجلسة الأخيرة نقوم باختبار بعدي وبعد مرور فترة زمنية يتم تطبيق اختبار تتبعي.

2-3 مبررات اختيار التصميم (الاحادي) ذو المجموعة الواحدة: تم الاعتماد هذا التصميم

- اعتماد شروط معينة في اختيار العينة من المجتمع المتاح للمساهمة في الخطة العلاجية وهي:
- أن يكون طالب(ة) مسجل في الموسم الجامعي 2020-2021 بجامعة الحاج لخضر باتنة 1.
- أن يكون قد انتهى من الامتحانات الدراسية.
- أن يكون مسجل في قسم علم النفس علوم التربية والأرطفونيا (جميع السنوات ما عدى الدكتوراه).
- أن يكون قد تحصل(ة) على درجات مرتفعة في مقياس ادمان الانترنت.
- أن لا يكون يعاني او أصيب بمرض فيروس كورونا.
- أن يكون مقيم داخل مدينة باتنة او دوائرها القريبة من الجامعة.
- أن يوافق على العلاج الجماعي وعلى الفنيات المستعملة في تنفيذ الخطة العلاجية (العقد العلاجي) من خلال جلسات جماعية في مكان واحد.

3- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (25) طالبا وطالبة تم اختيارهم بطريقة قصدية من طلاب جامعة باتنة 01 للموسم الجامعي 2020-2021 لاستجابتهم للإعلان الالكتروني الموجه لهم على صفحة خاصة بطلاب علم النفس جامعة باتنة 1، كما تم إجراء مقابلة تشخيصية أولية بتطبيق مقياس ادمان الانترنت من اجل اختيار الطلبة ذوي مستويات مرتفعة من ادمان الانترنت وبعد تصحيح المقياس تم الحصول على العينة النهائية التي شاركت في الخطة العلاجية المعرفية والتي تكونت من 14 طالب(ة) يعانون من ادمان انترنت مرتفع ، وبعد ابداء الرغبة والموافقة و المشاركة في العلاج المعرفي والامضاء على العقد العلاجي والتزام بما جاء فيه تم اختيار التصميم الأنسب للعلاج متمثل في المجموعة الواحدة .

جدول رقم (08) يوضح توزيع افراد العينة الدراسة الأساسية حسب متغير الدرجة

العلمية

النسبة المئوية%	التكرار	الدرجة العلمية	السنوات
50	07	السنة ثانية	
14.29	02	السنة الثالثة	
35.71	05	ماستر	
100	14	المجموع	

جدول رقم (09) يمثل توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الجنس والفئة العمرية.

الفئة	25-20	30-26	المجموع
اناث	10	01	11
ذكور	03	00	03
المجموع	13	01	14

3- حدود الدراسة:

لقد بنيت الخطة العلاجية الحالية في ضوء الأهداف التي تسعى الى تحقيقها فقد تم تطبيق الخطة ضمن الحدود التالية:

3-1 **الحدود الزمنية:** استغرقت الخطة العلاجية مدة (3أسابيع) بواقع (03جلسات أسبوعيا) وحدد الفترة الصباحية لتنفيذ الجلسات العلاجية مع التزام بوقت معين محدد لكل جلسة من (60-90دقيقة).

3-2 **الحدود المكانية:** تم تنفيذ الخطة العلاجية في قاعة من قاعات مخبر نظم الجودة تابع لمجمع مخابر البحث العلمي لجامعة باتنة 01 لشعبة علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والارطفونيا.

3-3 **عدد المشاركين في الخطة العلاجية:** بلغ عدد أفراد المجموعة العلاجية (14) طالبا منهم (3) طلاب (11) طالبة وهم طلاب السنوات الثانية والليسانس والماستر (شعبة علم النفس) مسجلين بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية للموسم الجامعي 2020-2021 الذين تحصلوا على درجات ادمان الانترنت مرتفعة جدا، والذين أبدوا تقبل وموافقة للمشاركة في الخطة العلاجية.

4- أدوات الدراسة:

بناء على الدراسة الاستطلاعية فقد اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على نوعان من الأدوات التقييمية والمتمثلة في مقياس ادمان الانترنت، والمقابلة التشخيصية، للتشخيص الجيد للحالات وأدوات تنفيذية تمثلت في الخطة العلاجية المعرفية.

- مقياس ادمان الانترنت لسامية ابرييم.
- المقابلة الشخصية (الفردية والجماعية) من اعداد الباحث وقد اكتفيت فيها بإجراء أسئلة مباشرة موجهة انظر الملحق رقم (03).

➤ الخطة العلاجية المعرفية.

1-4 مقياس ادمان الأنترنت:

اعدت هذا المقياس سامية ابريعة (2015) بهدف استخدامه في تشخيص ادمان الأنترنت في دراستها الموسومة بالعلاقة بين ادمان الأنترنت والشعور بالاغتراب النفسي على عينة من طلاب جامعة أم البواقي، يتكون هذا المقياس من (60) عبارة موزعة بالتساوي على ستة أبعاد لإدمان الأنترنت ولإجابة على المقياس يختار المفحوص أحد البدائل الثلاثة (تنطبق على تماما، تنطبق على الى حد ما، لا تنطبق على تماما) وفي المقابل تصحح الإجابات بعلامة تتراوح بين (0-1-2)، ويوضح الجدول التالي الأرقام الخاصة بكل مقياس فرعي.

الجدول رقم (10): أرقام الخاصة بكل بعد فرعي لمقياس ادمان الأنترنت.

الأبعاد الفرعية	العبارات
السيطرة أو البروز	1، 7، 13، 19، 25، 31، 37، 43، 49، 55
تغيير المزاج	2، 8، 14، 20، 26، 32، 38، 44، 50، 56
التحمل	3، 9، 15، 21، 27، 33، 39، 45، 51، 57
الأعراض الانسحابية	4، 10، 16، 22، 28، 34، 40، 46، 52، 58
الصراع	5، 11، 17، 23، 29، 35، 41، 47، 53، 59
الانتكاس	6، 12، 18، 24، 30، 36، 42، 48، 54، 60

➤ مفتاح التصحيح:

تتمثل طريقة تصحيح هذا المقياس بالإجابة باختيار أحد البدائل الثلاثة (تنطبق على تماما، تنطبق على الى حد ما، لا تنطبق على تماما)، مع الأخذ بعين الاعتبار بأن جميع عبارات المقياس تصحح في اتجاه واحد، والجدولين التاليين يوضحان مفتاح التصحيح ودرجات ادمان الأنترنت لدى الفرد.

جدول رقم (11): يوضح مفتاح التصحيح مع الأوزان

البدائل	تنطبق على تماما	تنطبق على الى حد ما	لا تنطبق على تماما
الدرجة المقابلة لها	2	1	0

جدول رقم (12): يوضح درجات ادمان الأنترنت لدى الفرد.

أقل من 60 درجة	60 درجة	60-120 درجة
لا تشير الي ادمان الانترنت	ادمان انترنت متوسط	ادمان انترنت مرتفع

2.4. الخطة العلاجية المعرفية (الصورة النهائية):

انطلاقاً من ملاحظات المحكمين وبعد اجراء التعديلات التي أشار اليها المحكمين، واجراء المقابلات مع افراد العينة وأهل الاختصاص في علاج الإدمان والمختصين النفسانيين في العلاجات النفسية المعرفية تم ضبط الصورة النهائية للخطة العلاجية المعرفية تحت عنوان: **فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجات ادمان على الانترنت لدى طلاب الجامعة.**

وبهذا كانت الصورة النهائية للخطة العلاجية المعرفية لمنحى أرون بيك واستمدت فنياته من أصله النظري وبعض الاستراتيجيات الداعمة لمنع الانتكاسة وأصبحت الخطة العلاجية المعرفية تحتوي على 10 جلسات بواقع ثلاثة جلسات في الأسبوع بمدة زمنية تراوحت بين 60دقيقة الى 90 دقيقة بتطبيق الفنيات التالية (المحاضرة التفاعلية + المناقشة الجماعية المفتوحة، فنية التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها، فنية التعرف على الأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C)، فنية التدريب على الاسترخاء، فنية إعادة البناء المعرفي، فنية الواجبات المنزلية، فنية التدريب على ادارة الوقت (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت)، فنية المراقبة الذاتية، فنية منع الانتكاسة وانهاء العلاج). والملحق رقم (14) يوضح الصورة النهائية للخطة العلاجية المعرفية المطبقة بالتفصيل.

والجدول رقم (13) يوضح المجال الزمني لتطبيق الخطة العلاجية المعرفية

المجموعة التجريبية	رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة بالدقائق
المجموعة التجريبية القياسي القبلي (تطبيق مقياس ادمان الانترنت)				
مجموعة تجريبية	01	30-06-2021	التعارف وبناء العلاقة العلاجية	45-60 د
مجموعة تجريبية	02	2021-07-01	لاضطراب ادمان الانترنت	90 د
مجموعة تجريبية	03	2021-07-03	التعرف على الأفكار التلقائية	90د

90-60 د	الكشف على الأفكار التلقائية	2021-07-04	04	مجموعة تجريبية
90د	مناقشة ودحض الأفكار التلقائية وتصحيحها	2021/07/06	05	مجموعة تجريبية
90د	التدريب على الاسترخاء	2021-07-07	06	مجموعة تجريبية
90د	إعادة البناء المعرفي	2021-07-08	07	مجموعة تجريبية
90د	فنية التدريب على ادارة الوقت (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت).	2021-07-10	08	مجموعة تجريبية
90د	التغذية الرجعية	2021-07-11	09	مجموعة تجريبية
90د	منع الانتكاسة وانهاء العلاج	12-07-2021	10	مجموعة تجريبية
مجموعة تجريبية القياس البعدي (تطبيق مقياس ادمان الانترنت) بعد اثناء الجلسة العاشرة من العلاج				
		2021-10-12		مجموعة تجريبية
مجموعة تجريبية القياس التتبعي (تطبيق مقياس ادمان الانترنت) أي بعد مرور ثلاثة أشهر				

يتضح من خلال الجدول أعلاه ان الخطة العلاجية المقترحة امتدت حوالي ثلاثة أسابيع بواقع ثلاثة جلسات الي أربعة في أسبوع حسب ما تقتضيه ظروف العلاج وحالات المتعالجين.
إجراءات تطبيق الخطة :

حيث تم تطبيق الخطة في نهاية شهر جوان من 30 الى 22 جويلية 2021، وهذا بعد اختيار عينة الدراسة التي أبدت رغبة في العلاج وتوافقت مع الشروط وامضت على العقد العلاجي، بعد تأكيد المشاركة تم الاتفاق على الجلسات ، وانطلقت اول جلسة من العلاج المعرفي بتاريخ 30 جوان 2021، وبعد مرور قرابة (3) أشهر من التطبيق قام الباحث بإجراء القياس التتبعي بتاريخ 12 اكتوبر 2021.
5. أساليب معالجة البيانات (الإحصائية)؛ بالرجوع الى متطلبات معالجة فرضيات الدراسة فقد تمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss25 بالنسبة لحساب الفروق الإحصائية وتم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية؛
1.5 أدوات الإحصاء الوصفي؛ اعتمدنا على التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة وبعض مقاييس النزعة المركزية ك الانحراف المعياري، التكرار، والمتوسط الحسابي

2.5 أدوات الإحصاء الاستدلالي: اختبار T لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية، كما تم التحقق من إمكانية استخدام اختبار T عن طريق استخدام اختبار سيميرنوف كولموغروف بغرض تحديد أي الأساليب الإحصائية التي تصلح للمعالجة، وبما ان اختبار T هو اختبار بارامتري استعمل في الدراسة الحالية لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي في مقياس ادمان الانترنت ومن شروط استخدامه ان يكون المتغير التابع مقاسا على المستوي الكمي، وان يتبع المتغير التابع التوزيع الاعندالي، واستقلالية المشاهدات، وان تكون العينة المختارة عشوائيا.

اما الدلالة العملية والاكلينيكية فقد تم الاعتماد على معادلات وخطوات خاصة بها كمايلي :

3.5 الدلالات العلمية (حجم الاثر) : حيث تم استخدام المعادلات التالية :

1.3.5 معادلتة حجم الأثر: او التأثير **حجم التأثير ES** ويعرف بأنه "مقدار أو كمية التغير في المتغير التابع من خلال المتغيرات المستقلة." ومعادلته:

- **حجم التأثير ES**: ومعادلته: $t \cdot \sqrt{2(1-r)/n}$

حيث (t) تمثل قيمة (ت) / r تمثل قيمة معامل الارتباط n/ تمثل العينة

2.3.5 مربع ايتا: **Eat Squared** $n^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$ / حيث t قيمة (ت) - df درجة الحرية

يسمى مربع معامل ايتا (n^2) أحيانا بنسبة الارتباط او قوة العلاقة بين المتغيرين (المستقل-التابع) وينتمي الى الإحصاء الوصفي (إحصاء العينات)، ويحدد (n^2) حجم تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع تحديدا كمي نظرا لأن (n^2) يدل على نسبة من التباين الكلي للمتغير التابع (التباين المفسر) في العينات موضوع البحث، والتي ترجع إلى تأثير المتغير المستقل، بمعنى أن (n^2) يحدد نسبة التباين في المتغير التابع التي يمكن تفسيرها والتي تعزى لتأثير المتغير المستقل (الدودير، 2006؛ 77)

معايير كوهين للحكم على حجم التأثير ومربع ايتا:

جدول رقم (14) يبين معايير كوهين

مستوى التأثير	مجالات حجم التأثير ES	مجالات مربع ايتا
صغير	0.4-0.2	0.01-0.03
متوسط	0.7-0.5	0.05-0.12
كبير	1.0-0.8	0.13-0.22

0.23-0.38	1.4-1.1	كبير جدا
0.39 فأكثر	1.5 فأكثر	ضخم

3-3-5 نسب الكسب لماك غيغان؛ والتي يرمز لها بحرف "G" والتي تساوي النهاية العظمى للمقياس p.

$$G = MPOST - MPRE/P - MPRE$$

حيث $MPOST$ تساوي مجموع القياس البعدي و $MPRE$ مجموع القياس القبلي و P النهاية العظمى للمقياس.

4-5 الدلالة الإكلينيكية:

يرى جاكسون ان التغيرات الناتجة عن العلاج النفسي تكون ذات دلالة إكلينيكية عندما يتمكن العميل من التحرك من فئة الاضطراب الي فئة السواء بعد الخضوع للبرنامج العلاجي لتأكد من صحة النتائج متوصل اليها احصائيا وعلميا ، وتعرف الدلالة الإكلينيكية على انها مقدار التغير في سلوك الفرد أو المجموعة والنتائج عن أثر المعالجة، حيث تكون النتائج دالة إكلينيكية عند انتقال الفرد أو المجموعة من حالة إلى حالة أخرى، ويتم تقديرها سواء على مستوى الفرد أو المجموعة من خلال أساليب إحصائية. وسيتم استعراض تطبيق الدلالة الإكلينيكية في عرض النتائج .



الفصل الخامس:
عرض ومناقشة وتفسير
نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة حسب الفرضيات:

1-1 عرض نتائج الفرضية البحثية الأولى:

والتي نصت على: تؤثر الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت لدى المجموعة التجريبية، واختبار صحة هذه الفرض من عدمه قمنا بالإجابة على الفرضيات الجزئية التالية:

1-1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

والتي نصها: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الإدمان الانترنت (الكلية) ولأبعاده بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية"، وللتحقق من ذلك قمنا بحساب الفروق في القياس البعدي بين المجموعات، وباستخدام اختبار "ت" بعد التأكد من توفر بعض شروطه وهي:

التجانس: تم حساب التجانس عن طريق اختبار "ليفين LEVENE" وكانت قيمة اختبار ليفين تساوي (0.53) وكانت القيم كلها غير دالة (أكبر من 0,05)، مما يعني تجانس المجموعات.

الاعتدالية: عن طريق حساب معامل الالتواء والخطأ المعياري حيث أن:

معامل الالتواء يساوي 0,62 والخطأ المعياري يساوي 0,41، وبالتالي إذا كانت قيمة الالتواء أقل من قيمة 2 × الخطأ المعياري (0,82) فهو اعتدالي (عزت عبد الحميد، 2011، ص 244)، ومن خلال النتائج نلاحظ أنه توجد اعتدالية في البيانات، والجدول الموالي يبين النتائج بعد حساب الفروق باختبار (T):

وجداول رقم (15) يوضح نتائج اختبار 'ت' للمقارنة بين القياس القبلي والبعدي لمقياس ادمان الانترنت

معامل الارتباط بيرسون	الدالة	قيمة 'ت'	الانحراف المعياري	ن	المتوسط	ابعاد مقياس ادمان الانترنت	
,512	,000	-7,236	2,23361	14	5,2857	البعدي	السيطرة
			2,35339	14	13,0000	القبلي	
,080	,000	-11,574	1,91150	14	5,5000	البعدي	المزاج
			1,76193	14	13,2143	القبلي	
,080	,000	-10,404	2,20887	14	5,5714	البعدي	الاعراض الانسحابية
			2,36852	14	14,9286	القبلي	

,387	,000	-6,773	1,59153	14	6,9286	البعدي	التحمل
			2,79029	14	13,6429	القبلي	
,418	,000	-10,149	2,20887	14	5,4286	البعدي	الصراع
			1,78516	14	14,5714	القبلي	
,220	,000	-8,977	1,68379	14	5,2857	بعدي	الانتكاس
			2,81772	14	12,3571	القبلي	
,124	,000	-18,575	3,30501	14	34,0000	القبلي	الدرجة الكلية
			8,62401	14	81,7143	البعدي	

من خلال الجدول يظهر لنا ان قيم T كانت دالة عند (0.01) مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات ادمان الأنترنترنت (الكلية) ولأبعاده بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وبالعودة للمتوسطات الحسابية نجد أن هذا الفرق هو لصالح القبلي مما يدل على أن هناك انخفاض واضح وذو دلالة في الأبعاد والدرجة الكلية.

وبما أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في إدمان الأنترنترنت حسب الدرجة الكلية وحسب الأبعاد بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية فإننا نقبل الفرضية الجزئية الأولى

2-1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي نصت على: هناك حجم أثر مرتفع تتركه الخطة العلاجية لدى المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية وفي ابعاد الادمان على الانترنت. وللإجابة تم حساب الدلالة العلمية (حجم الأثر) باستخدام معامل حجم التأثير ES وحجم تأثير مربع ايتا وحساب نسب الكسب لماك غيغان وبالاعتماد على معايير كوهين واستنتاج مستوى التأثير.

➤ **حجم التأثير ES وحجم تأثير مربع ايتا:** حيث تم حساب المعاملين حسب المعادلات

التالية والتي تم شرحها سابقا :

$$ES = \frac{t \cdot \sqrt{2(1-r)/n}}{df+t^2} \quad \text{و} \quad \text{Eat Squared } n^2 = \frac{2}{df+t^2}$$

ولمعرفة حجم التأثير قمنا بحساب حجم التأثير في المعادلتين ES ومربع ايتا وتم الحصول على:

الفصل الخامس — عرض ومناقشة نتائج الدراسة

جدول رقم (16) يوضح حجم التأثير بين القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس ادمان الانترنت

مقياس ادمان الانترنت	قيمة "η ² "	قيمة ES	حجم التأثير
مستوى التأثير	0.96	-2.470	ضخم

يتضح من الجول أعلاه أن حجم التأثير كبير بين القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس ادمان الانترنت
جدول رقم (17) يوضح حجم التأثير ES ومربع ايتا لأبعاد مقياس ادمان الانترنت ونسبة التأثير في كل بعد من ابعاده

البعد	حجم التأثير ES	مربع ايتا "η ² "	نسبة التأثير %
السيطرة	-1.953	0.801	80%
المزاج	-1.215	0.091	9%
الاعراض الانسحابية	-1.092	0.892	89%
التحمل	-1.591	0.779	77%
الصراع	-2.476	0.887	88%
الانتكاس	-1.588	0.861	86%

يتضح من خلال الجدولين السابقين أن حجم التأثير ES تراوح بين (-1.09 -2.47) وهو حسب معيار كوهين ضخم، أما حجم تأثير مربع ايتا فتراوح بين (0,09 -0,96)، وحسب معيار كوهين يعتبر مرتفع جدا أو تأثير ضخم.

➤ **نسبة الكسب لماك غيغان**، ولحساب حجم أثر كذلك تم حساب نسبة الكسب والتي يرمز

لها بحرف G والتي تحسب بالطريقة التالية :

$$G = MPOST - MPRE/P - MPRE$$

وبالتعويض في المعادلة نحصل على:

$$G = 34 - 81.7134/0 - 81.7134 \quad G = 129.42$$

حيث $MPOST =$ مجموع القياس البعدي و $MPRE =$ مجموع القياس القبلي و $P =$ النهاية العظمى للمقياس.
نلاحظ أن قيمة $G = 129.42$ وهي تمثل أعلى قيمة من 0.60 (حسب معايير تقييم نسبة الكسب) مما يدل أن الخطة العلاجية المعرفية قد أدت الى انخفاض أعراض ادمان الانترنت لدى أفراد المجموعة التجريبية، والقيمة متوصل اليها تدل على وجود حجم أثر مرتفع.

وكخلاصة لما سبق نجد قيمة (حجم التأثير ES) وقيمة (حجم التأثير 2η) ونسبة الكسب G لدى المجموعة التجريبية كانت كلها ذات قيم مرتفعة جدا ويشير ذلك الى فعالية مرتفعة للخطة العلاجية

المعرفية، وهذا يدل على أن نسبة التباين الكلي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية تعود إلى تأثير الخطة العلاجية المعرفية التي هدفت إلى خفض درجات ادمان الانترنت لدى المجموعة التجريبية.

3-1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي نصت على: هناك تحسن مرتفع وفق الدلالة الإكلينيكية تتركه الخطة العلاجية على أفراد المجموعة التجريبية

. وللإجابة تم حساب الدلالة الإكلينيكية؛ ويرى كل من جاكبسون وفوليت وريفنس أن التغيرات الناتجة عن العلاج النفسي تكون ذات دلالة إكلينيكية عندما يتمكن العميل من التحرك من فئة الاضطراب الى فئة السواء بعد الخضوع للبرنامج العلاجي، وقد تم حساب الدلالة الإكلينيكية في الدراسة الحالية بتتبع الخطوات التالية:

حساب درجة القطع بالاعتماد على المعادلة التالية:

$$\text{نقطة القطع} = \frac{X1 * S2 + X2 * S1}{S1 + S2}$$

وعليه: $X1$ = متوسط الحسابي القبلي $X2$ = متوسط الحسابي البعدي

$S1$ = مجموع الانحراف المعياري للقياس البعدي $S2$ = مجموع الانحراف المعياري للقياس القبلي.

$$\text{بالتعويض: نقطة القطع} = \frac{3.30 * 34 + 8.62 * 81.7134}{3.30 + 8.62}$$

وعليه نقطة القطع = 68.50

بعد حساب نقطة القطع يجب تحديد مقدار التغير الذي حدث وذلك من خلال استخدام مؤشر ثبات التغير (RCI)، ويتم حساب قيمة هذا المؤشر لكل فرد على حدى، من خلال حساب الفرق بين درجاته على القياسين القبلي والبعدي، ومن ثم قسمة هذا الفرق على الخطأ المعياري لدرجات الفرق كما هو موضح في المعادلة التالية:

$RCI = \frac{\text{الفرق بين القياس القبلي والبعدي}}{\text{الخطأ المعياري للفرق}}$ (محسوب من خلال جميع أفراد الدراسة).

وعليه من خلال استخدام درجة القطع ومؤشر ثبات التغير (RCI)، فإنه يتم تصنيف أفراد العينة الدراسة الى أربعة فئات وهي: (بوقفة، 2020، ص185)

1- فئة الأفراد المتعافين: وهم الذين وصلوا لحالة الشفاء ولم يعودوا بحاجة الى أي معالجة، ويعرفون وفقا لطريقة جاكبسون - ترواكس بأنهم أولئك الأفراد الذين تجاوزوا نقطة القطع المحددة، وتحصلوا على مؤشر ثبات ذو قيمة موجبة.

2- فئة الأفراد الذين تحسّنوا؛ هم الأفراد الذين تحسّنت درجاتهم البعدية مقارنة بدرجاتهم القبلية ولكنهم مازالوا بحاجة الى معالجة، ويعرفون وفق جاكبسون-ترواكس بأنهم أولئك الأفراد الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع المحددة ولكنهم تحصلوا على مؤشر ثبات تغير ذو قيمة موجبة.

3- فئة الأفراد الذين لم يتغيروا؛ وهم أولئك الأفراد الذين لم يحدث أي تغيير لديهم، وبالتالي درجاتهم ما زالت بحاجة للمعالجة، ويعرفون حسب جاكبسون بأنهم أولئك الافراد الذين تحصلوا على مؤشر ثبات تغير يساوي صفر، نتيجة تساوي درجاتهم القبلية مع درجاتهم البعدية.

4- فئة الأفراد الذين تدهورا أو تراجعوا (انتكاست)؛ وهم أولئك الأفراد الذين كانت درجاتهم البعدية أقل من درجاتهم القبلية، وما زالوا بحاجة للمعالجة، ويعرفهم جاكبسون ترواكس بأنهم أولئك الافراد الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع المحددة حصلوا على مؤشر ثبات تغير ذو قيمة سلبية.

وقد تم حساب مؤشر ثبات التغير في الدراسة الحالية وكانت النتيجة كالتالي:

جدول رقم (18) يوضح درجات الفرق ومؤشر ثبات التغير RCI

عينة الدراسة	درجات الفرق	مؤشر ثبات تغير (RCI)
01	38	14,34
02	51	19,25
03	55	20,75
04	59	22,26
05	54	20,38
06	69	26,04
07	48	18,11
08	45	16,98
09	49	18,49
10	36	13,58
11	30	11,32
12	46	17,36
13	53	20,00
14	43	16,23

يبين الجدول أعلاه درجات الفرق لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي- البعدي، وكذا درجت القطع لكل فرد من أفراد العينة، ومن خلال قيم مؤشر ثبات التغيير المحسوبة ودرجة القطع، أمكن تصنيف الحالات والجدول التالي:

الجدول رقم (19) يوضح تصنيف افراد المجموعة التجريبية بعد خضوعهم للخطة العلاجية المعرفية.

التصنيف	الحالة
تحسنت	01
تحسنت	02
تحسنت	03
تحسن	04
تحسنت	05
تحسنت	06
تحسن	07
تحسنت	08
تحسنت	09
تحسن	10
تحسنت	11
تحسنت	12
تحسنت	13
تحسنت	14

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه أن (14) حالة من أفراد المجموعة التجريبية لم تتجاوز نتائجهم نقطة القطع المقدر ب 68.50، وهذا ما يصنف الفئات في الفئة الثانية من تصنيف جاكسون ترواكس وهم الأفراد الذين تحسنت درجاتهم بين القياسين ولكنهم مازالوا بحاجة الى معالجة، أي أنهم أولئك الأفراد الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع المحددة ولكنهم تحصلوا على مؤشر ثبات تغير ذو قيمة موجبة بعد خضوعهم للخطة العلاجية المعرفية القائمة على أساس العلاج المعرفي لبيك وابنته جوديث المطبق في الدراسة الحالية والدلالة الاكلينيكية حسب جاكسون ترواكس مؤشر الانحدار يتجه نحو الوسطية ويمكن معالجته بمعادلته .

خلاصة نتائج الفرضية البحثية الاولى :

ومن خلال عرض نتائج الفرضية الجزئية الاولى يظهر لنا وجود فروق ذات دلالة بين القياسين، ويتضح من خلال هذه الفرضية وجود فروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس ادمان الانترنت في القياسين القبلي والبعدي ولصالح القياس البعدي ككل، ومن خلال الجدول رقم (13) يظهر لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات ادمان الانترنت (الكلية) ولأبعاده بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وبالعودة للجدول رقم (13) نجد أن هذا الفرق هو لصالح البعدي مما يدل على أن هناك تخفيض واضح وذو دلالة احصائية.

ومن خلال عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية كما يتضح من خلال الجدول (16) حجم التأثير ES ومربع ايتا لأبعاد مقياس ادمان الانترنت نسبة التأثير في كل بعد من أبعاده على وجود أحجام التأثير درجات المجموعة التجريبية على مقياس ادمان الانترنت في القياسين القبلي والبعدي ولصالح القياس البعدي ككل، حيث أن حجم التأثير ES للمجموعة التجريبية في المجموع الكلي لمقياس ادمان الانترنت فقد قدر حجم التأثير للمقياس ككل بحجم تأثير ضخم، ومن خلال نتائج نسبة الكسب **لماك غيغان** وأن قيمة **G** تمثل أعلى قيمة من 0.60 مما يدل أن الخطة العلاجية المعرفية قد أدت الى انخفاض أعراض ادمان الانترنت لدى أفراد المجموعة التجريبية، والقيمة متوصل اليها تدل على وجود حجم أثر مرتفع.

ومن خلال نتائج الفرضية الثالثة للدلالة الاكلينيكية نجد أن أفراد المجموعة التجريبية تحسّنوا وأمكن تصنيفهم في الفئة الثانية وعليه ومن خلال النتائج متوصل اليها فإننا نقبل الفرضية الأولى والتي نصها "تؤثر الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات الإدمان على الانترنت لدى المجموعة التجريبية" إذن يمكن القول إن الخطة العلاجية المعرفية كانت لها دلالة إحصائية، ودلالة عملية ودلالة إكلينيكية.

2-1 الفرضية البحثية الثانية:

والتي نصت على: يستمر تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس التتبعي بعد مرور شهرين ونصف؟ ولاختبار صحة هذه الفرض من عدمه قمنا بالإجابة على الفرضيات الجزئية التالية:

1-2-1 الفرضية الجزئية : والتي نصت على انه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات ادمان الانترنت (الدرجة الكلية) وابعاد القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية"،

الفصل الخامس — عرض ومناقشة نتائج الدراسة

ولاختبار صحة هذه الفرض من عدمه قمنا بالاستخدام اختبار T لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياس البعدي والتبعي لمقياس ادمان الأنترنت لدى المجموعة التجريبية.

وجداول رقم (20) يوضح نتائج اختبار T للمقارنة بين القياس البعدي والتبعي لمقياس ادمان الأنترنت.

أبعاد	القياس	المتوسط	ن	الانحراف	قيمة T	الدلالة
السيطرة	بعدي	5,2857	14	2,23361	2,360	غير دال
	تبعي	3,7857	14	2,22498		
المزاج	بعدي	5,5000	14	1,91150	1,713	غير دال
	تبعي	4,0000	14	2,38586		
التحمل	بعدي	6,8571	14	1,56191	1,080	غير دال
	تبعي	5,7143	14	3,47361		
الانسحاب	بعدي	5,5714	14	2,20887	-,279	غير دال
	تبعي	5,9286	14	3,58339		
الصراع	بعدي	5,4286	14	2,20887	1,644	غير دال
	تبعي	4,0000	14	2,66025		
الانتكاس	بعدي	5,2857	14	1,68379	1,794	غير دال
	تبعي	3,8571	14	1,99450		
الدرجة الكلية	بعدي	33.926	14	11.804	8.312	غير دال
	تبعي	27.285	14	16.319		

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيم T كانت غير دالة مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس ادمان الأنترنت بين القياسين البعدي والتبعي مما يعني أن الفرضية التي نصت على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات ادمان الأنترنت (الدرجة الكلية وابعاده) في القياس البعدي والتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، فرضية محققة.

إضافة لهذا الإجراءات، وللتأكد من فعالية الخطة العلاجية المعرفية تم استخدام طرق أخرى لتقييم فعاليتها تمثلت في استجابات أفراد عينة الدراسة على استمارة تقييم الخطة العلاجية وفيما يلي عرض للنتائج.

6. عرض نتائج تقييم أفراد العينة التجريبية للخطة العلاجية المعرفية:

إضافة الى ما تم سابقا من أساليب احصائية وعملية واكاديمية لتقييم فعالية الخطة العلاجية المعرفية تم كذلك تقييمه من خلال استجابات أفراد المجموعة التجريبية على استمارة تقييم الخطة العلاجية المعرفية وفيما يلي عرض لها:

1.6 استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية من طرف أعضاء المجموعة

جدول رقم (21) يوضح استجابات افراد المجموعة التجريبية على استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية المعرفية

العدد	الفقرات	المستوى			النسبة المئوية %	نسبة قبول المحور
		منخفض	متوسط	مرتفع		
أولا الخطة العلاجية						
01	وضح أهداف البرنامج بالنسبة لك.	00	00	14	%100	%85
02	مدى تنظيم وتسلسل المعارف المقدمة لك	00	2	12	%80	
03	مدى مناسبة مدة البرنامج للمحتوى المقدم لك.	00	3	11	%70	
04	مدى كفاية الوقت الذي قدم فيه البرنامج.	00	2	12	%80	
05	مدى تقديم البرنامج لمعلومات جديدة لك.	00	1	13	%90	
ثانيا الفنيات المقدمة في الخطة العلاجية						
01	كان شرحه لمضمون البرنامج الإرشادي واضحا.	00	00	14	%100	%100
02	أعطي الفرصة للمتدخلين للمناقشة وطرح الأسئلة	00	00	14	%100	
03	أجاب عن كل الأسئلة التي قد طرحت أثناء الجلسات.	00	2	12	%80	
04	أعاد الشرح لبعض النقاط الغامضة لأفراد المجموعة	00	1	13	%90	
05	التزم في الحضور في الوقت المناسب.	00	00	14	%100	
06	سعى إلى توفير جو من الألفة أثناء تقديم الجلسات.	00	00	14	%100	
07	كان منهج في تقديم المعلومات (لا ينتقل من عنصر لآخر إلا إذا استوفى شرحه وتأكد من فهم المشاركين له	00	1	13	%90	
ثالثا فاعلية الخطة العلاجية						
01	كانت مضامين الخطة العلاجية المقدمة متنوعة.	00	00	14	%100	%90
02	غيرت تصوراتي نحو مفهوم الخطط العلاجية النفسية.	00	2	12	%80	
03	غيرت الخطة العلاجية الكثير من التصورات التي كانت	00	1	13	%90	

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن استجابات أفراد العينة التجريبية على المحور الأول الخاص بالخطة العلاجية المعرفية عموماً تراوح بين (85-90%) ما يعني أن تقييم الخطة العلاجية المعرفية على العموم جيد بنسبة (90%) للمحور ككل، أما المحور الثاني فتراوح بين (80-100%) وكانت نسبة القبول على المحور ككل (90%)، أما فيما يخص السؤالين الأخيرين في الملاحظات حول مدى الاستفادة أفراد المجموعة من الخطة العلاجية في تبادل الأفكار فجاء بنسبة (80%) وبنسبة لسؤال مساعدة الخطة في تخفيض ادمان الأنترنت فقد جاء بنسبة (90%)، وعليه من خلال هذه النسب فنلاحظ أن أفراد العينة التجريبية كانت استجاباتهم نحو الخطة العلاجية كانت إيجابية، وتعرفوا على معنى الخطة العلاجية والهدف منها وتعرفوا أكثر على المشكلة التي يعانون منها وأعراضها النفسية، أما بنسبة مدة الخطة العلاجية فكانت نسبة الاستجابة ضئيلة، وقد صرحوا أن عديد الجلسات كانت مدتها قصيرة نوعاً ما وطالبوا بتمديد فترة الجلسات الخاصة بجلسات إنهاء العلاج ومنع الانتكاسة، حتى يتخلصن من المشكلة بشكل نهائي.

وعليه ان هذه النتائج حول تقييم أفراد المجموعة التجريبية على استمارة تقييم الخطة العلاجية المعرفية ككل تدعم النتائج المتحصل عليها من خلال عرض فرضيات الدراسة والتي أشارت الى فاعلية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة لخفض درجات ادمان الانترنت.

بعد عرض نتائج فرضيات الدراسة والتي دلت على وجود فروق دالة احصائياً في مقياس ادمان الانترنت ككل في القياسين القبلي والبعدي، وأن هناك حجم أثر للخطة العلاجية المعرفية من خلال حساب حجم الأثر ESS ومربع ايتا والذي قدر بضخم ومن خلال معادلة الكسب ماك غيغان لحساب درجة الكسب أنها نسب مقبولة للحكم على فعالية الخطة العلاجية في خفض درجات ادمان الانترنت، وبعد حساب الدلالة الاكليميكية التي أظهرت أن أفراد العينة التجريبية تحسّنوا وأمكن تصنيفهم في الفئة الثانية، كما أظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فروق دالة احصائياً بين القياسين البعدي والتتبع، كما أظهرت نتائج تقييم أفراد المجموعة التجريبية للخطة العلاجية إيجابياً وبيّنت مدى الاستفادة مما قدم لهم في الجلسات وانطلاقاً من هذه النتائج يمكن التوصل الى أن الفرضيات التي تمت صياغتها أنها محققة وعليه يمكن أن نقبل الفرضية الرئيسية والتي نصت على أنه " للخطة العلاجية المعرفية فاعلية كبيرة في خفض درجة الإدمان الانترنت لدى طلاب الجامعة".

2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

1-2 مناقشة نتائج الفرضية البحثية الأولى، والتي نصت على 'تؤثر الخطة العلاجية المعرفية في خفض درجات الإدمان على الإنترنت لدى المجموعة التجريبية. دلت النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية أن الخطة العلاجية المعرفية أحدثت تخفيض في أعراض ادمان الأنترنت ملحوظ ويقدر كبير، وبالتالي قبول الفرض الذي نص على أن الخطة العلاجية المعرفية لها أثر في خفض درجات الإدمان على الإنترنت لدى المجموعة التجريبية.

كما بينت النتائج متوصل إليها من خلال الإجابة على الفرضيتين (أ-ب) وحساب الدلالة الإحصائية، والعلمية والاكليينكية من خلال الجداول يظهر لنا أن قيم T كانت دالة عند (0.01). مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات ادمان الأنترنت (الكلية) ولأبعاده بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية ونجد هذا الفرق هو لصالح القبلي، مما يدل على أن هناك تخفيض واضح وذو دلالة، كما يتضح حجم التأثير ES ومربع ايتا لأبعاد مقياس ادمان الأنترنت ونسبة التأثير في كل بعد من أبعاده، حيث أن حجم التأثير ES للمجموعة التجريبية في ابعاد مقياس ادمان الأنترنت تراوح بين (-1.09 و-2.47) وهو ضخم أما حجم تأثير مربع ايتا فتراوح بين (0.09 و0.88) لأبعاد المقياس ككل وقد قدر حجم التأثير للمقياس ككل بحجم تأثير ضخم، وعليه درجة الأثر والتغير الذي أحدثته الخطة العلاجية المعرفية من حيث خفض درجات ادمان الأنترنت لدى أفراد المجموعة التجريبية تحيب عنه نتائج الدلالة العلمية والإكليينكية حيث أسفرت النتائج على تحسن الحالات (14) من أعراض ادمان الأنترنت، وهذه النتائج المتحصل عليها تؤكد نتائج دراسات سابقة ومن بينها نذكر دراسة الرفاعي (2011)، محمد أحمد شاهين (2015)،، دراسة عبد الفتاح الخواجرة (2015)، ودراسة ناصر بن صالح لعبيدي وسعيد بن ديبس (2017)، ودراسة نجوي إبراهيم عبد المنعم محمد (2017) أظهرت وجود فروق دالة إحصائياً لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي، وحدث انخفاض في مستوى ادمان الإنترنت، مما يشير إلى فاعلية الخطة العلاجية المعرفية، وأن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من خلال المهارات التي قدمتها البرنامج العلاجية الإنترنت كنتيجة لاحتفاظهم بما تعلموه وطبقوه من خلال مكتسبوه من فنيات، مهارات تطبيقية ساعدتهم في خفض درجات ادمان الأنترنت لديهم، وهو ما يؤكد صحة درجة الأثر والتغير الذي أحدثته الخطة العلاجية المعرفية من خلال عرض نتائجها.

ويمكن تفسير هذه النتائج كذلك في ضوء الخطة العلاجية المعرفية المطبقة والتي عملت على تغيير الأفكار التلقائية وتصحيحها، من خلال ما قدم من فنيات معرفية فقد ساهمت الأنشطة في الجلسات المقترحة على إعادة البناء المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية وإدراكهم لخطورة هذا اضطراب، حيث يقوم العلاج بإقناع المفحوصين أن معتقداتهم غير منطقية وعباراتهم الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف (وإدمان الأنترنت) بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة من أجل أحداث تغييرات معرفية لدى المفحوصين.

كما يفسر نجاح الخطة العلاجية إلى تبني نموذج ارون بيك المعرفي باعتباره نموذج علاجي تدريبي يعتمد على أفكار التلقائية لدى المتعالجين، ومن خلال أهداف العلاج المعرفي وخصائصه، كما هي موضحة في فصل العلاج المعرفي سابقاً ومبادئه وخطواته في اجراء بنيات جلسات العلاج وأهدافها وشكلها كما وصفتها **جوديث بيك** ومعرفة مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي من الجلسة التمهيديّة الى انتهاء العلاج ومنع الانتكاسة، وعليه نجاح العلاج المعرفي يكمن في تغيير المستويات الثلاثة الأفكار التلقائية، لأنها مرنة ومقبولة في المراحل الأولى من العلاج، ويتعلم الشخص تلك الأفكار باستخدام سجل بيك للأفكار التلقائية، وبعد مقدرتهم على تحديدها ساعدهم المعالج على تحديد التحريفات المعرفية ومعالجتها، ويرى بيك، أن العلاج المعرفي يركز على ثلاث جوانب وهي: تعديل الاعتقادات غير الصحيحة، وتصحيح أسباب العزو الخاطئة، واستخدام اجراءات التوجيه الذاتي لتقليل التفاعل السلبي.

وبهذا فإن العلاج يكون موجهاً بشكل رئيس نحو تغيير الأفكار الخاطئة والمشوهة غير التكيفية، وما يتعلق بها من خلل سلوكي (**ادمان الأنترنت**)، أدت تغيير هذه الأفكار التلقائية وإعادة بناء المعرفي الى خفض درجات ادمان الأنترنت لدى أفراد المجموعة التجريبية وهو وما يفسر النتائج الإيجابية لأثر الخطة العلاجية المعرفية في التحكم على الأفكار السلبية لدى المجموعة التجريبية وهذا ما تبين من خلال عرض نتائج إحصائية والعلمية والإكلينيكية واستعراض الدراسات السابقة والتي تضمنت فعالية العلاجات المعرفية السلوكية والعلاج المعرفي في خفض درجات ادمان الأنترنت، حيث لوحظ التأثيرات الإيجابية للتدخلات النفسية على افراد المجموعة التجريبية من خلال التعلم واكتساب معارف جديدة وتصحيح الأفكار الخاطئة لديهم، فكلما زادت عدد جلسات العلاجية كلما أدى الى نتائج افضل.

2-2 مناقشة نتائج الفرضية البحثية الثانية: والتي نصت "هل يستمر تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في خفض درجات الإدمان على الانترنت للمجموعة التجريبية في القياس التتبعي بعد مرور شهرين ونصف؟"

من خلال استعراض نتائج الجدول رقم (20) نلاحظ أن مستوى الدلالة لاختبار T للمقارنة بين القياس البعدي والتتبعي لمقياس ادمان الانترنت ($T = 8.31$) أكبر من (0.05) للمقياس ككل، وهذا يعني عدم دلالة الفروق وثبات نتائج الاختبار بعد مرور شهرين ونصف من التطبيق وعدم تغير النتائج بين القياسين البعدي والتتبعي وهذه النتائج تثبت وتدلل على استمرار أثر الخطة العلاجية المعرفية على أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع نتائج القياس القبلي، ومن خلال هذه النتائج لا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس ادمان الانترنت في القياسين البعدي والتتبعي ولصالح القياس البعدي ككل، فأنا نقبل الفرضية التي نصت على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات ادمان الانترنت (الدرجة الكلية وابعاده) في القياس البعدي والتتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية، وهي فرضية صحيحة ومحقة.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت اليه الدراسات السابقة والتي توصلت الى استمرار فعالية العلاجات المعرفية السلوكية في خفض درجات ادمان الأنترنترنت كدراسة (دراسة الرفاعي) (2011)، ومحمد أحمد شاهين (2015)، دراسة ناصر بن صالح لعبيدي وسعيد بن ديبس (2017)، دراسة احمد هلال (2010)، دراسة انتونيس وآخرون (2010)، ودراسة ياسونغ وآخرون (2010)، رغم اختلاف بعض الدراسات في متغير الدراسة وفي مدة فترة المتابعة كدراسة ياسرة محمد أيوب محمد أبو هدروس (2014)، ودراسة فيروسيكا وآخرون (2016)، دراسة نجوي إبراهيم عبد المنعم (2017).

ان استمرار فعالية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة الى ما بعد فترة المتابعة دليل على فاعليتها المستمدة من الخلفية النظرية المعرفية لأرون بيك بمستوياته الثلاث في إعادة البناء المعرفي وتغير الأفكار التلقائية السلبية الى ايجابية مما يستدعي تغير المكونات الثلاثة لدى أفراد المجموعة التجريبية (تغير المعرفي والسلوكي، والوجداني) فاستخدام فنيات التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها، وفنية التعرف على الأفكار والمشاعر والسلوك، وفنية إعادة البناء المعرفي، وفنية التدريب على ادارة الوقت، وفنية المراقبة الذاتية، لأنها من المفاهيم الرئيسية للعلاج المعرفي عند بيك.

وهدفت هذه التقنيات المعرفية الي تغيير المعارف المختلة (الأفكار، المعتقدات، المخططات) وذلك بالعمل على الأفكار في حد ذاتها (إعادة البناء المعرفي) أو على التشوهات المعرفية (العمليات المعرفية) التي شكلتها، أو على المخططات اللاواعية التي هي أصل كل ما سبق أو على بعض الوظائف المعرفية الهشة (إعادة الربط المعرفي) من خلال إعطائهم الوسائل المعرفية لاستعادة السيطرة على افراط استعمال الانترنت، وكذلك تعريف وتصحيح الأفكار والمناقشة وإعادة التفكير، وتحليل الإيجابيات والسلبيات (ميرفت، 2011، ص 2392). اذ تعد فنية التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها عامل رئيسي في تعايش الفرد مع تجارب وخبرات الحياة الجديدة، مما ينتج عنها انفعالات إيجابية تحقق التوافق الداخلي للفرد وكذلك فنية التعرف على الأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C) التي هدفت الي مساعدة المعالج للمميل على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلته لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع أن يتعرف على مشاعره وكيف تؤثر على سلوكه وافكاره قصد توظيف هذه الأفكار والمشاعر الجديدة في ممارسة اليومية.

كما هدفت أساليب معرفية المستخدمة في الدراسة الحالية كالمناقشة الجماعية المنطقية للأفكار اللاعقلانية المعطلة الي تغيير وتكوين أفكار إيجابية بديله، ومواجهة لأفكار اللاعقلانية والعمل على تحويلها إلى أفكار عقلانية، وكذلك أسلوب التوضيح والتشجيع والتفسير والإقناع لزيادة إدراك المجموعة أن أفكارهم غير عقلانية وأنه يجب تعديلها، ساعدة على تخفيض درجات ادمان الانترنت لديهم وكتدعيم لمنع حدوث الانتكاسة لدى أفراد المجموعة التجريبية فقد استفادوا من بعض الاستراتيجيات الداعمة مثل **فنية التدريب على ادارة الوقت** (استراتيجيات التعامل مع ادمان الأنترنت) وهي عملية تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة للوقت بما مكنهم من اختيار الشيء المراد تعلمه والقيام بأعمال كثيرة في وقت قصير، وبالتالي الحفاظ عليه اذ مكنهم استخدام لإدارة الوقت كترتيب الأولويات وجدولة الأعمال وتنفيذها والتخلص من اوقات الفراغ الذي شغله الانترنت، وقد شملت هذه الفنية عدة فنيات من بينها فنية المراقبة الذاتية من خلال اكتساب مهارة ملاحظة ما يقوم به من سلوكيات متعلقة بمشكلته وتسجيله في مفكرة، بتسجيل الأفكار التلقائية، وآلية تعديل السلوكيات السلبية المرتبطة بالإدمان على الأنترنت من أجل التدريب على المراقبة الذاتية والضبط الذاتي (الهدوس، 2016، ص 120) لقد ساعدت هذه الفنيات المعرفية على ترسيخ مبدأ جلسات العلاج المقدمة في استمرارية الخطة العلاجية المعرفية بعد مرور شهرين ونصف.

3- مناقشة وتفسير عام للنتائج:

أصبح التخطيط للبرامج العلاج النفسية جزءا هاما وأساسيا من أنظمة الخدمة النفسية والصحية، فقد تطورت العديد من العلاجات النفسية التي تهدف الي علاج اضطرابات النفسية على مر العصور من خلال تطبيق مختلف تقنيات العلاج ولهذا أصبح ضرورة لازمة على الممارسين لمهنة المختصين النفسانيين لتطبيق مهارتهم من أجل علاج هذه اضطرابات النفسية من خلال وضع الخطط والبرامج العلاجية اللازمة لفئات المجتمع التي تحتاج الي تقديم يد المساعدة والحاجة الي الخدمات، ومن بين أكثر البرامج العلاجية التي حققت رواجاً كبيراً في الآونة الأخيرة نجد العلاج المعرفي عند ارون بيك واتباعه اذ يعد العلاج المعرفي من أشكال العلاج النفسي الحديثة، وهو يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراتها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويستند هذا النمط العلاجي على لنموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وأكثر تشويهاً، وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية التي يكونها الفرد حول نفسه والعالم المحيط به خاطئة، والعلاج المعرفي يتسم بالتنظيم والفاعلية، وله عملية تتسم بالتعاون الأمبريقي بين المعالج والعميل لدراسة المعتقدات الخاصة به والمرتبطة أساساً بسوء التكيف وعدم القدرة على التوافق، كما يستخدم هذا النمط العلاجي في سبيل تحقيق أهداف استراتيجية معرفية، كما يعتمد على صياغة مشكلة الفرد التي يتم معالجتها بطريقة مستمرة وذلك وفقاً لتصحيح الأفكار الحالية للفرد، والأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها (صياد، د.ت، ص 121).

وبما ان العلاج المعرفي يهتم بتغيير الأفكار التلقائية الخاطئة وإعادة البناء المعرفي لدى الافراد تتبعث أهمية التدخل المعرفي من خلال بناء الخطط العلمية من أجل العلاج الفعال مع اضطرابات النفسية، وقد أتت هذه الدراسة لتعمل على تخفيض درجات ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة.

وقد اتضح من خلال عرض النتائج والمعالجات الإحصائية والعلمية والاكلينيكية بحساب الفروق وحجم الأثر فاعلية الخطة العلاجية المعرفية المطبقة على أفراد عينة الدراسة من طلاب الجامعة ممن تحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس ادمان الأنترنت، وقد بينت نتائج حجم الأثر ES ومربع ايتا والدلالة الاكلينيكية الأثر الذي أحدثته الخطة العلاجية في خفض درجات الإدمان لدى الطلاب في أبعاده الستة في القياس البعدي والتتبعي وهذه النتائج الإحصائية والعلمية تؤكد فاعلية الخطة العلاجية المعرفية في احداث تغيير على مستوى التفكير وادراك خطورة اضطراب ادمان الأنترنت وخفض مستواه لديهم من

خلال تعلم واكتساب مهارات معرفية ساعدتهم على تغيير أفكارهم السلبية نحو أفكار إيجابية، حيث استطاعوا من خلال هذه الخطة العلاجية فهم وإدراك أهمية إعادة البناء المعرفي وتصحيح الأفكار الخاطئة وتعلم استراتيجيات جديدة للتعامل مع اضطراب ادمان الأنترنت مثل إدارة الوقت، وعن هذا الأخير وبالمقارنة مع نتائج المقابلة الشخصية في جزء عدد الساعات التي يقضيها الطالب أمام الأنترنت والتي في بعض الحالات تجاوزت 6 ساعات فأكثر فقد خفضت الى ساعتين في اليوم وهذا راجع الى حسن استغلال الوقت بعد معرفة أهميته وطرق مليء الفراغ وسده بأنشطة أخرى.

والفنيات الذاتية كذلك ساعدت على خفض اضطراب ادمان الأنترنت اذ يعد ادراك الفرد لذاته والوعي بها واكتشاف الحقيقة هذا الاضطراب أدى بالأفراد الى مواجهته بحكمة واتزان انفعالي، كما أظهر القياس التتبعي على استقرار النتائج، مما يدل على ان الخطة العلاجية المعرفية لاتزال مستمرة نتيجة لما اكتسبوه من مهارات معرفية وخاصة فيما تعلموه من مهارات منع الانتكاسة، ان الهدف العلاجي للخطة العلاجية المعرفية قد تحقق بشكل جيد .وهذا ما أكده **خالد عبد الوهاب** اذا يعتبر الاهتمام بالجوانب المعرفية اهتمام بالنشاط المعرفي الذي يؤثر في السلوك، وأن النشاط المعرفي يمكن قياسه واختباره وتغييره، ومن الممكن استبدال السلوك السلبي عن طريق تغيير الأفكار الخاطئة، ان تأكيد على إمكانية التغيير هذا يجعل المتعالج يركز على ما يمكن التوصل اليه في المستقبل بدلا من التركيز على أعراض المشكلة وبالتالي يدعم فكرة أن المتعالج عضو فعال في العلاقة العلاجية وان التزامه ضروري فالمقوم الأساسي في هذا الاتجاه العلاجي هو الجهد التعاوني .

يتطلب العلاج المعرفي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمفحوص تجعل منه يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع، وكي يكون العلاج المعرفي فعال ومحدد البناء، ينبغي رسم استراتيجية علاجية عامة تتمثل في جعل العملية العلاجية بسيطة، جعل العملية العلاجية محددة ومتناسكة، التقييم المستمر، إجراءات ضبط الوقت، بناء مجموعة تدخلات معرفية موجزة، إبقاء التركيز على المشاكل القابلة للحل، وهذا ما دعم رسوخ العلاقة العلاجية.

العلاج المعرفي مبني على أساس النموذج التعليمي وهي إحدى المقدمات المنطقية للعلاج التي تتضمن المدخل التعليمي الذي يتلخص في فكرة تعلم كيف تتعلم، يمكن للفرد أن يُعَلِّم، ويتعلم كيف يفكر، ويتعلم طرائق أكثر فعالية لممارسة حياته، فإحدى وظائف المعالج هي أن يعلم المريض مهارات مواجهة أفكاره

المختلة، واضطرابه الانفعالي، والعلاج المعرفي يوفر خبرات أو تجارب إعادة بناء البيئة المعرفية المشوهة، ويدخل تقنيات تعليمية.

فالعلاقة الجيدة بين المفحوص والمتعالج والعلاج عامل هام في إنجاح أهداف الخطة العلاجية وهو ملاحظه الباحث في أفراد المجموعة التجريبية من تعاون واحساس كبير بالاهتمام بالأنشطة والواجبات اليومية وتنفيذ ما يطلب منهم والتركيز على متابعة جميع الجلسات بنفس الحماس وهو ما يخدم اهداف كل جلسة من جلسات الخطة العلاجية، كانت العلاقة بين الباحث والمجموعة التجريبية قائمة على حسن الاستماع والودية، والحث على أهمية تغير الأفكار السلبية الى الإيجابية والتعبير عن أفكارهم دون خوف أو تردد والمناقشات البناءة والحوارات والأسئلة والاجابة على التساؤلات المبهمه لديهم، في تقبل أفكار البديلة المقدمة من طرف الباحث في اثره الزاد المعرفي لديهم وتوليد أفكار جديدة التي اثرت وبشكل إيجابي في إنجاح الجلسات واستمرارها بفعالية حتى النهاية، كما كان التزام بالاتفاق الممضي عليه في اول جلسة اثر واضح في اكتساب المفاهيم وامتلاك المهارات المتعلمة، ومما يدعم صدق فاعلية هذه الخطة العلاجية هي التقييم النهائي للخطة العلاجية من طرف افراد المجموعة التجريبية، لما تم ممارسته من خلال نشاطات الجلسات ومردودها على افراد المجموعة التجريبية.

تؤكد نتائج الدراسة الحالية من خلال المعالجات ان الخطة العلاجية المستخدمة فعالة في خفض درجات على ادمان الانترنت، حيث أدت الفنيات المتضمنة فيها وخاصة المحاضرات والمناقشة والفيديوهات والرسوم الكاريكاتوريات الي تبصر وتقريب المشكلة أكثر لأذهان وهو ما ساهم بدرجة كبيرة في زيادة إدراك حجم خطورة هذا الاضطراب وضرورة البحث عن طرق لعلاجه مما ساعد في ارساخ طرق مواجهته لديهم وعلاجه.

ومن ناحية أخرى ساهمت فنية الاسترخاء والنكت والدعابة في خفض التوترات الناتجة عن اضطراب ادمان الانترنت في التنفيس الانفعالي، والتفكير المنتظم والجيد البعيد عن الانفعالات والأفكار الانفعالية الخاطئة.

كما ساعدة فنية منع الانتكاسة وانهاء العلاج المجموعة التجريبية على التدريب لكي يكونوا معالجين لأنفسهم من خلال فنيات تعلموها وتدربوا عليها حينما يشعروا بالرغبة في العودة الي ممارسة ادمان الانترنت وذلك بالتدريب واستخدام الطرق والوسائل التي تم تعلمها خلال العلاج، هذه الفنيات تستخدم مدى الحياة وبعد انتهاء فترة العلاج في مواقف مختلفة وتشمل هذه الطرق والفنيات المختلفة ما يلي (تكوين استجابات بديلة للمشاكل، وتقييم، الاستجابة للأفكار والمعتقدات التلقائية، استخدام استمارة الأفكار

التلقائية، رصد الأنشطة وجدولتها، ممارسة تمارين الاسترخاء، التعرف على المميزات والعيوب للأفكار والمعتقدات، وهو ما يدعم استمرارية أثر الخطة العلاجية المعرفية وفعاليتها لفترات طويلة بعد انتهاء فترة العلاج وهو ما يؤكد عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي لمقياس ادمان الانترنت بعد مرور شهرين ونصف من انتهاء الخطة العلاجية .

الخطبة

يستند موضوع الدراسة الحالية إلى اعتبار ادمان الأنترنت من اضطرابات النفسية الحديثة مصنفة في دليل التشخيص الاحصائي للطب النفسي (DSM-IV) كما ورد في نسخة المراجعة، الأشخاص المعتمدين أو المدمنين على الأنترنت بانهم يقومون بنشاط متزايد وقهري ومضطرب في استخدام شبكة الانترنت، والوقوع في دائرة إدمان يتطلب 6 أشهر من التعلق الكامل بالأنترنت، ومنه يعتبر هذا الأخير خاصية سلوكية تتعلق بالعادات والأنشطة اليومية للفرد، وهناك معايير التشخيصية له، منها الفرد منشغل بالأنترنت (يفكر في النشاط السابق عبر الأنترنت أو يتوقع الجلسة التالية عبر الأنترنت)، الحاجة إلى استخدام الانترنت لفترات أطول من أجل تحقيق الرضا، بذل جهوداً فاشلة للتحكم في استخدام الأنترنت أو تقليصه أو إيقافه، يكون مضطرباً أو مزاجياً أو مكتئباً أو سريع الانفعال عند محاولة خفض أو إيقاف استخدامها، بقي على الإنترنت لفترة أطول مما كان مقصوداً في الأصل، بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون واحداً مما يلي على الأقل حاضراً، عرض للخطر أو خاطر بفقدان علاقة مهمة أو وظيفة أو فرصة تعليمية أو مهنية بسبب الإنترنت، كذب على أفراد الأسرة أو المعالج أو غيره لإخفاء مدى ارتباطه بالإنترنت، تم تضمينه في الملحق (3) من الإصدار الجديد من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) تم اقتراح معايير تشخيصية مختلفة له .

أصبح إدمان الأنترنت مشكلة نفسية واجتماعية وصحية ونجم عنها العديد من النتائج السلبية مثل الانسحاب الاجتماعي وقلة العلاقات مع العائلات والأقران والمشكلات النفسية الاكتئاب والقلق... الخ، وهذا الأخير (ادمان الأنترنت) فتح مجالاً هاماً في ميدان العلاج النفسي بصفة عامة ومجال العلاج المعرفي بصفة خاصة للطلبة المدمنين على الأنترنت من أجل العمل على تغيير طريقة تفكيرهم الخاطئة وأفكارهم التلقائية السلبية في اتجاه ايجابي وواقعي معتمداً على فنيات معرفية لتغيير أنماط التفكير وادراك خطورة ادمان الأنترنت على الحياة الشخصية، فاهتمام في هذه الحالات يكون منصب على الأفكار الأتوماتيكية التي يكون الطالب غير مدرك لها.

من خلال هذه الدراسة توصل الباحث الى أن ادمان الانترنت يؤثر تأثيراً مباشراً على حياة الطلبة في جميع النواحي النفسية والجسدية والمادية وحتى البيولوجية من الجانب العصبي وهرموني، ويصعب على طالب الجامعي فهمه وموجهته رغم محاولات التوقف عنه أو محاولات الحد منه بالشكل المناسب، والقارئ لهذه الدراسة يجد تأثير العلاج المعرفي عند بيك في علاج الإدمان، ومن خلال هذه الدراسات لعلاج الإدمان، تم تصميم خطة علاجية معرفية مقترحة وفقاً لهذا العلاج، لعلاج ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة بالاعتماد على المنهج الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة من خلال

تعريضهم للخطة العلاجية وقياس درجات ادمان الأنترنت لديهم قبل التجريب وبعدها ومعرفة حجم تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة.

وقد بينت نتائج الدراسة وجود فعالية للخطة العلاجية المقترحة وذلك من خلال المعالجات الاحصائية والعلمية وحساب الدلالة الإكلينيكية الذين برهنوا على فعالية الخطة العلاجية المعرفية بمستوى أثر كبيراً جداً، وهذا ما يؤكد على دور وأهمية الخطط العلاجية المعرفية في علاج الاضطرابات النفسية عامتها وبصفة خاصة ادمان الأنترنت لما تحتويه (الخطط العلاجية المعرفية) من فنيات تعدل الأفكار الأوتوماتيكية ومراقبة الذات وإعادة البناء المعرفي في التغلب على ادمان الأنترنت.

فبرغم من هذا فان هناك صعوبات واجه الباحث خلال تنفيذ خطوات العلاج المعرفي المقترح في بعض الفنيات ومنها جلسات الاسترخاء نظراً لوضع مكان اجراء التطبيق تمرين الاسترخاء، الحالة الصحية في البلاد وتداعيات بروتوكولات فيروس كوفيد 19، صعوبة اقناع افراد المجموعة التجريبية عن التخلي عن هواتفهم اثناء تطبيق الخطة العلاجية المقترحة.

وعليه فهذه الدراسة ماهي الا محاولة علاجية في ميدان العلاجات النفسية، في العلاج المعرفي من اجل فتح آفاق علمية لتطوير وتعديل الخطط العلاجية المخصصة لعلاج ادمان الأنترنت لدى طلاب الجامعة، وعموما يرى الباحث أن نتائج الدراسة الحالية ماهي الا أرضية خصبة لاستكمال الدراسة والبحث العلمي بصفة عامة، والمجال العلاجات النفسية بصفة خاصة، من أجل ايجاد حلول متكاملة ومكثفة في علاج ادمان الأنترنت.

ويوصي الباحث على ضرورة اجراء دراسات على حالات أكثر وفق تصميمات أخرى، وتوسيع خدمات التدخل العلاجي لطلاب الجامعة بهدف تقديم العلاج النفسي المناسب، القيام بدراسات متعلقة بالخطط العلاجية النفسية مع فريق متكامل بهدف تحقيق نتائج افضل في علاج ادمان الأنترنت مستقبلاً.



التوصيات والاقتراحات

على ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، وبناء عليها يمكن أن يدرج الطالب الباحث مجموعة من التوصيات والاقتراحات:

- 1- ضرورة انشاء مراكز لعلاج ادمان الأنترنت على مستوى الولايات لتقديم الخدمات العلاجية والوقائية لمختلف شرائح المجتمع.
- 2- تطبيق الخطة العلاجية على عينة أكبر.
- 3- اجراء خطط علاجية مماثلة حول الموضوع وبفنيات أخرى وفي جامعات مختلفة من الوطن.
- 4- تنفيذ الخطة العلاجية المعرفية المقترحة الذي تم التأكد من فاعليتها على عينة من الطلبة الأجانب المقيمين بالجزائر لتأكد من الفاعلية خطط العلاجية.
- 5- اجراء بحوث متابعة لمدة لا تقل عن ستة أشهر لقياس مدى فاعلية الخطط العلاجية في استمرارها وثباتها.
- 6- تصميم خطط علاجية تستند على نظريات مختلفة ومقارنة نتائجها مع الدراسة الحالية.
- 7- تفعيل دور العلاج النفسي داخل مؤسسات التربية والتعليم العالي، في علاج الاضطرابات النفسية التي يعاني منها التلاميذ والطلاب بأنشاء عيادات نفسية داخلها.
- 8- ضرورة الاهتمام بالجوانب المعرفية لدى الطلاب، وتقديم يد المساعدة لهم سواء كانت مادية أو معنوية باستمرار، قصد تعزيز العلاقة بين الافراد ومؤسسة الجامعة.

قائمة المراجع

- أبوسعيد، ميرفت عبد الرحيم (2017). فاعلية محاضرة إرشادية قائمة على العلاج المعرفي في خفض الميل للعنف بين الطلبة في الجامعات. *دراسات العلوم التربوية*، 1(38)، 234-285.
- أحمد إبراهيم الباسوسي (2013). *استراتيجية العلاج النفسي المعرفي في علاج الذهان المبكر والحاد*. مركز الإسكندرية لكتاب. القاهرة.
- أحمد السيد إبراهيم أبو العطا (2019). العلاقة بين إدمان الانترنت والوحدة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية. *بور سعيد، مصر. مجلة كلية التربية. جامعة بورسعيد*. العدد (26). 979-1012.
- أحمد عبد البديع عبد الله كامل (2020). حجم التأثير وفاعليته في البحوث التجريبية. *المجلة الدولية لبحوث الاعلام والاتصالات*. 2(3). 1-30.
- أحمد هلال (2018). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج إدمان الإنترنت وتطبيقاته المشكلة لدى عينة من طلاب الجامعة بني سويف. *مصر. مجلة كلية التربية. العدد (19) جزء (2)*. 45-1.
- أحمد وجيه الدسوقي (2020). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تحسين أساليب المعاملة الوالدية لأطفال التوحد. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*. 2(52). 459-425.
- ارون بيك (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية*. دار النهضة العربية بيروت. لبنان. ترجمة عادل مصطفى وغانس يعقوب.
- اسلام أسامة محمود العصار (2015). *التشوهات المعرفية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة دراسة مقارنة*. أطروحة ماجستير. الصحة النفسية. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.
- أمزيان زبيدة (2007). *علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجته لإرشادية*. دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير. تخصص ارشاد نفسي مدرسي. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.
- أمل بنت علي ناصر الزيدي (2014). *إدمان الانترنت وعلاقته بالتواصل الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة انزوي*. رسالة مقدمة لنيل لدرجة الماجستير. جامعة أنزوي.

- أمل عدنان محي الدين أبوהלالة (2017). الآثار المترتبة على إدمان استخدام الإنترنت من وجهة نظر طلبة كلية العقبة. غير منشورة. 1-32.
- أمل كاظم حامد (2015). إدمان الأطفال والمراهقين على الانترنت وعلاقته بالانحراف. مجلة العلوم النفسية. العدد (19). 107-130.
- أمل يوسف عبد الله العمار (2017). الاتجاهات نحو الأنماط المستجدة من التمر الإلكتروني وعلاقتها بإدمان الإنترنت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب وطالبات التعليم التطبيقي بدولة الكويت، مجلة البحث العلمي في التربية. العدد (18). 331-366.
- أنور راجح مسعود المنعمي (2013). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية الأمن النفسي لدى المراهقين ذوي الظروف الخاصة. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير. في التوجيه والإرشاد التربوي. جامعة الملك عبد العزيز المملكة العربية السعودية.
- إيمان بوقفة (2021). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس. تخصص علم النفس العيادي. جامعة الحاج لخضر باتنة 01. الجزائر.
- إيمان محمد الطائي (2016). المشكلات السلوكية لدى الشباب (العنف، ادمان الانترنت). وأساليب المعالجة. مجلة البحوث التربوية والنفسية. العدد (51). 536-574.
- بسمة عيد يونس (2016). إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير. جامعة الأزهر. غزة. فلسطين.
- بشرى إسماعيل أحمد أرنوط (2018). فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام عبر الإنترنت في خفض أعراض التمر الوظيفي لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس. مجلة الأستاذ. العدد (227). 483-515.
- بشري إسماعيل أرنوط (2007). ادمان الانترنت وعلاقته بكل من ابعاد الشخصية والاضطرابات النفسية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق. العدد (55). 33-96.
- بن جديدي سعاد (2016). علاقة مستوى النرجسية بالإدمان على شبكة التواصل الاجتماعي (الفيس بوك) لدى المراهق الجزائري. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه. في علم النفس. تخصص علم النفس العيادي. جامعة محمد خيضر. بسكرة، الجزائر.

- بن دبيلي، اسماعيل (2016). *الإدمان على استخدام الانترنت وعلاقته بالاكتئاب والعزلة الاجتماعية*. أطروحة دكتوراة علوم الاعلام والاتصال. الجزائر
- بن سعيد زمعلاش واري(2012). *التكفل النفسي (المعرفي السلوكي) بالاضطراب التكيف لدي نزلاء المراهقين /بندائيين*. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم النفس الطفل والمراهق والإرشاد. جامعة وهران. الجزائر.
- بهاء الدين ايت صديق (2021). *من الجزائريين مدمنون على الانترنت، الشروق اونلاين ، تم استرجاعها بتاريخ 2021/10/27 من* <https://www.android-dz.com/ar>
- بيومي عبد الفتاح الحجازي(2002). *الأحدث والأنترنيت*. دراسة معمقة عن أثر الانترنت في الانحراف الاحداث. ط 1. الاسكندرية دار الفكر الجامعي.
- تامر ملاح (2010). *بحث عن إدمان الإنترنت، تم استرجاعها بتاريخ 2021 من* <https://kenanaonline.com/users/tamer2011-com/posts/158503>
- تجاني محمد حسن عبدالله (2017). *فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن*. دراسة تطبيقية على المرضى بمركز أمراض وجراحة الكلي بمستشفى ابن سينا ولاية الخرطوم. أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس الصحي. جامعة الجزيرة. الخرطوم. السودان.
- تريباتي (2018). *تأثير إدمان الإنترنت على الصحة العقلية: العلاج التكاملية مطلوب، تم استرجاعها بتاريخ 2021 من* <https://www.karger.com/Article/FullText/491997>
- جابر يحي عبد القادر العزايزة (2014)، *إدمان الانترنت وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدي المراهقين الفلسطينيين*. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير. جامعة الأزهر. غزة. فلسطين.
- جمانا محمد علي محمد الرشيدات (2017). *تأثير شبكة الانترنت على المراهقين في الأردن*. رسالة ماجستير تخصص الاعلام. جامعة الشرق الأوسط. الأردن.
- جهاد علاء الدين (2014)، *النتائج السلبية لاستخدام الانترنت: دور استخدام الإشكالي لأنترنت والوحدة والاكتئاب*. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 10 (3). 321-335
- جوديث بيك (2007)، *العلاج المعرفي الأسس والإبعاد*. المركز القومي للترجمة، الطبعة

- حبيبة رويبي (2020)، أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية فاعلية الذات لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم التربية. جامعة المسيلة. الجزائر.
- حدة يوسف (2012). فاعلية برنامج إرشادي (معرفي - سلوكي) في تنمية بعض متغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس. جامعة الحاج لخضر باتنة 01 الجزائر .
- حمدي عبد الله عبد العظيم (2013). البرامج الإرشادية. مجموعة برامج علمية ونماذج تطبيقية. سلسلة تنمية مهارات الاخصائي النفسي (3). ط1. مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
- حمدي عبد الله عبد العظيم (2013) برامج تعديل السلوك. مجموعة برامج علمية ونماذج تطبيقية. سلسلة تنمية مهارات الاخصائي النفسي (5). ط1. مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
- حمزة مزياني (د.ت). المعتقدات الادمانية دراسة تحليلية لنموذج بيك في تفسير سلوك الإدمان. جامعة الجزائر 02. 9-35.
- حمودة سليمة (2015). إدمان على الانترنت (اضطراب العصر). مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد (21). 213-244.
- خالد العمار (2014). إدمان الشبكة المعلوماتية الانترنت وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق. 30 (1). 395-438.
- خديجة حسين سلمان ووحيدة حسن على (2019). الإدمان على الانترنت وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى طلبة الجامعة، المستنصرية. مصر. جامعة واسط. مجلة كلية التربية. المؤتمر الدولي (11). 1227-1268.
- خولة بنت عبد الله السبتي (2004). مشكلات المراهقات الاجتماعية والنفسية والدراسية. دراسة وصفية على عينة من الطالبات السعوديات في المرحلة المتوسطة في المدارس الحكومية. في مدينة الرياض. رسالة مقدمة لنيل متطلبات درجة الماجستير. في الخدمات الاجتماعية. جامعة الملك سعود. السعودية.
- الرشيد إسماعيل الطاهر (2018). إدمان الانترنت لطلاب كلية التربية بجامعة الملك فيصل وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. مجلة الدراسات العليا-جامعة النيلين، 10 (1). 64-80.

- ابرييم سامية (2015) العلاقة بين إدمان الانترنت والشعور بالاغتراب النفسي. دراسة ميدانية لدي عينة من طلاب جامعة أم البواقي. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. العدد(15). 215-240
- سعد بن عبد الله الراشد (2014)، إدمان الانترنت لدي طلاب الجامعة في مملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الشارقة، للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 11(1). ص 1-30
- سعد على درويش (2016). قيم وخصائص مدمني الانترنت. ط1. الإسكندرية. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- سلطان عائض مفرح العصيمي (2010). إدمان الانترنت وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدي طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاجتماعية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. مملكة السعودية.
- سلمي حسين كامل (2016). إدمان الانترنت وعلاقته بالدافعية نحو التحصيل الدراسي لدي طلبة جامعة ديالي، مجلة الفتح. العدد (68). 269-301.
- سمية بوبعاية (2017). الإدمان على الانترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم لدي عينة من الشباب الجامعي. جامعة محمد بوضياف. المسيلة. الجزائر.
- سميرة زريقي وكمال سعد (2019). العلاقة بين إدمان الإنترنت والتدخين دراسة مقطعية على عينة من طلاب جامعة تشرين. مجلة جامعة تشرين لمبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية. 14(1). 125-135.
- سهام معيجل (2011). الإدمان على الانترنت وعلاقته ببعض متغيرات لدى طلبة الجامعة. مجلة جامعة الانبار للعلوم الإنسانية. العدد (4). 337-359.
- سهام معيجل (2016). الإدمان على الانترنت وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة. مجلة أبحاث ميسان. 22(4). 1-35.
- سيريل بوفيه ترجمة بوزيان فرحات (2019). مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية. دار المجد للنشر والتوزيع. سطيف. الجزائر.
- شيخا فؤاد (2017). الاستراتيجيات المعرفية المستعملة في التكفل المعرفي عند حالات الانهاك المهني. أطروحة دكتوراه. علم النفس. تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. الجزائر.

- شيماء محمد إبراهيم السيد (2019). العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. جامعة المنصورة. 5(3). 247-273.
- صافية أمينة (2016). دراسة للتأثيرات النفسية والاجتماعية والأخلاقية والصحية لاستعمال الأنترنت على المراهقين المتمدرسين بمدينة أم البواقي. أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه. في علم النفس الأسري. جامعة وهران 2. الجزائر.
- صبا منير حسين بشبش (2018). إيمان الإنترنت وعلاقته بالاكتئاب والوحدة النفسية لدى طلبة الجامعات، قُدمت هذه الرسالة للحصول على درجة الماجستير، في الصحة النفسية والمجتمعية بكلية التربية في الجامعة الإسلامية. فلسطين.
- الصباطي وآخرون (2010). إيمان الإنترنت ودوافع استخدامه في علاقتهما بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة. مجلة لجامعة الملك فيصل - العلوم الانسانية والادارية، 11(1). 91-144
- صبرينة حامدي (2015). الإدمان على الانترنت وعلاقته بالاغتراب النفسي والسلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير. تخصص علم النفس المدرسي وتطبيقاته. دراسة ميدانية بولاية الوادي. باتنة. الجزائر.
- صياد نعيمة (2018). فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتعديل خصائص نمط السلوك "أ" في خفض قلق الامتحان لطلبة البكالوريا. أطروحة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس التربوي، جامعة باتنة 01. الجزائر.
- طوبال فطيمة (2017). فعالية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية، رسالة دكتوراه تخصص علم النفس الصحة. جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2. الجزائر.
- عادل عبد الله محمد (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس والتطبيقات. ط1. القاهرة.
- عبد الرحمان أحمد محمود طموني (2019). فاعلية برنامج ارشادي معرفي في خفض التشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الارشاد النفسي والتربوي. جامعة القدس المفتوحة. فلسطين.
- عبد الغني تيايبية (2016). مساهمة في بناء برنامج ارشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات. أطروحة الدكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2. الجزائر.

- عبد الفتاح الخواجة (2015). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى ادمان الانترنت. وتحسين الكفاءة لدي الطلبة بجامعة السلطان قابوس. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. 5 (17). 240-227.
- عبد الفتاح محمد سعيد الخواجة (2014). الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى طلبة جامعة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. 2 (8). 79-102
- عبد الله الزيتاوي (2016). فاعلية العلاج المعرفي في التخفيف من مستوى قلق المستقبل وتعديل السلوك الاجتماعي لدى عينة من المراهقين في محافظة اربد. مجلة المنارة. 22 (3) . 257-219
- عبد الله سيد محمد جاب الله (2016). التسويق الأكاديمي ناتج اسهام العوامل الخمس الكبرى للشخصية وتفاعلات كل من متغيرات ادمان الانترنت وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية ، 6 (19). 75-100.
- عبد الله موسى محمد أبو المجد (2016). ظاهرة ادمان الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي وعلاج القران الكريم لها حولية كلية أصول الدين ولدعوة بالمنوفية. العدد (35) 2564-2639
- عبير جيايد عبد المغني المنتشه (2015). إدمان الإنترنت وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس. قدمت هذه الرسالة البحثية استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. جامعة القدس. فلسطين.
- عدنان يوسف العتوم (2004). علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان. ثلاث طبعات 2004-2010-2012.
- عزالدين صلاح الاسي هدير (2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام. أطروحة ماجستير. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.
- عزي صالح نعيمة وصادقي فاطمة (2019). العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية ارون بيك وجيفري يونغ. مجلة افاق علمية. 11 (3). 671-656.

- عفاف عبد الكريم مرشد ربيع (2010). درجة الانتكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات-دراسة مقارنة. رسالة ماجستير في الإرشاد التربوي والنفسي من قسم التربية - فلسطين.
- عفاف محمد عمر سرور (2013). فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي مصمم لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي. رسالة دكتوراه تخصص علم النفس الصحي. جامعة الجزيرة. السودان.
- العلاج الجيد (2019). إدمان الانترنت، تم استرجاعها بتاريخ 22-05-2022 من <https://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/issues/internet-addiction>
- عماد محمد عطية(2013). تقنيات الارشاد الجماعي. مكتبة الرشد. ط1. المملكة العربية السعودية.
- غالمي عديلة (2017). إدمان الانترنت وعلاقته بكل من سمات الشخصية (العوامل 16) وظهور بعض الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم. تخصص علم النفس العيادي. جامعة باتنة. الجزائر.
- فاتن محمد الحاج (2017). فاعلية برنامج للعلاج بالضبط الذاتي في خفض حدة الاعراض النفسية المرضية لإدمان الانترنت لدى طالبات كلية التربية بجامعة القصيم. مجلة العلوم التربوية. العدد(4). الجزء(2). 434-487.
- فاطمة يوسف صالح الوحيشى (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية. مقدمة لنيل درجة الماجستير تخصص علم النفس، جامعة بنغازي، ليبيا .
- فتحي مصطفى الزيات(2001). علم النفس المعرفي الجزء الأول. دراسات وبحوث. جامعة المنصورة الطبعة الأولى. دار النشر. مصر.
- فرغلى علاء الدين (2008). مهارات العلاج المعرفي السلوكي. ط2. مكتبة النهضة المصرية.
- فهد بن علي الطيار (2016). إدمان الإنترنت وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طلاب جامعة الملك سعود. المجلة الدولية التربوية المتخصصة. 5 (3). 404-446.

➤ فيروسيكا واخرون (2016). علاج إدمان الإنترنت مع اضطرابات القلق: بروتوكول العلاج والنتائج الأولية المسبقة التي تشمل العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي المعدل. تم استرجاعها بتاريخ 20-11-2021 من

➤ <https://www.yourbrainonporn.com/ar/relevant-research-and-articles-about-the-studies/internet-video-game-addiction/treatment-of-internet-addiction-with-anxiety-disorders-treatment-protocol-and-preliminary-before-after-results-involving-pharmacotherapy-and-modified-cognitive-behavioral-therapy-2016/>

➤ القرني محمد بن سالم (2011). ادمان الانترنت وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة الملك عبد العزيز. مجلة كلية التربية جامعة المنصورة. العدد (85) الجزء (3).

➤ كمال يوسف بلان (2015). نظريات الارشاد والعلاج النفسي. دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع، ط1. عمان .

➤ محمد أحمد خدام المشاقبه (2013) فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. 21(4). 265-291

➤ محمد احمد شاهين (2015). فاعلية برنامج رشادي معرفي - سلوكي في خفض ادمان الانترنت لدي عينة من الطلبة الجامعيين. مجلة جامعة الأقصى. 19 (2). 273-305

➤ محمد عقلان (2015)، العلاج المعرفي، تم استرجاعها بتاريخ 15-02- من

➤ <http://cbtarabia.com/2011-12-30-15-01-05/>

➤ محمد عمر المومني (2015)، علاقة إدمان الانترنت بالتواصل الاجتماعي لدى طلبة تخصص التربية المهنية، مجلة لأرك للفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية. 1(20). 360-377

➤ محمد فهد على الدهام وسهام درويش أبو عطية (2017). فاعلية برنامج الارشاد الجمعي الواقعي في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوك ادمان الأنترنترنت لدى المراهقين. المجلة

الدولية التربوية المتخصصة، 6 (7). 1-16

- محمد قاسم عبد الله (د، ت). إدمان الانترنت وعلاقته بسمات الشخصية المرضية لدي الأطفال والمراهقين، مجلة الطفولة العربية. 1 (64). 9-32
- محمد نجيب صبوة وجمعة سيد يوسف (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي نظريات نفسية متعددة لصياغة حالة. ابتراك للطباعة والنشر والتوزيع. ط1. مصر
- مدور ليلي (2019). فعالية برنامج ارشادي معرفي-سلوكي في تنمية بعض متغيرات الشخصية للتخفيف من الاحتراق النفسي لدى عينة من الأساتذة التعليم المتوسط دراسة شبه تجريبية. أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر باتنة1. الجزائر.
- مسعودة هتهات (2014). المشكلات النفسية والاجتماعية لدي المراهقين المتمدرسين مستخدمي الانترنت. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.
- مصطفى منصور ومختار بوفرة (2018). إدمان الانترنت وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى تلاميذ التعليم الثانوي. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والانسانية. جامعة بابل. عدد(41). 396-386
- مصطفى احمد إبراهيم (2015). إدمان الانترنت وعلاقته بالقابلية لاستهواء لدى طلاب جامعة، تم استرجاعها بتاريخ 2021 من
- https://www.researchgate.net/publication/321552980_adman_alantrn_t_wlaqth_balqablyt_llasthwa_ldy_tlab_jamt_almnya
- مؤيد مقدادي وقاسم سمور (2008). الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالاستجابات العصابية لدى عينة من مرتادي مقاهي الإنترنت. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 4(1). 15-36
- ناصر بن صالح وسعيد بن ديبس (2017). أثر برنامج ارشادي لخفض درجة ادمان الانترنت لدى طلاب المرحلة الثانوية في الرياض. المجلة الدولية التربوية المتخصصة. 6 (5). 1-16
- نايف الطروانة ولمياء سليمان الفتيح(2012). استخدام الانترنت وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي والاكنتاب ومهارات الاتصال لدي طلبة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. 20 (1). 331-283
- نجلاء مأمون طه احمد (2017). فعالية برنامج علاج نفسي معرفي لخفض النوبة الاكتئابية لدى النساء الحوامل. رسالة دكتوراه. علم النفس الصحي. جامعة الجزيرة. السودان.

- نجوى إبراهيم عبد المنعم محمد (2017). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج ادمان تطبيقات المحادثة والتواصل الاجتماعي على الهاتف الذكي لدى عينة من طلاب جامعة الملك فيصل. *مجلة الارشاد النفسي، العدد (5) الجزء (3)*. 184-208.
- نسيمه طباس وخديجة ملال (2021)، الإدمان على الانترنت لدى الطلبة الجامعيين. *مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية*. 5(1). 383-405.
- نفين صابر عبد الحكيم السيد (2009) ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. *مجلة بجامعة طوان، العدد (27)*. 695-748.
- نور على سعد درويش (2016). *قيم وخصائص مدمن الانترنت*. دار الوفاء دنيا الطباعة والنشر. الإسكندرية.
- هادي صالح رمضان النعيمي (2013). *أثر برنامج ارشادي في تعديل الأفكار غير عقلانية*. كلية التربية جامعة كركوك.
- هناء محمد بشير ابوه (2017). *فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى القلب المدخنين*. رسالة دكتوراه في علم النفس جامعة الرباط الوطني. المغرب.
- وفيق صفوت مختار (2019). *الأطفال والشباب وادمان الانترنت*. الجيزة أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي. ط1.
- ياسرة محمد أيوب محمد أبو هديوس (2014). *فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في علاج الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي "الفايس بوك" لدى عينة من المراهقات*. *مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية*، 16 (3). 115-130.
- يحي حياتي نصار (2017). *الدلالة الإكلينيكية للبحوث النفسية والتربوية المستخدمة للتصاميم التجريبية*. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية* 11 (2). 319-352.
- يسار صباح جاسم النعيمي (2015). *إدمان الانترنت وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لطلاب كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة بجامعة ديالى*. *مجلة علوم الرياضية* 9 (29). 42-560.
- يوسف قدوري (2015) *إدمان استخدام الانترنت وعلاقته ببعض أعراض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلبة جامعة غرداية*. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد (19)*. 271-

- Impact of Internet Addiction on Mental Health: An Integrative Therapy Is Needed <https://www.karger.com/Article/FullText/491997>, 2017, Vol.4, [No. 3-4](#)
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th Ed.). Washington, DC: American psychiatric publishing.
- American Psychiatric Association (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (5e éd.). Paris: Elsevier Masson
- Kimberly S. Young,(2013) Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients, Retrieved on 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154573/>
- Malakeh Zuhdi Malak(2017) Internet Addiction and Cognitive Behavioral Therapy <https://www.intechopen.com/books/cognitive-behavioral-therapy-and-clinical-applications/internet-addiction-and-cognitive-behavioral-therapy>
- S. Karger (2018) Retrieved on 2021 from علاج ادمان الانترنت، <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480687>.
- Howard Padwa and Jacob. Cunningham, addiction-a-20 referenceen cyclopedia pp1/2.
- December 2018
- Journal Home December 2018 Impact of Internet Addiction on Mental Health: An Integrative Therapy Is Needed <https://www.karger.com/Article/FullText/491997>, 2017 Vol.4, [No. 3-4](#).

الملاحق

الملحق رقم (01)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر باتنة - 01-كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية وأرط فونيا

تخصص علم النفس المرضي للطفل والمراهق

مقياس ادمان الانترنت

التعليمة:

عزيزي الطالب (ة) السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد نعرض عليك لان مجموعة من العبارات التي تعبر عن وجهة تصورك في الانترنت، المطلوب منك ابداء رأيك بوضع علامة (X) أمام كل عبارة من عبارات المقياس وذلك باختيار الإجابة التي تعبر بدقة عن رأيك، علما ان كل عبارة يوجد امامها ثلاثة اختيارات (تنطبق على تماما، تنطبق على الى حد ما، لا تنطبق على اطلاقا).

✓ فإذا كانت العبارة تنطبق دائما وتصف رأيك وشعورك فضع الإشارة (X) في خانة (تنطبق على تماما).

✓ وإذا كانت العبارة تنطبق عليك أحيانا ولا تنطبق عليك أحيانا أخرى فضع الإشارة (X) في خانة (تنطبق على الى حد ما).

✓ فإذا لم تنطبق العبارة عليك فضع إشارة (X) في خانة (لا تنطبق على اطلاقا).

مع العلم:

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

ان تكون اجابتك صادقة تعبر عن رأيك بدقة بالإجابة عن جميع فقرات التي امامك وعدم ترك أي عبارة دون الإجابة عليها.

اضمن لكم السرية التامة لإجاباتكم، وإنها تستخدم لأغراض الدراسة والبحث العلمي.

فضلا منكم التكرم بمليء هذه المعلومات وعدم تركها فارغة

م	العبارة	تنطبق على تماما	تنطبق على إلى حد ما	لا تنطبق على إطلاقا
1	أقوم بفتح الانترنت بعد أن أستيقظ من النوم مباشرة.			
2	أكثر من مرة نمت لمدة أقل من أربع ساعات بسبب استخدام الانترنت.			
3	استخدم الانترنت لوقت طويل أكثر مما كنت أنوي.			
4	أشعر بالاكئاب عندما لا أستخدم الانترنت.			
5	لا أستطيع التركيز في دراستي بسبب انشغالي بالانترنت.			
6	أستمر في استخدام الانترنت بشكل كبير رغم ما يسببه لي من مشكلات في حياتي.			
7	استخدام الانترنت أحب الأنشطة التي أقوم بها في حياتي.			
8	عندما توجد ضوضاء أو ضجيج من حولي عند استخدام الانترنت تجعلني أتوتر وأشعر بالعصبية.			
9	أزيد من استخدام الانترنت للحصول على الشعور بالسعادة والرضا الذي كنت أشعر به من قبل عند استخدام الانترنت.			
10	ينتابني القلق لعدم استخدامي الانترنت.			
11	استخدامي للانترنت بشكل كبير جعلني لا أزور أقاربي وأقطع عنهم.			
12	رغم أن استخدام الانترنت مكلف ماديا إلا أنني ما زلت أستخدمه كثيراً.			
13	أفضل استخدام الانترنت عن الخروج مع أصدقائي.			
14	أتأخر في النوم كثيرا من الأحيان بسبب سهري أمام الانترنت.			
15	أشعر بالسعادة الغامرة عندما أستخدم الانترنت.			
16	أشعر بارتعاش في يدي وبخاصة أصابعي عندما أتوقف عن استخدام الانترنت.			
17	توجد خلافات كثيرة بيني وبين أصدقائي بسبب استخدامي الكثير للانترنت.			
18	رغم شعوري بالإرهاق من استخدام الانترنت بشكل كبير إلا أنني أستمر في استخدامه.			
19	أهرب من المشكلات والصعوبات التي تواجهني باستخدام الانترنت.			

			أكذب وأخفي عن أصدقائي الوقت الذي أقضيه في استخدام الانترنت.	20
			أشعر بتغيرات تضطرنني لزيادة الوقت الذي أقضيه في استخدام الانترنت.	21
			إذا لم أقض وقت أمام الانترنت فأنتني لا أشعر بالمتعة طوال اليوم.	22
			استخدامي للانترنت باستمرار جعلني أفقد الكثير من أصدقائي.	23
			أستمر في استخدام الانترنت وبشكل كبير رغم تعرضي للعقاب من والدي.	24
			تعرفت على أصدقاء كثيرون من الانترنت.	25
			في كثير من الأحيان ألجا للكذب على والدي حتى استخدم الانترنت.	26
			الوقت الذي أقضيه أمام الانترنت غير كاف.	27
			من شدة حبي للانترنت كثيرا ما أحلم أثناء نومي أنني أقوم باستخدامه.	28
			أذهب لاستخدام الانترنت في أحد النوادي بسبب تحريم والدي على بعدم استخدام الانترنت.	29
			ليس لي أصدقاء كثيرون خارج نطاق الانترنت.	30
			في كثير من الأحيان أتناول بعض وجباتي أمام الانترنت حتى لا أتوقف عن استخدامه.	31
			أختار الأنشطة والألعاب التي تحتاج مني لوقت طويل في استخدام الانترنت.	32
			في الوقت الذي لا استخدم فيه الانترنت أكون مشغولا جدا بالتفكير فيه.	33
			فشلت في الدراسة بسبب حبي الشديد للانترنت.	34
			رغم ما يسببه لي استخدام الانترنت بشكل كبير من مشكلات أسرية إلا أنني لا أستطيع أن أمنع نفسي من استخدامه مرة أخرى.	35
			إذا خيروني بين مكان فيه أصدقائي ولكن ليس به انترنت وبين مكان آخر به أصدقاء لي فأنتني أختار الذي به انترنت.	36
			أنقص دائما من عدد ساعات نومي لكي أقضي أكبر وقت ممكن في استخدام الانترنت.	37
			كثيراً ما أقوم بفرقة الأصابع أو هززة الأرجل بسبب شعوري بالضيق من عدم استخدام الانترنت.	38
			قمت بمحاولات عديدة لتقليل عدد الساعات التي أقضيها في استخدام الانترنت.	39

			أستمر في استخدام الانترنت رغم ما يسببه لي من مشكلات جسدية بسبب الحرمان من النوم.	40
			كثيرا ما أعود لاستخدام الانترنت بعد أن عازمت على التوقف عنه.	41
			توقفي عن استخدام الانترنت بسبب عطل مؤقت بالشبكة يجعلني أشعر بالتوتر والعصبية.	42
			استخدامي للانترنت يسبب لي الشعور بالصداع.	43
			أهمل ممارسة أي موهبة لدى بسبب حبي الشديد للانترنت.	44
			أجد في الانترنت المتعة والإثارة التي لا أجدها في أي شيء آخر.	45
			الأصدقاء المخلصين هم أصدقاء الانترنت.	46
			الحياة الحقيقية هي حياة الانترنت.	47
			أجد متعة شديدة في محادثة الآخرين على الانترنت (الشات) أكثر من محادثتهم وجها لوجه.	48
			الانترنت هو المكان الوحيد الذي أشعر فيه بالأمان.	49
			عندما أتوقف عن استخدام الانترنت أشعر وكأن صفحة الويب أراها أمام عيني.	50
			استخدامي للانترنت جعلني أشعر بأني إنسان مرغوب من الآخرين.	51
			الانترنت يتيح لي المعرفة في أي مجال أكثر بكثير من الكتب.	52
			كنت أتمنى أن يكون عدد ساعات اليوم أبر من 24 ساعة لأمارس هواية تصفح الانترنت.	53
			استخدامي للانترنت يسيطر على تفكيري بدرجة كبيرة.	54
			أهمية الانترنت لدى تماما مثل أهمية الماء والهواء.	55
			أشعر وكأنني مكبل اليدين والساقين من كثرة استخدام الانترنت.	56
			أشعر بأنني أصبحت أسير للانترنت ولم أستطع مفارقتة.	57
			رغم حرصي التام على الدوام في الدراسة إلا أن تأخري في النوم بسبب تصفح الانترنت يمنعي من ذلك.	58
			استخدامي للانترنت يجعلني اشعر بأني عظيم.	59
			الانترنت ملاذا آمنا إذا ضاقت بي الحياة.	60

ملحق رقم (02)

الصورة الأولى للخطة العلاجية المعرفية

اعداد الطالب: باجي عبد الغني تحت اشراف الدكتور: محمد ختاش

الجلسات العلاجية: ان لكل جلسة علاجية موضوعا واهداف وفنيات علاجية يستخدمها المعالج من اجل تحقيق نجاح الجلسة وتحقيق الأهداف المرجوة منها وفيما يلي عرض مفصل لكل جلسة علاجية والفنيات المستخدمة فيها:

الجلسة الاولى الافتتاحية (التمهيدية التعارف وبناء العلاقة العلاجية):

تاريخ انعقادها:

موضوعها: التعارف وبناء العلاقة العلاجية

الفنيات المستخدمة: المحاضرة المناقشة الجماعية

أهدافها: تحقيق الألفة وتوثيق التعارف بين المعالج وأعضاء المجموعة العلاجية وبعضهم البعض، تعريف أعضاء المجموعة على سبب وجودهم واختيارهم، عرض فكرة عن الخطة العلاجية وأهدافها وأهمية ومحتواها والفنيات التي يستخدمها والمدة الزمنية التي تستغرقها الخطة، لاتفاق على القواعد الأساسية للعلاج وأسلوب العلاج ومواعيد الجلسات ومكانها.

محتوي الجلسة:

1- **بناء العلاقة العلاجية:** وهذا من خلال تعريف الباحث عن نفسه وشرح أبعاد وأهداف الخطة العلاجية الذي بصدد تجربته، من بعد ذلك يقوم كل مشارك بتقديم نفسه للمعالج والمجموعة قصد كسر الحواجز بين أفراد المجموعة.

2- **تحديد أهداف الخطة العلاجية:** يقوم الباحث بتعريف المشاركين أنه في كل جلسة يوجد هدف سنقوم بتعلمه والتدريب عليه بتفنيات علاجية مختلفة لطبيعة المهارة المراد تعلمها وهي اهداف فرعية قصد تحقيق الهدف العام للخطة العلاجية (خفض درجات ادمان الانترنت لديهم).

3- **تحديد القواعد الضابطة لعمل المجموعة التجريبية:** ويتم هذا من خلال شرح لأفراد المجموعة التجريبية الضوابط والقواعد التي تساعد على إنجاز الخطة العلاجية وهي:

➤ التقيد بمواعيد الجلسات وعدم التغيب عنها.

➤ التفاعل الإيجابي بين الأعضاء المجموعة التجريبية والتعاون من الباحث لتحقيق الأهداف.

➤ الصراحة والاحترام المتبادل بين المعالج وأعضاء المجموعة التجريبية.

- احترام آراء المشاركين في الخطة العلاجية وإبداء الرأي بكل حرية مع احترام خصوصية كل عضو.
- عمل الواجبات المنزلية والتعامل معها بصرامة لما لها من إيجابية من تحقيق أهداف الخطة.
- التأكيد على أهمية تنفيذ الفنيات المعرفية أثناء الجلسات لأنها فنيات جديدة يجب تعلمها وتطبيقها لأنها تساعد على خفض درجات ادمان الانترنت.

4- اعداد السجل اليومي (ملف التدريب): يوزع الباحث على أعضاء المجموعة التجريبية ملف

التدريب اليومي ويطلب منهم الاحتفاظ به وان يدونوا فيه الواجبات وملاحظاتهم وآرائهم عن كل جلسة.

5- اختتام الجلسة التمهيدية: بعد اكتساب ثقة الأعضاء وكسر الحواجز بين الأعضاء والمعالج

ومع بعضهم البعض وإبداء آراء المشاركين في الخطة العلاجية وملاحظتهم يقوم الباحث بتدوينها، وفي

الأخير يتم الاتفاق على العقد المعد من طرف الباحث لأعضاء المجموعة التجريبية.

6- اعداد تقرير نهاية كل جلسة.

زمن الجلسة: 90-120 دقيقة

الجلسة الثانية:

تاريخ انعقادها	.....
موضوعها	تعريف بالاضطراب ادمان الانترنت
الفنيات المستخدمة	محاضرة، مناقشة جماعية، واجب منزلي
اهدافها	التعرف على اضطراب ادمان الانترنت وخصائصه واثاره النفسية وكذا معرفة أهمية المرحلة العمرية التي يمر بها الطالب الجامعي من النواحي العقلية والانفعالية والسلوكية. مناقشة الواجب المنزلي
تقرير نهاية كل جلسة	.....
زمن الجلسة	90-120 دقيقة

الجلسة الثالثة:

تاريخ انعقادها	.....
موضوعها	التعرف على الأفكار التلقائية:
الفنيات المستخدمة	محاضرة، مناقشة جماعية، واجب منزلي

أهدافها	مناقشة الواجب المنزلي ومراجعته، التعرف على الأفكار التلقائية الخاطئة وكيف تنشأ وتتخزن والعمل على ادراكها وتسجيل لأفكار التلقائية على سجل اليومي والعمل على كيفية تصحيحها مع المعالج.
تقرير نهاية كل جلسة	.....
زمن الجلسة	90-120 دقيقة

الجلسة الرابعة:

تاريخ انعقادها	.....
موضوعها	دور الأفكار التلقائية المختلة (الخاطئة، السلبية) في التوجه نحو ادمان الانترنت
الغيات المستخدمة	محاضرة، مناقشة جماعية، دحض الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها، إعادة البناء المعرفي، الواجب المنزلي
أهدافها	مناقشة الواجب المنزلي ومراجعته، التعرف على العلاقة بين الأفكار التلقائية وحدوث ادمان الانترنت، تعريف أعضاء المجموعة العلاجية على دور الأفكار التلقائية المختلة في التوجه نحو ادمان الانترنت، الانتهاء بواجب منزلي.
تقرير نهاية كل جلسة	.....
زمن الجلسة	90-120 دقيقة

الجلسة الخامسة:

تاريخ انعقادها	.....
موضوعها	تصحيح الأفكار التلقائية
الغيات المستخدمة	محاضرة، مناقشة جماعية، واجب منزلي + فنية مراقبة الحوار الذاتي الداخلي.
أهدافها	مناقشة الواجب المنزلي ومراجعته، تغيير الأفكار التلقائية المختلة بالأفكار ومعتقدات توافقية أكثر إيجابية وعقلانية + التفريق بين الأفكار التلقائية الإيجابية والأفكار التلقائية المشوهة.
تقرير نهاية كل جلسة	.....
زمن الجلسة	90-120 دقيقة

الجلسة السادسة:

تاريخ انعقادها	.....
موضوعها	التعرف على المشاعر
العمليات المستخدمة	محاضرة + الحوار السقراطي + فنية التخيل
أهدافها	تقديم محاضرة حول أهمية التعرف على المشاعر ودورها في ظهور الانفعالات والسلوك، تسجيل الأفكار التلقائية والمشاعر على سجل اليومي في حالة عدم استعمال الانترنت.
تقرير نهاية كل جلسة	.....
زمن الجلسة	90-120 دقيقة

الجلسة السابعة:

تاريخ انعقادها	.....
موضوعها	إدراك حجم الخطر الذي تسببه العمليات المعرفية (الأفكار التلقائية + المشاعر + وعدم توكيد الذات) المسببة لإدمان الانترنت
العمليات المستخدمة	فنية المراقبة الذاتية+ تقنية الجدول الثلاثي A B C + فنية مراقبة الحوار الذاتي الداخلي.
أهدافها	ان يكتسب المعالجون مهارة المراقبة الذاتية من خلال شرح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك من خلال: ➤ التعرف على الية عمل الأفكار التلقائية وتأثيرها في الانفعال والسلوك. ➤ الفصل بين الأفكار والمشاعر والسلوك. ➤ التفريق بين المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية. ➤ التفريق بين الأفكار الإيجابية والأفكار المشوهة..
تقرير نهاية كل جلسة	.....
زمن الجلسة	90-120 دقيقة

الجلسة الثامنة:

.....	تاريخ انعقادها
توكيد الذات	موضوعها
محاضرة+ المناقشة الجماعية +الحوار السقراطي + واجب منزلي	الفنيات المستخدمة
إعادة تعارف المشاركين على بعضهم، والتعرف إلى المشكلات التي يعاني منها الطلبة وأصدقائهم، والتعرف إلى مفهوم الذات وخصائصه وأهميته كمكون رئيس للصحة النفسية وان يتدرب الطالب على تحديد الأفكار والسلوكيات المشوهة معرفيا وابدالها بالاستجابات الأكثر تكيفا، وان يتدرب على تطبيق مشاعر والتأكيد على ضمير أنا، ان يتدرب ويتعلم على الموافقة بالإقناع الفعلي.	أهدافها
.....	تقرير نهاية كل جلسة
90-120 دقيقة	زمن الجلسة

الجلسة التاسعة:

.....	تاريخ انعقادها
التدريب على مهارة توكيد الذات	موضوعها
المحاضرة - المناقشة والحوار، + إعادة البناء المعرفي + الواجب المنزلي.	الفنيات المستخدمة
التعرف إلى مفهوم الذات وخصائصه وأهميته كمكون رئيس للصحة النفسية، هدفها تعريف المشاركين بمهارات ضبط الذات ومهارات ضبط التفكير. ويسعى المعالج إلى تدريب المشاركين، واكتساب مهارات ضبط الذات وضبط التفكير. يقدم المعالج شرحاً حول مهارات ضبط الذات تجاه الاستخدام المفرط للإنترنت ومهارات تعديل التفكير تجاه الحاجة إلى الإنترنت أيضاً. من خلال المحاضرة وإعطاء المعلومات والمناقشات الجماعية وتوظيف فنية إعادة البناء المعرفي والتدريب عليها، والواجبات المنزلية، وعبر الأسئلة والنقاش المشترك	أهدافها
.....	تقرير نهاية كل جلسة
90-120 دقيقة	زمن الجلسة

الجلسة العاشرة:

.....	تاريخ انعقادها
الضبط الذاتي	موضوعها
محاضرة + الحوار والمناقشة + استراتيجيات التعامل مع الانترنت واجب منزلي	الفيئات المستخدمة
التعريف بالضبط الذاتي ومساعدة المشاركين على استخراج استراتيجيات للتعامل مع الانترنت وهذا بمساعدة المعالج ومن بين هذه الاستراتيجيات التي يسعى المعالج لها هي ممارسة العكس وتحديد وقت الاستخدام وذلك ببناء جدول مخفض لإعادة تنظيم وقت الاستخدام الزائد للإنترنت، ومن ثم توزيع ساعات الاستخدام على أيام الأسبوع في أوقات محددة، وتصوير هذه الممارسات عبر مناقشات جماعية يديرها مع المشاركين، ومن خلال النمذجة ولعب الأدوار في أجواء من الاسترخاء والألفة	أهدافها
.....	تقرير نهاية كل جلسة
90-120 دقيقة	زمن الجلسة

جلسة حادية عشرة:

.....	تاريخ انعقادها
التدريب على الضبط الذاتي (استراتيجية التعامل مع إيمان الإنترنت، بطاقات التذكير واستخدام ساعات التوقف).	موضوعها
محاضرة+ مناقشة جماعية + لعب الدور + واجب منزلي	الفيئات المستخدمة
مساعدة المشاركين على إدراك والتعرف إلى فنيات واستراتيجيات للتعامل مع إيمان الإنترنت، وهما: بطاقات التذكير واستخدام ساعات التوقف، في مواقف تتعلق بالاستخدام المفرط للإنترنت، ومن ثم تطبيق هذه الفنيات والتدريب على ممارستها.	أهدافها
.....	تقرير نهاية كل جلسة
90-120 دقيقة	زمن الجلسة

جلسة ثانية عشرة:

.....	تاريخ انعقادها
منع الانتكاسة وانهاء العلاج	موضوعها
محاضرة+ التغذية الرجعية + مناقشة الواجب المنزلي	الفنيات المستخدمة
تقويم الخطة العلاجية والانتهاء وتطبيق القياس البعدي على المجموعة التجريبية المشاركة بالخطة وتحديد يوم لتطبيق الجلسة التتبعية ومناقشة الأعمال غير المنتهية ومنع الانتكاسة	أهدافها
.....	تقرير نهاية كل جلسة
90-120 دقيقة	زمن الجلسة

ملحق رقم (03)

المقابلة التشخيصية:

- ✓ الجنس: ذكر () انثى ()
- ✓ السن: () عاما
- ✓ الدرجة العلمية: السنة الثانية علم النفس () السنة الثالثة علم النفس () ماستر علم النفس
- ✓ كم ساعة تقضيها يوميا أمام الانترنت:
- ساعة في اليوم () من ساعة الى ساعتين في اليوم () من ثلاث ساعات الى أربعة في اليوم () أكثر من أربع ساعات يوميا ()
- ✓ ما هو الجهاز الذي تستخدمه أكثر في استعمال الانترنت:
- جهاز كمبيوتر () الهاتف الذكي mobil () أجهزة كمبيوتر محمولة () جهاز كمبيوتر لوجي () Tablât
- ✓ ماهي أهم المواقع والتطبيقات التي تستخدمها بكثرة أثناء استعمالك الانترنت:
- مواقع التواصل الاجتماعي () مواقع ونوادي العلمية () مواقع الألعاب والتطبيقات () مواقع أخرى اذكرها هل تعرضت الي مشكلات من جراء استعمالك لأنترنت؟
- هل أهملت انجاز واجباتك المدرسية والمنزلية من أجل قضاء وقت أطول على الشبكة الانترنت؟
- هل حاولت التخفيض من الوقت الذي تستغرقه في الشبكة لكن أخفقت؟
- هل تشعر أنك منشغل التفكير بالإنترنت عندما تكون خارج الشبكة.

المالحق رقم (04)

العقد العلاجي

تهدف الخطة العلاجية الي تنمية الرابط المعرفي (الأفكار + المشاعر + الضبط الذاتي) الانفعالي السلوكي وذلك من اجل خفض درجات ادمان الانترنت عند الطلبة الجامعين (عينة الدراسة). ولغرض الوصول الي هذا الهدف سيتم الاتفاق على عقد علاجي بين الباحث وأعضاء المجموعة التجريبية على ضرورة الالتزام بما يلي:

- 1- الاحترام والتقدير المتبادل بين المعالج وأعضاء المجموعة التجريبية وبين الأعضاء بعضهم البعض.
 - 2- الاصغاء الفعال والاهتمام بما ينجز خلال الدراسات.
 - 3- التقيد بمواعيد الجلسات وعدم التغيب عنها.
 - 4- التفاعل الإيجابي بين الأعضاء والتعاون البناء مع المعالج لتحقيق اهداف الجلسات.
 - 5- احترام خصوصية كل مشارك
 - 6- التعامل بالإيجابية في إتمام الواجبات المنزلية
 - 7- الالتزام بالصدق والصراحة. امضاء الباحث
- أوافق على كامل الشروط(.....)
- امضاء العضو المشارك

الملحق رقم (05)

تقرير نهاية كل جلسة في كل جلسة من جلسات الخطة العلاجية يقوم الباحث بكتابة تقرير الجلسة

رقم الجلسة												
تلخيص ما تم في الجلسة												
ممتاز		جيد جدا			جيد		مقبول		مستوى تفاعل			
ملاحظات أثناء الجلسة												
متوتر		عدواني		غ متعاون		مسترخي		سليبي		متعاون	اتجاهات المشارك نحو الجلسة	
غير متحمس	متحمس	لا يبذل جهد		يبذل جهدا		غير متساهل		متساهل	غير مرتاح		مرتاح	اتجاهات المشارك نحو المعالج
نشط زائد	هادئ	غير	مبالي	يفكر بصمت	يفكر بصوت عالي	مندفع	متأني		بطيء	سريع	سلوكيات أثناء الجلسة	
غير متأسف		متأسف		مضطرب		هادئ		غير مدرك		مدرك		استجابة نحو المشكلة الحالية (المان الانترنت)
تعبيره غير لفظي	تعبيرا ته لفظية	لغة غريبة	لغته واقعية	لا يتحدث الا عندما يطلب منه	يتحدث بطلاقة واستمرار	استجابة مع انفعال	يستجيب مباشرة	مخارج الحروف عنده ضعيفة	مخارج الحروف عنده قوية	ضعيف التحدث	قوي التحدث	تحدث ولغة والتواصل
التحدث والتعبير												
الرابطة بين المعالج والمشارك												
الأهداف المتحققة												
نسبة نجاح الجلسة												
التوصيات												

المالحق رقم (06)

بطاقة فنية للخطة العلاجية المعرفية

خطة علاجية معرفية	التسمية
العلاج المعرفي لارون بيك	الإطار النظري للدراسة
خفض درجة ادمان الانترنت لدى طلاب الجامعة (باتنة 01).	الهدف من الخطة العلاجية
10 جلسات في حدود جلستين في الاسبوع	عدد الجلسات
من 90 دقيقة الى 120 دقيقة	مدة الجلسة
14 طالب وطالبة في مجموعة تجريبية تراوحت أعمارهم بين (19-24) سنة	العينة
جلستين في الأسبوع	سيرورة الجلسات
شهر	مدة الخطة العلاجية المعرفية
بعد مرور ثلاثة اشهر من انتهاء تطبيق الخطة العلاجية	القياس التتبعي
أفريل وماي 2021	الإطار الزمني
جامعة الحاج لخضر باتنة 01	الإطار الكاني

الملحق رقم (07)

استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية من طرف أعضاء المجموعة

اسم ولقب العضو

التعليمة: عزيزي العضو ضع علامة (X) أمام البديل المناسب بعد قراءة الفقرة جيدا

المستوى			العدد	الفقرات
مرتفع	متوسط	منخفض		
أولا الخطة العلاجية				
			01	وضح أهداف البرنامج بالنسبة لك.
			02	مدى تنظيم وتسلسل المعارف المقدمة لك
			03	مدى مناسبة مدة البرنامج للمحتوى المقدم لك.
			04	مدى كفاية الوقت الذي قدم فيه البرنامج.
			05	مدى تقديم البرنامج لمعلومات جديدة لك.
ثانيا الفنيات المقدمة في الخطة العلاجية				
			01	كان شرحه لمضمون البرنامج الإرشادي واضحا.
			02	أعطي الفرصة للمتدخلين للمناقشة وطرح الأسئلة
			03	أجاب عن كل الأسئلة التي قد طرحت أثناء الجلسات.
			04	أعاد الشرح لبعض النقاط الغامضة لأفراد المجموعة
			05	التزم في الحضور في الوقت المناسب.
			06	سعى إلى توفير جو من الألفة أثناء تقديم الجلسات.
			07	كان مرحلي في تقديم المعلومات) لا ينتقل من عنصر لآخر إلا إذا استوفى شرحه وتأكد من فهم المشاركين له

ثالثا فاعلية الخطة العلاجية			
01			كانت مضامين الخطة العلاجية المقدم متنوعة.
02			غيرت تصوراتك نحو مفهوم الخطط العلاجية النفسية.
03			غيرة الخطة العلاجية الكثير من التصورات التي كنت اعتقدها نحو الإيجابية.
04			زد في معرفتك بالمفاهيم الأساسية في البرنامج التي لم تكن تعرفها
05			يمكن لزملائي الذين لم يشاركوا في الخطة العلاجية الاستفادة منه لو قدم لهم.
06			أفادني البرنامج تبادل الآراء والأفكار والاعتقادات
07			ساعدني البرنامج في تجاوز مشكلتي (ادمان الانترنت)
08			هل عندك ما تقترحه بخصوص البرنامج ككل؟

الملحق رقم (08)

طلب تحكيم خطة علاجية معرفية

- الصورة الأولى- اعداد الباحث: باجي عبد الغني-

بيانات أساسية خاصة بالأستاذ(ة) المحكم

الاسم واللقب.....المؤهل العلمي.....
التخصص الدقيق.....مكان العمل الحالي.....

رسالة الى الأستاذ(ة) المحكم

استاذي الكريم: السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

يسرني أن اضع بين يديك هذه الخطة العلاجية المعرفية الذي أعده الباحث في إطار اعداده لأطروحة دكتوراه - تخصص " علم النفس العيادي للطفل والمراهق"- وذلك بغرض ابداء آراءكم وملاحظاتكم فيما يتعلق بفقرات واهداف وفتيات وعدد جلسات الخطة العلاجية ومدى ملائمة الفتيات المقترحة والاهداف المسطرة للخطة ومدى ملائمة الخطة لخفض درجة ادمان الانترنت محل الدراسة الحالية. حيث ان هذه الخطة العلاجية مبنية على الاتجاه المعرفي مستمدة فنياته وأهدافه واطاره النظري من نظرية كل من بيك وجوديث .

1. **تعريف بالخطة العلاجية المعرفية:** تعرف الخطة العلاجية بأنها برنامج نفسي تعليمي منظم في ضوء أسس وفتيات علمية تتضمن فتيات ومهارات علاجية معرفية سلوكية وانفعالية وكذا نشاطات من خلال تدريب جماعي أو فردي، وفق خطوات منظمة والتي ترمي الى تحقيق اهداف معينة في شكل جلسات علاجية بحيث كل خطوة تمهد للخطوة التي تليها ما يحقق ترابطها وعضويتها في النهاية مما يؤدي الي تعديل الأساليب المعرفية الخاطئة والمعارف السلبية لدي الطلاب الجامعة، استبدالها بأساليب جديدة وأفكار توافقية لدى المشاركين في الخطة العلاجية.

والخطة العلاجية الحالية عبارة عن مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة والتي تستند الى أسس وفتيات العلاج المعرفي وفق اتجاهات كل من ارون بيك وجوديث بيك وتتضمن مجموعة من معلومات والمهارات والأنشطة الموجهة للطلبة الجامعين الذين يعانون من ادمان الانترنت من اجل خفض درجات الإدمان الانترنت لديهم.

2. **التخطيط للخطة العلاجية:** استعرض الباحث الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية التي اهتمت بدراسة موضوع الدراسة الحالية من جوانبها وخاصة فيما تعلق بالجانب العلاجي منه تعددت مداخل

الإرشاد والعلاج النفسي لظاهرة إدمان الإنترنت حيث درس (Orzak. M. et al; 2006) العلاج الجماعي لإدمان الإنترنت ودرست (Young S; 2007)، العلاج المعرفي السلوكي لإدمان الإنترنت، ودراسة (Jong-Un-Kim; 2008) عن فاعلية العلاج بالواقع لعلاج إدمان الإنترنت ودراسة، J. Van (Antonius Rooij. et al; 2010) عن العلاج المعرفي السلوكي لإدمان الإنترنت، واستخدم (Shek, T. Danial, et al; 2009) طريقة الإرشاد متعدد المداخل لعلاج إدمان الإنترنت، ودراسة (Zhu, T. M, et al; 2009) عن استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع مدمني الإنترنت، وأخيراً دراسة (Du, Y. S, et al; 2010) عن التأثير طويل المدى للعلاج المعرفي السلوكي لإدمان الإنترنت.

3. فلسفة بناء خطة علاجية واطارها النظري: تقوم هذه الخطة العلاجية التي أعدها الباحث على مجموعة من الأسس الهامة في علم النفس المعرفي تستند الخطة العلاجية الحالية على العلاج المعرفي واستمدت خلفيتها العلمية من نظرية كل من ارون بيك وابنته جوديث وقد تم تبني هذا الاتجاه العلاجي في هذه الدراسة باعتباره علاج فعال مع العديد من الاضطرابات النفسية، هذا من جهة ومن جهة أخرى يتعامل هذا الاتجاه من العلاج مع الاضطرابات في ابعادها الثلاثة معرفياً- انفعالياً- وسلوكياً مما يضمن التحسن والبقاء على الاستجابة واستمرار السلوك السوي ومنع حدوث الانتكاسة.

4. أهداف الخطة العلاجية: تسعى الخطة العلاجية الحالية الى تحقيق نوعين من الأهداف:

1.4. هدف عام: وهو خفض درجة ادمان الأنترنت لدى طلاب الجامعة وذلك من خلال اكسابهم بعض المعارف الجديدة وتدريبهم على بعض المهارات والفنيات المعرفية التي تؤدي في النهاية الي تعديل الأفكار والمعتقدات والمشاعر والاستجابات وتحقيق التوافق والتوازن النفسي.

2.4. اهداف فرعية:

1. امداد الطلبة بمعلومات عن اضطراب ادمان الانترنت من خلال المحاضرات من حيث المفهوم والتعريف ولأسباب وأنواع وتفسيراته العلمية وتأثيراته على جميع جوانب الحياة لدى الافراد وعلى شخصيته معرفياً وانفعالياً ومشاعرياً وسلوكياً وعواقبه على الصحة النفسية والاجتماعية والمهنية.

2. مساعدة الطلاب على فهم العلاقة الثلاثية بين الأفكار والمعارف والمعتقدات في تحديد السلوكيات اللاتوافقية الخاطئة أي أفكارهم وميولهم لإدمان لأنترنت.

3. تدريب الطلاب على مهارات وفنيات معرفية (التعرف على الأفكار التلقائية، التعرف على المعتقدات، والتعرف على المشاعر) التي من شأنها ان تزيد من ادمانهم لأنترنت.

4. ممارسة الفنيات التي تم تدريب عليها خارج الجلسات العلاجية في المواقف حياتية واقعية وذلك من خلال تكليف الطلبة بالواجبات المنزلية لتصبح رد فعل لديه عندما يواجه موقف مشابه.

5. تدريب الطالب على مواجهة الانتكاسة بعد العلاج واثناء العلاج حتى يتم العلاج بشكل الصحيح.

5. مصادر وخطوات بناء محتوى الخطة العلاجية: تم اعداد هذه الخطة العلاجية بناء على مجموعة من المصادر والدراسات العلمية ومنها:

1. الاطار النظري الذي القى الضوء على متغير الدراسة الحالية (ادمان الانترنت) من حيث التعريف به أسبابه، تشخيصه، اعراضه، ونظريات المفسرة له واثاره لدى طلاب الجامعة واعراضه لديهم وطرق العلاجية المستخدمة لعلاجه.

2. من خلال الدراسة الاستطلاعية التي اجراها الباحث للتعرف على ادمان الانترنت التي يعاني منها طلاب الجامعة من خلال تطبيق مقياس ادمان الانترنت ضف الى ذلك من خلال الحصص الدراسية والملاحظات اليومية لطلاب الجامعة في استعمال الانترنت.

3. استتبب الباحث الإطار العام للخطة العلاجية ومادته العلمية وفنياته العلاجية من أساليب وفنيات العلاج المعرفي لكل من ارون بيك وجوديث بيك بالإضافة الي الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي التي تناولت علاج ادمان الانترنت بصفة خاصة، كما هي مستعرضة في الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.

4. الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي استهدفت بناء برامج علاجية لخفض درجات ادمان الانترنت

5. تحليل محتوى البرامج العلاجية المتاحة والاستفادة منها في صياغة الفنيات العلاجية وتخطيط للجلسات العلاجية .

وقد حرص الباحث على مراعاة بعض الجوانب المهمة عند بناء الخطة العلاجية من اجل تحقيق نجاح الأهداف المسطرة له ومن بينها:

1- ان يكون للخطة العلاجية أساس نظري وقد تبينت مفاهيم العلاج المعرفي .

2- ان تكون الخطة مناسبة لأفراد العينة المطبق عليها .

3- ان ترعي الخطة الفروق الفردية بين الطلاب في استيعاب التعليمات والفنيات .

4- ان تكون الخطة العلاجية مرنة وخالية من الجمود والتعقيد ومصممة حسب الجلسات ومتطلبات الموقف الذي تفرضه كل جلسة مع التزام بالخطوط العريضة له .

5- ان تراعي الخطة العلاجية البناء والتنظيم في الجلسات قصد تحقيق الأهداف كل جلسة على حدي من خلال نشاط الذي يمارسه أعضاء المجموعة.

6- ان تراعي كذلك الخطة العلاجية تسلسل الجلسات وتربطها فيما بينها.

7- ان تشمل الخطة العلاجية على فنيات سهلة مناسبة ومفهومة وسهلة التطبيق وخالية من التعقيد.

1.5 مرت بناء الخطة العلاجية على عدة خطوات:

1- الاطلاع على ادبيات الدراسة والبحوث العلمية النظرية الخاصة بموضوع الاطروحة (ادمان الانترنت) وكذا البرامج العلاجية التي صممت لخفض ادمان الانترنت.

2- تحديد اهداف الخطة العلاجية وصياغتها.

3- صياغة محتوى الخطة في عدد من الجلسات تحتوي على فنيات ومهارات تدريبية التي تهدف الى تزويد افراد المجموعة التجريبية بها خلال الجلسات.

4- عرض الخطة العلاجية ومضمونها على مجموعة من المحكمين في تخصص علم النفس المعرفي.

6. **حدود البرنامج:** لقد بنيت الخطة العلاجية الحالية في ضوء الأهداف التي تسعى الى تحقيقها فقد تم تطبيق الخطة ضمن الحدود التالية:

1.6. **الحدود الزمنية:** استغرقت الخطة العلاجية مدة () بواقع () وحدد الباحث الفترة الصباحية لتنفيذ الجلسات العلاجية مع التزام بوقت معين محدد لكل جلسة

2.6. **عدد الجلسات:** تتكون الخطة العلاجية الحالية من 12 جلسة علاجية جماعية بواقع جلسة كل أسبوع وتستغرق الجلسة الواحدة ما بين 90-120 دقيقة حسب هدف كل جلسة وطبيعة الفنية المستعملة فيها.

3.6. **الحدود المكانية:** تمت تنفيذ الخطة العلاجية في جامعة الحاج لخضر باتنة 01 في قاعة من المحاضرات تابعة لشعبة علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والارطفونيا.

4.6. **عدد المشاركين في الخطة العلاجية:** بلغ عدد افراد المجموعة العلاجية () طالبا () وطالبة وهم طلاب السنة الأولى مسجلين بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية في الموسم الجامعي 2020-2021 الذين كانت لديهم درجات ادمان الانترنت مرتفعة جدا والذين أبدوا تقبل وموافقة للمشاركة في الخطة العلاجية.

17. **الفنيات المستخدمة في الخطة العلاجية:** تسعى الخطة العلاجية المعرفية الحالية الى تحقيق الاهداف المسطرة ولا يمكن لأي خطة علاجية ان تحقق أهدافها ما لم تستخدم الفنيات اللازمة والملائمة التي تساهم في تنفيذ وانجاح هذه الخطة الي حد كبير، وستعتمد الخطة العلاجية الحالية على مجموعة من الفنيات تم اختيارها بعناية وبعد موافقة اهل الاختصاص على ذلك وهي على النحو التالي:

المحاضرة، المناقشة الجماعية، التعرف على الأفكار التلقائية وتصحيحها، التعرف على المشاع، إعادة البناء المعرفي، الحوار السقراطي، الضبط الذاتي (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت).

ملحق رقم (09)

استمارة تقييم فاعلية خطة علاجية معرفية في خفض درجات ادمان الانترنت

ملاحظات	غير مناسب	التحكيم	مناسب	الموضوع	مجال التحكيم
				عنوان الخطة العلاجية	01
				اهداف الخطة العلاجية	02
				محتوي الخطة العلاجية	03
				المدة الزمنية للخطة العلاجية	04
				الفنيات المستخدمة في الخطة العلاجية	05
				ترتيب جلسات الخطة العلاجية	06
				المجموعة التجريبية + التقييم التجريبي للخطة	07

المالحق رقم (10)

قائمة بأسماء المحكمين للمخطة العلاجية المعرفية، تخصصهم وبلدانهم.

الرقم	اسم المحكم	التخصص	مكان العمل الحالي
01	بوفولتة بوخميس	علم النفس الارطفونيا	جامعة باتنتة 01
02	أحمان لبنى	علم النفس الصحة	جامعة باتنتة 01
03	سيدركاميليا	العلاجات النفسية	جامعة البويرة
04	عفيضة جديدي	علوم التربية	جامعة البويرة
05	ليلي مدور	توجيه وارشاد تربوي	جامعة باتنتة 01
06	أسماء فيلاي	علم النفس المرضي	جامعة باتنتة 01

المالحق رقم (11)

اعلان

ليكن في علم الطلبة الراغبين في المشاركة في خطة علاجية معرفية للتدريب على فنيات لمواجهة
وخفض اضطراب ادمان الانترنت التقدم الي قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا لتسجيل أنفسهم،
مع العلم انه لا توجد شروط محددة للالتحاق والمشاركة.

والخطة العلاجية يديرها أستاذ متخصص في علم النفس العيادي للطفل والمراهق.

وللتواصل والاستفسار يرجى الاتصال بالأستاذ او الاتصال على الرقم التالي او البريد الالكتروني.

رقم الهاتف: 0559.91.44.78

البريد الالكتروني: abdelbadji10@gmail.com

الملحق رقم (12)

الصورة النهائية للمخطة العلاجية المعرفية

عرض مفصل لكيفية تناول الجلسات

تحت اشراف الدكتور: محمد

اعداد الطالب: باجي عبد الغني

ختاش

الجلسة الاولى الافتتاحية (التمهيدية التعارف وبناء العلاقة العلاجية):

تاريخ انعقادها: 30-06-2021

موضوعها: التعارف وبناء العلاقة العلاجية

الفنيات المستخدمة: محاضرة، مناقشة الجماعية. حوار مفتوح

الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

اهدافها: تحقيق اللفة وتوثيق التعارف بين المعالج وأعضاء المجموعة العلاجية، وبعضهم البعض، تعريف أعضاء المجموعة على سبب وجودهم واختيارهم، عرض فكرة عن الخطة العلاجية وأهدافها وأهميتها ومحتواها والفنيات التي يستخدمها والمدة الزمنية التي تستغرقها الخطة، لاتفاق على القواعد الأساسية للعلاج وأسلوب العلاج ومواعيد الجلسات ومكانها.

محتوي الجلسة:

1.بناء العلاقة العلاجية: بعد الترحيب بأعضاء المجموعة بفرح وسرور وبهجة قمت بالتعريف عن نفسي وشرحت ابعاد وأهداف الخطة العلاجية الذي بصدد تجربتها، من بعد ذلك قام كل مشارك بتقديم نفسه للمعالج وأعضاء المجموعة قصد كسر الحواجز بين افراد المجموعة. (حوار مفتوح لمدة 20دقيقة).

2.تحديد أهداف الخطة العلاجية: قمت بتعريف المشاركين انه في كل جلسة يوجد هدف سنقوم بتعلمه والتدريب عليه بتقنيات علاجية(معرفية) مختلفة لطبيعة المهارة المراد تعلمها وهي اهداف فرعية قصد تحقيق الهدف العام للخطة العلاجية (خفض درجات ادمان الانترنت لديهم).

3.تحديد القواعد الضابطة لعمل المجموعة التجريبية: تم تحديد القواعد الضابطة للعمل من خلال شرح لأفراد المجموعة التجريبية الضوابط والقواعد التي تساعد على إنجاح الخطة العلاجية وقد تم الاتفاق على هاته القواعد:

➤ التقيد بمواعيد الجلسات وعدم التغيب عنها.

➤ التفاعل الإيجابي بين الأعضاء المجموعة التجريبية والتعاون من الباحث لتحقيق الأهداف.

- الصراحة والاحترام المتبادل بين المعالج وأعضاء المجموعة التجريبية.
- احترام آراء المشاركين في الخطة العلاجية وابداء الراي بكل حرية .
- عمل الواجبات المنزلية والتعامل معها بصرامة لما لها من إيجابية من تحقيق اهداف الخطة العلاجية.
- التأكيد على أهمية تنفيذ الفنيات المعرفية اثناء الجلسات لأنها تساعد على خفض درجات ادمان الانترنت.

4. **اعداد السجل اليومي:** قمت بتوزيع على أعضاء المجموعة التجريبية استمارة السجل اليومي وطلبت منهم الاحتفاظ بها وان يدونوا فيها الواجبات وملاحظاتهم وآرائهم عن كل جلسة. (دامت 20 دقيقة).

5. **اختتام الجلسة التمهيدية:** بعد اكتساب ثقة أعضاء المجموعة وكسر الحواجز بين الأعضاء والمعالج ومع بعضهم البعض وابداء آراء المشاركين في الخطة العلاجية وملاحظتهم التي قمت بتدوينها، وابداء الرغبة والسرور في المشاركة في العلاج في الأخير تم الاتفاق على العقد المعد من طرف الباحث لأعضاء المجموعة التجريبية. وكان أول واجب منزلي (ادمان الانترنت) (بروتكول العلاج). (دامت 10).

6. **اعداد تقرير نهاية كل جلسة:** تقرير نهاية كل جلسة:
في كل جلسة من جلسات الخطة العلاجية قمت بكتابة تقرير عما دار في الجلسة عن مستوى التفاعل والملاحظات والتوصيات وما تم تحقيقه في الجلسة على النحو التالي:

رقم الجلسة الأولى: الافتتاحية محاضرة، مناقشة الجماعية. حوار مفتوح																									
تلخيص ما تم في الجلسة													أ												
ممتاز			جيد جدا			جيد X			مقبول			مستوى تفاعل			ب										
ملاحظات أثناء الجلسة														ج											
متوتر		عدواني		غ متعاون			مسترخي X		سليبي		متعاون X		اتجاهات المشارك نحو الجلسة			أولا									
غير متحمس		متحمس		لا يبذل جهد		يبذل جهدا		غير متساهل		متساهل		غير مرتاح		مرتاح X		اتجاهات المشارك نحو المعالج									
نشط زائد		هادئ		غير		مبالي		يفكر بصوت عالي بصمت		مندفع		متأنئ X		بطيء		سريع		سلوكيات أثناء الجلسة							
غير متأسف		متأسف X		مضطرب			هادئ			غير مدرك			مدرك X		استجابة نحو المشكلة الحالية										
تعبيره غير لفظي		تعبيراته لفظية		لغة غريبة		لغته واقعية X		لا يتحدث الا عندما يطلب منه		يتحدث بطلاقة واستمرار X		استجابة مع انفعال X		يستجيب مباشرة		مخارج الحروف عندهم ضعيفة		مخارج الحروف عندهم قوية		ضعيف التحدث		قوي التحدث		تحدث ولغة والتواصل	
التحدث والتعبير																									
الرابطة بين المعالج والمشاركين							الالفة والاحترام والتعاون																		
الأهداف المتحققة													الهدف المحقق كسر الحاجز بين المعالج والمجموعة العلاجية، تحقيق الالفة والمحبة، والاتفاق على العقد، وحب المشاركة في العلاج	د											
نسبة نجاح الجلسة													85 بالمئة	هـ											
التوصيات													زيادة في وقت الجلسة لاستفادة أكثر.	و											

زمن الجلسة: 45-60 دقيقة

الجلسة الثانية:

تاريخ انعقادها: 2021-07-01

1. موضوعها: لاضطراب ادمان الانترنت

2. الفنيات المستخدمة: محاضرة تفاعلية، مناقشة جماعية مفتوحة، عرض فيديو لادمان الانترنت

، رسومات كاريكاتوريا واجب منزلي.

3. الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض، رسومات كاريكاتوريا لادمان

الانترنت

4. اهدافها: إعادة تعارف المشاركين على بعضهم، والتعرف إلى المشكلة التي يعانون منها (اضطراب

ادمان الانترنت وخصائصه واثاره النفسية واعراضه الاكلينيكية) (هدف عام للجلسة) عن قرب أكثر وكذا

معرفة أهمية المرحلة العمرية التي يمر بها الطالب الجامعي من النواحي العقلية والانفعالية والسلوكية. أما الهدف الخاص للجلسة فكان التعرف على مؤشرات ومظاهر ادمان الانترنت ورفع مستوى الحماس للعلاج والتفاعل الإيجابي، وتثقيف افراد المجموعة التجريبية أكثر عن ادمان الانترنت.

5. أسلوب عرض الوسائل الإيضاحية السمعية والبصرية:

وهي التي تصور مظاهر انفعالية سلوكية وما يتصل بها من مشكلات واضطرابات- فهذه الأفلام الوثائقية التعليمية النفسية- ذات أثر بعيد في نفسية أعضاء المجموعة التجريبية ويشترط إن يكون موضوع الوسائل الإيضاحية متصلا بمراكز أعضاء الجماعة وأدوارهم في الحياة ومع مشكلتهم المشتركة التي يعانون منها ومن الأفلام الوثائقية كانت فيديو قصير حوالي مدة عشر دقائق يحكي عن تأثير الانترنت على الكائنات الحية ومن بينها الانسان، وعرض صور ورسومات كاريكاتوريا عن ادمان الانترنت، وعرض صور على افراد المجموعة التجريبية من انجاز احدى المتعلجات، لشرح اكثر انظر الي محتوى القرص المضغوط سواء للفيديوهات او للرسومات .

5. تقرير نهاية جلسة:

رقم الجلسة الثانية: محاضرة ادمان الانترنت+ عرض فيديو+ رسومات كاريكاتوريا.										
أ تلخيص ما تم في الجلسة										
ب مستوى تفاعل		مقبول		جيد		جيد جدا X		ممتاز		
ج ملاحظات أثناء الجلسة										
1 اتجاهات المشارك نحو الجلسة		متعاون X		سلبى		مسترخي X		غ متعاون		متوتر
اتجاهات المشارك نحو المعالج		مرتاح X		غير مرتاح		متساهل		غير متساهل		لا يبذل جهدا X
سلوكيات أثناء الجلسة		السرعة		البطيء		التأني X		الاندفاع		يفكروا بصوت عالي
استجابة نحو المشكلة الحالية (ادمان الانترنت)		مدرک X		غير مدرک		هادئ		مضطرب		متأسف X

تحدث ولغة والتواصل	قوي التحدث X	ضعف التحدث	مخارج الحروف عندهم قوية X	مخارج الحروف عندهم ضعيفة	يستجيب مباشرة	استجابة مع انفعال X	يتحدث بطلاقة واستمرار X	لا يتحدث الا عندما يطلب منه	لغته واقعية X	لغة غريبة	تعبيراته لفظية	تعبيره غير لفظي
التحدث والتعبير												
الرابطة بين المعالج والمشاركين												
الالفة والاحترام والتعاون												
الاهداف المتحققة												
الهدف المحقق معرفة ادمان الانترنت في صورته الإكلينيكية، وإدراك حجم خطورته على حياة الفرد.												
نسبة نجاح الجلسة												
85 بالمئة												
التوصيات												
التحمس لعلاج اضطراب ادمان وطرق التخلص والتقليل منه.												

زمن الجلسة: دامت الجلسة 90 دقيقة.

الجلسة الثالثة:

تاريخ انعقادها: 2021-07-03

1. موضوعها: فنية التعرف على الأفكار التلقائية

2. الفنيات المستخدمة: محاضرة + مناقشة جماعية مفتوحة+ التخيل، لعب الدور، والاسئلة السقراطية، واجب منزلي.

3. الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

4. أهدافها: إدراك حجم الخطر الذي تسببه العمليات المعرفية (الأفكار التلقائية ، المشاعر، والسلوك المسببة لإدمان الانترنت من خلال مراقبة الذات، والتخيل، ولعب الدور وان يكتسب المفحوصين مهارة المراقبة الذاتية من خلال شرح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك من خلال (A.B.C):
والجدول يوضح آلية المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C).

الموقف او الحدث	المشاعر	الافكار	السلوك
-----------------	---------	---------	--------

نهاية الجلسة بواجب منزلي الذي كان هدفه استخراج موقف او حدث ارتبط بالانترنت ومحاولة تسجيل اولي لهذا الحدث في الجدول ومناقشته في الجلسة القادمة.

5. تقرير نهاية جلسة:

رقم الجلسة ثلاثة: فنية التعرف على الأفكار التلقائية: محاضرة + مناقشة جماعية مفتوحة+ التخيل+ لعب الدور+ والاسئلة السقراطية+ واجب منزلي													
أ	تلخيص ما تم في الجلسة												
ب	مستوى تفاعل	مقبول	جيد X	جيد جدا	ممتاز								
ج	ملاحظات أثناء الجلسة												
1	اتجاهات المشارك نحو الجلسة			متعاون X	سلبى	مسترخي X	غ متعاون	عدواني	متوتر				
	اتجاهات المشارك نحو المعالج			مرتاح X	غير مرتاح	متساهل	غير متساهل	يبذل جهدا X	لا يبذل جهد	متحمس X	غير متحمس		
2	سلوكيات أثناء الجلسة		سريع	بطيء X	مثنائي X	مندفع	يفكر بصوت عالي	يفكر بصمت	مبالي X	غير	هادئ	نشط زائد	
	استجابة نحو المشكلة الحالية (الأفكار التلقائية)			مدرك	غير مدرك X	هادئ X	مضطرب	متأسف	غير متأسف X				
تحدث ولغة		قوي	ضعيف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	يستجيب	استجابة مع	يتحدث	لا يتحدث الا	لغته	لغة	تعبيرا	تعبيرهم
والتواصل		التحدث	التحدث	عندهم قوية X	الحروف	مباشرة	انفعال	بطلاقة	عندما يطلب	واقعية	غريبة	تتم	غير لفظي
				عندهم ضعيفة				واستمرار	منه	X		لفظية	X
التحدث والتعبير													
الرابطة بين المعالج والمشاركين													
الالفة والاحترام والتعاون التفاعل مع محتوى الجلسة													
د	الاهداف المتحققة												
الهدف المحقق التعرف على الأفكار التلقائية+العمل على اكتشافها من خلال سجل الأفكار + معرفة التشوهات المعرفية المرتبطة بهذه الأفكار التلقائية.													
هـ	نسبة نجاح الجلسة												
60 بالمئة													
و	التوصيات												
محاولة افراد المجموعة على الاستفسار حول تصحيح هذه الأفكار التلقائية .													

زمن الجلسة: 90 دقيقة

الجلسة الرابعة:

تاريخ انعقادها: 2021-07-04

1. موضوعها: التعرف على الأفكار التلقائية

2. الفنيات المستخدمة: محاضرة تفاعلية، مناقشة جماعية مفتوحة، فنية التخيل، لعب الدور،

والاسئلة السقراطية، واجب منزلي.

3. الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

4.اهدافها: مناقشة الواجب المنزلي ومراجعته، التعرف على الأفكار التلقائية الخاطئة وكيف تنشأ وتنتج والعمل على ادراكها وتسجيل لأفكار التلقائية على سجل اليومي والعمل على كيفية تصحيحها مع المعالج.

5.كيفية اكتشاف الأفكار التلقائية: يتم الكشف عنها من خلال طرح الأسئلة على افراد المجموعة التجريبية.

ما الذي كان يدور في ذهنك حينها؟ اسأل ذلك السؤال عندما تلاحظ أي تغيير (زيادة او نقص) في المشاعر اثناء الجلسة، اجعل المجموعة تتذكر موقفا او وقتا معيا لاحظت فيه تغيرا في المشاعر. إذا لزم الامر اجعل المجموعة التجريبية تستخدم الخيال في وصف موقف كما لو كان الان، ثم اسأل السؤال، اجعل المجموعة تمثل دورا معك في موقف معين ثم اسال السؤال السابق. وهناك أسئلة أخرى للتعرف على الأفكار التلقائية ومن بينها:

1.مالذي تعتقدونه انكم كنتم تفكرون فيه؟

2.هل تعتقدون انكم كنتم تفكرون في او.....؟

3.هل كنتم تتخيلون شيئا ممكن ان يحدث او تتذكرون شيئا قد يحدث؟

4.ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة لكم؟

5.هل كنتم تفكرون (.....؟) يذكر المعالج فكرة مضادة للجواب المتوقع.

تم تحديد وتعديل الأفكار التلقائية اللاتكيفية عن طريق طلب المعالج من المجموعة التجريبية الانخراط في انفعال نشاط مرتبط بإدمان لأنترنت من خلال الاتي:

1.تحدد المعالج والمجموعة التجريبية أحد الانفعال التي يظهر بشكل متكرر (القلق، غضب، انزعاج)

2.يطلب المعالج من المجموعة التجريبية ان يغمضوا اعينهم وينفعلوا بشأن هذا الموضوع بأسلوبهم المعتاد لمدة دقيقة.

ملاحظة لم يستطيعوا ان ينفعلوا في هذه الطلب وانتقلت مباشرة الي لعب دور مع احدى أعضاء المجموعة التجريبية حيث قمنا بتجسيد دور مشكل بين اخ واخت بسبب استعمال الأخت للأنترنت بشكل كبير ما تجسد عنه مشكل عائلي في التخلي عن الواجبات المنزلية لأخت، وكان الهدف منه معرفة الأفكار التلقائية والتصورات التي حدثت اثناء فترة الانفعال.

3.يجب ان تصفوا بالتفصيل الأفكار والتصورات التي حدثت اثناء فترة الانفعال.

4.يجب ان تكررنا الانفعال لمدة دقيقة وان تعبروا لفظيا عن الأنشطة المعرفية.

5. يجب ان تتبها الي المحتوى معين كل مرة يبدأ فيها الانفعال ويشجع على تحديد مثيرات هذا الانفعال. حين يكشف المعالج احدى الأفكار التلقائية (القلق ، غضب، انزعاج) فانه يقرر ماذا عليه ان يفعل بعد ذلك حيث يمكنه:

1 ان يركز على الفكرة التلقائية (ما مدي ايمانك بالفكرة هذه؟ كم كانت تؤثر هذه الفكرة على مشاعرك؟ ماذا عملت بعدما راودتك هذه الفكرة؟).

2. ان يحاول معرفة المزيد عن الموقف المصاحب للفكرة التلقائية (متي حصل ذلك، احكي أكثر عن الموقف من فضلك).

3. ان يكتشف مدى نموذجية الفكرة التلقائية (يا ترى كم تراودك هذا النوع من الأفكار؟ وفي أي موقف؟ واي نوع من الأفكار تضايقت أكثر؟

4. التعرف على أفكار التلقائية أخرى مرتبطة بنفس الموقف (هل يوجد أشياء أخرى درات في ذهنك؟ أي صور او خيالات؟).

5. ان يحاول حل المشكلة المرتبطة بالفكرة التلقائية (يساعد المعالج المجموعة على إيجاد البديل)

6. ان يكتشف المعتقدات التي انبثقت منها الفكرة التلقائية. (إذا كانت الفكرة صحيحة ما معناها بالنسبة لك؟)

حينما يقرر المعالج ان هذه الفكرة التلقائية تستحق التركيز عليها يجب ان يسأل الأسئلة التالية:

كم هو اعتقادك بالفكرة هذه الان (0-100)؟

الفكرة هذه بتخليكم تشعروا بماذا؟

كم هي قوتها (0-100)؟

إذا كانت درجة الازعاج قليلة يستطيع المعالج اقتراح الانتقال الى موضوع اخر وأما إذا كانت الفكرة التلقائية قوية وتؤثر بقوة ودلالة أكبر يظهر المعالج الصورة بطريقة واضحة وفق النموذج المعرفي.

واجب منزلي:

التعليمية: حينما تحس ان مزاجك وانفعالك قد تغير للاسوء اسأل نفسك ما الذي يدور في رأسك وبأسرع

ما يمكنك دون هذه الأفكار او المشاعر في عمود الأفكار التلقائية:

في الجدول التالي:

الموقف	المشاعر	الأفكار الالية	الادلة	الفكرة البديلة	المشاعر بعد
--------	---------	----------------	--------	----------------	-------------

5. تقرير نهاية جلسة:

رقم الجلسة الرابعة: فنية التعرف على الأفكار التلقائية: محاضرة + مناقشة جماعية مفتوحة+ التخيل+ لعب الدور + الاسئلة السقراطية+ واجب منزلي																
أ	تلخيص ما تم في الجلسة															
ب	مستوى تفاعل	مقبول	جيد X	جيد جدا	ممتاز											
ج	ملاحظات أثناء الجلسة															
1	اتجاهات المشارك نحو الجلسة		متعاون X		سليبي		مسترخي X		غ متعاون		عدواني		متوتر			
	اتجاهات المشارك نحو المعالج		مرتاح X		غير مرتاح		متساهل		غير متساهل		يبدل جهدا X		لا يبدل جهد	متحمس X	غير متحمس	
2	سلوكيات أثناء الجلسة		سريع		بطيء X		متأنى X		مندفع		يفكر بصوت عالي		يفكر بصمت	مبايي X	غير هادئ	نشط زائد
	استجابة نحو المشكلة الحالية		مدرك		غير مدرك X		هادئ X		مضطرب		متأسف		غير متأسف		غير متأسف X	
	تحدث ولغة	قوي	ضعيف	مخارج	مخارج	يستجيب	استجابة مع	يتحدث	لا يتحدث	لغته	لغة	تعبيراتهم	تعبيره			
	والتواصل	التحدث	التحدث	الحروف	الحروف	مباشرة	انفعال	بطلاقة	الا عندما	واقعية	غريبة	لفظية X	غير لفظي			
				عندهم قوية	عندهم ضعيفة		X	واستمرار	يطلب منه	X			X			
	التحدث والتعبير															
	الرابطة بين الالفة والاحترام والتعاون والتفاعل مع محتوى الجلسة															
	المعالج والمشاركين															
د	الهدف المحقق التعرف على الأفكار التلقائية+العمل على اكتشافها من خلال سجل الأفكار + معرفة التشوهات المعرفية المرتبطة بهذه الأفكار التلقائية.															
هـ	نسبة نجاح الجلسة	75 بالمئة														
و	محاولة افراد المجموعة على الاستفسار حول تصحيح هذه الأفكار التلقائية.															

زمن الجلسة: 60-90 دقيقة.

الجلسة الخامسة:

تاريخ انعقادها: 2021/07/06

1. **موضوعها:** مناقشة ودحض الأفكار التلقائية وتصحيحها.
2. **الغيات المستخدمة:** دحض الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها من خلال سجل الأفكار (الحث والدحض)، الواجب المنزلي (سجل الأفكار التلقائية).
3. **الوسائل المستخدمة:** أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.
4. **اهدافها:** مناقشة الواجب المنزلي ومراجعته، التعرف على العلاقة بين الأفكار التلقائية من خلال سجل الأفكار وكيفية حدوث ادمان الانترنت، ولفت انتباه المجموعة العلاجية على دور الأفكار التلقائية المختلفة في التوجه نحو ترسيخ ادمان الانترنت، دحض الأفكار لتلقائية وتصحيحها الانتهاء بواجب منزلي.
5. **سجل الأفكار:** يسمى سجل الأفكار التلقائية كذلك بـ "التسجيل اليومي للأفكار المعطلة" وهو عبارة عن استمارة عمل تساعد المجموعة التجريبية على الاستجابة لأفكارهم التلقائية بطريقة إيجابية وبالتالي تخفف من شعورهم بالانفعالات. وإذا راي المعالج ان المجموعة التجريبية مرتبكة من شكل سجل الأفكار التلقائية ونظامه يمكنه ان يعلم المجموعة التجريبية ان يستخدموا بدلا من تلك الأسئلة الموجودة في اختبار الأفكار التلقائية، ويحتوي السجل الأفكار التلقائية على أربعة أعمدة ويجب على المعالج توضيح محتويات هذه الاعمدة. قبل تسجيل أفكارهم لبد من تعليمهم كيف يميزوا الأفكار التلقائية وفي هذه الحالة يطلب منهم ان يدون الأفكار التلقائية التي تخطر في بالهم في حالة التوتر او الانزعاج أو القلق ويمكن ان يحدد بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية وتبدأ بـ " إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لك؟ ولماذا تزعجك؟ ويكمن ان يضيف المعالج او ينقص من عدد الاعمدة بحسب .
والجدول التالي يوضح آلية تعديل الأفكار مثال توضيحي لسجل الأفكار التلقائية:
- 11.5 **التعليمية:** حينما تحس ان مزاجك وانفعالك قد تغير للاسوء اسأل نفسك ما الذي يدور في رأسك وبأسرع ما يمكنك دون هذه الأفكار او المشاعر في عمود الأفكار التلقائية:

التاريخ والساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
مثال: الجمعة الساعة: 17:00	التفكير في انقطاع	لن يرغب أصدقائي في	حزن + غضب +	هذا من زهري في الحقيقة لا اعرف	غضب 20 قلق 30

بعد العصر	الانترنت البيت وعدم الاتصال	الحديث معي من جديد	قلق	ان(80بالمئة) كانوا يرغبون في الحديث معي من جديد	حزن 50.
-----------	--------------------------------	-----------------------	-----	--	---------

ويمكن الاستعانة بالجدول الذي وضعه بيك (1995)، والذي يمثل كيفية تسجيل الاختلال الوظيفي للتفكير

التاريخ والساعة	الموقف	التفكير الآلي أو الأوتوماتيكي	الانفعال	التفكير البديل	النتيجة
	ما هو الموقف أو الحدث الذي جعلك تشعر بانفعال غير مريح؟ 2. ماهي الاحساسات الجسدية التي شعرت بها	1. ماهي الأفكار أو الصور التي خطرت بذهنك ؟ 2. إلى أي حد تثق في كل واحدة من هذه الأفكار على حدى ؟	1. بماذا شعرت في هذا الوقت (حزن، قلق، غضب...) ؟ 2. ماهي كثافة الانفعال (0- 100) %	1. اختياري) ما هو التحريف المعرفي الذي قمت به؟ (مثلا : كل شيء أو لاشيء ،قراءة في ذهن الأخر،....) 2. استعمل الأسئلة أعلاه للإجابة عن التفكير الآلي. 3. ما مدى ثقتك في كل اجابة؟.	1. ما مدى ثقتك في الأفكار الألية ؟ 2. ما هو الانفعال الذي تشعر به الآن ؟ ما كثافته (0- 100) % 3. ما الذي ستفعله الآن أو ستفعله في المستقبل؟.

2.5 تقييم الأفكار التلقائية: يختار المعالج فكرة او بعض الأفكار المهمة القليلة في جلسة ما وستناول بالوصف كيفية اختيار أهم الأفكار التلقائية من اجل التقييم وكيف يتعلم المتعالجين نظام لتقييم أفكارهم بأنفسهم.

حينما يكشف المعالج احدى الأفكار التلقائية فانه يقرر ماذا عليه ان يفعل بعد ذلك:

ان يركز على الفكرة التلقائية (ما مدي ايمانك بالفكرة هذه؟ كم كانت تؤثر هذه الفكرة على مشاعرك؟ ماذا عملت بعدما راودتك هذه الفكرة؟) ان يحاول معرفة المزيد عن الموقف المصاحب للفكرة التلقائية (متي حصل ذلك، احكي أكثر عن الموقف من فضلك) ان يكتشف مدى نموذجية الفكرة التلقائية (با ترى كم تراودك هذا النوع من الأفكار؟ وفي أي موقف؟ واي نوع من الأفكار تضايقتك أكثر؟) التعرف على أفكار التلقائية أخرى مرتبطة بنفس الموقف (هل يوجد أشياء أخرى درات في ذهنك؟ أي صور او خيالات؟) ان يحاول حل المشكلة المرتبطة بالفكرة التلقائية (يساعد المعالج المجموعة على إيجاد البديل) ان يكتشف المعتقدات التي انبثقت منها الفكرة التلقائية. (إذا كانت الفكرة صحيحة ما معناها بالنسبة لك؟) الانتقال الي موضوع اخر. (اعتقد أنى فهمتك ما كنتي ترددين قوله).

ملاحظة: يختار المعالج من بين هذه الاختيارات بسؤال نفسه ما الذي يريد تحقيقه في هذه الجلسة؟ ما الذي وضعه المجموعة التجريبية في السجل الاعمال؟ هل التركيز على هذه الأفكار سوف يعالج المشكلة؟ هل هذه الفكرة مهمة تستحق التركيز؟ حينما يقرر المعالج ان هذه الفكرة التلقائية تستحق التركيز عليها يجب ان يسأل الأسئلة التالية: كم هو اعتقادك بالفكرة هذه الان (0-بال مئة100)؟ الفكرة هذه بتخليكم تشعروا بماذا؟ كم هي قوتها(0-100)؟ إذا كانت درجة الازعاج قليلة يستطيع المعالج اقتراح الانتقال الى موضوع اخر وأما إذا كانت الفكرة التلقائية قوية وتؤثر بقوة ودلالة أكبر يظهر المعالج الصورة بطريقة واضحة وفق النموذج المعرفي. ويمكن ان يختبر المعالج الأفكار التلقائية من خلال الأسئلة التالية: ما الدليل؟ ما الدليل الذي يدعم هذه الفكرة؟ ما الدليل ضد هذه الفكرة؟ هل هناك تفسير بديل؟ ما تأثير معتقداتي على الأفكار التلقائية؟ ماذا يكون التأثير لو غيرت تفكيري؟ ما الذي ينبغي ان اعمله من اجل ذلك؟

5. تقرير جلسة:

رقم الجلسة الخامسة: مراجعة الواجب المنزلي (سجل الأفكار التلقائية) + دحض الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها من خلال سجل الافكار (الحث والدحض) + الواجب المنزلي (دحض الأفكار التلقائية من خلال سجل الافكار).													
أ	تلخيص ما تم في الجلسة												
ب	مستوى تفاعل	مقبول	جيد	جيد جدا X	ممتاز								
ج	ملاحظات أثناء الجلسة												
1	اتجاهات المشاركة الجلسة	نحو	متعاون X	سلبي	مسترخي X	غ متعاون	عدواني	متوتر					
	اتجاهات المشاركة نحو المعالج	مرتاح X	غير مرتاح	متساهل	غير متساهل	يبدل جهدا X	لا يبذل جهد	متحمس X	غير متحمس				
2	سلوكيات أثناء الجلسة	سريعين X	بطيئين	متأنيين	مندفعين X	يفكروا بصوت عالي	يفكر بصمت	مبالين X	غير	هادئ	نشط زائد		
	استجابة نحو دحض الأفكار التلقائية	مدرك X	غير مدرك	هادئ X	مضطرب	متأسف	غير متأسف						
	تحدث ولغة والتواصل	قوي	ضعيف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	يستجيب بوا	استجابة مع انفعال X	لا يتحدث الا عندما يطلب منه	لغته واقعية	لغة غريبة	تعبيراته م لفظية X	تعبير غير لفظي X	
	التحدث والتعبير	التحدث بكل حرية											

		التعاون والتفاعل مع محتوى الجلسة الاستفسار عن الاستجابات التكيفية والبديلة في حال عدمهما، أي لم يتوصلوا إليها.	الرابطة بين المعالج والمشاركين
د	الأهداف المتحققة	الهدف المحقق دحض الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها. واحلال محلها استجابات بديلة تكيفية	
هـ	نسبة نجاح الجلسة	85 بالمئة	
و	التوصيات	معرفة طرق اخري للتخلص النهائي من الأفكار التلقائية.	

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

الجلسة السادسة:

تاريخ انعقادها: 2021-07-07

1. موضوعها: التدريب على الاسترخاء

2. الفنيات المستخدمة: مراجعة الواجب المنزلي (سجل دحض الأفكار التلقائية) ، فنية الاسترخاء، عرض فيديو لاسترخاء ، واجب منزلي لتطبيق تمارين الاسترخاء، التنفيس الانفعالي ، الاستخدام النكت.

3. الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

4. اهدافها: التدريب على الاسترخاء لأنه أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، والتنفيس الانفعالي لدي المجموعة التجريبية من خلال التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى اراحة الجسم والنفس، وذلك عن طريق التنفس العميق، وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي، تعليم العميل كيف يقلل الشعور بالانزعاج والقلق والضيق وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع الموقف.

5. التدريب على الاسترخاء: وقد روعي استخدام هذه الفنية ابتداء من هذه جلسة من جلسات الخطة العلاجية، وذلك بغرض تدريب أفراد المجموعة التجريبية على طرق بديلة للتحكم في الأفكار التلقائية والمواقف المزعجة والمحبطة من اجل التنفيس الانفعالي والتفكير الجيد للوصول الي الحلول البديلة في ظرف زمني قصير.

1.5 التمرين الأول تدريبات التنفس:

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وأحبسه لمدة ثانية واحدة. الشهيق الكامل يؤدي الشعور بالتوتر.
- أطلق النفس (التنفس) تدريجياً (الزفير) أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد (3، 2، 1)، الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة حالة التوتر.
- حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد إطلاق النفس.

- كرر العملية السابقة ثلاث مرات.

2.5 التمرين الثاني: تدريبات الذراعين:

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة ثم أغمض عينيك (لحظة صمت) وجه كل انتباهك إلى ذراعك اليمين أولاً، كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليمين، الذراع اليمين بشكل خاص.

- أقبض كفك اليمين بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك اليمنى وعضلات مقدمة الذراع اليمنى تنقبض وتتوتر.

- ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.

- افتح يدك اليمنى وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى يصل إلى حالة استرخاء تام.

- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، واستمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت (عشر ثوان صمت)

- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.

- لنتجه الآن لليد اليسرى.

- أغلق الآن يدك اليسرى بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة ولاحظ أن عضلات يدك اليسرى وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر.

- ركز على التوتر والشد الناتج عن هذا النشاط.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.

- افتح يدك اليسرى وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى يصل إلى حالة استرخاء تام.

- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت.

- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.

- الآن دعنا نتجه إلى راحة اليدين:

- اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد.

- لاحظ هذا التوتر.

- الآن استرخ وعد بمعصمك إلى وضعه الطبيعي المريح.
- لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
- كرر هذا التدريب مرة أخرى.
- الآن اترك يديك مسترخيتين تماماً، وانتقل إلى عضلة الذراع اليمنى.
- اثني كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز على الإحساس بالشد.
- افرد ذراعك الأيمن وأرخيه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن. كرر هذا التمرين مرة أخرى.

- ننتقل بعدها للذراع الأيسر:

- اثني كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات الساعد الأيسر.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز على التوتر والشد.
- افرد ذراعك الأيسر وأرخيه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن.
- الآن اترك العضلات على سجيبتها أكثر فأكثر لمدة عشر ثوان.

وأخيراً بعد أن قمت بعرض فيديو توضيحي حول الاسترخاء ومحاضرة بإجراء تدريبات الاسترخاء على جميع عضلات الجسم، حاولوا أن تجروا جميع التدريبات الأخرى في المنزل مع التركيز على الفرق بين حالتى الشد والاسترخاء بعد الانتهاء من كل تمرين. كذلك حاولوا أن تستمتعوا بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد الانتهاء من التمرينات.

ملاحظة 1: قد تواجهكم بعض الصعوبات مع بعض العضلات، فهذا الأمر معتاد، ويجب ألا يقلقك، بل حاول تكرار التمرين حتى تشعر بالفرق بين الحالتين وتستمتع به، إنه من المهم أن تصل إلى هذه المرحلة وإلا لن تحصل على نتائج إيجابية من تدريباتك على الاسترخاء.

ملاحظة 2: نظرا لضيق المكان وبعض التمرينات الاسترخاء تحتاج الي وضعيات معينة مثلا الاستلقاء تعذر مني اجرائها كاملة واكتفيت بتمرينين لاسترخاء (التمرين الأول تدريبات التنفس والتمرين الثاني:

تدريبات الذراعين)

3.5 استخدام النكت ومواقف مضحكة عن الانترنت:

ومن امثلة ذلك: يقول أحدهم: حاولت إقامة علاقات صداقة وتعارف مع أناس خارج الفيس بوك في الواقع الحقيقي بنفس الأسلوب و الطريقة المتبعة بعالم الفيس بوك. لذا نزلت إلى الشارع و بدأت بإيقاف المارة لأخبرهم ماذا أكلت قبل قليل و بماذا أشعر بهذه اللحظة و ما الذي أنوي القيام به و بصحبة من. وبدأت باعطائهم صور من حديقة منزلي. و صورتي و أنا أقود السيارة ، و صورتي و أنا أتناول الغداء في أحد المطاعم...الخ و صوراً توثق نشاطي اليومي و قفت بجانب بعض المارة الذين يتحدثون مع بعضهم لأسمع حديثهم وأبدي اعجابي به اكتشفت ان هذه الطريقة وبهذا الأسلوب في العالم الحقيقي لها مفعولها فحتى الان أصبح عندي ثلاثة اشخاص يتبعونني. رجلان من رجال الشرطة وطبيب نفسي. التعزيز الإيجابي تقديم مدعمات ثناء-تشجيع -مدح على الإجابات الصحيحة، والهدف منه حث المجموعة على السلوك والتفكير الصحيح ما يؤدي إلى الاستجابة وتكرار السلوك الإيجابي الجيد المراد تعلمه في كل جلسة علاجية.

5.تقرير نهاية جلسة:

رقم الجلسة السادسة: مراجعة الواجب المنزلي (سجل الأفكار التلقائية البديلة والتكيفية) +فنية الاسترخاء+ عرض فيديو لاسترخاء + استخدام النكت للتنفيس الانفعالي +واجب منزلي لتطبيق تمارين الاسترخاء.											
أ تلخيص ما تم في الجلسة											
ب مستوى تفاعل		مقبول		جيد		جيد جدا X		ممتاز			
ج ملاحظات أثناء الجلسة											
1 اتجاهات المشارك نحو الجلسة		متعاون X		سلبي		مسترخي X		غ متعاون		عدواني	
اتجاهات المشارك نحو المعالج		مرتاح X		غير مرتاح		متساهل		غير متساهل		يبذل جهدا X	
		متحمس X		لا يبذل جهد		متحمس X		غير متحمس			
2 سلوكيات أثناء الجلسة		سريع		بطيء X		متأنى X		مندفع		يفكر بصوت عالي	
استجابة نحو التمرين الاسترخاء		مدرک		غير مدرک X		هادئ X		مضطرب		متأسف	
		مدرک		غير مدرک X		هادئ X		مضطرب		متأسف	

تحدث ولغة والتواصل	قوي التحدث	ضعيف التحدث	مخارج الحروف عندهم قوية	مخارج الحروف عندهم ضعيفة	يستجيب مباشرة X	استجابة مع انفعال	يتحدث بطلاقة واستمرار	لا يتحدث الا عندما يطلب منه	لغته واقعية	لغة غريبة	تعبيرهم لفظية X	تعبيرهم غير لفظي X
التحدث والتعبير												
التعاون والتفاعل مع محتوى الجلسة الاستفسار عن طرق تطبيق الاسترخاء والوضعيات المناسبة لتطبيقها												
د	الاهداف المتحققة											
الهدف المحقق التعرف على تمارين الاسترخاء وتطبيقها من اجل التنفيس الانفعالي وخفض رغبة الاتصال بالانترنت + تصفية العقل والجسم من التوتر المصاحب لتقليل استعمال الانترنت.												
هـ	نسبة نجاح الجلسة											
90 بالمئة												
و	التوصيات											
معرفة الأوقات المهمة لعمل هذه التمارينات + وهل يستطيعون تطبيقها مع موسيقى هادئة.												

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

الجلسة السابعة:

تاريخ انعقادها: 2021-07-08

1. موضوعها: إعادة البناء المعرفي

2. الفنيات المستخدمة: محاضرة تفاعلية، المناقشة المفتوحة، فنية التخيل (التخيل المعرفي وتتضمن استخدام التخيل في تعديل مواقف وتصور مواقف ماضية وتعديلها ومواقف مستقبلية وتعزيزها)، الضبط الذاتي، واجب منزلي إعادة البناء المعرفي (مقترح سجل يومي لتنظيم أوقات استعمال الانترنت بشكل اسبوعي انطلاق من الفنيات المقدمة).

3. الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

4. اهدافها: تقديم محاضرة حول إعادة البناء المعرفي للمجموعة التجريبية. بهدف البناء المعرفي اي التعرف الدقيق على هذه الأفكار وتطويرها بحيث تكون قوة للتفكير الايجابي واطافة إلى تطوير وتدريب الصوت الداخلي بما يؤثر على الرؤية الثابتة للحياة، وذلك كمثيرات لكل من الخبرات الإيجابية والسلبية. ومساعدة المجموعة التجريبية على أن يتمكنوا من إعادة البناء المعرفي بشكل سليم واكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشاكلهم لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارسته اليومية. إعادة البناء المعرفي بناء جديد لانفعالات والسلوك وذلك من خلال فهم العلاقة بين هذه الأفكار والانفعالات والسلوك.

1.4 الفنيات المستخدمة مع فنية إعادة البناء المعرفي نجد:

1.1.4 أسلوب تدريب الضبط الذات: الهدف من هذا أسلوب، تقليل ساعات الاستخدام سواء بالاعتماد على نفسه أو بمساعدة الآخرين. ويتألف الأسلوب من ثماني خطوات متتابعة، حيث يبدأ بوضع حد أعلى لعدد ساعات الاستخدام يوميًا، ثم مراقبة الفرد لذاته لمعرفة عدد ساعات الاستخدام والمواقف التي تحدث فيها، وتعديل نسبة استخدامه للإنترنت عن طريق المباشرة في فترات الاستخدام، وتطوير مهارات تمكنه من رفض الإفراط في استخدام الإنترنت، وبناء نظام تعزيز المكافأة بهدف خفض ساعات الاستخدام وتحديد الظروف الاجتماعية والانفعالية والبيئية التي تعمل على خفض ساعات الاستخدام للإنترنت من خلال مراقبة الذات، وتعلم مهارات تكيف جديدة غير الاعتماد على الإنترنت، ومحاولة تعلم طرق لتجنب العودة إلى المبالغة في استخدام الإنترنت.

ومن الفنيات إعادة البناء المعرفي المستعملة في علاج حالات الإدمان وهي كما يلي :

الإنصات الانعكاسي: عبارة عن استجابة بسيطة عن طريق تقديم جملة أو عبارة للمتكلم، ومن الضروري أن تكون هذه العبارة في شكل تأكيد بدلا من سؤال. وهذا بهدف دفع المفحوص للتفكير فيما يقوله. وبالتالي استراتيجية جيدة في حالة أعضاء المجموعة الذين يقاومون التفكير في السلوك ومن جهة أخرى يظهر المعالج تفهمهم وقبولهم.

انعكاس التصخيم: تستعمل هذه التقنية في انعكاس شيء قالوه أعضاء المجموعة التجريبية بشكل مضخم أو مبالغ فيه، ويعمل المعالج في هذه الحالة بعكس هذه العبارة بلهجة أكثر توكيدية مبالغ فيها عن تلك التي استخدموها، وهذا من أجل أن نشجع أعضاء المجموعة التجريبية على اتخاذ خطوة إلى الوراء وتغيير بعض التفكير.

عكس جانبي التفكير: وذلك عن طريق الإقرار بالفكرة التي يقدمها أعضاء المجموعة التجريبية مع إضافة الجانب الآخر الذي يناقض الفكرة.

5. تقرير نهاية جلسة:

رقم الجلسة السابعة: إعادة البناء المعرفي +مراجعة الواجب منزلي لتطبيق تمارين الاسترخاء+ محاضرة تفاعلية +المناقشة المفتوحة + فنية التخيل (التخيل المعرفي الاسترخائي وتتضمن استخدام التخيل في تعديل مواقف وتصور مواقف ماضية وتعديلها ومواقف مستقبلية وتعزيزها) +الضبط الذاتي											
أ	تلخيص ما تم في الجلسة										
ب	مستوى تفاعل	مقبول	جيد	جيد جدا X	ممتاز						
ج	ملاحظات أثناء الجلسة										
1	اتجاهات المشارك نحو الجلسة	متعاون X	سليبي	مسترخي X	غ متعاون	منزعج	متو				
	اتجاهات المشارك نحو المعالج	مرتاح X	غير مرتاح	متساهل	غير متساهل	بيذل جهدا X	لا يبذل جهد	متحمس X	غير متحمس		
2	سلوكيات أثناء الجلسة	السرعة	البطيء	التأني X	الاندفاع	يفكروا بصوت عالي X	يفكروا بصمت	مباينين	غير مباينين	هادئين	نشاط زائد
	استجابة نحو الفنيات الحالية (إعادة البناء المعرفي)	مدرک	غير مدرک X	هادئ	مضطرب X	متأسف X	غير متأسف				
	تحدث ولغة والتواصل	قوين X	ضعفين	مخارج الحروف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	مخارج الحروف	مخارج الحروف
	الرابطة بين المعالج والمشاركين	بين	الالفة والاحترام والتعاون والثقة								
د	الأهداف المتحققة	الهدف المحقق معرفة فنيات إعادة البناء المعرفي في مثل هذه الحالات. معرفة الربط المعرفي والانفعالي والسلوك، ضبط الإدمان من خلال إعادة البناء المعرفي.									
هـ	نسبة نجاح الجلسة	85 بالمئة									
و	التوصيات	/									

زمن الجلسة: 60-90 دقيقة.

الجلسة الثامنة:

تاريخ انعقادها: 2021-07-10

1. موضوعها: فنية التدريب على ادارة الوقت (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت).

2. **الفنيات المستخدمة:** محاضرة تفاعلية ، المناقشة الجماعية المفتوحة، إدارة الوقت، المراقبة الذاتية استراتيجيات التعامل مع الانترنت ، الواجب المنزلي.

3. **الوسائل المستخدمة:** أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

4. **اهدافها:** التعرف على فنية التدريب على إدارة الوقت واستخدام أوقات الفراغ من خلال اعداد اجنده (سجل يومي)، هدفه تعريف المشاركين بمهارات ضبط وإدارة الوقت وتوزيعه على أنشطة يومية بدل استغلاله في الانترنت ويسعى المعالج إلى تدريب المشاركين، على اكسابهم استراتيجيات بديلة يومية. يقدم المعالج شرحًا حول فنية ادارة الوقت تجاه الاستخدام المفرط للإنترنت.

1.4 **إدارة الوقت:** يركز اسلوب إدارة الوقت على الفرد الذي يستخدم الإنترنت بإفراط، بهدف تقليل ساعات الاستخدام سواء بالاعتماد على نفسه أو بمساعدة الآخرين، ويتألف الأسلوب من خلال مراقبة الذات، وتعلم مهارات تكيف جديدة غير الاعتماد على الإنترنت، ومحاولة تعلم طرق لتجنب العودة إلى المبالغة في استخدام الإنترنت وهو ما يطلق عليه المراقبة الذاتية ، ويقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي قيام المتعالج بملاحظة ما يقوم به من سلوكيات متعلقة بمشكلته وتسجيله في مفكرة، أو نماذج خاصة معدة من المرشد، وقد روعي البدء في استخدام فنية المراقبة الذاتية في معظم جلسات البرنامج، خاصة الجلسة المتعلقة بعادة البناء المعرفي وجلسة تسجيل الأفكار التلقائية، وآلية تعديل الأفكار السلبية و دحضها المرتبطة بالإدمان الانترنت، حيث إن المراقبة تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المسترشد، وتقدم أدلة تحد من ميلهم إلى تذكر مشكلتهم .

2.4 **فنية المراقبة الذاتية:** من خلال وضع الجدول التالي لسجل الأفكار اليومي ويتم بعد تعليمة المعالج خلال الأسبوع القادم الرجاء التوقف والتفكير عندما تشعر ببعض الانفعالات والمشاعر رجاء سجل الموقف المزعج مباشرة (الموقف، متى يحدث، اين يحدث، مع من يحدث، ماذا حدث؟) والمشاعر ولانفعالات المزعجة التي احسست بها ودرجة شدتها من (0-10) وماهي الأفكار التي درات في عقلك خلال هذا الموقف ودرجة اقتناعك بصحتها من (0-10) يفضل التسجيل اثناء الموقف نفسه او بعده مباشرة في أقرب وقت لضمان الدقة وهذا الجدول سيساعدكم على مراقبة ذاتكم والتعرف على طبيعة ما يحدث معكم. وقد تضمنت الجلسة استراتيجيات عملية معروفة، قدمتها النظرية المعرفية، وتركز مباشرة على الحد من السيطرة على سلوكيات المدمن، ومنع الانتكاس ومن هذه الاستراتيجيات:

1.2.4 **ممارسة العكس** وتتطلب هذه الممارسة تحديد نمط استخدام الفرد للإنترنت، ثم محاولة كسر هذا الروتين أو العادة عن طريق تقديم أنشطة محايدة ومعتدلة، وكذلك عمل جدول مخفض وإعادة تنظيم

وقت الاستعمال الزائد على الإنترنت فإذا اعتاد المدمن استخدام الإنترنت طيلة أيام الأسبوع، فإنه يطلب منه الانتظار حتى يستخدمه في يوم الإجازة الأسبوعية، وإذا كان يستخدم الحاسوب في غرفة نومه، فإنه يطلب منه أن يضعه في حجرة.

2.2.4 تحديد وقت الاستخدام: يطلب من الفرد وضع جدول أسبوعي مسبق للاستخدام، يحدد من خلاله عدد الساعات المخصصة يوميًا لاستخدام الإنترنت، وتقليل ساعات الاستخدام الأسبوعي بتوزيعها على أيام الأسبوع في ساعات محددة من اليوم لا تتعدى ما ورد في الجدول.

3.2.4 بطاقات التذكير: يطلب من المدمن إعداد بطاقات يكتب عليها خمسًا من أهم المشكلات الناجمة عن إسرافه الإنترنت، ويكتب عليها أيضًا خمسًا من الفوائد التي ستنتج عن إقلاعه عن إدمانه، ومن ثم يصطحب هذه البطاقات معه حيثما يذهب، بحيث إذا وجد نفسه مستغرقًا في استخدام الإنترنت يخرج البطاقات ليذكر نفسه بالمشكلات التي قد تتجم عن هذا الاستغراق.

4.2.4 استخدام ساعات التوقف: يطلب من المدمن ضبط منبه قبل بداية دخوله للإنترنت، ويحدد مسبقًا أن مدة الاستخدام هي ساعة واحدة قبل ذهابه للعمل أو الجامعة، حتى لا يستغرق في الإنترنت بالدرجة التي يتناسى فيها التزاماته وواجباته.

5.2.4 ملء الفراغ: تكمن أهمية شرح النموذج المعرفي في العلاقة الوثيقة بين الطريقة التي يفكر بها المتعالج عن نفسه، محيطه ومستقبله (الثالوث المعرفي) وبين مشاعره، ودوافعه، وسلوكه. وأهمية مليء الفراغ بين المحاور الثلاثة هاته ويحدد المعالج أثر التفكير في حدوث مشاعر المتعالج وسلوكه، من خلال تدريب المتعالج على ملاحظة أفكاره ، عندما يشعر بالضيق والانزعاج غير المبررين لهذه الأحداث المثيرات .(وعندما يسجل المتعالج الأحداث الخارجية وردود أفعالهم حيالها.

5تقرير نهاية الجلسة:

رقم الجلسة الثامنة: فنية التدريب على ادارة الوقت (استراتيجيات التعامل مع ادمان الانترنت). مراجعة الواجب المنزلي (مقترح سجل يومي لتنظيم أوقات استعمال الانترنت بشكل اسبوعي). محاضرة تفاعلية + المناقشة الجماعية المفتوحة، +إدارة الوقت+ المراقبة الذاتية استراتيجيات التعامل مع الانترنت + الواجب المنزلي														
أ تلخيص ما تم في الجلسة														
ب مستوى تفاعل														
ممتاز X			جيد جدا			جيد			مقبول					
ج ملاحظات أثناء الجلسة														
1 اتجاهات المشارك نحو الجلسة														
متعاون X		سلبي		مسترخي X		غ متعاون		عدواني		متوتر				
مرتاح X		غير مرتاح		متساهل		غير متساهل		يبذل جهدا X		لا يبذل جهد				
متحمس X		غير متحمس		متحمس X		غير متحمس		متحمس X		غير متحمس				
2 سلوكيات أثناء الجلسة														
سرعيين		بطيئين		متأنين X		مندفعين		يفكرون بصوت عالي		يفكرون بصمت				
مبالين		غير مبالين		هادئين X		نشاط زائد		مبالين		غير مبالين				
مدركين			غير مدركين X			هادئين X			متحمسين X			مأسفين		
مدركين			غير مدركين X			هادئين X			متحمسين X			مأسفين		
استجابة نحو فنيات إدارة الوقت والمراقبة الذاتية.														
تحدث ولغة		قوي		ضعيف		مخارج		مخارج		يسحب		استجابة مع		
التحدث		التحدث		التحدث		الحروف		الحروف		مباشرة X		انفعال		
التحدث		التحدث		التحدث		عندهم قوية		عندهم		X		استمرار		
التحدث		التحدث		التحدث		عندهم قوية		عندهم		X		استمرار		
التحدث والتعبير														
الرابطة بين المعالج والمشاركين														
التعاون والتفاعل مع محتوى الجلسة، الاستفسار أكثر عن المراقبة الذاتية.														
د الأهداف المتحققة														
الهدف المحقق التعرف على طرق المراقبة الذاتية وإدارة الوقت من خلال تطبيق استراتيجيات علمية + محاولة وضع سجل يومي انطلاق من التغذية الراجعة لما تعلمه.														
ه نسبة نجاح الجلسة														
85 بالمئة														
و التوصيات														
/.														

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

الجلسة التاسعة:

تاريخ انعقادها: 2021-07-11

1.موضوعها: التغذية الرجعية.

2.الفنيات المستخدمة: مناقشة الواجب منزلي، محاضرة، المناقشة الجماعية المفتوحة، تغذية راجعة

،التعبير الحر

3.الوسائل المستخدمة: أقلام، أوراق، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض.

4.اهدافها: استرجاع الفنيات المتعلمة مع المعالج ومساعدة المشاركين على استخراج استراتيجيات أخرى

للتعامل مع الانترنت وهذا بمساعدة المعالج وذلك ببناء جدول مخفض لإعادة تنظيم وقت الاستخدام الزائد

للإنترنت، بمساعدة المشاركين في الخطة العلاجية ومن ثم توزيع ساعات الاستخدام على أيام الأسبوع وفي أيام أخرى مستقبلاً وامام أي اضطرابات نفسية. وتهيئة المتعالجين لإنهاء العلاج.

بعد الترحيب بالمشاركين في قاعة الجلسة وإدلاء بانطباعاتهم حول سير الجلسة السابقة من نقاش مفتوح والفنيات المتعلمة ومراجعة الواجب المنزلي، تم مراجعة وتلخيص كل ما تم عرضه خلال الخطة العلاجية المعرفية، حيث قام الباحث مسبقاً بأعداد سجل جميع الأنشطة التي تمت في الجلسات السابقة من موضوعات وانشطة على المشاركين وعرضها عليهم، والاستفادة منها بعد ذلك في شكل نسخة وورد تم ارسالها لهم عبرة البريد الالكتروني، ثم افساح المجال للمشاركين للحديث عن سير الجلسات وما اعجبهم خلال الجلسات وعن مدى الاستفادة من هذه الجلسات .

اذ تعد التغذية الراجعة مهمة في العلاج المعرفي، فهي تساعد على تثبيت العلاقة العلاجية من خلال تشجيع المتعالج على التعبير في أثناء الجلسة العلاجية عن ملاحظاته ومشاعره نحو العلاج والواجب المنزلي والمعالج. وقد استخدمت الملخصات ثلاث مرات خلال الجلسات العلاجية في بداية الجلسة في أثناء إعداد جدول الأعمال، وفي منتصفها ابتداء من الجلسة الخامسة، وأخيراً قبل نهاية الخطة العلاجية أي في هذه الجلسة، حيث قدمت ملخصاً أخيراً للنقاط الرئيسية التي تمت في الجلسات، ويمكن أن يقوم المتعالج بالتلخيص الأخير وبالتالي يزيد في مسؤوليته في العلاج الذي يزيد في المشاركة الوجدانية.

اذ تعد مراجعة الجلسات العلاجية السابقة: على تثبيت ما تعلموه المجموعة التجريبية وتشمل هذه المراجعة قراءة ملاحظات كتبت اثناء الجلسة او بعدها مباشرة او الاستماع الي تسجيل صوتي للجلسة، كما يمكنهم تسجيل الأفكار السلبية والاستجابات التكيفية التي تم التعرف عليها خلال الجلسة ما كما توجد طريقة أخرى لتسجيل الجلسة بأكملها والاستماع اليها وهي تسجيل ملخص لما دار بها وذلك في الدقائق الأخيرة من كل جلسة

مراجعة التدريب واستخدام الطرق والوسائل التي تم تعلمها خلال العلاج، بعد تعليم وتدريب افراد المجموعة التجريبية على الوسائل والفنيات العلاجية المختلفة في الجلسات ركز المعالج على ان هذه الفنيات تستخدم مدى الحياة وبعد انتهاء فترة العلاج في مواقف مختلفة وتشمل هذه الطرق والفنيات المختلفة ما يلي: تكوين استجابات بديلة للمشاكل، التعرف على الافكار التلقائية، وتقييم، الاستجابة للأفكار والمعتقدات التلقائية، استخدام سجل الأفكار التلقائية، رصد الأنشطة وجدولتها، ممارسة تمارين الاسترخاء، ممارسة فنيات إعادة البناء المعرفي، ممارسة فنية المراقبة الذاتية وإدارة الوقت، ممارسة فنية التغذية الراجعة والحد من الانتكاسة، انهاء العلاج.

5.5. اقتراح نموذج لجلسات العلاج الذاتي؛ من المفيد ان يقوموا افراد المجموعة التجريبية بأجراء هذا النوع من العلاج (العلاج الذاتي) وان نشجعهم على استخدامه اثناء التخفيف التدريجي للجلسات العلاجية، ونوضح أهميته ومزياه يكون في بداية كل أسبوع مرة وبعده مرتين كل أسبوعين وبعده مرة في الشهر وبعده مرة كل ثلاثة أشهر وبعده مرة في السنة ونطرح سؤال هل بإمكانك ان تقوموا بالجلسات المتعلمة بصفة دورية ولوحدكم؟

1.5 اعداد السجل؛ ما المسائل المهمة والمواقف التي على التفكير فيها؟

2.5 مراجعة الواجب المنزلي: ماذا تعلمت؟ إذا لم أكن قد اعددت الواجب فماذا عطلني عن ذلك؟ (مشاكل العمل – أفكار تلقائية؟)، ماذا على ان افعل حتى سيهل على عمله هذه المرة؟

3.5 مراجعة للأسابيع السابقة؛ بالاستثناء الواجب المنزلي المحدد، هل استعملت أي أداة من أدوات العلاج المعرفي؟ (الفتيات)، بالنظر الى الورا هل كان من المفيد لو استخدمت وسائل العلاج المعرفي أكثر من ذلك؟ كيف يمكن ان أتذكر وسائل العلاج المعرفي في المرات القادمة؟

4.5 فكر في المواقف والمشاكل الحالية؛ هل تعامل مع هذه المشاكل بطريقة واقعية؟ ام انا أبالغ بعض الشيء؟ هل هناك طريقة أخرى للنظر في هذه المشاكل؟ ماذا على ان افعل؟

5.5 توقع المشاكل المحتملة من الان وحتى موعد الجلسة القادمة؛

ما المشاكل الممكن حدوثها في الأيام القليلة القادمة؟ وماذا على ان افعل إذا حدثت مشكلة؟ هل من المفيد ان اتخيل نفسي متكيفا مع المشكلة؟ ما الاحداث الإيجابية الي على ان انتظر حدوثها؟ اعد واجبا منزليا جديدا، ما الواجب المفيد الذي على ان التزم به؟ عمل سجل الأفكار المعطلة؟ مراقبة نشاطاتي، جدولة الأنشطة السارة او التي أستطيع السيطرة عليها، ممارسة المهارات التي تعلمتها مثل الاسترخاء او التخيل، عمل شعارات إيجابية لتدعيم الذات.

6.5 موعد الجلسة العلاجية القادمة؛

ما الموعد المناسب للجلسة القادمة؟ وما الوقت الذي ينبغي ان يمر من الان وحتى موعد هذه الجلسة؟ هل على ان اطلب مواعيد منتظمة لجلسات قادمة، كل أسبوع، شهر، ثلاثة أشهر؟ اعداد واجب منزلي انطلاقا من النموذج المقدم مع محاولة إضافة فنيات أخرى ان أمكن.

6. تقرير نهاية جلسة:

رقم الجلسة التاسعة: التغذية الرجعية + مناقشة الواجب منزلي + محاضرة + المناقشة الجماعية المفتوحة + تغذية راجعة + التعبير الحر												
أ	تلخيص ما تم في الجلسة											
ب	مستوى تفاعل	مقبول	جيد	جيد جدا	ممتاز X							
ج	ملاحظات أثناء الجلسة											
1	اتجاهات المشارك نحو الجلسة		متعاون X	سلبى	مسترخي X	غ متعاون	عدواني	متوتر				
	اتجاهات المشارك نحو المعالج		مرتاح X	غير مرتاح	متساهل	غير متساهل	يبذل جهدا X	لا يبذل جهد	متحمس X	غير متحمس		
2	سلوكيات أثناء الجلسة		سريع	بطيئين	متأني X	مندفع	يفكرون بصوت عالي	يفكرون بصمت	مبالين X	غير مبالين	هادئين	نشاط زائد
	استجابة نحو الجلسة الحالية (التغذية الرجعية)		مدركين X	غير مدركين	هادئين	مضطربين	متأسف	غير متأسفين				
	تحدث ولغة والتواصل	قويين التحدث	ضعيفين التحدث	مخارج الحروف عندهم قوية	مخارج الحروف عندهم ضعيفة	مباشرة X	مع انفعال X	بطلاقة واستمرار X	الا عندما يطلب منه X	واقعية X	لغته غريبة	تعبيراته لفظية لفظي
	التحدث والتعبير											
	الرابطة بين المعالج والمشاركين											
	الالفة والاحترام والتعاون											
د	الاهداف المتحققة											
	الهدف اعداد سجل يومي ذاتي خاص بكل متعالج انطلاق من التغذية الرجعية وترسيخ المعلومات الأساسية في العلاج المعرفي. تطبيق الفنيات المتعلمة في الحياة المستقبلية.											
هـ	نسبة نجاح الجلسة											
	90 بالمئة											
و	التوصيات											
	زيادة في وقت الجلسة لاستفادة أكثر.											

زمن الجلسة: 60-90 دقيقة.

الجلسة العاشرة (الاحيرة):

تاريخ انعقادها: 2021-07-12

1. موضوعها: منع الانتكاسة وانهاء العلاج

2. الفنيات المستخدمة: مناقشة الواجب المنزلي + محاضرة + مناقشة مفتوحة + منع الانتكاسة

3. **الوسائل المستخدمة:** استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية، مقياس ادمان الانترنت البعدي، جهاز عرض الحائط، أوراق، أقلام، استمارة كل جلسة.

4. **اهدافها:** تقويم الخطة العلاجية والانهاء وتطبيق القياس البعدي على المجموعة التجريبية المشاركة بالخطة ومناقشة الأعمال غير المنتهية ومنع الانتكاسة وتحديد يوم لتطبيق الجلسة التتبعية.

ان هدف العلاج المعرفي هو مساعدة المجموعة التجريبية على التدريب لبعض الفنيات العلاجية المعرفية لكي يكونوا معالجين لأنفسهم من خلال فنيات تعلموها وتدريبوا عليها وحينما يشعروا افراد المجموعة التجريبية بالتحسن في اعراض واكتساب المهارات والفنيات الأساسية من طرق العلاج المعرفي بدأ المعالج في تخفيض معدل زمن الجلسات والجلسات تدريجيا الي مرة كل أسبوعين ثم مرة كل ثلاثة أسابيع ويشجع المجموعة على الحضور الي الجلسات التدميمية كل 3 او 6 أشهر بعد نهاية العلاج.

بعد الترحيب بالمشاركين في الخطة العلاجية بكل حفاوة وسرور وبهجة وشكرهم على المجهودات التي بذلوها داخل قاعة الجلسة ومع الأنشطة المقدمة لهم تم فتح المجال امامهم لأبداء انطباعهم عما جرى في نهاية الجلسة السابقة، مع فتح نقاش وحوار، الذي دام عشر دقائق، انطلقنا في مراجعة الواجب المنزلي اعداد واجب منزلي انطلاقا من النموذج المقدم أي تقديم نموذج للعلاج الذاتي انطلاق من الفنيات المتعلمة والنموذج المقدم.

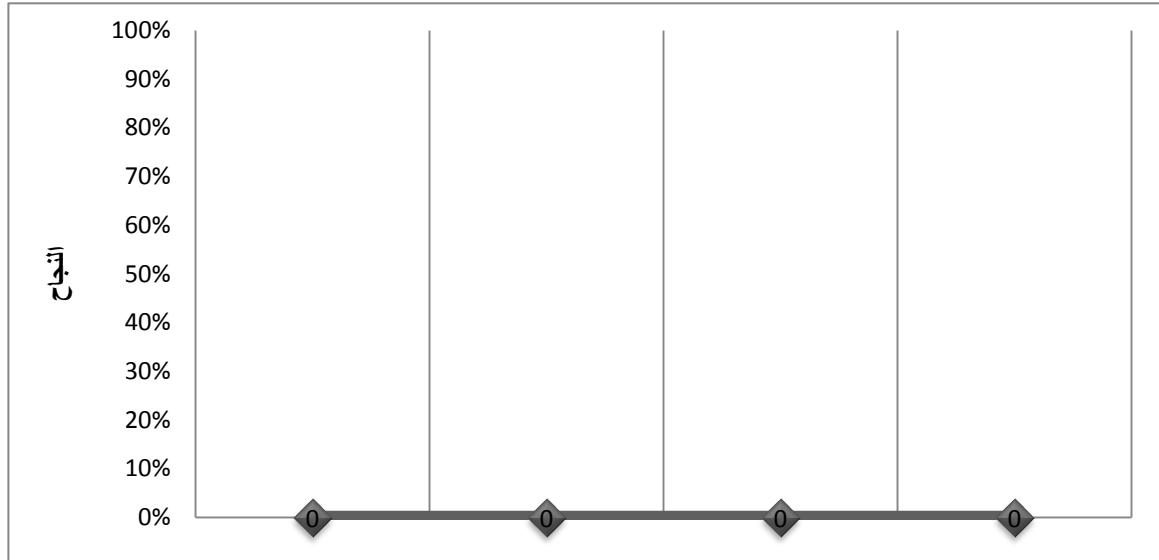
بدأ المعالج جلسته الأخيرة بطرح سؤال التالي ما الذي يمكن ان افعله في حالات التراجع او الانتكاسة من العلاج؟

بدأ المعالج في اعداد المجموعة التجريبية لانهاء العلاج ومنع الانتكاسة منذ الجلسة الثانية وذلك من خلال التعرف على توقعات المجموعة ومدى تحسنهم الذي نتوقه، والزمن المتوقع لذلك، وقد استعانة المعالج هنا برسم بياني يتوقع فيه حدوث الانتكاسة وعلى المجموعة التجريبية ان تشاهده بحيث يوضح فيه مسار العلاج وفترات التحسن التي قد تتخللها الانتكاسة او تراجع او فترات من التوقف.

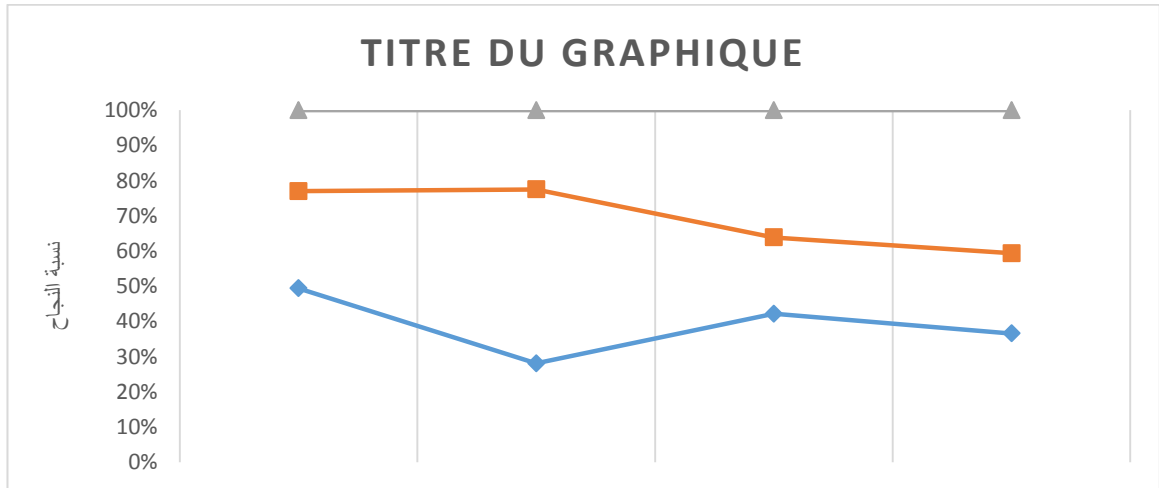
ما الذي يمكن ان افعله في حالات التراجع او الانتكاسة مع العلاج؟

يقوم المعالج بالأعداد للانتكاسة خلال العلاج جلسات العلاج الذاتي كما ذكرت في الجلسة السابقة وقد استعملت فنية المتصل المعرفي لتعديل السلوك: يستخدم هذه التقنية لتعديل الأفكار التلقائية التي تعكس التفكير الاستقطابي أي حينما يرى المفحوصين الأمور بمقياس الكل او لا شيء. مثال

أنتم تعتقدون بقوة انكم لا تستطيعون التوقف عن ادمان الانترنت فأنتم سوف تفشلون في الاستغناء عن الانترنت في حياتكم لنرسم هذا بخط مستقيم ونسميه. رسم تخطيطي اولى للنجاح ادمان الانترنت. بعده نقوم برسم مراجعة النجاح والفشل .



شكل رقم (3): يوضح رسم تخطيطي اولى للنجاح ادمان الانترنت



شكل رقم (4): يوضح رسم مراجعة النجاح والفشل

ما الذي يمكن ان افعله في حالات التراجع او الانتكاسة؟

1.لدي خيارات اما ان أهول من شأن الانتكاسة وأجعل نفسي متضايقه وأفكر بأنه لا امل ومن المحتمل ان تسوء الحالة، او يمكنني الرجوع الي مذكراتي العلاجية (سجل اليومي) اذكر نفسي ان الانتكاسة هي

جزء طبيعي من عملية الشفاء والعلاج، واري ما يمكن ان اتعلمه من هذه الانتكاسة، او ان الانتكاسة اقل حدة.

2. ثانيا على ان اعقد جلسة للعلاج الذاتي واحاول التغلب على متاعبي الحالية.

3. يمكنني الاتصال بمعالجي وان أخبره بما فعلته وحدي وان اناقش معه إمكانية الرجوع للجلسات العلاجية إذا كان ذلك في مصلحتي.

5. **تطبيق القياس البعدي:** تم توزيع مقياس ادمان الانترنت على المجموعة التجريبية للمرة الثانية أي القياس البعدي حيث أجب المشاركون في الخطة العلاجية عنها وبعدها قمت بأخبارهم أنه سيتم إعادة تطبيقها عليهم بعد مرور شهرين ونصف للتأكد من استمرار أثر الخطة العلاجية، وبعدها قمت بتوزيع استمارة التقييم النهائي للخطة العلاجية عليهم، وفي الأخير قمت بشكرهم للمرة الأخيرة وقدمت لهم شهادات المشاركة في الخطة العلاجية تقديرا لهم واحتراما لهم من اجل رفع معنويات والتحفيز على العلاج الذاتي في المستقبل. وفي الختام اخبرت المشاركين ان انتهاء الجلسات لا يعني انتهاء العلاقة العلاجية بل يمكن التواصل معي في حال الحاجة الي ذلك، او الحاجة الي أي شيء اخر.

رقم الجلسة العاشرة: منع الانتكاسة وانهاء العلاج + مناقشة ومراجعة الواجب المنزلي (سجل العلاج الذاتي) + محاضرة + مناقشة مفتوحة + منع الانتكاسة									
أ	تلخيص ما تم في الجلسة								
ب	مستوى تفاعل	مقبول	جيد	جيد جدا	ممتاز X				
ج	ملاحظات أثناء الجلسة								
1	اتجاهات المشارك نحو الجلسة	متعاونين X	سلبي	مسترخين X	غ متعاون	عدواني	متوتر		
	اتجاهات المشارك نحو المعالج	مرتاح X	غير مرتاح	متساهل	غير متساهل	بيدل جهدا X	لا يبذل جهد	متحمس	غير متحمس
2	سلوكيات أثناء الجلسة	سريعين	بطيئين	متأنين X	مندفعين	يفكرون بصوت عالي	يفكرون بصمت	مبالين X	غير هادئ
	استجابة نحو الجلسة الأخيرة منع الانتكاسة وانهاء العلاج	مدركين X	غير مدركين	هادئين X	مضطربين	متأسفين	غير متأسفين		

تحدث ولغة والتواصل	تحدث التحدث	ضعيفين التحدث	مخارج الحروف عندهم قوية	مخارج الحروف عندهم ضعيفة	يستجيبون مباشرة X	استجابة مع انفعال	يتحدثون بطلاقة واستمرار	لا يتحدثون الا عندما يطلب منه	لغته واقعية	لغة غريبة	تعبيرا تهم لفظية X	تعبيره م غير لفظي X
التحدث والتعبير		التحدث بكل حرية										
الرابطة بين المعالج والمشاركين		التعاون والتفاعل مع محتوى الجلسة الاستفسار عن تطبيقهم للخطة العلاجية مع مختلف الاعمار ام تخصص فئة معينة.										
د	الأهداف المتحققة	الهدف المحقق تقويم الخطة العلاجية وانهاء العلاج، تطبيق المقياس البعدي، تطبيق استمارة تقويم الخطة العلاجية النهائية من طرف أعضاء المجموعة التجريبية، الاتفاق على يوم لتطبيق مقياس التبعي، منع الانتكاسة وانهاء العلاج.										
هـ	نسبة نجاح الجلسة	95 بالمئة										
و	التوصيات	هل بالإمكان تطبيق الخطة العلاجية لاضطرابات نفسية أخرى.										

5. تقرير نهاية جلسة:

زمن الجلسة: 60-90 دقيقة.

ملحق رقم (13)
الرسومات الكاريكاتورية





