

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الأرتوفونيا

علم النفس العيادي

أثر العلاج المعرفي السلوكي في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى
الطفل المَهمل لواجباته المدرسية.

دراسة حالة واحدة (طفل 11 سنة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر - تخصص علاجات نفسية -

إشراف الأستاذة:

محرزي مليكة

إعداد الطالب:

راشي يوسف إسلام

لجنة المناقشة :

الإسم و اللقب	الصفة	الجامعة الأصلية
أ. لصقع حسنية	الرئيس	جامعة وهران 2
أ. محرزي مليكة	المُشرف	جامعة وهران 2
أ. كبداني خديجة	عضو مُناقش	جامعة وهران 2
أ. طالب سوسن	عضو مُناقش	جامعة وهران 2

2016-2015

إهداء

أهدي هذا العمل إلى وطني الحبيب، وطني الغالي الجزائر.

إليك يا من تنورت الدنيا بوجودك وحنانك

إليك يا أمي العزيزة.

إلى أبي و مثلي الأعلى و مفخرة وجودي.

إلى أخي و أخواتي و براعم العائلة:

نجلاء، محمد إسلام، و مريم الغالية.

إلى كل عائلة راشي من قريب و من بعيد، و خاصة جدتي خديجة رحمة الله عليها.

إلى زملائي في القسم ماستر 2 علاجات نفسية ، و كل أساتذة

جامعة وهران 2 - قسم علم النفس-

إلى كل أصدقائي الأوفياء و كل من يعرفني.

شكر و تقدير:

أحمد الله الذي وفقني لإتمام هذا العمل، و ما كنت لأتمه لولا أن وفقني الله.

كما أشكر كل من ساهم سواء من قريب أو من بعيد في مساعدتي لإنجاز هذا العمل، و أساتذتي في كلية علم النفس – جامعة وهران 2 -

و أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذة المشرفة محرزى مليكة لقبولها دعوة الإشراف على هذه المذكرة، و على المعلومات القيمة التي لم تبخل عني بها، و عن مجهوداتها.

و أقدم هذه الأبيات الشعرية إليها:

أشكرك يا من تعبت لأجلي	عسى شكري يُرضيك قليلا
يا من علمني كثيرا و أفادني	و سهل عني ما كان مستحيلا
علمتني، نصحتني، و وجهتني	فكيف عساي أردُّ لك الجميلا
و جمال العلم في المُعلم رأيتُه	فكاد المُعلمُ أن يكون رسولا

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للكشف عن إدمان ألعاب الفيديو، و فحص أثر العلاج المعرفي السلوكي في الحد منه لدى الطفل المهمل لواجباته المدرسية.

و منه تم طرح الإشكالية التالية:

- هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المهمل لواجباته المدرسية؟

و للإجابة على هذه الإشكالية تم صياغة الفرضية التالية:

- للعلاج المعرفي السلوكي أثر في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المهمل لواجباته المدرسية.

و للتأكد من صحة فرضية الدراسة تم إستخدام المنهج العيادي و أدواته:

* الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية، و الإختبار النفسي لدراسة الحالة.

* التقنيات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.

دراستنا أدت إلى النتائج التالية:

(1) إنخفاض في مستوى ساعات اللعب حسب النتيجة المُحصل عليها بتقنية المراقبة الذاتية و الذي كان الفرق فيها واضحا بين التقييمات الثلاثة (قبل، أثناء، و بعد العلاج)، حيث فُدر الفرق ب 16 ساعة بين التقييم الأول و التقييم الأخير.

(2) إنخفاض واضح في نتائج الإختبارات بين التطبيقات الثلاث للإختبار، ما يؤكد إبتعاد المفحوص عن دائرة الإدمان على ألعاب الفيديو.

إذن هذه هي أهم النتائج التي توصلنا إليها عبر هذه الدراسة، حيث إتضح أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر فعال في الحد من الإدمان على ألعاب الفيديو.

Résumé :

L'objectif de cette étude consiste à la mise en évidence l'addiction aux jeux vidéo ainsi que l'examen de l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale afin de réduire l'addiction aux jeux vidéo chez l'enfant négligeant ses devoirs scolaires.

De ce fait, la problématique de cette étude est la suivante:

- La thérapie cognitivo-comportementale a-t-elle un effet pour réduire l'addiction aux jeux vidéo chez l'enfant négligeant ses devoirs scolaires ?

Afin d'y répondre, l'hypothèse suivante est proposée :

- La thérapie cognitivo-comportementale a un effet pour réduire l'addiction aux jeux vidéos chez l'enfant négligeant ses devoirs scolaires.

Afin de vérifier l'authenticité d'hypothèse de cette étude, on a utilisé la méthode clinique basé sur les outils suivants :

- l'observation clinique, l'entretien clinique, et le teste psychologique afin d'étudier le cas.
- les techniques spéciales de la thérapie cognitivo-comportementale.

Notre étude a aboutit aux résultats suivants :

- 1) Diminution au niveau des heures de jeux selon les résultats de la technique Auto-observation, La différence est claire entre les trois évaluations (Avant, pendant, et après le traitement) la différence ce est estimée à **16** heures entre la première évaluation et la dernière.
- 2) Diminution également observée dans les résultats des testes psychologiques entre les trois pratiques ce qui assure l'éloignement du patient du cercle d'addiction aux jeux vidéo.

Ce sont donc les résultats aux quels nous avons aboutit par cette étude ayant démontré que la thérapie cognitivo-comportementale permet de réduire très efficacement l'addiction aux jeux vidéo.

Abstract:

The present research aims at brining to light the addiction to video games among children and examining the effects the cognitive behavioral therapy in helping children who neglect their schoolwork.

Thus, the problematique of this study is as follows:

- Does the Cognitive behavioral therapy any effect in reducing the addiction to video games among children neglecting their schoolwork?

To answer the previous question, we propose the following hypothesis

is:

- The Cognitive behavioral therapy does have an effect on children who neglect their homework by reducing their addiction to video games.

in order to determine the authenticity of this study's hypothesis , we have used the clinical method and its tools which are:

- observation clinical, clinical care, and psychological test to study the case.

- Specialized techniques common to the cognitive behavioral therapy.

Our study led to the following results:

1) A decrease in the number of hours of video games according to the self-observation technique. the difference between the three assessments (before, during, and after treatment) is clear. the difference is estimated to **16** hours between the first assessment and the last.

2) A Decrease in the results of psychological tests between the three practices, which ensures helping the patient away from being addicted to video games.

The results searched through this study show that the cognitive behavioral therapy is very effective in reducing addiction to video games.

قائمة المحتويات:

الصفحة	العنوان
..... أ.....	1- إهداء.....
..... ب.....	2- شكر و تقدير.....
..... ج.....	3- ملخص البحث.....
..... و.....	4- قائمة المحتويات.....
..... ط.....	5- قائمة الجداول و المخططات.....
..... 1.....	6- مقدمة.....
	الجانب النظري
	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.
03	1- إشكالية البحث.....
04	2- فرضيات البحث.....
04	3- دوافع إختيار الموضوع.....
05	4- أهمية الدراسة.....
05	5- أهداف البحث.....
05	6- مصطلحات مفتاحية.....
06	7- الدراسات السابقة.....
	الفصل الثاني: إدمان اللعب الإلكتروني.
09	تمهيد.....
09	1- تعريف الإدمان.....
10	2- تعريف اللعب.....
10	3- اللعب عبر التاريخ.....
11	4- تعريف الألعاب الإلكترونية.....
12	5- من اللعب إلى اللعب الباثولوجي.....

13	6- إدمان اللعب الإلكتروني.....
13	7- تشخيص الإدمان الإلكتروني حسب الدليل التشخيصي الخامس.....
13	8- واقع الطفل الجزائري و تأثيره بالألعاب الإلكترونية.....
14خلاصة
	الفصل الثالث: المدرسة و الطفل المتمدرس.
16تمهيد
16	1- تعريف المدرسة.....
17	2- تعريف الطفل المتمدرس.....
17	3- تعريف الواجب المنزلي.....
17	4- أهمية الواجب المنزلي.....
18	5- الطفل المهمل لواجباته المدرسية.....
18	6- تأثير المحيط العائلي على النتائج الدراسية.....
18	7- الألعاب الإلكترونية و التعليم.....
18	8- المهمات النمائية في الطفولة المتأخرة (من 06 – 12 سنة).....
19خلاصة
	الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي.
21تمهيد
21	1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....
22	2- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.....
23	3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.....
23	4- خطوات العلاج المعرفي السلوكي.....
24	5- مسار العلاج المعرفي السلوكي.....
24	6- مقابلة العلاج المعرفي السلوكي.....
25	7- جلسات العلاج المعرفي السلوكي.....

26	8- الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.....
28	- خلاصة.....
	الجانب التطبيقي:
	الفصل الخامس: الإجراءات التطبيقية.
30	1- منهج الدراسة و أدوات البحث.....
31	2- الحدود المكانية و الزمانية.....
31	3- دراسة الحالة.....
	الفصل السادس: تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات.
51	1- تحليل النتائج.....
52	2- مناقشة الفرضيات.....
53	3- الخاتمة.....
53	4- التوصيات.....
53	5- الإقتراحات.....
54	6- قائمة المراجع.....
	7- الملاحق.....

قائمة الجداول و المخططات:

الصفحة	قائمة الجداول	رقم الجدول
22	- جدول يوضح أهداف العلاج المعرفي السلوكي.	01
31	- جدول يوضح ملخص المقابلات.	02
38	- جدول يوضح أفكار، سلوك، و إنفعالات المفحوص.	03
39	- جدول يوضح تقنية المراقبة الذاتية (التطبيق الأول).	04
41	- جدول يوضح البرنامج العلاجي.	05
43	- جدول يوضح قائمة التشويهات المعرفية.	06
44	- جدول يوضح تعديل الأفكار.	07
45	- جدول يوضح إفتراضات المفحوص حول تقييم الآخرين له.	08
46	- جدول يوضح تقنية المراقبة الذاتية (التطبيق الثاني).	09
49	- جدول يوضح تقنية المراقبة الذاتية (التطبيق الثالث).	10
52	- جدول يوضح سيرورة العلاقة العلاجية بالنسبة للمفحوص.	11
52	- جدول يوضح سيرورة العلاقة العلاجية بالنسبة للفاحص.	12
53	- جدول يوضح نتائج المراقبات الذاتية.	13
54	- جدول يوضح نتائج الإختبارات.	14
الصفحة	قائمة المخططات	رقم المخطط
43	- مخطط شبكة سيكا (التحليل الوظيفي).	01
46	- مخطط الحلقة المفرغة للتوتر.	02
47	- مخطط الحلقة المفرغة للقلق.	03
48	- مخطط إنجاز الواجب المنزلي.	04

الجانب

النظري

مقدمة:

يعتبر الإدمان من أكثر الآفات المنتشرة في مجتمعنا الحالي . لكن مصطلح إدمان لا يقتصر على مدمني الكحول أو المخدرات أو التدخين فقط فهذا ما يعرف بالإدمان المادي . لكن هناك صور أخرى للإدمان كإدمان الطعام ، و إدمان المقامرة ، والتسوق ، و إدمان الجنس ، بل و أيضا إدمان التدريبات الرياضية، فقد تبدو آمنة و لا ضرر منها ، بل إنها قد تكون للضحك و للترفيه و مع ذلك فقد أصبح هذا النشاط لدى الكثير من الأشخاص متحكما في حياتهم و يقيدوها و يسيطر عليها بدلا من أن يترفه بها و الأمثلة على ذلك كثيرة، فمدمن التسوق لا يستطيع أن يغادر سوقا دون أن يشتري شيئا (صبري محمد حسن .

2003.ص25) إضافة إلى ذلك إدمان الألعاب الإلكترونية. إن بالرغم من عدم تساوي خطورة أو ضرر هذه الإدمانات، إلا لكل منها إنعكاس سلبي على الشخص المدمن بذاته أو بمن يحيطون به . و الذي يجمع بين هذه الأنواع المختلفة من الإدمان هو الجانب القهري فيها ، هذا يعني أن الشخص يكون مُجبِرا على تكرار ذلك السلوك بالرغم من أنه يعرف النتائج السلبية التي تترتب عليه، و هنا يبدو هذا الشخص كما لو كان يستجيب لأمر داخلي بدلا من حرية الإختيار، و الإشارة التي تدل على السلوك الإدماني هنا تتمثل في أن الشخص عندما يحاول السيطرة على ذلك السلوك و التحكم فيه، يكتشف أن قوة الإرادة لا تكفي لتحقيق هذه السيطرة و ذلك التحكم (صبري محمد حسن.2003.ص26). أما بخصوص موضوع هذا البحث فهو إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المتدرس. فالأطفال يعتبرون الفئة الأكثر تعرضا لهذا الإدمان كون أنهم يحبون اللعب كثيرا. كان أحد الأسئلة التي وجهت إلى عدد كبير من أمهات أطفال الصف الأول في الدراسة المسحية التي نُشرت في تقرير إدارة الصحة العالمية لعام 1972 حول

التلفزيون و السلوك الإجتماعي ولم يكن من المستبعد أن يجيب 90 بالمئة من الأمهات بأن أطفالهن كانوا سيلعبون بصورة أو بأخرى إذا لم يشاهدون التلفزيون (عبد الفتاح الصبحي. 1999. ص 125). و هذا ما أكدته الدراسة الأمريكية التي قام بها البروفيسور دوغلاس جنتايل سنة 2007 على 1200 فرد من الأمريكيين تتراوح أعمارهم ما بين 08 و 18 سنة. خلص إلى أن 8.5 منهم مدمنين على ألعاب الفيديو و قفا لنتائج إستطلاع هاريس القومي، و قد أشار إلى أن هذه الخلاصة تمت طبقا لمعايير الدليل التشخيصي. و قد أكد أن هذا النوع من الإدمان يؤثر سلبا على الحياة الأسرية و الإجتماعية و المدرسية و النفسية، كما أن هؤلاء اللاعبين يُصنفون كحالات باثولوجية. فنحن اليوم أمام مشكل حقيقي و هو إدمان الطفل على اللعب الإلكتروني، كما أنه يتوجب على المدرسين أن يفهموا معنى الإدمان و تأثيره على تحصيل التلاميذ و تصرفاتهم. بالإضافة إلى إهتمام السياسيين و أصحاب القرار بهذه المسألة و أبعادها حتى يتسنى لهم بعد فهم معنى الإدمان، وضع سياسات و إستراتيجيات لضبط و مواجهة تأثير الإدمان على السلامة العامة للناس (د جواد فطاير. 2001. ص29). و نظرا لتفشي هذا المشكل عند الأطفال في الوقت الحالي بمجتمعنا، قمنا بهذه الدراسة لمعرفة التأثير السلبي لإدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المُتدرس و مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد منه وفقا لخطة شملت جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي، أما الجانب النظري فشمل أربعة فصول كانت كالاتي:

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة و فيه إشكالية البحث، و الفرضية، دوافع إختيار الموضوع، أهمية و أهداف الدراسة، مصطلحات مفتاحية و الدراسات السابقة. أما الفصل الثاني: و هو فصل إدمان اللعب الإلكتروني و تحدثنا فيه عن الإدمان، ثم اللعب و تطوره عبر التاريخ وصولا إلى الألعاب الإلكترونية، ثم تعريف الألعاب الإلكترونية و كيف يتحول اللعب إلى لعب باثولوجي، ثم إدمان اللعب الإلكتروني و تشخيصه حسب الدليل التشخيصي الطبعة الخامسة (2013) و كيف تأثر الطفل الجزائري بالألعاب

الإلكترونية. أما الفصل الثالث فكان حول الطفل و المدرسة، وفيه تعريف المدرسة و الطفل المتمدرس، تعريف و أهمية الواجبات المنزلية، و الطفل المُهمل لواجباته المدرسية، و كيف يؤثر المحيط العائلي على النتائج الدراسية و كيف يساعدون أطفالهم لإتمام إنجاز الواجبات المدرسية، كما تحدثنا عن الألعاب الإلكترونية و علاقتها بالتعليم، و ما هي المهمات النمائية في مرحلة الطفولة المتأخرة (من 06 إلى 12 سنة). أما الفصل الرابع: فقد حُصص للعلاج المعرفي السلوكي حيث تم تعريفه، و ذكر أهدافه، مبادئه، خطواته، مساره، و تم شرح المنهجية في مقابلة العلاج المعرفي السلوكي و كيف تتم الجلسات العلاجية، إضافة إلى ذلك تم ذكر ثمانية أساليب علاجية أستعملت في هذه الدراسة. أما الجانب التطبيقي فقد شمل فصلين: الفصل الخامس: فصل الإجراءات التطبيقية و فيه منهج الدراسة و أدوات البحث، الحدود المكانية و الزمانية، و دراسة الحالة. أما الفصل السادس: فهو فصل تحليل النتائج و مناقشة الفرضيات، ثم الخاتمة، فالتوصيات و الإقتراحات.

الفصل الأول:

مدخل إلى

الدراسة.

1- الإشكالية.

2- الفرضيات.

3- دوافع إختيار الموضوع.

4- أهمية الدراسة.

5- أهداف البحث.

6- مصطلحات مفتاحية.

7- الدراسات السابقة.

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة

الإشكالية:

نحن الآن في عصر التطور و التكنولوجيا، و إن أجهزة التكنولوجيا الحديثة أصبحت تغزوا أسواقنا و تملئ بيوتنا إذ لا يكاد يخلو بيت من هذه الأجهزة بثتى أنواعها كالهاتف الذكي، و الكمبيوتر، و الألعاب الإلكترونية، و اللوحة الإلكترونية و ما إلى ذلك، بل أن هناك بعض الآباء هم من يشترون هذه الأجهزة لتدليل أطفالهم . هذه الأجهزة لها إيجابيات كثيرة لا محالة، كتسهيل عملية التواصل أو المساهمة في النمو الذكائي للطفل، كما أن هناك بعض الحقائق التي لا يمكن إغفالها عند الحديث عن الطفل و تعليمه و هي:

الحقيقة الأولى: إن الأطفال الصغار منذ الولادة حتى سن **08** سنوات يتعلمون بسرعة كبيرة و يستخدمون أجسامهم و حواسهم من أجل التفاعل مع العالم و البيئة المحيطة.

الحقيقة الثانية: وفق نظرية بياجيه إن الأطفال من **02-07** سنوات هم في مرحلة ما قبل العمليات التي تمتاز بفرط النشاط و الحركة و ضعف التركيز و نسيان القوانين و الأنظمة كما أنهم لا يستطيعون الجلوس و الثبات في مكان واحد و هم بحاجة إلى الحركة و الانتقال و تغيير الأوضاع خلال عملية التعلم، كما يستخدم الطفل اللغة و يتمكن من تمثيل الموضوعات عن طريق الخيالات و الكلمات و لا يزال الطفل متمركزا حول الذات فالعالم كله يدور حوله. و لا يستطيع تصور وجهة نظر الآخرين. و يصنف الموضوعات بناء على بعد واحد، و في نهاية الفترة يبدأ بإستخدام العدد و ينمي مفاهيم الحفظ. (د. عبد الله قلي، ص 23.)

الحقيقة الثالثة: إن عملية تعليم الأطفال في هذه المرحلة يتطلب طرق تدريس تركز على توظيف الحواس و إدماج الأطفال في عملية التعلم و تعتمد على اللعب و الحركة و النشاط و المتعة. و هذا الواقع يمكن التعامل معه من خلال إدخال تكنولوجيا المعلومات في بيئة تعلم أطفال هذه المرحلة و توظيفها بشكل مناسب بحيث تصبح عملية التعلم ممتعة و ذات فائدة و تحقق الأهداف المرجوة منها. لذلك لابد من التخطيط السليم لعملية توظيف هذه التكنولوجيا لمساعدة الأطفال على إكتشاف فرص جديدة للتعلم. (د. نهيل الجابر، ص 03.)

لكن هذا لا يعني أن الألعاب الإلكترونية و التكنولوجيا الحديثة تخلوا من السلبيات، و من هذه السلبيات ما تلحقه من أضرار نفسية و إجتماعية، و صحية، و سلوكية (**محمد احمد صوالحة. 2010**) . و من السلبيات أيضا أنها تسبب حالة إدمان . فحاليا يوجد العديد من الحالات التي تعاني من الإدمان على الألعاب الإلكترونية و هذا قد تبث إحصائيا في العديد من الدراسات. أما الفئة المحبة للعب بكثرة فهي فئة الطفولة بدون شك و لهذا كانت هي الأقرب و الأكثر عرضة لهذا الإدمان. ففي مقال نشرته جريدة الحقائق الجزائرية على موقعها في الأنترنت بعنوان ألعاب الفيديو تدخل بيوت الجزائريين و تغزوا عقول الأطفال و الشباب، فالجزائريون على إختلاف أعمارهم لم يكونوا بمنأى عن هذا التطور في عالم ألعاب الفيديو وهو ما جعل الإقبال عليها كبيرا سواء بالنسبة للكبار أو الصغار. كما ميز هذا المقال عنوان عريض وهو: ألعاب الفيديو وجهة الأطفال الأولى و الإدمان عليها يقلق الأولياء. و أكد المقال أن

معظم البيوت الجزائرية تحتوي على الأقل على لعبة واحدة إضافة إلى جهاز الكمبيوتر الذي غالبا ما يُستعمل كأداة للعب وليس للتعلم، وحتى قاعات الانترنت منها ما تحول إلى قاعات للعب، فقد أخبرهم خالد وهو صاحب قاعة أنترنت أن 90 بالمائة من الأطفال يقصدون القاعة للعب، مضيفا أن العديد من الشباب كذلك أصبح مدمنا على ألعاب الأنترنت.

فبعض الاطفال يلعبون أكثر من 05 ساعات يوميا ما إنعكس سلبا على حياة هؤلاء الأطفال و من هم محيطون بهم، فقد أصبح البعض من هؤلاء الأطفال لا يقومون بواجباتهم المدرسية و لا بأي نشاط آخر بإستثناء اللعب الإلكتروني فقط ، قد أصبحنا اليوم نواجه مشكلة حقيقية تسبب للطفل المتمدرس عائق يمنعه من القيام بواجباته المدرسية أو مواصلة مسيرته الدراسية .

لقد تعددت النظريات في محاولتها لتفسير الإدمان و وضع برنامج علاجي له، إلا أن العلاج الأكثر فعالية هو العلاج المعرفي السلوكي الذي أخذ شكله النهائي حوالي سنة 1950 من خلال أعمال الأنجلوسكسونيين المتعددين، ومن بين الإضطرابات التي نجح فيه هذا العلاج، المخاوف و الإدمان (جون كوترو.2011) فقد فسروا الإدمان على أنه سلوك خاطئ متعلم و بالتالي يكون علاجه بتعليم سلوك صحيح يحل محل السلوك الخاطئ. فقد تم إستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتعليم العملاء المهارات التي يحتاجونها لمواجهة و تجنب المواقف اليومية الصعبة التي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان. كما تبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مدمني المخدرات و القمار و كانت أهم الأساليب المستخدمة في مساعدة المدمنين هي التدريب على الذات، و التدريب على مهارات المكافحة و منع المعاودة للسلوك المدمن. و من خلال العرض السابق تبين أن التدخل المهني بإستخدام العلاج المعرفي السلوكي و بتطبيق أساليبه وفقا لطبيعة المشكلة و العوامل المؤدية لها و شخصية العميل مع مراعاة المرحلة العمرية و خصائصها قد أثبتت فاعلية واضحة في علاج الإدمان (أسماء مصطفى السحيمي. 2009. ص199) ، فمن خلال هذا التمهيد يمكن أن نطرح الإشكال التالي :

هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المهمل لواجباته المدرسية ؟

الفرضية:

للعلاج المعرفي السلوكي أثر في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المهمل لواجباته المدرسية ؟

دوافع إختيار الموضوع:

- لأنه من البحوث العلمية الجديدة.
- لندرة و قلة هذه الدراسات في مجتمعنا.
- التعرف على تأثير الألعاب الإلكترونية على الجانب الدراسي للطفل.
- تفاقم و إنتشار هذا المشكل بكثرة.
- تسليط الضوء على هذه الظاهرة التي يجهلها الكثير من الأولياء وحتى المعلمين.

أهمية الدراسة:

أهم شئ من هذه الدراسة هو التأكد من الفرضية المطروحة و الوصول إلى إجابة عنها، هذا من جهة و من جهة أخرى، قصد التعرف على مختلف جوانب هذه الظاهرة و فتح زاوية جديدة لإعادة النظر في هذه الظاهرة و إقتراح حلول لها. كما تعد هذه الدراسة من الدراسات الحديثة، و للأسف النادرة في مجتمعنا العربي على العموم و في الجزائر على وجه أخص.

أهداف البحث:

- التعرف على الإدمان على ألعاب الفيديو.
- التعرف على سلبيات اللعب الإلكتروني على الطفل و مشواره الدراسي.
- الحد من هذا الإضطراب الذي أصبح ينتشر في المجتمع.
- إقتراح حلول لهذه الظاهرة.
- توعية و إرشاد الآباء بضرورة رقابة ساعات اللعب بالنسبة لأطفالهم.

مصطلحات مفاتيحية:

1. الإدمان: يمكن أن نُعرف الإدمان على أنه كالاتي:

- تكرار عدم القدرة على التحكم في السلوك (فقدان السيطرة).
- الإستمرار في السلوك على الرغم من معرفة نتائجه السلبية.
- هذا السلوك لغرض المتعة أو للقضاء على الشعور بالضيق الداخلي.

(Docteur Sandrine Trape. 2011.p04.)

2. الألعاب الإلكترونية: (ألعاب الفيديو) هو نوع من اللعب يسمح للطفل بالتعامل مع بيئة رقمية (عالم رقمي إفتراضي) عبر جهاز إلكتروني (ألعاب فيديو، كمبيوتر، هاتف نقال...) و من خلال واجهة (لوحة مفاتيح الكمبيوتر، فأرة الكمبيوتر، جهاز التحكم، شاشة تعمل باللمس...) و الأفعال التي يقوم بها اللاعب سوف يكون لها تأثير على العالم الافتراضي كتحريك اللاعب في اللعب، تحريك الأشياء، و التواصل مع الشاشة. و الهدف من هذه الألعاب هو المتعة و الفوز.

(Pierre Taquet. 2014. P 68.)

3. العلاج المعرفي السلوكي: و يستند هذا العلاج على طريقة مكثفة و قصيرة من 06 إلى 20 حصة تركز على حل المشاكل. و هو علاج سريع، و عملي، و موجه نحو الهدف الذي يسمح للعميل تطوير المهارات اللازمة للبقاء في صحة جيدة.

(Neil Rector. 2010. P 02.)

الدراسات السابقة:

على حسب علمي و بحثي لا توجد دراسات تناولت علاج الإدمان الإلكتروني، لكن توجد بعض الأبحاث يُمكن أن نعتبرها كدراسات مُشابهة و التي تناولت موضوع الألعاب الإلكترونية من خلال إيضاح جوانبها السلبية، و من بين الدراسات التي تحدثت عن السلبيات أكدوا أن الإدمان على هذه الألعاب أثر من آثارها السلبية، و من بين هذه الدراسات ما يلي:

دراسات عربية:

1. دراسة الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الهدلق سنة 2012 التي أجراها على **359** طالب و طالبة من مدارس مدينة الرياض و التي نشرها في كتاب: إيجابيات و سلبيات الألعاب الإلكترونية و دوافع ممارستها. حيث إستنتج أن ممارسة ألعاب الفيديو تؤثر سلبا على التحصيل الدراسي، و تؤدي إلى إهمال الواجبات المدرسية، و الهروب من المدرسة، و اضطرابات في التعلم. كما إستنتج أن سهر الأطفال في ممارسة الألعاب يؤثر بشكل مباشر على مجهوداتهم في اليوم التالي مما يجعل اللاعبين غير قادرين على الإستيقاظ للذهاب للمدرسة، و إن ذهبوا فإنهم قد يستسلموا للنوم في المدرسة بدلا من الإصغاء إلى المعلم. (عبد الله بن عبد العزيز الهدلق. 2012).

تعليق: إن نتائج هذه الدراسة تتطابق في بعض الأشياء مع الحالة التي قمنا بدراستها، فهو يلعب إلى ساعات متأخرة من الليل ما يُصعب عليه القيام باكرا للذهاب إلى المدرسة، كما أن اللعب بكثرة جعله يُهمل إنجاز واجباته المدرسية.

2. و في بحث أجراه الباحث عباس سبتي بتاريخ أفريل 2013 لدراسة الألعاب الإلكترونية و عزوف الأولاد عن الدراسة (أسباب، نتائج، و حلول) على عينة تُقدر ب **611** طالب و طالبة من السنة الخامسة إلى مرحلة الثانوية. و كانت نتائج الدراسة كالآتي:

1.2. ممارسة اللعب الإلكتروني لأكثر من 03 ساعات في اليوم بنسبة 35.5 بالمئة.

2.2. عدم رضا الوالدين بإنشغال الطفل باللعب بدلا من إنشغاله بالدراسة 56.3 بالمئة.

3.2. إنشغال الطلاب بالحديث عن ألعاب الفيديو في المدرسة 78.1 بالمئة.

4.2. تفكير الطلبة بالألعاب و هم في الصف الدراسي بنسبة 35.3 بالمئة.

5.2. تأجيل إنجاز الواجبات المدرسية من أجل ممارسة هذه الألعاب بنسبة 48 بالمئة.

6.2. انخفاض معدلات الدراسة بسبب الألعاب بنسبة 51.2 بالمئة.

7.2. تفضيل اللعب الإلكتروني على قراءة الكتاب المدرسي بنسبة 63.1 بالمئة.

8.2. تفضيل ممارسة الألعاب على المراجعة بنسبة 49 بالمئة. (عباس سبتي. 2012).

تعليق: إن نتائج هذا البحث تتطابق و بشكل كبير مع دراسة الحالة التي قمنا بها، بإستثناء النتيجة السادسة.

3. دراسة **مريم قويدر** لنيل شهادة الماجستير سنة **2012** مفادها أثر ممارسة الألعاب الإلكترونية على السلوكيات لدى الأطفال الجزائريين المتمدرسين في المرحلة الابتدائية بالجزائر العاصمة. شملت هذه الدراسة على عينة قُدرت بـ **200** طفل تتراوح أعمارهم ما بين **07** و **12** سنة، و من بين نتائج هذه الدراسة ما يلي:

1.3. الألعاب الإلكترونية هي مقدمة النشاطات الترفيهية التي يُحبها الأطفال.

2.3. الأطفال لهم قدر كبير من الحرية في شراء و ممارسة هذه الألعاب.

3.3. البعض من الأطفال يُمارسون هذه الألعاب لأكثر من **05** ساعات ما أثر سلبا على صحتهم و تركيزهم في الدراسة.

4.3. الألعاب تُنمي سلوكيات العنف بطريقة لاشعورية.

5.3. الميل إلى العزلة الإجتماعية و الإنطواء بالنسبة للأطفال اللاعبين. (**مريم قويدر. 2012**).

تعليق: هذه الدراسة أيضا هي مُطابقة لما وجدناه أثناء دراسة الحالة.

دراسات أجنبية:

1. دراسة أمريكية قام بها البروفيسور **دوغلاس جنتايل** سنة **2007** على **1200** فرد من الأمريكيين تتراوح أعمارهم ما بين **08** و **18** سنة. خلص إلى أن **8.5** منهم مدمنين على ألعاب الفيديو و فقا لنتائج إستطلاع **هاريس القومي**، و قد أشار إلى أن هذه الخلاصة تمت طبقا لمعايير الدليل التشخيصي. و قد أكد أن هذا النوع من الإدمان يؤثر سلبا على الحياة الأسرية و الإجتماعية و المدرسية و النفسية، كما أن هؤلاء اللاعبين يُصنفون كحالات باثولوجية و إستنتج فيهم ما يلي:

1.1. اللعب لساعات طويلة.

2.1. أجهزة اللعب في غرف نومهم.

3.1. يُعانون من مشكلات عدم الإنتباه في المدرسة.

4.1. الحصول على درجات مُتدنية في المدرسة.

5.1. مشاكل صحية.

و قد شارك الباحث بدراسته هذه بتأليف كتاب بعنوان: تأثيرات ألعاب الفيديو العنيفة على الأطفال و المراهقين.

الفصل الثاني:

إدمان اللعب الإلكتروني.

تمهيد.

- 1- تعريف الإدمان.
 - 2- تعريف اللعب.
 - 3- اللعب عبر التاريخ.
 - 4- تعريف الألعاب الإلكترونية.
 - 5- من اللعب إلى اللعب الباثولوجي.
 - 6- إدمان اللعب الإلكتروني.
 - 7- تشخيص الإدمان الإلكتروني حسب الدليل التشخيصي الخامس.
 - 8- واقع الطفل الجزائري و تأثيره بالألعاب الإلكترونية.
- خلاصة.

الفصل الثاني:

إدمان اللعب الإلكتروني

تمهيد:

إن اللعب يعتبر من بين الحاجيات الأساسية لنمو الطفل نموا سليما، فاللعب يساعد الطفل في تطوير معارفه ومستوى ذكائه، لكن هذا اللعب قد خضع هو الآخر لقانون الطبيعة و هو التطور، فقد عرف اللعب أو الألعاب تطورا واضحا خاصة في أواخر القرن العشرين و بداية القرن الواحد و عشرين، حيث ظهر ما يُعرف بالألعاب الإلكترونية و التي أصبح الأطفال يلعبونها بكثرة إلى درجة الإدمان عليها. فمن خلال هذا المنطلق يمكن أن نتساءل: ما هي الألعاب الإلكترونية؟ و ما هو الإدمان على الألعاب الإلكترونية؟ و كيف يتم تشخيصه؟

1. تعريف الإدمان:

ظل مصطلح الإدمان **Addiction** يستخدم على نطاق واسع لوصف معاقررة المواد المخدرة المختلفة حتى أوصت منظمة الصحة العالمية في عام 1964 بعدم استخدام هذا المصطلح لهذا الغرض، وأُستبدل بالاعتماد **Dependence**، لكن استخدام مصطلح الإدمان و وصف المدمن مستمر في هذا المجال وفي حالات أخرى مثل إدمان الطعام والقمار والسرقة وجمع المال ومشاهدة التليفزيون ربما لأن كل هذه السلوكيات تحقق تأثير متشابه. (لظفي الشربيني. 2002. ص3).

الإدمان أو الاعتماد، بالإنجليزية **Addiction**، عبارة عن اضطراب سلوكي يظهر في تكرار لفعل من قبل الفرد لكي ينهمك بنشاط معين بغض النظر عن العواقب الضارة بصحة الفرد أو حالته العقلية أو حياته الاجتماعية. العوامل التي تم اقتراحها كأسباب للإدمان تشمل عوامل وراثية، بيولوجية، دوائية وإجتماعية، ويوجد نوعين من الاعتماد النفسي والجسمي. (مجلة الطارق للطب النفسي وعلاج الإدمان. قسم المواضيع الهامة).

هناك صور أخرى للإدمان كإدمان الطعام ، و إدمان المقامرة ، والتسوق ، و إدمان الجنس ، بل و أيضا إدمان التدريبات الرياضية، فقد تبدو آمنة و لا ضرر منها ، بل إنها قد تكون للضحك و الترفيه و مع ذلك فقد أصبح هذا النشاط لدى الكثير من الأشخاص متحكما في حياتهم و يفيدها و يسيطر عليها بدلا من أن يترفه بها و الأمثلة على ذلك كثيرة فمدمن التسوق لا يستطيع أن يغادر سوقا دون أن يشتري شيئا. (صبري محمد حسن 2003. ص25).

من خلال هذه التعاريف يمكن أن نستنتج أن الإدمان هو نوعان أوله إدمان مادي الذي يرتبط بعقار أو مادة ما تؤثر على الحياة النفسية للفرد، أما النوع الثاني فهو إدمان سلوكي كالإدمان على الألعاب الإلكترونية أو الأنترنت و كلى النوعين يجد الفرد نفسه أمام فكرة قهرية يخضع لها سواء في تعاطي العقار بالنسبة للإدمان الأول أو القيام بالسلوك بالنسبة للإدمان الثاني .

2. تعريف اللعب:

اللعب نشاط سلوكي هام يقوم بدور رئيسي في تكوين شخصية الطفل و هو ظاهرة سلوكية في الكائنات الحية. و تتميز فيها الفقرات العليا و الإنسان على وجه الخصوص، و الميل إلى اللعب فطري موروث في كل طفل طبيعي. فالطفل يولد مزودا بعدة ميول و دوافع تنتقل إليه بالوراثة لأن يسلك سلوك معين ليحقق أغراض خاصة به. و يعد الميل إلى الحركة أشد ميول الطفل الفطرية ظهورا، و إبقائها في مراحل نموه المختلفة و يرجع ذلك إلى أن اللعب نشاط تلقائي فاللعب ضروري للطفل ضرورة الهواء الذي يتنفسه و طبيعي لنموه الطبيعي و سواء شئنا أم لم نشأ سيلعب الأطفال لأن اللعب ظاهرة طبيعية لنموهم و تطورهم، إنه وسيلتهم في التعبير و طريقتهم في الحياة، إنه العمل الذي يجرب الطفل فيه و يتعرف على العالم من حوله و تتوقف درجة تعليمه إلى درجة كبيرة على نجاح إختيار أدوات اللعب و إستخدامها. (هبة محمد عبد الحميد.2006.ص25).

إن لعب الأطفال هو أكثر من مجرد ترويح. بل هو يساعد على نمو الطفل في جميع النواحي فهو يسمح بإستكشاف الأشياء و العلاقات بين الأشياء، و هو يسمح له بالتدريب على الأدوار الإجتماعية، و هو إلى جانب ذلك يُخلصه من إنفعالاته السلبية و من صراعاته و توتره و يساعده على إعادة التوافق. (د. عبد الرحمن سيد سليمان، د. شيخة يوسف الدربستي. 1996. ص 21).

و في هذا الصدد يقول جان بياجيه أن اللعب لا يعكس فقط طريقة تفكير الطفل في المرحلة التي يمر بها بل يساهم أيضا في تنمية قدراته المعرفية.

يمكن أن نلخص ما يلي من خلال التعاريف التي تم ذكرها: بأن اللعب هو ميل فطري موروث بالنسبة لأي طفل، فهو يساعده في تكوين شخصيته و تنمية قدراته المعرفية و التعرف على العالم الخارجي من حوله. كما له دور تروحي يساعد الطفل على التنفيس.

3. اللعب عبر التاريخ:

1.3. اللعب في العصور القديمة: يسجل تاريخ اللعب أن أول ما ظهرت الألعاب كان ذلك في العصور القديمة. فقد كان أطفال قدماء المصريين يلعبون بالكرات الزجاجية. حيث كانوا يلعبون بكرات صغيرة مأخوذة من الحجارة. كما عرفوا العديد من أنواع اللعب الأخرى. كما يسجل التاريخ أن أولى لعب الأطفال الصغار كانت دائما في كل مكان و في مختلف العصور هي تلك الألعاب التي تصدر أصواتا تستثير متعة الطفل كالخرخاشة و التي عُرفت لدى القدماء العراقيين و المصريين و الإغريق. و قد أشار ماسون **Masson** إلى أنها عُرفت في حضارتي الإغريق و الروم بأشكال و أحجام صغيرة تحدث صوت عند تحريكها. و يُضيف ماسون أن الأطفال كانوا يلعبون بأشكال مختلفة من بينها اللعب التي تحمل على العجلات أشكالا للضفادع و التماسيح و البقر. كما أشار أيضا في العصور القديمة اللعب بالكرات و الأطواق و بالدوامة. و هي لعب تنتج للطفل الفرصة بالحركة و اللعب مع الجماعة، و قد أوضح ماسون بأنه كان يوجد صناعة حقيقية لهذه الأشكال في العصرين اليوناني و الروماني و يشير بيارت **Beart** في كتابه تاريخ الألعاب الواحدة قد أخترعت و عرفت في أماكن مختلفة و في عصور مختلفة مما يؤكد على إنتشارها كالكرة و الأطباق الطائرة.

2.3. اللعب في العصر الحديث: لقد أصبح معيار الحضارة بين الأمم هو مقدار إهتمام كل أمة بأطفالها و لقد أجرت الأمم المتحضرة في عصرنا الحديث أهمية رعاية الطفولة ففي إنجلترا يحرص المجتمع على أن يتمتع الطفل بكل وسائل السعادة و الرفاهية. و في الولايات المتحدة الأمريكية كان الإهتمام بالأطفال واضحاً خلال نظرتهم إلى الطفولة بأنها حجر الأساس في بناء المجتمع. و في روسيا يردد المفكرون و التربويون قولهم لقد ألفت بلادنا الألعاب و الإمتيازات و لم يعد لدينا أباطرة و لكننا نؤكد دائماً أن في بلادنا قيصر واحد و سيضل يتمتع بكل الإمتياز و التقدير و ذلك، هو الطفل و يرى **كاجان Kagan** أن مرحلة الطفولة لها دور هام في تكوين شخصية الفرد من خلال الخبرات التي يمر بها و يتفاعل معها أثناء لعبه. (هبة محمد عبد الحميد. 2006. ص 18)

لقد مر اللعب بفترات تطورية بدءاً بالألعاب البسيطة إلى ألعاب متطورة و كان هذا في مختلف الحضارات ففي مجتمعنا الجزائر خضع اللعب نفس المبدأ التطوري فقد كان الأطفال يلعبون بألعاب تقليدية كالمروحة، و الكريات، و الكاريكو، و الطارة، بالنسبة للذكور، و العرائس و الدمى و الميديا بالنسبة للفتيات، أما في الحاضر و نظراً للتطور التكنولوجي الذي عرفه الوقت الحالي فقد ظهرت في جيل أطفال القرن الواحد و عشرين العديد من أشكال اللعب الحديثة من بينها الألعاب الإلكترونية الذي أصبح الطفل يستخدمها في حياته اليومية لغرض المتعة و السعادة و اللهو. فما هي الألعاب الإلكترونية؟

4. تعريف الألعاب الإلكترونية:

تعد الألعاب الإلكترونية **electronic games** من أهم الظواهر التي رافقت ظهور الحاسوب وتطوره، وهي في المفهوم المعلوماتي برمجيات تحاكي واقعاً حقيقياً أو افتراضياً بالاعتماد على إمكانات الحاسوب في التعامل مع الوسائل المتنوعة **multi media** وعرض الصور وتحريكها وإصدار الصوت، أما في المفهوم الاجتماعي فهي تفاعل بين الإنسان والآلة للإفادة من إمكاناتها في التعليم والتسلية والترفيه، ومن الناحية العملية تمثل الألعاب الإلكترونية أداة تحد لقدرات المستثمر إذ تضعه أمام صعوبات وعقبات تتدرج من البساطة إلى التعقيد، ومن البطء إلى السرعة، وأداة تطوير لثقافته وقدراته إذ تشد انتباهه وتنقل إليه المعلومة ببسر ومتعة.

منذ نشوء الدارات المنطقية والإلكترونية الذكية وظهور لغات البرمجة البدائية سارع المهتمون في هذا المجال إلى تطوير الألعاب الإلكترونية التي سرعان ما شددت الانتباه و لاقت قبولاً ونجاحاً لدى معظم فئات المجتمع، مما دفع المبرمجين والشركات إلى بذل كثير من الجهد في تطوير كل من الأجهزة والبرامج الخاصة بها حتى باتت هذه الألعاب وسيلة بمتناول الجميع تفيد في الترفيه والتعليم. (معاذ الحمصي. 2016. ص 253.)

ولقد تزايدت المنافسة في الآونة الأخيرة بين شركات إنتاج الألعاب الإلكترونية للأطفال في خلق عوالم افتراضية و ذلك من خلال عرض ألعاب ذات طابع إفتراضي على شبكة الأنترنت و التي تتيح لمستخدم الشبكة اللعب مع ملايين اللاعبين على هذه الشبكة و فرصة إيجاد شخصيات بطولية تقاوم بجانبه و تترقى معه و تتبع أوامره فالطفل من خلال ألعاب الكمبيوتر يدخل العالم الإفتراضي و ينسج خياله بطرف سبائته، فهذا طفل في الثامنة من عمره مُنهمك في لعبة **فايس سيتي** أي **المدينة الرنيلة** يقود دراجة نارية و في يده رشاش يجوب الشوارع و عناصر الشرطة تطارده يطلق النار عليهم بين السيارات و المارة و بمجرد كتابة شيفرة بالحروف فيصبح في دبابة ينجح في الفرار بعد القضاء على

القوة التي تحاصره و يكسب المال كلما قتل و دمر... و هذا أب يلعب مع ابنته لعبة باتل فيلد و هي لعبة من ألعاب المصارعة يشجع ابنته على الإنتحار لتبذل سلاحها لتعيش من جديد و معها سلاح أقوى، فحيلة الإنتحار هذه من مقتضيات اللعبة و غيرها من حيل الغدر و القنص و التخطيط لإحتلال المصارف.. و هذا طفل آخر يلعب لعبة رون سكيب على الأنترنت فإنه يدخل في حياة إفتراضية في مجتمع إفتراضي بإمكانه أن يتقمص شخصية يختارها (فارس، ساحر، تاجر...) و يشكل أصدقاء عبر العالم يلبسون مثله شخصيات إفتراضية يبيعون و يشترون و يكسبون أموالا وهمية. و ما أود الإشارة إليه هنا هو أن بعد خروجه من اللعبة لا يغادر حياته الإفتراضية في اللعبة بل يحتفظ بمعنوياته التي كانت سائدة في الشخصية الإفتراضية و يبقى مفعما بالشعور بالثروة طوال الوقت و كأن حياته الإفتراضية باتت جزءا مُكملا لحياته الواقعية. (أ.د. وجدي محمد بركات، أ.د. توفيق عبد المنعم توفيق. 2009.ص05).

بينت الدراسات التي أجريت لمعرفة تأثير الألعاب الإلكترونية على الأطفال أن هذه الألعاب إذا قام الطفل بممارستها بشكل معتدل تؤدي إلى تأثيرات إيجابية على زيادة مهارات التفكير العليا لدى الطفل وكذلك إلى تطوير المهارات الحركية التآزرية بين اليد والعين وكذلك إلى إثارة الدافعية و تعلم قيم الربح و الفوز و تقبل الخسارة و المثابرة. (د نهيل الجابري. 1995. ص06).

من خلال ما سبق فيتجلى لنا أن الألعاب الإلكترونية هي عملة ذات وجهين وجه إيجابي وآخر سلبي، فإذا كان لعب الطفل منتظم و بشكل معتدل فستساعده الألعاب على تطوير مهاراته الفكرية و الحركية، لكن متى تكون سلبية و متى تتحول إلى باثولوجية ؟

5. من اللعب إلى اللعب الباثولوجي: (العلاقة المزدوجة الرقمية):

يتحول اللعب إلى مرضي عندما لا يستطيع الشخص أن يتوافق مع محاولة تنظيم الخبرات القديمة و العيش في خبرات جديدة. فاللعب هو وسيلة للهروب من القلق أو للتقليل منه، لكن معظم هذه التجارب ليست من هذا الوقت بل هي منذ الطفولة المبكرة. إن أجهزة الكمبيوتر تحيي العلاقة الأولى التي أنشأها الطفل مع بيئته. فإذا كانت هذه العلاقة ناجحة فإنه سيستعمل العالم الإفتراضي كمساحة لمعاني رمزية و هذا ما تكلم عنه وينيكوت سنة 1970 حين قال أن المراهق يستطيع الإستفادة الكاملة من ألعاب الفيديو التي تشكل مساحة للمعاني الرمزية.

لكن إذا كان تاريخ الطفل المبكر قد تميز بإنعدام الأمن، إثارات مفرطة غير كافية أو غير ملائمة، أو إحباطات نرجسية مفرطة، فهذا الطفل سيستخدم الكمبيوتر ليس كمساحة للمعاني الرمزية و إنما يستخدمه كشريك يتفاعل معه و يسلمه جميع العلاقات المُشكلة التي حصلت مع بيئته مبكرا و تكون رغبته في علاجها. فالخطر يكمن في إبتعاده شيئا فشيئا عن عالمه الحقيقي ذاهبا إلى عالمه الإفتراضي دون أن يحصل على إشباع حقيقي إلى أن يجد نفسه في عزلة إجتماعية يمكن أن تكون خطرا على حالته النفسية.

إنشاء العلاقة المزدوجة الرقمية يمكن أن تُلبى أربعة أساسيات و هي:

- البحث عن التعلق الأمن.

- السيطرة على الإثارات.

- إيجاد ضبط للعواطف المرضية.

- تجسيد المثل الأعلى. (François Marty.2008.p140.)

6. إدمان اللعب الإلكتروني:

من الناحية السريرية، ففي دراسة ل كريس سنة 1990 أظهرت أن هذا الإضطراب هو الإستعمال المرضي لألعاب الفيديو و تنتج عنه سلوكات خطيرة في الواقع لإستمرارية اللعب كالسرقة مثلا أو التغيب عن المدرسة. و يتفق العديد من الباحثين على أن فكرة الإستخدام المفرط لألعاب الفيديو هي سلوك إدماني (Bioulac ,Arfi et Bouvard2008 ;Griffiths2005 ;Griffiths et Meredith2009 ; Hirzallah2013 ; Porter, Starcevic, Berle et Fenech2010 ;Romo2009 ; Bioulac, Kem et Michel2012.)

و مع ذلك تستخدم العديد من المصطلحات لوصف هذه الحالة بأنها: إدمان اللعب، سوء إستعمال ألعاب الفيديو، المشكلة السلوكية للعب، اللعب المرضي. (Pierre Taquet.2014.p83.)

7. تشخيص إدمان اللعب الإلكتروني حسب الدليل التشخيصي (dsm 5):

الإستخدام المُستمر و المُتكرر للألعاب، و يُشخص سريريا إذا تتوافر 05 أعراض على الأقل بعد فترة تُقدر ب 12 شهر:

1.7- الإنشغال الزائد حول ألعاب الفيديو.

2.7- متلازمة السحب عند إنعدام اللعب.

3.7- التحمل: الحاجة إلى مزيد من الوقت للعب.

4.7- محاولات فاشلة للسيطرة على إستخدام ألعاب الفيديو.

5.7- الإستمرار في إستخدام ألعاب الفيديو بالرغم من معرفة المشاكل النفسية و الإجتماعية السلبية.

6.7- فقدان التسلية و الترفيه بإستثناء إستخدام ألعاب الفيديو.

7.7- إستخدام الألعاب للهروب من الواقع أو للتخفيف من المزاج المتعكر.

8.7- خداع أو كذب على الأسرة أو المعالج أو آخرين فيما يخص إستخدامه لألعاب الفيديو.

9.7- فقدان علاقات كثيرة أو فرص للتعليم. (Dsm 5. 2013. Page 795.)

8. واقع الطفل الجزائري و تأثيره بالألعاب الإلكترونية:

يختلف التلقي عند الأطفال عما هو عليه لدى الكبار إنطلاقا من إستراتيجيات التلقي و آليات إستغلال النشاط الذهني و الذوقي و المعرفي، فالأمر مختلف بين متلق هاو و آخر متمرس يملك الخبرة و الوعي في التحليل و النقد، و كذلك الحال في الفئة العمرية الواحدة، أي بين طفل و آخر، فلا يمكن أن تكون عملية التلقي واحدة مشتركة و متطابقة لدى جميع الأطفال في كل زمان و مكان، فهذا يختلف بحسب

مستويات الأطفال المعرفية و الإدراكية و خبرات كل منهم. و هنا تطرح إشكالية التلقي عند الطفل الجزائري للألعاب الإلكترونية، و هو كأى طفل له خصوصية في التكوين الشعوري و المعرفي و العمري، فهو بعيد إلى حد كبير عن التمحيص و التدقيق و الإستيعاب الفعلي لمضمون هذه الألعاب و أشكالها، و أفكارها، و رموزها، و دلالاتها. فمجموع العوامل الشكلية و التصميم للألعاب الإلكترونية يرسم للطفل واقعا إفتراضيا لا يمت بصلة لواقعه الحقيقي، ما يجعله المفضل لديه إنطلاقا بإنبهاره بتلك التصاميم، بحيث يُعوض من خلال عالم الألعاب الإلكترونية نقائص عالمه الحقيقي. و الطفل بطبعه و مرحلته العمرية ينزح دائما إلى التصاميم المبهجة، فأصبحت الألعاب الإلكترونية وفق ذلك عالما قائما بحد ذاته عبر الوسائط الإعلامية الجديدة التي حاصرت الحياة اليومية للطفل الجزائري، خاصة في غياب الرقابة الحقيقية بدءا من الوسط الأسري إلى المجتمع، و الهيئات المعنية بمراقبة الوافد الغربي من هذه الألعاب. (فاطمة همال. 2012. ص133).

من خلال هذا يمكن أن نستنتج أن الطفل الجزائري هو ككل أطفال العالم تميزهم سمة أساسية في هذه المرحلة و هي حب اللعب، و يمكن أن نُلخص بعض العوامل التي ساهمت في تأثر الطفل الجزائري بالألعاب الإلكترونية:

- عدم إمتلاك الخبرة و الوعي في التحليل و النقد بالنسبة للأطفال.

- إحتواء العالم الإفتراضي على نقائص العالم الحقيقي.

- إنبهار الطفل بتصاميم و أشكال الألعاب الإلكترونية.

- حب التصاميم المبهجة و الألعاب ميزة من مميزات الطفل.

- إنتشار الألعاب الإلكترونية في مُحيط الطفل الجزائري.

- غياب الرقابة الحقيقية من الوسط الأسري و الإجتماعي.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل موضوع الإدمان بدون مادة المعروف بالإدمان السلوكي، كالإدمان على الألعاب الإلكترونية. فقد عرفنا هذه الألعاب و كيف كان تطورها عبر التاريخ، و كيف إستقبلها الطفل الجزائري و تعامل معها. إضافة إلى ذلك تناولنا اللعب الباثولوجي، و الإدمان على الألعاب الإلكترونية، و تشخيصه حسب الدليل الإحصائي الخامس.

الفصل الثالث:

المدرسة و الطفل

المُتمدرس.

تمهيد.

- 1- تعريف المدرسة.
- 2- تعريف الطفل المتمدرس.
- 3- تعريف الواجب المنزلي.
- 4- أهمية الواجب المنزلي.
- 5- الطفل المُهمَل لواجباته المدرسية.
- 6- تأثير المحيط العائلي على النتائج الدراسية.
- 7- الألعاب الإلكترونية و التعليم.
- 8- المهمات النمائية في الطفولة المتأخرة (من 06 – 12 سنة).

خلاصة.

الفصل الثالث:

المدرسة و الطفل المتمدرس

تمهيد:

لقد تطورت الحياة و تعقدت حيث أصبح من المُجبر على كل طفل الدخول المدرسي لغرض التلقين العلمي، و تعلم مختلف اللغات و العلوم وفق مناهج تربوية تعليمية، من خلال تسجيل الطفل في مؤسسة تربوية و التي تُعرف بإسم المدرسة. من خلال هذا التمهيد يمكن أن نطرح الإشكالات عن ماهية المدرسة؟ و من هو الطفل المتمدرس؟ و ما هي الواجبات المدرسية، و ما هي فوائدها؟ و من هو الطفل المُهمل لواجباته المدرسية؟

1. تعريف المدرسة:

هي مؤسسة تعليمية عمومية (تتمتع بالشخصية المعنوية أو وحدة تنظيمية، تربوية) تنشأ و تغلق بقرار (الوزارة – المديرية) تمنح تربية أساسية مشتركة و مستمرة من السنة الأولى إلى السنة السادسة. (وزارة التربية الوطنية. 2004. ص07).

هذا التعريف أو المفهوم يبدو أنه تعريف قانوني وضعته وزارة التربية حيث حددت الشخصية المعنوية للمدرسة التي تُفتح بقرار وزاري، كما حددت السنوات الدراسية.

أما **النجمي** فيعرفها بأنها مؤسسة أنشأها المجتمع من أجل القيام بإعداد النشء الجديد للمشاركة في عمل النشاطات الإنسانية التي تسود حياة الجماعة، لها وظيفة تكييف و إدماج الأفراد داخلها، أي أنها تعبر عن أفكار و فلسفة و أهداف المجتمع الذي أنشأها لخدمته. (رفيقة حروش. 2010. ص55).

أما بخصوص هذا التعريف فهو تعريف إجتماعي نوعا ما لكن هذا التعريف مقارنة بالتعريف الأول فقد أضاف لنا وظيفة المدرسة التي تُعد و تصنع أجيال جديدة لخدمة المجتمع.

و في تعريف آخر، المدرسة هي مؤسسة أو تنظيم يوجه العملية التعليمية. لقد كانت المدرسة القديمة تكتفي بالمحافظة على تراث المجتمع الثقافي و نقله من جيل إلى آخر، و تعليم التلاميذ مبادئ القراءة و الكتابة، بطريقة التلقين، فإن المدرسة الحديثة لم تعد مجرد مكان لحشو أدمغة التلاميذ ببعض المعارف النظرية، و إنما أصبحت حقلًا تربويًا يتركز الإهتمام فيه على تربية العقل و الجسم و العاطفة، و ذلك بقصد تكوين الشخصية المتزنة و المتوازنة. (حميد حملاوي. 2010. ص115).

أما هذا التعريف فهو تعريف تربوي و أضاف على التعريفين الأولين الجانب التربوي الذي تقوم به المدرسة زيادة على تكوينه بالمعارف.

من خلال هذه التعاريف يمكن أن نستنتج أن المدرسة هي مؤسسة تعليمية تنشأ في مجتمع ما بأمر وزاري لإعداد أجيال جديدة من خلال تعليمهم القراءة و الكتابة إضافة إلى الجانب التربوي الذي يعمل على تربية العقل و الجسم قصد تكوين شخصية متوازنة لخدمة المجتمع.

2. تعريف الطفل المتمدرس:

و في هذه المدرسة أو المؤسسة التعليمية يتم تسجيل الأطفال بطريقة قانونية للإلتحاق بصفوف المدرسة عند بلوغ السن القانونية و هي **06** سنوات، هذا الطفل المُسجل في المدرسة يصطلح عليه الطفل المُتدرس. فيتم تعليمه وفق مناهج تعليمية تربوية و من بين هذه المناهج التعليمية إعطائه واجبات منزلية.

3. تعريف الواجب المنزلي:

عُرفت الواجبات المنزلية على أنها مهمات يُكلف بها المعلمون طلابهم بحيث يطلب منهم إنجازها في غير ساعات الدوام المدرسي.

كما عُرف الواجب المدرسي بأنه نشاط موجه يقوم به الطالب خارج الصف الدراسي بهدف التمكن من المادة العلمية. (صفوت هشام حسني عبد الرحمن. 2011. ص15).

الواجبات المنزلية هي وسيلة تعليمية تعطي من المدرس للطلبة لمساعدتهم خارج حجرة الدراسة. و يقوم المدرس بمراجعة الواجبات المدرسية حتى يتابع مستوى الطلبة و يساعدهم على تحقيق أهدافهم العلمية. (إدارة التربية و التعليم. 2008. ص01)

إنّ فالواجب المدرسي هو مهمة أو نشاط يكلف المعلم تلميذه على ضرورة إنجازها في أوقات خارج عن الدراسة لغرض التمكن من المواد و لتحقيق أهداف علمية.

4. أهداف الواجبات المنزلية:

- تدريب الطالب على الكتابة الصحيحة.
- تشجيع الطالب على الإطلاع خارج الكتاب الدراسي.
- مساعدة الطالب على توظيف ما تعلمه في مواقف جديدة.
- الربط بين ما تعلمه في المدرسة و ما يواجهه في الحياة.
- مراجعة ما تعلمه من زمن لآخر.
- تلبية حاجات المتأخرين و المتفوقين دراسيا.
- إثارة دافعية الطالب لموضوع دراسي. (صفوت هشام حسني عبد الرحمن. 2011. ص25).

5. دور الآباء في مساعدة أبنائهم لإنجاز الواجب المدرسي:

أكد الأستاذ نادر عاطف شعوط من خلال دراسته حول إهمال الطلاب لواجباتهم و إستنتاج أن الواجب المنزلي حلقة متكاملة من ثلاث حلقات هي المعلم و الطالب و الآباء، و أن العملية التعليمية الناجحة تقوم على منظومة متكاملة فيما بينها، و لا يمكن لطرف أن يستغني عن دور الطرف الآخر، و الواجبات المنزلية الفعالة يجب أن تحقق أهدافا واضحة تساعد المعلم و الطالب على معرفة مواطن الضعف في إستيعاب المادة التعليمية، فالواجبات يجب أن تفحص النقاط المركزية في المادة التي تلقاها الطالب في

المدرسة، و على المعلم إنتقاء التمارين بعناية بحيث لا تزيد عن طاقة الطالب و تشجعه على التعلم.
(نادر عاطف شعوط. 2008.)

لكن في حال إختلال حلقة من الحلقات الثلاث فإنها تؤدي إلى إهمال الواجب المنزلي من طرف التلميذ وبالتالي فإن الإباء أيضا هم مسؤولون و لهم دور في هذا الواجب. و من خلال هذا المنطلق يمكن أن نعرف التلميذ المهمل لواجباته المدرسية على أنه الطالب الذي إمتنع أو لم ينجز واجبه المدرسي لسبب ما.

6. تأثير المحيط العائلي على النتائج الدراسية:

إن مساندة الوالدين يمكن أن تحسن النتائج:

- المساعدة أو النصيحة لإنجاز الواجبات المدرسية.
- التمويل لدروس خصوصية خارج المدرسة.
- تشجيع الطفل على التعلم.
- وجود مصادر التعلم في المنزل، كالكاتب و تكنولوجيا المعلومات مع التوجيهات الوالدية بشأن إستعمال الأجهزة التكنولوجية.
- الدعم للمشاركة في نشاطات ذات طابع تعليمي تربوي.

(Simon Field , Malgorzata , Beatriz Pont . 2007. Page 105.)

7. الألعاب الإلكترونية والتعليم:

إن تكرار الغيابات و إنخفاض في درجات أو معدلات أو نتائج الدراسة من بين الأسباب التي تجعل الوالدين يطلبون المساعدة، لهذا فإن معظم هذه الحالات يكون الطلب من المحيط الأسري. ففي غالب الأحيان الأطفال اللاعبون هم أطفال متفوقون في الدراسة لكنهم يعانون من هذا الإضطراب الذي يعيق عملية التعلم. إن إنخفاض نتائج الدراسة يكون بمثابة الجرح الذي لا يعالج بالنسبة للطفل فيعتقد أنه ليس متفوقا في الدراسة فيلجأ إلى شئ آخر ليتفوق فيه و هو اللعب الإلكتروني.

(M Valleur, I Codina, E Rossé. 2015. Page 07.)

8. المهمات النمائية في الطفولة المتأخرة (من 06 سنوات _ 12 سنة):

- _ أن يتعلم إلباس نفسه و أن يحفظ جسده نظيفا بقدر كاف.
- _ أن يتعلم بعض المهارات العقلية الأساسية مثل القراءة و الكتابة و الحساب.
- _ أن يبدأ بتعلم كيفية التصرف بالمال تصرفا مناسباً.
- _ أن يتعلم التفاهم مع الآخرين ممن هم في عمره و من هم أكبر و أصغر من عمره.

_ أن يحس إحساس بالخطأ و الصواب وأن يضبط سلوكه وفقاً لهذا الإحساس.

_ أن يتعلم مختلف الألعاب و المهارات اللعبية. (عبد الله قلي. ص 6.)

تعليق: في هذه المرحلة من 06 سنوات إلى 12 سنة يُحاول الطفل أن يتعرف و يُجرب أكبر قدر ممكن من الألعاب، و من بين هذه الألعاب، الألعاب الإلكترونية.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل المدرسة و الطفل المتمدرس، بعد تعريفهما تم التطرق إلى المناهج التعليمية التربوية و من بينها الواجب المدرسي فتم تعريفه، و أهميته، ثم تطرقنا إلى دور الأسرة في متابعة طفلها على إنجاز واجباته المدرسية، و تُعتبر المُتابعة الوالدية ضرورية لأن إختلالها يؤدي بالطفل إلى إهماله للواجبات المدرسية.

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي.

تمهيد.

- 1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
- 2- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- 3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
- 4- خطوات العلاج المعرفي السلوكي.
- 5- مسار العلاج المعرفي السلوكي.
- 6- مقابلة العلاج المعرفي السلوكي.
- 7- جلسات العلاج المعرفي السلوكي.
- 8- الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.

خلاصة.

الفصل الرابع:

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

إن تطور علم النفس و تعدد نظرياته أدى إلى تعدد العلاجات النفسية حسب كل مدرسة، و من بين هذه المدارس، المدرسة المعرفية السلوكية، لقد ثبتت فعالية العلاج السلوكي في علاج بعض الإضطرابات، و على وجه الخصوص علاج القوبيا و القلق، و اللزمات القهرية، و التبول اللاإرادي، و الشذوذ الجنسي، و إدمان المخدرات و الخمر و التدخين، و كذلك الذهانات و الإضطرابات العقلية. و عليه فالعلاج السلوكي يصلح لعلاج جميع حالات العُصاب (زينب محمد شقير. 2002. ص 201). من خلال هذا التقديم يمكن أن نتساءل عن ماهية العلاج المعرفي السلوكي؟ و ما هي مبادئه؟ و أهدافه؟ و ما هي مختلف التقنيات العلاجية؟ وكيف تتم الجلسات العلاجية، و ما هي منهجية المقابلة؟

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث ثم إستخدامه من طرف آرون بيك حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة و إستبعاد الأفكار السلبية الناتجة عن التعلم الخاطي، و يركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض، و يكون الهدف الرئيسي للعلاج هو تصحيح التصورات و الإدراكات الخاطئة و إستبدال الأفكار التلقائية السلبية بأفكار إيجابية و يكون دور المعالج نشطا في توعية المريض.

هو تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعيا ببيئته الداخلية و الخارجية و على إتصال مستمر بها، و العمليات المعرفية هي الإحساس، الإدراك، الإنتباه، التذكر، الربط، الحكم، التفكير، و الوعي.

يعرفه (كيندول، 1993) بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي تثبت نجاحها في التعامل مع السلوك و مع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، و بالسياق الإجتماعي من حوله، من خلال إستخدام إستراتيجيات معرفية، سلوكية، إنفعالية، إجتماعية و بيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (حامد بن أحمد ضيف الله الغامضي. 2013. ص 143).

العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته و حياة المحيطين به أكثر فعالية. و يهتدي هذا العلاج لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية و التجريبية في ميدان السلوك. و يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العالم الروسي بافلوف و من بعده واطسن. (د عبد الستار إبراهيم. 1993. ص 31).

العلاج السلوكي قد عُرف في الستينات و أوائل السبعينات بأنه تطبيق نظامي لأسس التعلم في تحليل و علاج إضطرابات السلوك.

هو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة و المواجهة و بالخاصة سلوك المريض أكثر من أن يكون الحالات و المركبات العقلية المستنتجة. و إذا كان ينظر في المناهج العلاجية التقليدية إلى المشكلات بوصفها مشكلات داخل الشخص، فإن العلاج السلوكي ينظر إلى السلوك داخليا و خارجيا بوصفه نتائج أحداث البيئة، و بالتالي يكون التركيز على بيئة الفرد لا على الفرد الذي يعاني من مشكلات. (د لويس كامل مليكة. 1990. ص11).

و من خلال ما سبق من تعاريف يمكن أن نستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي هو شكل من أشكال العلاجات النفسية الحديثة يهدف إلى تصحيح بعض الأفكار السلبية الناتجة عن تعلم خاطئ، و تصحيح هذه الأفكار يؤدي إلى تغيير في سلوك الفرد. من خلال العلاقة الناجحة التي يبنها المعالج مع المريض.

2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

من الناحية السلوكية	من الناحية المعرفية
<p>1- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: أي تحديد دقيق للسلوك الغير سوي الظاهر الذي يمكن ملاحظته و تقييمه موضعيا.</p> <p>2- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك الغير سوي: أي تحديد كل الظروف و الخبرات التي يحدث فيها السلوك الغير سوي و كل ما يرتبط به و ما يسبقه من أحداث و ما يتلوه من عواقب.</p> <p>3- تحديد العوامل المسؤولة عن إستمرار السلوك الغير سوي: و يتم ذلك بتقدير ما إذا كان السلوك الغير سوي يحدث نتيجة لعوامل بسيطة، أو أن وراء إستمراره عوامل أساسية أخرى أم أنه يستمر بسبب النتائج التي يؤدي إليها.</p> <p>4- إختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها: و يتم ذلك بالتعاون بين القائم بعملية التعديل و العميل.</p> <p>5- ممارسة السلوك الجديد في إطار الخبرة المعدلة بحيث يتم إنجاز البسيط و القريب قبل المعقد و البعيد، و يلزم ترتيب الإمكانيات في شكل سهل.</p> <p>6- تعديل الظروف السابقة للسلوك الغير سوي: أي تعديل العلاقات بين الإستجابات و بين</p>	<p>1- تعليم العميل أن يصح أداءاته المعرفية الخاطئة و المشوهة (الإنحرافات المعرفية).</p> <p>2- تغيير معتقدات العميل المختلة وظيفيا و التي تعرضه لخبرات مشوهة.</p> <p>3- تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات ، و تعديل الأفكار و الإعتقادات و الإفتراضات المختلة وظيفيا و التي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك و الإنفعال .</p> <p>4- العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب و عجز يرجع في الواقع إلى الإضطراب الذي يعاني منه.</p> <p>5- التقليل من حدة الإضطراب الإنفعالي الذي يعتريه.</p> <p>6- تدعيم مشاركته الفعالة في المواقف الإجتماعية المختلفة و العمل على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي.</p> <p>(أسماء مصطفى السحيمي، محمد سعد فودة. 2009. ص168).</p>

المواقف التي تحدث فيها.
<p>7- تعديل الظروف البيئية: و يتضمن ذلك تعديل العلاقات المتبادلة بين الإستجابات و نتائجها التي تؤدي إليها، بما يؤدي إلى حدوث السلوك المرغوب في الظروف التي لم يكن يحدث فيها.</p> <p>(أسماء مصطفى السحيمي، محمد سعد فودة. 2009. ص160.)</p>

- جدول رقم 1 يوضح أهداف العلاج المعرفي السلوكي-

3. مبادئ العلاج السلوكي:

1.3.1. المسمات:

1.1.3.1. الإضطرابات النفسية، سلوك متعلم في تكوينه، و إزالته تخضع لنفس القوانين و النظريات التي يخضع لها السلوك السوي.

2.1.3.1. الإضطرابات النفسية قد تنشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة و أي إضطراب نفسي ينشأ بسبب الصراع الذي يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين المطلوب منه أن يختار أحدهما و أن يتحمل مسؤولية هذا الإختيار. (Nolber Sillamy. 2003. P 35.)

2.3. الإجراءات:

1.2.3.1. تحديد السلوك المضطرب و المطلوب تغييره أو تعديله. يتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الإختبارات و التقارير، لتحديد السلوك المضطرب.

2.2.3.1. تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب، و ذلك بفحص خبرات المريض و ظروفه المختلفة.

3.2.3.1. تحديد العوامل المسؤولة عن إستمرار السلوك المضطرب.

4.2.3.1. إعادة جدول إعادة التعلم.

5.2.3.1. تعديل الظروف البيئية. (حنان عبد الحميد العناني. 2000. ص 184.)

4. خطوات العلاج المعرفي السلوكي:

1.4.1. التحليل الوظيفي: و هو مبني على الملاحظة المباشرة و الغير مباشرة التي نستطيع قياسها بهدف تحديد عوامل التثبيت و العوامل المفجرة للسلوكات دون تجاهل الجانب التاريخي للحالة، بداية الإضطراب، الصور الذهنية، و الحوار الداخلي.

2.4.1. تحديد هدف العلاج: و هو عقد علاجي بين معالج و متعالج و يتم فيه تحديد وسائل العلاج.

3.4. تنفيذ برنامج علاجي: هذا البرنامج يستعمل مجموعة من المبادئ و التقنيات التي تم تعريفها من قبل للمفحوص، فتتطور قدرة المتعالج في التنظيم الذاتي لسلوكاته التي تسمح له بتغيير ما تعلمه من المحيط الخارجي.

4.4. تقييم نتائج العلاج: قيل، أثناء، و بعد العلاج تتم عملية التقييم و تستمر المراقبة لمدة سنة واحدة على الأقل.

(Jean Cottraux.2011. page06.)

5. مسار العلاج المعرفي السلوكي:

يمر بعدة خطوات هي كالاتي:

1.5. التحليل الدافعي: و هو ما يرغب المفحوص في تغييره.

2.5. خلق علاقة علاجية ناجحة.

3.5. التحليل الوظيفي: تحديد السلوك الذي يعيق المفحوص وربط هذا السلوك مع العواطف والأفكار.

4.5. تفسير و شرح الأمراض النفسجسمية، و التقنيات التي ستغير هذه السلوكات.

5.5. تنمية قدرات و مهارات ذاتية للعلاج و التسيير و الإدارة الذاتية.

6.5. تقييم نتائج العلاج و مقارنتها مع النتائج الأولية.

7.5. المتابعة لمدة سنة واحدة على الأقل كوقاية من الإلتكاس.

(Jean Cottraux.2011. page11.)

6. مقابلة العلاج المعرفي السلوكي:

1.6. منهجية مقابلة العلاج المعرفي السلوكي: تشمل سبع تقنيات:

1.1.6. إعادة الصياغة في أسئلة مفتوحة للكشف عن الحياة العلائقية للمفحوص على المستوى الاجتماعي والشخصي.

2.1.6. إعادة صياغة الإستجابات التي تعكس نمطا آخر.

3.1.6. تلخيص وتوضيح كل ما قيل.

4.1.6. تقوية و تدعيم الشخص و كل ما يقوله.

5.1.6. التعامل مع المقاومة بتجنب النقد والأحكام و قبول المفحوص كما هو.

6.1.6. إعادة التأطير، فالمعالج يضع إطار جديدا وإضاءة جديدة لتوضيح المشكل و إدراكه.

7.1.6. الرجوع إلى التاريخ الشخصي لكشف الصعوبات الحالية، والجانب التاريخي للمخططات المعرفية.

(Jean Cottraux.2011.p16)

2.6. التحليل الوظيفي وخصائصه:

التحليل الوظيفي لا ينجز على الفور لكن في العموم يكون في المقابلة الثانية. أما المقابلة الأولى فهي أكثر إنشغالا ب: إقامة العلاقة، بناء العلاقة، وضع أو التحقق من التشخيص، وفي النهاية دراسة جدوى العلاج، وإمكانية العلاج المتبع للمرور للمرحلة المقبلة. و هي مقابلة التحليل الوظيفي التي تعتبر مقابلة مباشرة، بمعنى موجهة نحو جمع بيانات محددة بشأن سلوكيات أو مشاكل حاضرة عند المفحوص من خلال طرح الأسئلة التالية:

1- منذ متى يحدث هذا السلوك المُشكلة؟

2- أين؟

3- متى؟

4- كيف؟

5- كم عدد مرات، الوحدة الزمنية المختارة؟

6- مع من أو ماذا؟

7- ما الذي يسبق السلوك المُشكلة؟

8- ما الذي يخفف السلوك المُشكلة؟

9- ما الذي يجعلك تجادل السلوك المُشكلة؟

10- ما الذي يصد السلوك المُشكلة؟

هذه هي الروابط الرئيسية بين البيئة والسلوك التي تُحدد في كل الحالات. هذه الروابط يمكن إنشاءها بصفة أكثر أو أقل مباشرة. لكن هذه هي العناصر المهمة في بناء برنامج فعال. (Jean Cottraux. 2001. P77)

7. جلسات العلاج المعرفي السلوكي:

حسب نموذج بيك وآخرون (1979):

- تقييم المهام المنجزة بين اللقاءات و يتم في بداية الجلسة.

- الأجندة أو دفتر خاص بالحصص لتحديد موضوع الجلسة بمشاركة المفحوص.

- يقوم المعالج خلال كل 10 دقائق بتلخيص الجلسة مقترحا المناقشة مع المفحوص.

- المنهج السقراطي للإستجواب الذي يسمح بتنمية المعتقدات.

- التقنيات المعرفية، السلوكية، الإنفعالية والشخصية تستعمل لتعديل المخطط المعرفي و الأفكار الأوتوماتيكية قبل شعورية التي تسبب صعوبات علائقية للمفحوص.

- تلخيص الجلسة ومناقشتها، و يطلب المعالج من المفحوص رأيه حول مافعله أو ماقاله المعالج مع تقديم نقد إن أراد.

- المهام المعرفية والسلوكية تحدد من قبل المفحوص و تنفذ هذه الأعمال في الحياة اليومية لتحديد جدول أعمال والنقاط الأساسية التي سيتم تناولها في الجلسة المقبلة. (Jean Cottraux.2011.p12)

8. الأساليب العلاجية و التقنيات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي:

الإتجاه المعرفي السلوكي يشمل على العديد من الأساليب التي تلعب دورا بالغ الأهمية في نجاح البرنامج العلاجي، مع مراعاة إختبار الأسلوب العلاجي الملائم لطبيعة المشكلة و الإطار المرجعي للعميل و النسق القيمي له. (د أسماء مصطفى السحيمي، د محمد سعد فودة. 2009. ص170).

و من بين الأساليب العلاجية المُعتمد عليها في هذه الدراسة ما يلي:

1.8. التدريب على إعادة صياغة الأفكار معرفيا (إعادة البناء المعرفي): إن جوهر العلاج المعرفي السلوكي مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك و تستثير الإنفعالات، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو الخارج، و الأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات، و تعني العمليات المعرفية بتصنيف و تقديم و تنظيم المعلومات ذات المعنى و المهمة، فهي من يقوم بفك شفرة الواقع، و كذلك المشاعر الداخلية للفرد.

(Christophe André. 2005. Page 17.)

2.8. التعامل مع إفتراضات المريض حول تقييم الآخرين له: عادة ما يكرس المرضى إنشغالهم بشكل مبالغ فيه لإكتشاف التهديدات الإجتماعية المحتملة الحدوث، مما يشكل لهم إعتقادات غير دقيقة حول ما يترتب عن سلوكياته من تقييمات سلبية من الآخرين.

(Samuel-Lajeunesse B, et coll. 2004. Page 105.)

3.8. الإسترخاء: حسب دوراند (1992) فإن تقنيات الإسترخاء هي تقنيات علاجية، تربوية، و تعليمية، و ذلك بإستخدام تقنيات متطورة و مقننة تعمل خصيصا على خفض الضغوطات الشخصية. الإسترخاء العصبي العضلي يؤدي إلى حالة من الراحة أو حالة من الإسترخاء الجسدي و النفسي.

(Marc Guiose. 2003. Page 07.)

4.8. التخيل بالمواجهة: يعتبر بالمر و ملنر (1998) أن هذا الأسلوب يسمح للعميل بأن يتخيل نفسه يواجه موقفا صعبا متوقعا، و يستخدم في العديد من المواقف، حيث يناقش المعالج مع العميل حول أي سلوك قد يكون أكثر ملائمة، و يمكن إستخدامه في هذا الموقف الخاص، و بمجرد الإتفاق على ذلك يقوم

العمل بإغلاق عينيه و يتخيل نفسه في الموقف منذ بدايته حتى نهايته، و هنا تكون المواجهة هي مفتاح هذا الأسلوب، و ليس التحكم أو التغلب على الموقف. (محمود عيد مصطفى. 2008. صفحة 168).

5.8. التظمين التدريجي المنظم ضد التشريط أو الكف المتبادل: إستخدم جوزيف وولب (1958) هذه الفنية لعلاج حالات القلق. وقد أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح الكف المتبادل (د. عبد الستار، د. عبد الله. 2008. ص274). مؤدى هذا المصطلح أننا إذا نجحنا في استثارة إستجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق. (نفس المرجع. ص284).

ويتم تنفيذ هذه العملية العلاجية على أربعة مراحل:

1.5.8. تدريب المعالج على الاسترخاء العضلي.

2.5.8. تحديد المواقف المثيرة للقلق من خلال الأسئلة التي تجرى خلال المقابلات التمهيدية، أو من خلال إستخدام بعض المقاييس السلوكية.

3.5.8. تدرج المثيرات المسببة للقلق بحسب شدتها.

4.5.8. التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريقة التخيل أو في مواقف حية) مع الإسترخاء، ثم التدرج لمنبهات أخرى حتى نهاية القائمة. (نفس المرجع. ص286).

6.8. التعزيز: يركز علماء إدارة السلوك الصفي على أهمية التعزيز بإعتباره أساس بناء السلوك. و حفظه و إستمراره، و قد فرض أهمية التعزيز الشعور بأن الطلبة محكومين بالتعزيز، و أن التعزيز هو الذي يضمن مبادرة الطلبة و أداءاتهم في المواقف الصفية، سواء أكان في التعلم أو الإنتظام، أو تبني التعليمات و القواعد الصفية، و لا يمكن ضمان أداء الطلبة، و إستمرار ذلك الأداء، و تحسينه، و تحصيله إلا بتقديم التعزيز المناسب لكل فرد، و الأفراد كمجموعة. (يوسف قطامي، نايفة قطامي. 2005. 370).

7.8. الإنتكاس:

1.7.8. موقف واعتقادات المفحوص عند الانتكاس:

الإرتداد نحو الإدمان لا يعني أنه فشل نهائيا في عملية المعالجة فغالبا ما يستغرق من المتعالج عدة محاولات للتغيير... وكل محاولة تبني خبرات ومعلومات التي تعطي المحاولات المقبلة أكبر فرصة للنجاح.

2.7.8. ما موقف ودور المعالج في هذه المرحلة ؟

تحليل الانتكاسة على نحو إمكانية الحصول على معلومات مهمة تسمح بفهم أفضل و كذا التعامل مع المشكلة.

الهدف هو تنمية دافع جديد للتوقف والبحث عن استراتيجيات لمواجهة الوضعيات الخطرة التي كانت تدار بشكل سيء. المعالج يسعى إلى تعزيز النتائج المرتقبة ومشاعر الكفاءة الذاتية وتنمية استراتيجيات المواجهة. (Pierluigi, Lucia. 2013 .page 58)

9. الواجبات المنزلية: تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية و لها دور خاص في زيادة فعالية العلاج، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ و يختم بها المعالج كل جلسة علاجية. و تساهم في تحديد درجة التعاون و الألفة القائمة بين المعالج و المريض. (ضيف الله الغامدي. 2013. ص182).

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل موضوع العلاج المعرفي السلوكي بداية بتعريفه و ذكر أهدافه، مبادئه، خطواته، ثم تطرقنا إلى مسار العلاج المعرفي السلوكي، و شرحنا منهجية مقابلة العلاج المعرفي السلوكي بمختلف أنواعها، و كيف تتم الجلسات مع ذكر بعض الأساليب و التقنيات المُستعملة في العلاج.

الفصل الخامس:

الإجراءات التطبيقية

الفصل الخامس

الإجراءات التطبيقية

منهج الدراسة و أدوات البحث:

في إطار هذه الدراسة إتبعنا المنهج العيادي الذي يعتمد على:

1. الملاحظة العيادية:

تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنها مصطلح عام، يرمي إلى إدراك و تسجيل دقيق و مُصمم لعمليات تخص موضوعات، حوادث أو أفراد إنسانيين في وضعيات معينة. (بوسنة عبد الوافي زهير. ص5).

و هي مهارة ضرورية في تقييم الأطفال الصغار و اللذين ليس لهم لغة كافية لعملية التواصل، تتركز الملاحظة على سلوك الطفل و وضعه النفسي فالطفل بدوره يقدم رسومات إيضاحية جميلة و مفيدة يتم التعرف عليها إلا بالملاحظة العيادية. ففي المقابلات على الفاحص الإبتعاد عن الإفتراضات و الأحكام المسبقة، فعليه ملاحظة الحياة النفسية للأسرة كما هي و الحركات العاطفية الداخلية و تحليلها فيما بعد. دون أن ننسى الملاحظات السلوكية و ملاحظة كيف يُطور الطفل عملياته الحسية-الحركية و العاطفية من خلال مساندة الكبار و الإحتكاك بهم.

(Cathrine Turrette.2006. page23.)

2.المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة من الأدوات الأساسية لجمع المعلومات و البيانات لدراسة الفرد، كما أنها من أكثر الوسائل فعالية و شيوعا في الحصول على البيانات اللازمة و الضرورية لأي بحث. بمعنى آخر هي وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالبحث. و قد عرفها أنجلس أنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر، أو مع أفراد بهدف الحصول على معلومات لإستخدامها في البحث العلمي، أو الإستعانة بها في عمليات التوجيه و التشخيص و العلاج. (عمار بوحوش. 1999. ص75).

- **قبل مقابلة الطفل:** أحيانا تتأثر طريقتنا في الفحص بما كنا قد سمعناه عن الطفل. فقد يخبرنا الناس مثلا أنه سيئ للغاية فعليك قبل مقابلتكم للطفل أن تفكروا بما قيل لكم و ما إذا كان ذلك قد جعلكم تتخذون موقفا ناقدا منه, فحاولوا أن تحافظوا على ذهنية منفتحة إتجاه الطفل و وضعه.

- **كيف نعرف بأنفسنا:** إذا لم تكن قد إتقيت مع الطفل من قبل فعليك أن تقدم له شرحا بسيطا عن نفسك من أنت، إسمك، سبب وجودك في المكان. و حتى إن كنتم تعرفان بعضكما جيدا فقد يكون مفيدا أن تشرح للطفل سبب هذا اللقاء بالذات.

- **المحافظة على سرية التواصل:** علينا أن نوضح للطفل أن ما سيقوله لنا سيبقى سرا. و إذا كان هنالك ما يحتاج إلى مناقشته مع الآخرين (مع فرد من أفراد عائلته مثلا) فالأفضل أن نوضح السبب للطفل و أن نطلب موافقته. إسئلوا الطفل إذا ما كان يريد أن يحضر المقابلة أي شخص آخر فأحيانا ترغب

مجموعة من الأطفال أن تبقى معاً، أو أن يبدي الطفل رغبة واضحة في أن تتم المقابلة معه وحده أو برفقة صديق واحد فقط.

- **طلب التفاصيل:** حاولوا أن تأخذوا فكرة عن الصعوبات التي واجهها الطفل في الماضي أو التي يواجهها الآن. و من المفيد أن تطلبوا من الطفل أن يعطيكم بعض التفاصيل عن حياته اليومية الراهنة، منذ إستيقاظه في الصباح وحتى ذهابه إلى النوم ليلاً، أو أن تطلبوا منه وصف حياته الماضية و بهذا ستتمكنون لديكم نظرة أكثر واقعية بخصوص وضعه. (**عفيف الرزاز. 1999. ص 18.**)

3. الإختبار النفسي:

الإختبار النفسي ما هو إلا أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مُقنن، و بهذا الشكل يُمكن تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييماً واحداً، لذا كان للإختبار النفسي مزايا لا توجد أصلاً في المقابلة أو في إجراءات دراسة الحالة. (**بوسنة عبد الوافي زهير. ص 19.**)

كما إتبعنا برنامج علاجي معرفي سلوكي.

الحدود الزمانية و المكانية:

1. المكان:

لقد أجريت المقابلات في مكتب هادئ بإنارة جيدة، كما تم تحضير جو مناسب بالنسبة لجلسات الإسترخاء.

2. الزمان:

لقد تم تحديد عدد الجلسات ب **16** جلسة، أجريت من **02** فبراير إلى **29** أبريل. بمعدل مقابلة واحدة في الأسبوع، ثم أصبح معدل المقابلات مقابلتين في الأسبوع في يوم الثلاثاء مساءً و يوم الجمعة.

تمت المقابلات الستة عشر خلال ثلاثة أشهر تقريباً و تم تحديد حصص أخرى للمتابعة بعد شهر، و بعد ستة أشهر.

أما زمن الجلسات فقد تراوح ما بين **30** و **60** دقيقة.

دراسة الحالة س.ج (11 سنة):

ملخص المقابلات:

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	نوع المقابلة	وصف الجلسة	أهداف الجلسة
01	02-02-2016	50 دقيقة	بناء العلاقة	- إقامة علاقة معالج_مفحوص. - تعريف المفحوص بالعلاج	- بناء علاقة إيجابية. - تحديد العقد العلاجي، و عدد

الجلسات.	النفسي و الإدمان. - تعريف الواجب المنزلي وأهميته. - عرض النتائج السلبية لألعاب الفيديو. - العقد العلاجي.				
- تحديد المشكلة بدقة. - تحديد الشكوى. - قياس العلاقة العلاجية. - التعرف على ساعات اللعب في اليوم عن طريق المراقبة الذاتية.	- المقابلة مع الأب. - المقابلة مع الطفل. - قياس العلاقة العلاجية. - التاريخ المرضي الشخصي و العائلي. - واجب منزلي المراقبة الذاتية	تحديد الشكوى	60 دقيقة	-02-09 2016	02
- تدعيم الدافعية إلى التغيير.	- تحليل واجب المراقبة الذاتية. - الدافعية إلى التغيير.	الدافعية للتغيير	40 دقيقة	-02-16 2016	03
- التعرف على الوضع الحالي و التاريخي للحالة. - تحديد التوقعات، و الأفكار، الإنفعال، السلوك، و المحيط. - قياس العلاقة العلاجية.	- التحليل الوظيفي حسب شبكة سيكا. La grille Secca - قياس العلاقة العلاجية.	التحليل الوظيفي	60 دقيقة	-02-23 2016	04
- التشخيص. - القياس القبلي. - تحديد الأساليب العلاجية و أولويات التدخل.	- تطبيق الإختبار. - التشخيص. - إخبار الحالة بنتائج الإختبارات و التشخيص. - تحديد الأساليب العلاجية.	مقابلة تشخيصية	40 دقيقة	-03-01 2016	05
- تحفيز الحالة.	- مقابلة التحفيز.	مقابلة التحفيز	50 دقيقة	-03-08 2016	06

- قياس العلاقة العلاجية.	- قياس العلاقة العلاجية.				
- تحديد التشويهاات المعرفية حسب نموذج بيك.	- تحديد التشويهاات المعرفية و الأفكار الغير منطقية.	مقابلة علاجية	55 دقيقة	-03-15-2016	07
- تعديل التشويهاات المعرفية، و إعادة البناء المعرفي.	- إعادة البناء المعرفي و صياغة الأفكار.	مقابلة علاجية	60 دقيقة	-03-22-2016	08
- القياس أثناء العلاج.	- تعديل التشويهاات المعرفية.				
- قياس العلاقة العلاجية.	- إعادة تطبيق الإختبار الأول.				
	- إعادة تطبيق الإختبار الثاني.				
	- قياس العلاقة العلاجية.				
- مواجهة الإفتراضات الآتية من المحيط و التعامل معها.	- تقنية التعامل مع إفتراضات المريض حول تقييم الآخرين له.	مقابلة علاجية	60 دقيقة	-03-29-2016	09
- التدريب على الإسترخاء.	- تقنية الإسترخاء.				
- التعرف على ساعات اللعب.	- واجب منزلي (تقنية المراقبة الذاتية).				
- تحديد الحلقة المفرغة.	- تقنية التخيل بالواجهة.	مقابلة علاجية	60 دقيقة	-04-05-2016	10
- تحديد المواضيع المثيرة للقلق، و التعامل معها.	- تحليل واجب المراقبة الذاتية.				
- قياس العلاقة العلاجية.	- قياس العلاقة العلاجية.				
- إطفاء القلق عن طريق الكف المتبادل.	- تقنية التعريض.	مقابلة علاجية	40 دقيقة	-04-12-2016	11
	- تقنية الكف المتبادل.				
- إسترخاء المفحوص.	- تقنية الإسترخاء.	مقابلة علاجية	30 دقيقة	-04-15-2016	12
- قياس العلاقة العلاجية.	- قياس العلاقة العلاجية.				
- العلاج الأسري، و إستبصار العائلة بالمشكل.	- مناقشات مع أفراد الأسرة حول المشكل.	مقابلة علاجية	45 دقيقة	-04-19-2016	13
- التعرف على ساعات اللعب.	- واجب منزلي (تقنية المراقبة الذاتية).				

14	-04-22 2016	40 دقيقة	مقابلة علاجية	- التخطيط للمستقبل. - الوقاية من الإنتكاس. - قياس العلاقة العلاجية.	- التخطيط للمستقبل و الوقاية من الإنتكاسة. - قياس العلاقة العلاجية.
15	-04-26 2016	40 دقيقة	مقابلة علاجية	- تحليل واجب المراقبة الذاتية. - إعادة تطبيق الإختبار الأول و الثاني، و تحليلهما مع الحالة. - واجب منزلي.	- متابعة المفحوص. - إنجاز واجب منزلي.
16	-04-26 2016	45 دقيقة	مقابلة متابعة	- مراقبة الواجب المنزلي. - قياس العلاقة العلاجية. - الحديث عن إنتهاء العلاقة العلاجية، و تحديد حصص للمتابعة.	- متابعة الحالة إذا أنجز واجبه المنزلي. - قياس العلاقة العلاجية. - تهيئة المفحوص للختام.

- جدول رقم 2 يوضح ملخص المُقابلات-

معلومات أولية:

الأب: س.م (42 سنة). المستوى الدراسي: ليسانس في المحاسبة و التسيير، المهنة: تاجر.

الأم: ر.ف (38 سنة). المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي، مأكنة في البيت.

الأطفال:

(1) س.ج، ذكر (11 سنة) السنة الخامسة إبتدائي.

(2) س.ي، ذكر (06 سنوات) السنة الأولى إبتدائي.

السكن: شقة بثلاث غرف.

الجانب الإقتصادي: متوسط.

وصف عام للحالة:

الحالة س.ج ذكر (11 سنة) يعتبر الأخ الأكبر لشقيق يصغره بأربع سنوات. يدرس السنة الخامسة في نفس المدرسة التي يدرس فيها شقيقه الأصغر في الصف الأول.

الإتصال مع الحالة كان جيدا حيث يجيب عن الأسئلة بأجوبة واضحة، و لا يخرج عن الموضوع، كما له فهم جيد. و يسأل أو يطلب إعادة السؤال عند عدم فهمه للسؤال.

الحالة س.ج ليس لديه الكثير من الأصدقاء، فهو يقضي معظم وقته في غرفته و يلعب بألعاب الفيديو، و لا يقوم بنشاط آخر.

يميز الحالة س.ج نوع من الإفراط في الحركة، كما أنه يفلق كثيرا و يغضب و يصرخ في عدة مواقف في المنزل. و له قلق واضح إتجاه زملائه في القسم.

تعليق: الطفل الأكبر هو الموجود مع إخوته الأصغر منه، هو أيضا الطفل الأول بالنسبة لوالديه، و هو يستقبل الكثير من عنايتهم و حبهما و رعايتهما أكثر من إخوته، وهو يتلقى حماية زائدة و إهتماما بالغا، و هو أقرب الأطفال إلى والديه من ناحية السن، و الطفل الأكبر يتوقع منه أن يكون رائدا لإخوته الأصغر منه، و يشعر بالفخر بالنسبة لهم لأنه كبيرهم و رائدهم، و قد يتسلط عليهم، إذا وجد الضوء الأخضر من والديه. فلا يوجد من هو أكبر منه من الإخوة يمارس معه السلطة، و عادة يشير الوالدان إليه كنموذج لأطفالهما أمام الأهل و الأصدقاء و هنا يستلزم من الوالدين مراعاة شعور إخوته الصغار. و قد يفضل الوالدان بدرجة زائدة و يدللانه و يرفعان قدره بإعتباره الطفل الأكبر، و من المفروض ألا يحصل الطفل على أية مزايا لهذا السبب على حساب إخوته. (وفيق صفوت مختار. 1999. ص26).

إقامة العلاقة بين المعالج و المفحوص:

لقد تم بناء العلاقة بين المعالج و المتعالج في المقابلة الأولى و التي دامت حوالي 50 دقيقة لإقامة علاقة إيجابية ناجحة، ففي هذه الجلسة إستقبلت المفحوص إستقبالا طيبا لهدف الألفة و إكتساب ثقة المفحوص.

بدأت الجلسة بحديث ودي عن ألعاب الفيديو. ثم عرفت بنفسي و عن معنى الأخصائي النفسي و ما هي مهمته و كيف يستطيع مساعدة الآخرين لتجاوز مشاكلهم. ثم شرحت شرحا بسيطا عن العلاج المعرفي السلوكي. ثم طمأنت المفحوص بأن جميع المعلومات ستكون سرية و لا أحد سيطلع عليها حتى الأب و الأم. ثم تحدثنا عن الإدمان و طبيعته و أنواعه و خطورته. كما تحدثنا عن النتائج السلبية لألعاب الفيديو، و الآثار النفسية المصاحبة من جراء سوء إستخدامها، إضافة إلى ذلك تحدثنا عن الواجبات المنزلية و مدى أهميتها و ضرورة إنجازها. و أخيرا حددنا العقد العلاجي.

العقد العلاجي:

إن البناء الصحيح للعلاقة العلاجية و الذي كان في الجلسة الأولى سهل علينا عملية تحديد العقد العلاجي. فقد تم تحديد عدد الجلسات ب 16 جلسة، و تم القبول من الطرفين (المعالج و المفحوص) كما تم تحديد بعض الشروط التي يتوجب على الطرفين الإلتزام بها و هي:

- ضرورة إحترام عدد الجلسات المقترح.

- إحترام مواعيد الجلسات.

- زمن الجلسة لا يفوق 60 دقيقة (01 ساعة).

- ضرورة إنجاز الواجبات المنزلية من طرف المفحوص.

- سرية المعلومات بالنسبة للمُعالج.

المقابلة مع الأب:

يقول الأب أن حالة ابنه تزداد سوءاً، و هذا المشكل بدأ معه حوالي ثلاث سنوات، ففي السنة الثالثة المدرسية بالضبط في الفصل الأول، بعد الإنتهاء من الإختبارات وعدته أن أشتري له لعبة فيديو من نوع (بلايستيشن) إذا كانت نتائجه جيدة، فقد كانت نتائجه جيدة جدا و إشتريت له لعبة الفيديو، في الأول كان يلعب بصفة منتظمة، ثم شيئا فشيئا بدأ يقلل من كل النشاطات فأصبح لا يخرج من المنزل كثيرا للعب الكرة مع أبناء الجيران، إلى أن أصبح يغلق على نفسه في غرفته و يلعب دون توقف، ففي العطل مثلا يلعب منذ أن يستيقظ إلى غاية أن ينام. أما في أيام الدراسة فيلعب منذ الخروج من المدرسة إلى ساعات متأخرة أي أكثر من أربع ساعات، و حين أنزع عنه اللعبة يبكي و يُعارض. لكن المشكل الآن هو أنني أستدعي إلى المدرسة ثلاث مرات من طرف معلمته لعدم إنجازهِ لواجباتهِ المدرسية. لم أجد حلا معه لقد ضربته بعض المرات لكني أعرف أن هذا لن يجدي نفعاً، أنا الآن في مشكلة حقيقية.

بالنسبة لآخاه الأصغر فيلعب معه حوالي ساعة على الأكثر ثم يخرج من الغرفة، و حين أسئله لماذا خرجت؟ يقول: إشتقت إليكم فيسرع لمعانقتي و معانقة أمه، أما الآخر فإذا دخل إلى غرفته فلا يخرج منها، حتى العشاء نناديه عدة مرات، حتى أندفع نحوه و أصرخ عليه و أطفئ لعبة الفيديو، ثم يشرع بالبكاء و لا يأكل جيدا.

في يوم من الأيام كنت غاضبا من العمل، و لما دخلت إلى بيتي و كان الوقت متأخرا حوالي التاسعة ليلا، قالت لي زوجتي لم يخرج من غرفته للعشاء و هو لا زال يلعب، فدخلت عليه و ضربته و أخذت اللعبة و خباتها في غرفتي. لكن تعجبت أنا و زوجتي حين سقط مريضا في اليوم الموالي فارتفعت درجة حرارة جسمه، و كان يتقيأ، أخذناه إلى الطبيب، فقد تغيب ذلك اليوم عن المدرسة و لما رجعنا إلى البيت بدأ يبكي عن اللعبة فأرجعتها له، فإندهشت لأن المرض إختفى بسرعة. فبحثت في الأنترنت عن هذه الحالة و وجدت أن هذا مرض و يسمى بمتلازمة السحب، يصيب الشخص المدمن إذا إمتنع عن الشيء الذي تعود عليه. و هذا ما أعتقد أن إبني مُصاب به.

لكن كما قلت لك حين سقط مريضا و أخذناه إلى الطبيب، أرجعت له اللعبة لكن وضعنا شروط و إتفقنا عليها. لقد إستطاع أن يلتزم بتلك الشروط حوالي شهرين، ثم عادت المياه إلى مجاريها.

ليس لديه الكثير من الأصدقاء إلا قلة قليلة، و حين يأتون عنده أو يذهب عندهم لغرض تبادل أقراص اللعب، لقد توقفت عن شراء أقراص اللعب له. و إتفقت معه أنني سأشتري له إذا أنجز كل واجباته المدرسية.

ليس لديه أي مشكل في الفهم، فهو من التلاميذ النجباء يتحصل على نقاط و معدلات جيدة، لكن مشكلته أنه لا يحب إنجاز الواجبات المدرسية.

المقابلة باستخدام التقنيات الأربعة:

المعالج: إن كل أطفال العالم يلعبون ألعاب الفيديو و يحبونها، فهل أنت كذلك؟

س.ج: نعم.

المعالج: لكن تحديد المدة الزمنية للعب أمر ضروري، فعلى كل طفل أن لا يتجاوز 02 ساعات في اليوم، فهل تقبل هذه المدة أم تتجاوزها؟

س.ج: أنا ألعب في كل الأوقات، و ساعتين قليلة جدا.

المعالج: بما أنك تتجاوز الساعتين لعب في اليوم فأنت في مشكلة و تستحق المساعدة، هل هذا صحيح؟

س.ج: أنا لست في مشكلة، فكل الأطفال يلعبون مثلي.

المعالج: أنت قلت أنك تلعب في كل الأوقات، و كل الأطفال يلعبون مثلك، إذن أنت و كل الأطفال تجاوزتم الساعتين لعب في اليوم، فهل هذا يعني أنك و الأطفال في مشكلة و تستحقون المساعدة؟

س.ج: ربما، نحن في مشكلة.

المعالج: إذا كنت تلعب أكثر من ساعتين في اليوم، فهل هذا يعني أنك لا تستطيع أن تتوقف عن اللعب؟

س.ج: نعم، أنا لا أستطيع أن أتوقف عن اللعب.

المعالج: لماذا لا تستطيع التوقف عن اللعب؟

س.ج: حين أريد أن أنتهي أو أطفئ اللعبة تراودني أفكار عن اللعبة التي كنت أعبها، فأتذكر الأشياء التي جعلتني أخسر، ثم أقول ربما لو فعلت كذا لفرزت، فلا أستطيع أن أصبر فأسرع للعب مرة أخرى.

المعالج: هل هذا ما يحدث معك دائما، أو بتعبير آخر هل هذه الأفكار هي من تدفعك إلى اللعب؟

س.ج: نعم، و حين أفوز أقول لزملائي.

المعالج: لماذا تقول لزملائك؟

س.ج: لأننا في منافسة، و على كل واحد منا أن يكون هو الفائز.

المعالج: هل زملائك يدرسون معك في المدرسة؟

س.ج: نعم يدرسون معي في المدرسة، لكن لا يدرسون معي في نفس القسم، فأنا لا أتكلم مع أي طفل في قسمي.

المعالج: لماذا لا تتكلم مع زملائك في القسم؟

س.ج: لأنهم يضحكون عني في القسم حين لا أنجز واجباتي، و هم لا يدرسون أفضل مني بل أنا أفضل منهم جميعا، و لهذا لا أحبهم و لا أتكلم معهم.

المعالج: جيد، دعنا الآن نتكلم عن زملائك، هل هم أيضا يلعبون مثلك؟

س.ج: نعم، يلعبون في كل الأوقات، و نتبادل أقراص اللعب، و نتنافس فيما بيننا.

المعالج: و هل هم أيضا لا يُنجزون واجباتهم؟

س.ج: لا أعلم... (وبدى عليه بعض القلق).

المعالج: هل تتبادل مع زملائك أقراص اللعب فقط؟ أم أن أباك يشتري لك أقراصا؟

س.ج: في البداية كان أبي يشتري لي، لكن توقف الآن لأنه يعرف أنني ألعب كثيرا، لهذا توقف عن شراء الأقراص، فأنا أتبادل مع الرفقاء الأقراص أو أشتري في بعض المرات.

المعالج: من أين تأتي بالأموال حتى تشتري أقراص اللعب؟

س.ج: أحيانا أجمع المال، يُعطيني كل من جدي و جدتي أو أعمامي و أخوالي.

المعالج: أنت قلت أن الأب توقف عن شراء أقراص اللعب لأنه يعلم أنك تلعب كثيرا؟ فهل أمك تعتبر ذلك أيضا؟

س.ج: نعم، خاصة عند العشاء، فهي تزعجني كثيرا حين تنادي عدة مرات، و هذا يُغضبني.

المعالج: لماذا يغضبك.

س.ج: لأنني أقول لها سأنتهي من هذه الجولة فقط وسأتي، لكنها لا تكف عن المناداة و هذا يقلقني و يغضبني.

المعالج: لكن حين تنتهي من لعب الجولة، هل تذهب إلى العشاء؟

س.ج: نعم أذهب، و أأكل بسرعة و أعود لأكمل اللعبة.

المعالج: و هل حين تأكل بسرعة و تعود لإكمال اللعب، تأتي عندك أمك لتسألك لماذا أسرعت؟

س.ج: نعم تُخبر أبي أنني لم أكل جيدا فيأتي أبي و يصرخ.

المعالج: و ماذا تفعل أنت؟

س.ج: أبكي و أصرخ و أقول لهم لقد شبعت.

المعالج: بعد تلخيص المقابلة، يمكن أن نقول أن ما يحصل معك هو مشكلة، أم مجرد لعبة.

س.ج: نعم أنا في مشكلة، فأنا لا أستطيع أن أتوقف عن اللعب، حتى زملائي أعتقد أنهم في نفس المشكلة.

المعالج: بما أنك في مشكلة، فهل أنت في حاجة إلى مساعدة من طرف مختص؟

س.ج: نعم.

تعليق: من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة س.ج، و مع إستعمال التقنيات الأربعة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي (التعزيز، التلخيص، إعادة الصياغة، وإعادة السياق) يمكن أن نستنتج من خلال هذه المقابلة الجدول الآتي:

المحيط	السلوك	الإنفعال	الأفكار
<ul style="list-style-type: none"> - زملائي في القسم يضحكون عني. - أمي تزعجني حين تناديني إلى العشاء عدة مرات. - كل زملائه يلعبون ألعاب الفيديو. - المنافسة مع الزملاء. - تبادل أقراص اللعب ما بين الزملاء. - إعطائه المال من طرف: الجد، الجدة، الأعمام، الأخوال يسمح له بسراء أقراص اللعب. 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم السيطرة على سلوك اللعب: لا أستطيع أن أصبر فأسرع لإشعال اللعبة. - لا أتكلم مع أي زميل في القسم (عزلة). - لا أنجز واجباتي المدرسية. - الأكل بسرعة. - الصراخ. 	<ul style="list-style-type: none"> - لا أحب زملائي في القسم و لا أحب أن أتكلم معهم. - قلق حين سئل عن إنجاز زملائه للواجبات المدرسية. - حنين لألعاب الفيديو. (craving) - قلق و غضب حين يُمنع من اللعب. - بكاء و صُراخ. 	<ul style="list-style-type: none"> - أَلعب كل الأوقات و ساعتين قليلة جدا. - كل الأطفال يلعبون مثلي. - لا أستطيع التوقف عن اللعب. - تراودني أفكار عن الألعاب و لا أستطيع تجاوزها. - أنا لست مخطئا حين أَلعب كثيرا. - أنا أفضل من زملائي.

- جدول رقم 3 يوضح أفكار، إنفعالاتن سلوك، و مُحيط الحالة س.ج-

تقنية المراقبة الذاتية (واجب منزلي) التطبيق الأول قبل العلاج:

هذه التقنية تسمح لنا بمعرفة عدد ساعات اللعب، حيث يقوم المفحوص بتدوين ساعات اللعب الإلكتروني في اليوم:

اليوم	ساعات اللعب	ملاحظات
الثلاثاء	07 ساعات	- من الساعة الثانية إلى الساعة التاسعة ليلا.
الأربعاء	05 ساعات	- من الساعة الرابعة إلى التاسعة ليلا.
الخميس	05 ساعات	- من الرابعة إلى التاسعة ليلا.
الجمعة	06 ساعات	- من الثانية زوالا إلى الساعة الثامنة.
السبت	09 ساعات	- من الساعة 11 إلى الساعة 15. ثم توقف للغداء و عاد إلى اللعب حتى التاسعة ليلا.
الأحد	04 ساعات	- من الساعة الخامسة إلى التاسعة ليلا.

الإثنين	05 ساعات	- من الرابعة إلى التاسعة ليلا.
المجموع	41 ساعة	

- جدول رقم 4 يوضح نتائج المراقبة الذاتية (التطبيق الأول قبل العلاج)-

تعليق: إذا أجرينا عملية حسابية بسيطة و هي قسمة 41 ساعة لعب على 07 أيام الأسبوع، النتيجة تساوي 5.85 أي 5 ساعات و 51 دقيقة بالضبط، بمعدل يُقارب 06 ساعات لعب في اليوم و هذا يُعتبر وقت كبير جدا يمكن أن يكون كمؤشر للإدمان على ألعاب الفيديو. و إحتمال كبير أن يكون تضییع هذا الوقت سبب إهمال الواجبات المدرسية.

تحديد المشكلة:

الحالة س.ج يقضي معظم أوقاته في غرفته يلعب بألعاب الفيديو، يسهر إلى أوقات متأخرة ما يُصعب عليه الإستيقاظ باكرا، و هو لا يُنجز واجباته المدرسية.

الحالة س.ج لا يقوم بأي نشاط بإستثناء اللعب الإلكتروني، فلا يخرج إلى الشارع، و لا يحب الخروج مع والده. حيث يلعب أكثر من 05 ساعات في اليوم، و لا يريد الخروج من غرفته، حتى العشاء يخرج و يأكل بسرعة. و لقد ترتب عن هذه الحالة المشاكل الآتية:

- السهر إلى أوقات متأخرة ما يُصعب عليه الإستيقاظ باكرا.
- الأكل بسرعة، أو إنقاص بعض الوجبات ما أدى إلى نحافته.
- اللعب بكثرة ما جعله يمتنع عن القيام بنشاطات أخرى، و عزلة في غرفته.
- تضییع العديد من الساعات في اللعب ما يجعله يُهمل واجباته المدرسية.

التاريخ المرضي الشخصي و العائلي:

1. التاريخ الشخصي: الحالة س.ج لا يعاني من أي مرض مزمن و لم يُجري أي عملية جراحية، كانت ولادته طبيعية و أجرى كل التلقيحات في وقتها، نموه اللغوي و الحركي كان عاديا.

2. التاريخ العائلي: لا يوجد في العائلة أمراض مزمنة، فالأم بحالة جيدة و لا تُعاني من أي مرض، و الأب أيضا لا يُعاني من أي مرض لكن هو مُدمن على التدخين هو و كل إخوته أي أعمام الحالة س.ج، حتى جده هو الآخر مُدمن على التدخين.

3. تعليق: إن إدمان الأب على التدخين يمكن أن يكون كعامل وراثي، و يُعتبر من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان بالنسبة إلى الحالة س.ج.

نتائج الإختبارات: (التطبيق الأول، قبل العلاج)

الإختبار الأول: الحالة س.ج أجاب على 05 إجابات بنعم و بالتالي حصل على 05 نقاط من أصل 07 نقاط، و يُعتبر هذا دليل على إمكانية إصابته بالإدمان على الألعاب الإلكترونية.

الإختبار الثاني: الحالة س.ج حصل على **06** نقاط من أصل **07** نقاط، دليل واضح على أنه يلعب كثيراً.

التشخيص:

بعد إجراء المقابلات التمهيدية، و تحليل نتائج الإختبارات، و حسب ساعات اللعب في الأسبوع المحسوبة بتقنية المراقبة الذاتية. و حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس، يُمكن أن تُشخص حالة س.ج بالإدمان على ألعاب الفيديو من خلال الأعراض التالية:

- إستمرار الأعراض أكثر من **12** شهر.
- قلق حول ألعاب الفيديو.
- محاولات فاشلة للسيطرة على إستخدام ألعاب الفيديو.
- الإستمرار في إستخدام ألعاب الفيديو بالرغم من معرفة النتائج السلبية.
- فقدان التسلية و الترفيه بإستثناء إستخدام ألعاب الفيديو.
- إستخدام ألعاب الفيديو للهروب من الواقع أو التخفيف من حدة القلق.
- الخداع أو الكذب على الأسرة أو آخرين فيما يخص إستخدامه لألعاب الفيديو.
- فقدان علاقات كثيرة أو فرص للتعليم (عدم إنجاز الواجبات المدرسية).

الأعراض المصاحبة:

- قلق حاد و غضب شديد في الكثير من المواقف.
- المعارضة و العناد.
- نقص في الشهية.
- إضطراب في النوم (كوابيس و أحلام مزعجة).
- العزلة و الإنطواء.

بناء البرنامج العلاجي:

لقد تم بناء البرنامج العلاجي المُكون من ثمانية أساليب أو تقنيات علاجية خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي و ذلك من خلال المقابلات السابقة، كما تم الأخذ بعين الإعتبار ما يُناسب المرحلة العمرية، يتم عرض الأساليب العلاجية و التقنيات و هدف كل تقنية من خلال الجدول المُبين في الأسفل للتدخل العلاجي:

التقنية	الغرض العلاجي
إعادة البناء المعرفي	- التدريب على إعادة صياغة الأفكار، و ذلك بتصحيح التشويشات المعرفية و الأفكار الغير منطقية والأفكار الأوتوماتيكية بأفكار بديلة.
التعامل مع إفتراضات المريض حول تقييم الآخرين له	- للتعامل مع الإعتقادات الغير دقيقة حول التقييمات السلبية للآخرين و ما يترتب عنها من سلوكيات.
الإسترخاء	- للحد من القلق الذي يعيشه الحالة أو الأشياء التي تغضبه في مواقف مختلفة.
التخيل بالمواجهة	- التدريب على مواجهة المواقف الصعبة التي تثير إنفعال الحالة و ذلك عن طريق التخيل.
التعزيز	- يكون إيجابي ثارة، و سلبي ثارة أخرى، فالإيجابي للحصول على سلوك مرغوب فيه، و سلبي لإطفاء السلوك الغير مرغوب فيه.
المراقبة الذاتية	- حتى يُدرك المفحوص الوقت الذي يضيعه في اللعب، كما تسمح له هذه التقنية بإستبصار سلوكه.
التطمين التدريجي المنظم ضد التشريط أو الكف المتبادل	- بهذه التقنية يمكن إستثارة إستجابة معارضة للقلق عند التعرض لمواقف تثير القلق، فهذه الإستجابة تؤدي إلى كف كامل أو جزئي للقلق
الواجب المنزلي	- هذه التقنية تساعد الطفل على تعلم ضرورة إنجاز الواجب المنزلي في وقته المناسب.

- جدول رقم 5 يوضح البرنامج العلاجي-

الدافعية إلى التغيير و مقابلة التحفيز:

بدون دافعية لا يمكن التغيير، و لهذا خصصت المقابلة السادسة لتحفيز الحالة. فقد عبر الحالة س.ج عن إرادته في التغيير كما صرح حقيقة لأول مرة و هي أنه بدأ يكره هذه الألعاب و الآن هو متحمس إلى التغيير. وقد سارت مقابلة التحفيز وفق الخطوات الآتية:

1-مرحلة التأمل: هناك تناقض في نظرة الحالة إلى ألعاب الفيديو كمشكلة، و عدم تغيير السلوك و هذا ما يؤدي إلى مرحلة من التأمل و هي مرحلة التعرف على المشكلة و الإجتهد لحلها.

2- الحافز الخارجي: ضغط الأب و الأم على وجوب حل المشكل هو بمثابة حافز خارجي.

3- مرحلة إتخاذ القرار: و هي إتخاذ قرار التغيير.

4- مرحلة تنفيذ التغيير: المرور إلى الفعل و الإنجاز.

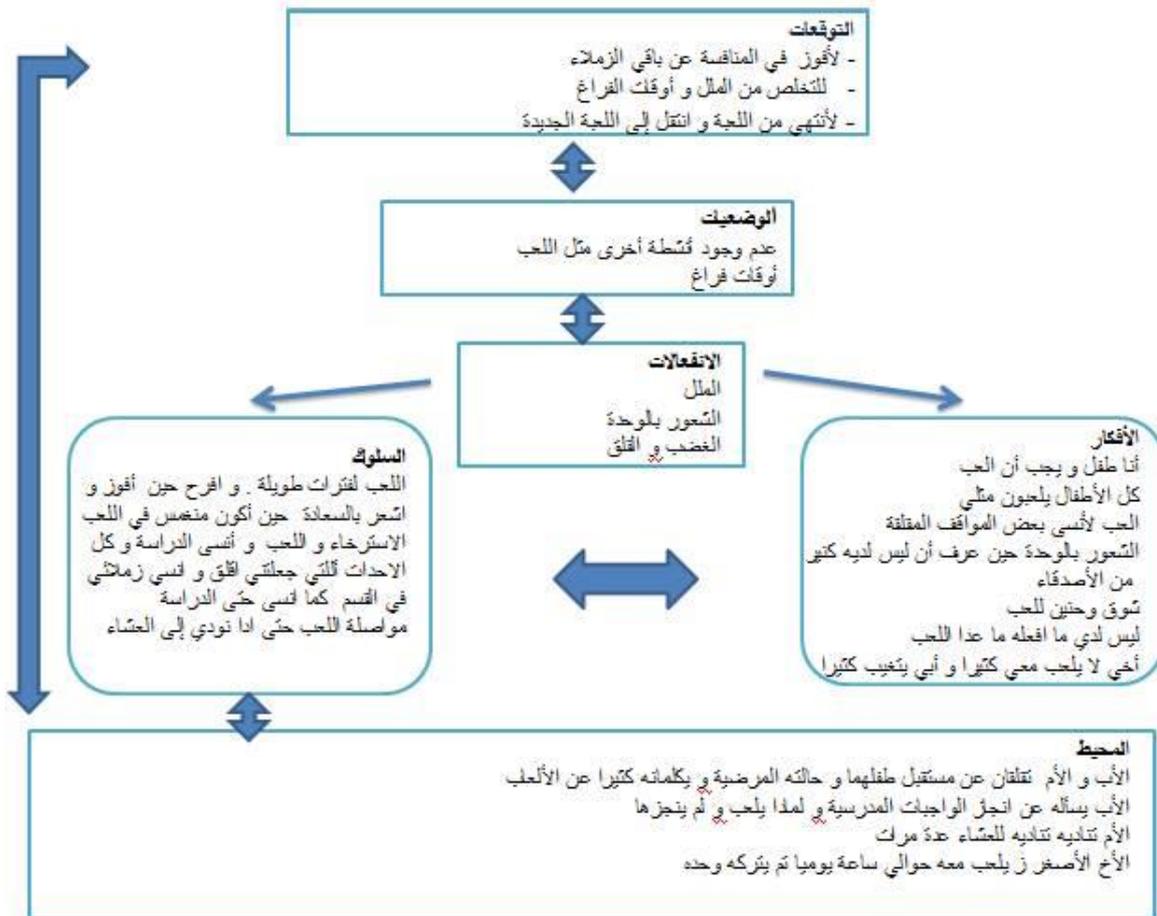
التحليل الوظيفي:

1. **التحليل الماضي:** بدأ هذا الإضطراب منذ حوالي ثلاث سنوات حين إشتري الأب للحالة س.ج لعبة فيديو من نوع (بلاي ستايشن) و كان هذا بعد إنتهاء الفصل الأول من السنة الثالثة المدرسية.

كان عمر الحالة حوالي 09 سنوات، بدأ الحالة س.ج في اللعب ثم أصبح يزيد في ساعات اللعب شيئاً فشيئاً.

2. **التحليل الحالي:** الحالة س.ج يلعب حالياً بألعاب الفيديو أكثر من 05 ساعات في أيام الدراسة، بينما يلعب طوال النهار في أيام العطل. الحالة س.ج هو في عزلة في غرفته مع أعباه إلى أن ينام. له نقص في الشهية و هو نحيف جداً، كما لا يستطيع الإستيقاظ باكراً للدراسة من جراء السهر بالألعاب، و هو يُعاني من كوابيس و أحلام مزعجة. لديه قلق حاد في كثير من المواقف، و هو الآن لا يستطيع أن يتوقف عن اللعب حتى لإنجاز واجباته المدرسية.

3. شبكة سيكا:



- مخطط رقم 1: شبكة سيكا (التحليل الوظيفي)-

قائمة التشويهاات المعرفية:

التشويبهات المعرفية عند الحالة س.ج	المعنى	التشويه المعرفي
<p>- زملائي في القسم يكرهونني لأنهم يضحكون عني حين لا أنجز الواجبات.</p> <p>- لست بحاجة لإنجاز الواجبات المدرسية لأنني أدرس جيدا.</p> <p>- لا أستطيع التوقف عن اللعب.</p>	<p>- توصل الفرد إلى إستنتاج معين دون وجود دليل كاف عليه.</p>	الإستنتاج التعسفي
<p>- أنا طفل و كل أطفال العالم يلعبون مثلي</p> <p>- كل زملائي في القسم لا يحبونني.</p> <p>- أريد أن أفوز في كل الألعاب.</p>	<p>- التوصل إلى إستنتاجات كلية على أساس حدث واحد فقط، و قد يكون تافها، أي القفز إلى تعميم غير منطقي بناء على واقعة واحدة.</p>	التعميم الزائد
<p>- أمتي تثير قلقي لأنها تناديني عدة مرات للعشاء.</p> <p>- أبي يزعجني حين يكلمني عن اللعب و إنجاز الواجبات.</p>	<p>- التوصل إلى نتيجة إستنادا إلى عنصر واحد فقط من عناصر الموقف، أي أن الفرد يبني إستنتاجاته على العناصر السلبية و يتجاهل الإيجابية.</p>	التجريد الإنتقائي

- جدول رقم 6 يوضح قائمة التشويبهات المعرفية-

تعديل الأفكار المشوهة:

الأفكار البديلة	التشويبهات المعرفية
- يجب أن أنجز واجباتي لكي لا يضحك عني أحد.	- زملائي في القسم يكرهونني لأنهم يضحكون عني حين لا أنجز واجباتي المدرسية.
- زملائي لا يكرهونني بل أنا لا أتحدث معهم.	- لا أتحدث مع زملائي لأنهم لا يحبونني.
- إذا إستجبت لأمتي في المناداة الأولى فلا تناديني عدة مرات.	- أمتي تثير قلقي حين تناديني عدة مرات للعشاء.
- أبي يريد أن أنجز واجباتي المدرسية، ثم ألعب قليلا.	- أبي يزعجني حين يكلمني عن اللعب، و عن الواجبات المدرسية.
- سأقوم بإنجاز واجباتي لأنافس أصدقائي في الدراسة.	- أريد أن أفوز في كل الألعاب لأنني أنافس أصدقائي في ذلك.

- لا أستطيع التوقف عن اللعب.	- سأحاول تنظيم وقتي و تحديد وقت للعب.
- كل أطفال العالم يلعبون مثلي.	- أنا ألعب كثيرا.
- أنا أدرس جيدا و لست بحاجة لإنجاز الواجبات المدرسية.	- إنجاز الواجبات المدرسية ضروري و له أهمية حتى بالنسبة للتلاميذ النجباء.
- ألعاب الفيديو هي الوسيلة الوحيدة للتخلص من الإرهاق و الملل. - لا يوجد أنشطة أخرى مثل اللعب الإلكتروني.	- ألعاب الفيديو هي وسيلة للترفيه مثلها مثل نشاطات عديدة كالرسم و ممارسة الرياضات المختلفة.

- جدول رقم 7 يوضح تقنية تعديل الأفكار-

نتائج الإختبارات: (التطبيق الثاني، أثناء العلاج):

الإختبار الاول: الحالة س.ج أجاب على 04 إجابات بنعم و بالتالي حصل على 04 نقاط من أصل 07 نقاط، و هو لا زال في دائرة الإدمان على الألعاب الإلكترونية.

الإختبار الثاني: الحالة س.ج حصل على 04 نقاط من أصل 07 نقاط، و هذا دليل على أنه لا زال يلعب كثيرا.

تقنية التعامل مع إفتراضات المريض حول تقييم الآخرين له:

التعامل مع الأفكار الآتية من المحيط التي تثير القلق لدى الحالة س.ج في الجدول الآتي:

الحلول	الأفكار الآتية من المحيط	الفكرة البديلة
- تبديل التفكير السلبي بالتفكير الإيجابي.	- أصدقائي يكرهونني، و أنا أكرههم.	- لا يكرهني أحد، و لا أكره أحد.
- التخلص من التقييم السلبي للآخرين.	- هم يضحكون عني، ما يجعلني قلقا.	- لا أحد يضحك عني.
- تخفيض الأعراض الفيزيولوجية.	- أقلق و أغضب فأبدأ بالبكاء و الصراخ و لا أنجز واجباتي.	- حين أقلق لا أبكي و لا أصرخ، بل أنجز واجباتي.
- التدريب على مواجهة المواقف المقلقة.	- أغضب حين تتناديني أمي عدة مرات. - أغضب حين يُكلمني أبي عن اللعب.	- عليا أن لا أغضب، و أواجه المواقف.

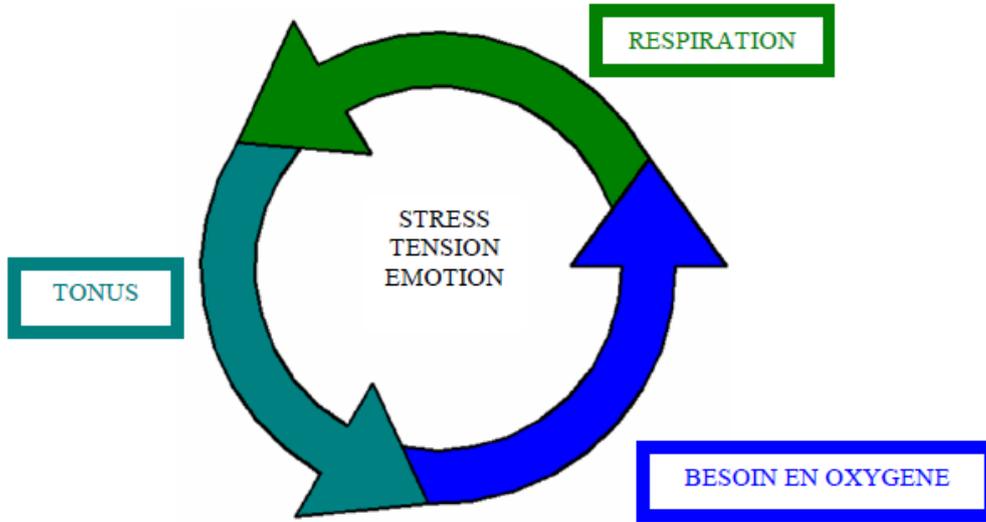
- جدول رقم 8 يوضح تقنية إفتراضات المريض حول تقييم الآخرين له-

تمارين الإسترخاء:

Les méthodes respiratoires : (Solange Legat. 2005. Page 08.)

طريقة التنفس: خُد نفسا عميقا... أدخل الهواء من خلال الأنف... و أخرج بهبط... و أخرج من خلال الفم... أغمض عينيك و أشعر كيف تبدأ بالإسترخاء... خُد إستراحة قصيرة بين النفسين... و واصل التنفس بهذه الطريقة... إنتبه لعمليات التنفس... يمكنك أن تتخيل بلطف كلمة الهدوء في كل مرة تُخرج فيها الهواء... خُد نفسا عميقا... أبق عينيك مُغمضتين... و أخرج الهواء من خلال الفم بهدوء... بهدوء... بهدوء... واصل التمرين.

يتم هذا التمرين خلال ثلاث دقائق، و يتم تكرار هذا التمرين لعدة مرات.



CERCLE VICIEUX DU STRESS

- مخطط رقم 2 يوضح الحلقة المفرغة للتوتر-

تقنية المراقبة الذاتية: (التطبيق الثاني، أثناء العلاج)

ملاحظات	ساعات اللعب	اليوم
- من الساعة السابعة إلى الساعة التاسعة ليلا.	02 ساعات	الثلاثاء
- من الساعة الخامسة إلى الثامنة ليلا.	03 ساعات	الأربعاء
- من الخامسة إلى التاسعة ليلا.	04 ساعات	الخميس
- من الثانية زوالا إلى ساعة الرابعة.	04 ساعات	الجمعة
- من الساعة السادسة إلى الثامنة.		
- من الساعة التاسعة إلى الساعة 12.	09 ساعات	السبت

- من الساعة الواحدة إلى الساعة السابعة.		
- من الساعة الخامسة إلى الثامنة ليلاً.	03 ساعات	الأحد
- من الخامسة إلى الساعة الثامنة.	03 ساعات	الاثنين
	28 ساعة	المجموع

- جدول رقم 9 يوضح تقنية المراقبة الذاتية (التطبيق الثاني أثناء العلاج)-

تعليق: نستطيع أن نقول أن اللعب كان منتظماً خلال الأسبوع بإستثناء يوم السبت الذي وصل عدد ساعات اللعب فيه **09** ساعات و هذا ما يجب العمل عليه في الجلسات المُقبلة. و **28** ساعة في الأسبوع هي **04** ساعات في اليوم أي أقل من المراقبة الأولى ب **13** ساعة وهذا يعتبر مؤشر يدل على إيجابية سيرورة العلاج.

تقنية الكف المتبادل:

من خلال المقابلة مع الحالة س.ج و التي كانت حول المواقف و المواضيع المثيرة للقلق، و كان الترتيب حسب الحالة س.ج:

1- عندما تأمرنا المعلمة بإنجاز الواجب المنزلي.

2- عندما يقول لي أبي توقف عن اللعب.

3- عندما تُناديني أمي للعشاء و أنا بصدد اللعب.

4- عندما أدخل إلى القسم و واجباتي غير مُنجزه.

5- عندما يضحك عني زملائي في القسم حين لا أنجز الواجبات المدرسية.

6- عندما تقول لي المعلمة أحضر والدك هذا الخميس.

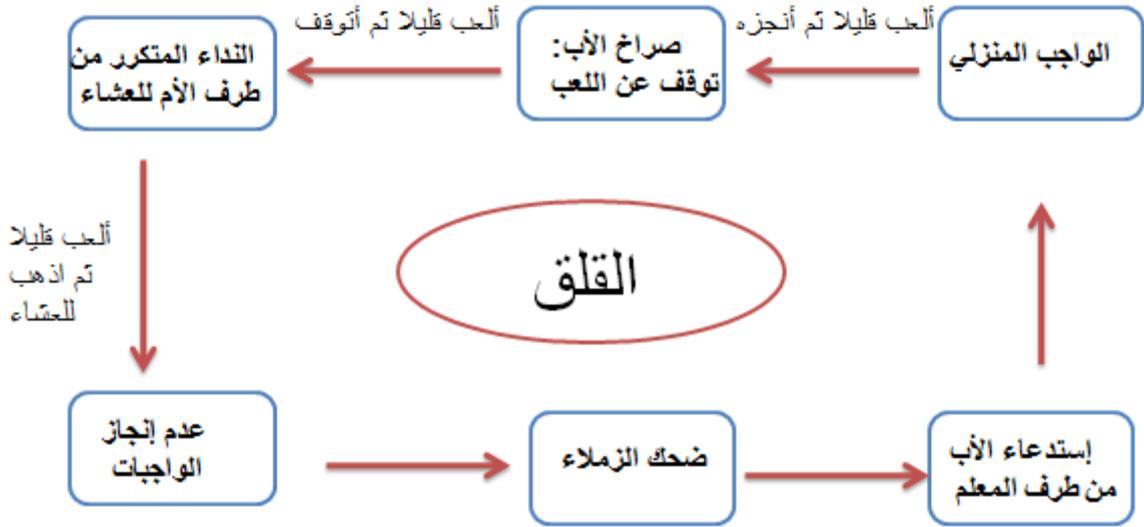
7- عندما أخبر والدي عن الإستدعاء فيصرخ و يضربني.

بهذه التقنية يتم إستثارة إستجابة معارضة للقلق عند التعرض للمواقف المُقلقة، عن طريق تقنية المواجهة بالتخيل و يتم تكرار هذه العملية حتى يتعزز السلوك و بالتالي يُمكن إطفاء كلي أو جزئي للقلق.

إستعمال تقنية التطمين التدريجي ضد التشريط أو الكف المتبادل كانت لتحديد المواقف المثيرة للقلق و ترتيبها حسب الحالة س.ج، ثم نستعمل تقنية التخيل بالواجهة لمواجهة المواقف.

تقنية التخيل بالواجهة:

إن تحليل المواقف المُقلقة التي أقرها الحالة س.ج يمكن أن نرسمه في المخطط الآتي الذي يُفسر سيرورة المواقف المثيرة للقلق (الحلقة المُفرغة للقلق).



Le cercle vicieux

- مخطط رقم 3 يوضح الحلقة المفرغة للقلق -

إن تقنية المواجهة بالتخيل قد ساعدت الحالة س.ج كثيرا في إستبصار حالته بعدما شرحت له سيرورة القلق، حيث تعرف على المواقف التي تثير قلقه، والتي كانت لها علاقة مباشرة بالألعاب الإلكترونية، ثم أجرينا تمرين التخيل بالواجهة، و الذي كان كالآتي:

...أغمض عينيك و تخيل نفسك راجعا من المدرسة إلى المنزل، و قد أمرتك المعلمة بإنجاز واجب مدرسي.

... لقد دخلت إلى المنزل، و شربت القهوة، و غيرت ثيابك.

... إسترح قليلا حوالي 30 دقيقة... ثم أنجز واجباتك المدرسية في أقل من نصف ساعة.

... واو... لقد أنجزت واجباتي، و تبقى وقت كثير للعب.

... دخل أبي و سألني عن الواجبات، فأجبت أنه أنجزتها... لقد فرح أبي.

.. ثم أشرع في اللعب حوالي ساعتين على الأكثر.

...أمي تنادي للعشاء، سألبي دعوتها حتى لا تكرر المناداة.

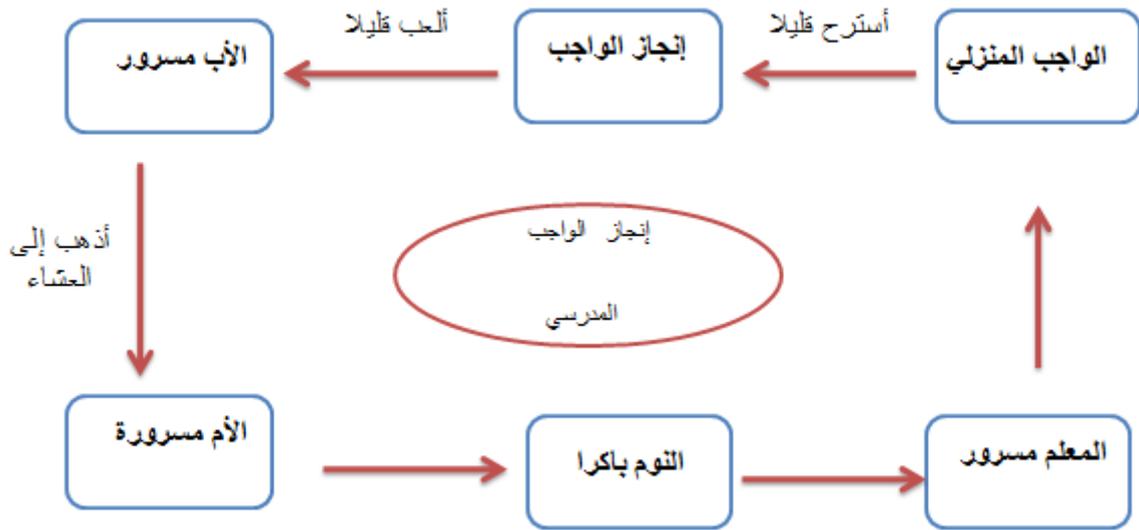
.. الحمد لله لقد أكلت و شبعت و أمي مسرورة.

... ثم أذهب لأنام... لقد إستيقظت باكرا... بعد شرب القهوة... أنا ذاهب إلى المدرسة و أنا مسرور لأنني

قد أنجزت واجباتي... لا أحد سيضحك عني، ولا تستدعي المعلمة أبي، و لا يصرخ أبي... أنا

مسرور... أبي و أمي مسرورين... حتى المعلمة مسرورة.

بعد هذه التقنية يمكن أن نرسم المخطط الآتي الذي يبين مدى أهمية إنجاز الواجب المدرسي حيث يتم رضى جميع الأطراف التي تثير قلق الحالة س.ج.



- مخطط رقم 4 يوضح أهمية إنجاز الواجب المنزلي-

العلاج الأسري:

- هذه الجلسة عبارة كانت علاج عائلي بحضور الأب و الأم و الحالة س.ج و حتى الأخ الأصغر. و تم الحوار بين العائلة حيث عبر كل شخص عن آرائه، و تناقشوا حول مشكلة الحالة س.ج، كما تم تحديد بعض الشروط التي وافق عليها كل أفراد العائلة، و هي كالآتي:
- واجب المراقبة الوالدية في متابعة الحالة س.ج إذا أنجز واجباته و مساعدته في حال لم يفهم التمارين.
- تحديد مدة اللعب التي لا تتجاوز الساعتين في اليوم مع ضرورة الإنتهاء قبل أو على الساعة الثامنة كحد أقصى للنوم باكرا.
- تناول العشاء في الوقت المناسب بحضور كل العائلة.
- مشاركة الأب مع أبنائه في الأنشطة الترفيهية، كالذهاب معهم إلى الملعب على سبيل المثال.
- المتابعة الوالدية لساعات اللعب. و إبعاد اللعبة عن غرفة الحالة عند تمام الساعة الثامنة مساء.

التخطيط للمستقبل:

- تكلمنا مع الحالة س.ج عن المستقبل و ضرورة التخطيط له بوضع أهداف و السير نحوها، من بين هذه الأهداف التي تم تحديدها مع الحالة هي:
- ضرورة إنجاز الواجبات المدرسية.
- مخالطة زملاء في القسم بالكلام و اللعب معهم.
- تقليص ساعات اللعب إلى ساعتين أو أقل.

- الإستماع إلى نصائح الأب و الأم.

- تلبية متطلبات الوالدين كإنجاز الواجبات و العشاء في الوقت.

- القيام بنشاطات غير اللعب كالرياضة.

الوقاية من الإنتكاس:

بعد تحديد الأهداف تحدثنا عن الإنتكاسة و الوقاية منها، و المحافظة على تنظيم ساعات اللعب، و ساعات الدراسة، و وقت لإنجاز الواجبات، مع ممارسة الرياضة و نشاطات أخرى. و أن لا يعود إلى العزلة في غرفته و اللعب المتواصل في حال تعرض لمواقف مُقلقة.

كما تكلمنا عن ضرورة تقليص ساعات اللعب في أيام العطل كالجمعة و السبت التي وصل تقييمها آخر مرة 09 ساعات حسب جدول المراقبة الذاتية الأخير.

نتائج الإختبارات: (التطبيق الثالث، بعد العلاج)

الإختبار الاول: الحالة س.ج أجاب على 02 إجابات بنعم و بالتالي حصل على 02 نقاط من أصل 07 نقاط، و يُعتبر هذا دليل على إبتعاد الحالة من دائرة الغدمان على ألعاب الفيديو.

الإختبار الثاني: الحالة س.ج حصل على 03 نقاط من أصل 07 نقاط، دليل واضح على أنه يلعب أقل من التطبيقين الأولين.

تقنية المراقبة الذاتية: (التطبيق الثالث، بعد العلاج).

اليوم	ساعات اللعب	ملاحظات
الثلاثاء	01 ساعة	- من الساعة السابعة إلى الساعة الثامنة.
الأربعاء	03 ساعات	- من الساعة الخامسة إلى الثامنة.
الخميس	03 ساعات	- من الخامسة إلى الثامنة.
الجمعة	06 ساعات	- من الثانية زوالا إلى الساعة الثامنة.
السبت	06 ساعات	- من الساعة العاشرة إلى الساعة 12.
الأحد	03 ساعات	- من الساعة الرابعة إلى الساعة الثامنة.
الاثنين	03 ساعات	- من الساعة الخامسة إلى الثامنة ليلا.
المجموع	25 ساعة	

تعليق: إن الحالة س.ج أصبح يلعب بطريقة منتظمة، **25** ساعة في الأسبوع ب معدل **3.57** ساعة أي **03** ساعات و **34** دقيقة هي نتيجة أقل بكثير من ساعات اللعب مقارنة بالمراقبة الذاتية الأولى. كما نلاحظ أن الحالة س.ج إلتزم بشرط الإنتهاء من اللعب على الساعة **الثامنة**.

الفصل السادس: تحليل النتائج و مناقشة الفرضيات

الفصل السادس:

تحليل النتائج و مناقشة الفرضيات

سيرورة العلاقة العلاجية:

لقد تم حساب العلاقة العلاجية كل حصتين إبتداء من الحصة الثانية لمعرفة سيرورة العلاقة العلاجية لكل من الفاحص و المفحوص، و كانت النتائج كالاتي:

بالنسبة للمفحوص:

16	14	12	10	8	6	4	2	الجلسة
15	16	18	19	27	29	38	46	النتيجة

- جدول رقم 11 يوضح سيرورة العلاقة العلاجية بالنسبة للحالة س.ج-

القياس الأول و الثاني، الحالة س.ج حصل على 46 و 38 نقطة و تُعتبر هذه الدرجات أكبر من المتوسط، و يُعتبر هذا الإرتفاع في النتائج عادي لأن الحالة س.ج لازال في مرحلة البدء، و هو لا يعرف المُعالج جيدا، و هو بالنسبة له شخص غريب.

القياس الثالث و الرابع، الحالة س.ج حصل على 29 و 27 درجة، و هي درجات أقل من المتوسط تدل على كسب ثقة المفحوص، و هذا يُفسر إيجابية سيرورة العلاقة العلاجية.

القياس الخامس و السادس، حصل الحالة على 19 و 18 درجة و هي درجات جيدة تُعبر عن المسار الجيد للعلاقة العلاجية.

القياس السابع و الثامن حصل المفحوص على 16 و 15 درجة، و هي درجات جيدة جدا تُوضح إيجابية سيرورة العلاقة العلاجية.

تعليق: نلاحظ أن العلاقة العلاجية مرت بمراحل تنازلية بدءا من الدرجة 46 وصولا إلى الدرجة 15، و إستمر القياس بالنزول التدريجي، ما يدل على نجاح بناء العلاقة العلاجية.

بالنسبة للفاحص:

16	14	12	10	8	6	4	2	الجلسة
17	17	19	20	22	27	29	38	النتيجة

- جدول رقم 12 يوضح سيرورة العلاقة العلاجية بالنسبة للمعالج-

القياس الأول و الثاني، حصل المعالج على 38 و 29 نقطة و تُعتبر هذه الدرجات ما يُقارب المتوسط، و يُعتبر هذه النتائج عادية لأن الفاحص لازال في مرحلة البدء، و هي مرحلة التعرف على الحالة س.ج جيدا، و محاولة كسب ثقته.

القياس الثالث و الرابع، حصل المُعالج على **27** و **22** درجة، و هي درجات أقل من المتوسط تدل على كسب ثقة المفحوص للفاحص، و الفاحص للمفحوص و هذا يدل على إيجابية مسار العلاقة العلاجية.

القياس الخامس و السادس، حصل المُعالج على **20** و **19** درجة و هي درجات جيدة تُعبر عن المسار الجيد للعلاقة العلاجية.

القياس السابع و الثامن حصل المُعالج على **17** و **17** درجة، وهي نتيجة مُستقرة و درجات جيدة جدا تُوضح إيجابية سيرورة العلاقة العلاجية.

تعليق: نلاحظ أن العلاقة العلاجية بالنسبة للمُعالج مرت بمراحل تنازلية أيضا، بدءا من الدرجة **38** وصولا إلى الدرجة **17**، و إستمر القياس بالنزول التدريجي، ما يدل على نجاح بناء العلاقة العلاجية.

تحليل نتائج تقنية المراقبة الذاتية:

المراقبة الذاتية	التطبيق الأول (قبل العلاج)	التطبيق الثاني (أثناء العلاج)	التطبيق الثالث (بعد العلاج)
معدل ساعات اللعب في الأسبوع	41 ساعة	28 ساعة	25 ساعة
معدل ساعات اللعب في اليوم	5.85 ساعات	04 ساعات	3.57 ساعات

- جدول رقم **13** يوضح ساعات اللعب في الأسبوع و اليوم من خلال تقنية المراقبة الذاتية-

في المراقبة الذاتية الأولى حصل الحالة س.ج على معدل **41** ساعة في الأسبوع، بمعدل **5.85** ساعات في اليوم الواحد أي **05** ساعات و **51** دقيقة بالضبط، وتعتبر هذه الفترة فترة طويلة جدا لأن الحالة س.ج كان يستهلك كل وقته في اللعب منذ خروجه من المدرسة بالنسبة لأيام الدراسة، و اللعب كل الوقت بالنسبة لأيام العطل حيث وصل اللعب في يوم السبت إلى **09** ساعات، و لو أجرينا هذه التقنية أثناء العطلة الصيفية إحتمال أن تكون ساعات اللعب في الأسبوع أكثر بكثير من هذه النتيجة، و هذا دليل واضح على إدمان الحالة س.ج على ألعاب الفيديو الذي أصبح يشكل له عائقا يمنعه من القيام بأي نشاط آخر وخاصة إنجاز واجباته المدرسية.

في المراقبة الذاتية الثانية و التي كانت أثناء العلاج، حصل الحالة س.ج على **28** ساعة في الأسبوع، بمعدل **04** ساعات في اليوم الواحد، قد إنخفض مستوى وقت اللعب ب **13** ساعة في الأسبوع ما يعادل **01** ساعة و **51** دقيقة في اليوم، مقارنة بالتقويم الأول، هذا الإنخفاض يعتبر مؤشر لإيجابية العلاقة العلاجية و أثر العلاج في تخفيض حدة الإدمان.

أما المراقبة الذاتية الثالثة و الأخيرة التي كانت بعد إنتهاء العلاج في جلسة للمتابعة، فقد حصل الحالة س.ج على معدل **25** ساعة في الأسبوع بمعدل **3.57** ساعة في اليوم الواحد، حوالي **03** ساعات و **43** دقيقة، أي إنخفاض مستوى ساعات اللعب عن التقويم الثاني ب **03** ساعات في الأسبوع، و **16** ساعة في الأسبوع مقارنة بالتقويم الأول أي **02** ساعات و **08** دقائق في اليوم الواحد. و هذا يعتبر دليل

واضح على فعالية و أثر العلاج في الحد من الإدمان الإلكتروني. فالحالة أصبح يلعب أقل بكثير من التقويمين السابقين بإستثناء يومي الجمعة و السبت الذي وصل وقت اللعب فيهما إلى **06** ساعات و هذا ما تم الحديث عنه في الجلسة الأخيرة و ضرورة تقليص ساعات اللعب في أيام العُطل و ذلك بممارسة أنشطة أخرى كالرياضة، كما أن الحالة س.ج إتبع شرط الإنتهاء عند الساعة الثامنة، و هو شرط من الشروط التي تم الموافقة على الإلتزام بها من طرف الحالة س.ج

تحليل نتائج الإختبارات:

الإختبار	التطبيق الأول (قبل العلاج)	التطبيق الثاني (أثناء العلاج)	التطبيق الثالث (بعد العلاج)
الإختبار الأول	05 نقاط	04 نقاط	02 نقاط
الإختبار الثاني	06 نقاط	04 نقاط	03 نقاط

- جدول رقم **14** يوضح نتائج الإختبارات، قبل، أثناء و بعد تطبيق البرنامج العلاجي-

1- في التطبيق الأول للإختبارات قبل الشروع في العلاج، حصل المفحوص على **05** نقاط بالنسبة للإختبار الأول و **06** نقاط بالنسبة للإختبار الثاني من أصل **07** نقاط، ما يدل على أن الحالة س.ج مدمن على ألعاب الفيديو و يلعب كثيرا.

2- التطبيق الثاني للإختبارات أثناء العلاج، حصل المفحوص على **04** نقاط في كل من الإختبارين الأول و الثاني من أصل **07** نقاط، و تُعبر هذه النتيجة على أن الحالة س.ج لا زال في دائرة الإدمان لكن أقل حدة مقارنة بالتطبيق القبلي.

3- التطبيق الثالث للإختبارات بعد العلاج و الذي تم إجرائه في حصة للمتابعة، حصل الحالة س.ج على **02** نقاط بالنسبة للإختبار الاول و **03** نقاط بالنسبة للإختبار الثاني من أصل **07** نقاط.

تعليق:

- **الإختبار الاول:** التطبيق الثالث و الذي كان بعد العلاج حصل الحالة على **02** نقاط فقط من أصل **07** نقاط أي أقل من التطبيق الثاني ب **02** نقاط و أقل ب **03** نقاط من التطبيق الأول، و هذا مؤشر على إيجابية سيرورة العلاج الذي كان له فعالية و أثر واضح في التخفيف من حدة الإدمان على ألعاب الفيديو.

- **الإختبار الثاني:** في التطبيق الأخير حصل الحالة س.ج على **03** نقاط من أصل **07** نقاط، أقل ب **01** نقطة من التطبيق الثاني، و ب **03** نقاط من التطبيق الأول، و هذا مؤشر على إيجابية سيرورة العلاج الذي كان له فعالية و أثر واضح في التخفيف من حدة الإدمان على ألعاب الفيديو.

يُمكن أن نقول أن نتائج الإختبار الأول (إختبار الدليل التشخيصي) و الإختبار الثاني (إختبار مارك غريفيتس) كانت نتائج مُعبّرة عن الأثر الذي حققناه من خلال تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي مُكون من ثمانية أساليب علاجية.

مناقشة الفرضية:

من خلال إشكالية الدراسة التالية:

أثر العلاج المعرفي السلوكي في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المُهمل لواجباته المدرسية.

و إنطلاقاً من فرضية إمكانية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق أثر للحد من هذا الإدمان، و من خلال إتباع برنامج علاجي مُتكون من مجموعة من التقنيات العلاجية طُبقت على حالة واحدة تعاني من هذا الإدمان. و خلال الفترة العلاجية تم قياس مسار العلاقة العلاجية لكل من الفاحص و المفحوص و التي أوضحت نتائجها البناء الصحيح للعلاقة، أي إيجابية العلاقة العلاجية من خلال تنمية الرغبة في التغيير و العلاج بالمقابلات التحفيزية.

التذكير بنص الفرضية:

للعلاج المعرفي السلوكي أثر في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المُهمل لواجباته المدرسية.

أوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي و أثره في الحد من الإدمان على الألعاب الإلكترونية.

حيث أظهرت نتائج المراقبات الذاتية ما بين القياس القبلي و القياس البعدي فرق واضح يُقدر ب **16** ساعة في الأسبوع بالنسبة لساعات اللعب، أي **02** ساعات و **08** دقائق بالضبط في اليوم الواحد، ما سيوفر الكثير من الوقت لإنجاز الواجبات المدرسية.

أما نتائج الإختبارات فكانت هي الأخرى تُعبر عن مدى فعالية العلاج في الحد من الإدمان، حيث كانت النتائج مُتفارقة ما بين القياس القبلي و القياس البعدي في عدد الدرجات المُحصل عليها ما يُعبر عن إبتعاد المفحوص من دائرة الإدمان على الألعاب الإلكترونية.

و كخلاصة، فقد دلت نتائج هذه الدراسة على صحة هذه الفرضية التي نصت على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي و أثره في الحد من إدمان اللعب الإلكتروني لدى الطفل المُهمل لواجباته المدرسية اعتماداً على النتائج المُبيّنة من خلال هذه الدراسة.

الخاتمة:

إن أجهزة التكنولوجيا الحديثة قد غزت معظم البيوت الجزائرية، و هذه الأجهزة من أخطر المشاكل التي يُواجهها الأطفال الجزائريون، هذه الأجهزة لها إيجابيات لا محالة، لكن لها العديد من السلبيات خاصة إذا تُركت بين أيدي الأطفال دون المراقبة الوالدية عليهم. فهذه الأجهزة تُسبب حالة إدمان كما تُسبب العديد من الأمراض الجسدية كحالات الصرع أو ضُعف البصر...إلخ. فعلى كل أب و أم أن يتابعوا أطفالهم و أن يحددوا لهم ساعات اللعب و الإتفاق معهم على ضرورة الإلتزام بذلك. و عليهم اللجوء إلى الأخصائي النفسي إذا ما كان لعب الطفل يتجاوز الثلاث ساعات.

التوصيات:

بعد إتمام هذا البحث أوصي بالنقاط الآتية:

- 1-** بناء برنامج علاجي خاص بعلاج حالات الإدمان على الألعاب الإلكترونية.
- 2-** الإعتناء على العلاج المعرفي السلوكي الذي له فعالية في علاج كل حالات الإدمان.
- 3-** البحث العلمي المكثف في هذا الموضوع و إقتراح العلاج المناسب.

الإقتراحات:

أقتراح أن يتم البحث في:

- 1-** إجراء دراسة ميدانية في المدارس على عينة كبيرة من الأطفال قصد التعرف على مدى إنتشار هذا الإضطراب.
- 2-** إجراء المزيد من الدراسات التجريبية لعلاج حالات الإدمان على الألعاب الإلكترونية.

قائمة

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- 01** أسماء مصطفى السحيمي.(2009)، النظرية المعرفية للسلوك غير السوي لطالبات المدارس. دار الجامعة الجديدة.
- 02** بوني كوروين، بيتر رودل، ستيفن بالمر.ترجمة: محمود عيد مصطفى.(2008)، العلاج المعرفي السلوكي المختصر. إيتراك للنشر و التوزيع. الطبعة 1.
- 03** جواد فطاير.(2001)، الإدمان: أنواعه، مراحلها، علاجه. دار الشروق . القاهرة . مصر.
- 04** حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي.(2013)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. الإسكندرية. طبعة 1.
- 05** حنان عبد الحميد العناني.(2006)، الصحة النفسية. دار الفكر للطباعة و النشر.
- 06** رفيقة حروش.(2010)، إدارة المدارس الإبتدائية الجزائرية. دار الخلدونية للنشر و التوزيع. الجزائر.
- 07** زينب محمد شقير.(2002)، علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين. دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع. الأردن. الطبعة 1.
- 08** صبري محمد حسن.(2003)، إرادة الإنسان في علاج الإدمان . تأليف آرنولد واشتون و دونا باوندي . المجلس الأعلى للثقافة . القاهرة . الطبعة 1.
- 09** عبد الرحمن سيد سليمان، د. شيخة يوسف الدربستي.(1996)، اللعب و نمو الطفل. تأليف ماريا بيرس، جنيفيف لاندو. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- 10** عبد الستار إبراهيم، د عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، د رضوان إبراهيم.(1993)، العلاج السلوكي للطفل. المجلس الوطني للثقافة والفنون. الكويت.
- 11** عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر.(2008)، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. الطبعة الرابعة. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- 12** عبد الفتاح الصبحي.(1999)، الأطفال و الإدمان التلفزيوني . تأليف ماري وين . المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب .
- 13** عبد الله عبد العزيز الهدلق.(2012)، إيجابيات و سلبيات الألعاب الإلكترونية و دوافع ممارستها. شبكة الألوكة. الرياض.
- 14** عمار بوحوش.(1999)، مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- 15** لطفي الشربيني.(2002)، معجم مصطلحات الطب النفسي ،مركز تعريب العلوم الصحية - جامعة الدول العربية،الكويت.

- 16** لويس كامل مليكة.(1990)، العلاج السلوكي و تعديل السلوك. دار القلم للنشر و التوزيع. الكويت. الطبعة 1.
- 17** محمد أحمد صوالحة.(2011)، علم النفس اللعب. دار المسيرة .
- 18** معاذ الحمصي.(2016)، الموسوعة العربية. تربية و علم النفس. الألعاب الإلكترونية. المجلد الثالث.
- 19** منى فياض.(2004)، الطفل و التربية المدرسية في الفضاء الأسري و الثقافي. المركز الثقافي العربي. الدار البيضاء. المغرب. الطبعة 1.
- 20** نعومي ريتشمان. ترجمة: عفيف الرزاز.(1999)، التواصل مع الأطفال. بيسان للنشر و التوزيع. بيروت. لبنان. الطبعة 1 .
- 21** نهيل الجابري.(1995)، طفل الروضة في عصر تكنولوجيا المعلومات. جامعة البترا. منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- 22** وجدي محمد بركات، أ.د توفيق عبد المنعم توفيق.(2009)، الأطفال و العوالم الافتراضية.. آمال و أخطار. الجمعية البحرينية لتنمية الطفولة. مملكة البحرين.
- 23** وزارة التربية الوطنية.(2004) التسيير التربوي و الإداري. المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية و تحسين مستواهم. الحراش. الجزائر.
- 24** وفيق صفوت مختار.(1999)، مشكلات الأطفال السلوكية. دار العلم و الثقافة. القاهرة. الطبعة 1.
- 25** هبة محمد عبد الحميد.(2006)، ألعاب الأطفال الغنائية. دار صفاء للنشر و التوزيع. عمان. الأردن. طبعة 1.
- 26** يوسف قطامي، د نايفة قطامي.(2005)، إدارة الصفوف الأسس السيكولوجية. دار الفكر للطباعة و النشر. عمان.

المذكرات:

- 27** حميد حملوي.(2010)، التنشئة الإجتماعية للطفل في الوسط التربوي. مذكرة لنيل شهادة الماجستير. جامعة 08 ماي 1945. قالمة. الجزائر.
- 28** صفوت هشام حسني عبد الرحمن.(2011)، أثر استخدام الواجبات المنزلية في تحصيل الطلاب. مذكرة لنيل شهادة الماجستير. جامعة النجاح الوطنية. طولكرم. فلسطين.
- 29** فاطمة همال.(2012)، الألعاب الإلكترونية عبر الوسائط الإعلامية الجديدة وتأثيرها في الطفل الجزائري. مذكرة لنيل شهادة الماجستير. جامعة الحاج لخضر. باتنة.

30 مريم قويدر.(2012)، أثر الألعاب الإلكترونية على سلوكيات الأطفال. مذكرة لنيل شهادة ماجستير. جامعة الجزائر3.

مجالات:

31 مجلة الطارق للطب النفسي ومعالجة الإدمان.(2007)، العدد 23 . قسم المواضيع الهامة.

مقالات:

32 إدارة التربية و التعليم بتورنتو.(2008)، كندا. نسخة مترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

33 بوسنة عبد الوافي زهير. تقنيات الفحص العيادي. محاضرات لطلبة السنة الأولى ماستر عيادي. جامعة محمد خيضر بسكرة.

34 عبد الله قلي. علم النفس الطفل و المراهقة. الأعمال الموجهة. تكوين ا.ت.ا.

المراجع باللغات الأجنبية:

35) Americanpsychiatrique association.(2013), Diagnostique & statistical maual of mental disorders. 5 edition. App. Washington.

36) Cathrine Turrette.(2006), Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement. Paris. Dunod.

37) Christophe André.(2005), Les Thérapies Cognitives. Bernet-Danilo. Meschers.

38) François Marty.(2009), les grandes problématique de la psychologie clinique. Dunod. Paris.

39) Jean Cottraux.(2001), Les psychothérapies comportementales et cognitives. Elsevier masson . 5eme édition .

40) Marc Guiose.(2003), Fondements théoriques et techniques de la relaxation. Université Pierre et Marie Curie.

41) M. Valleur, I. Codina, E. Rossé.(2015), Addictions sans produit. Elsevier Masson SAS.

42) Neil Rector.(2010), La Thérapie cognitivo-comportementale. Guide d'information. Centre de Toxicomanie et de Santé Mentale.

43) Nolber Sillamy.(2003), Dictionnaire psychologique. Larousse.

44) Pierluigi Graziani, Lucia Romo.(2013), Soigner les addictions par les TCC. Elsevier Masson SAS. Paris. France.

45) Pierre Taquet.(2014) Addiction au jeu vidéo. Université Lille 3. Charles de Gaulle.

46) Samuel-Lajeunesse B, Mirabel-Sarron C, Vera L, Mehran F.(2004), Manuel de la Thérapie Comportementale et Cognitive. Dunod. Paris.

47) Sandrine Trape.(2011), Les Addictions. Chef de Clinique Assistance en Psychiatrie CHU de Fort de France.

48) Simon Field, Malgorza, Bratriz Pont.(2007), En finir avec L'échec Scolaire. Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). France, Paris.

49) Solange LEGAT.(2005), La relaxation à l'école : Pourquoi, où, quand, comment ?. Bourgogne.

المراجع الإلكترونية:

50) <http://www.alfaseeh.net/vb/archive/index.php/t-33692.html> Le 15-03-2016. à 15 :21.

الملاحق:

Echelle permettant d'évaluer le risque de dépendance au jeu vidéo (DSM4) :

1* Vous jouez plus de temps que vous ne l'aviez souhaité à l'origine.

2* Vous avez tenté plusieurs fois de réduire, contrôler ou abandonner le jeu.

3* Vous consacrez beaucoup de temps à préparer ou à vous remettre du jeu, ou à jouer.

4* Vos activités sociales, professionnelles ou récréatives sont sacrifiées au jeu.

5* Vous continuez de jouer même si vous savez qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent social, financier, psychologique ou physique.

6* Vous avez besoin d'augmenter le temps de jeu pour obtenir l'effet désiré.

7* Vous vous sentez agité ou irritable si vous ne pouvez pas jouer.

Risque de dépendance : scores égal ou plus 3. (avec 1 pour OUI et 0 pour NON).

سلم يسمح بتقييم خطر الإدمان على ألعاب الفيديو (الدليل التشخيصي 4)

- *1** تلعب أكثر و قتا مما كنت تتمناه في الأصل.
- *2** لقد حاولت عدة مرات أن تقلص، تراقب، أو أن تتخلى عن اللعب.
- *3** أنت تخصص الكثير من الوقت للتحضير أو الإستئناف، للعب.
- *4** نشاطاتك الإجتماعية، المهنية، الترفيهية متركزة حول اللعب.
- *5** تستمر في اللعب بالرغم من أنك تعرف أنه سيسبب أو يُفاقم مشاكل دائمة أو متكررة إجتماعية، مالية، نفسية، جسدية.
- *6** أنت في حاجة إلى زيادة وقت اللعب لتحقيق الأثر المرغوب.
- *7** تشعر بالغضب أو الإستثارة إذا لم تتمكن من اللعب.

خطورة الإدمان: النتيجة تساوي أو أكبر من 3. (1 نقطة بالنسبة للإجابة نعم، و 0 للإجابة لا).

Le Dr Mark Griffiths de l'université de Nottingham Trent est spécialisé dans l'addiction aux jeux vidéo. Voici son test permettant de reconnaître rapidement si un enfant à une conduite addictive aux jeux vidéo :

- 1- il joue presque tous les jours ?
- 2- il joue souvent pendant de longues périodes : 3-4 heures.
- 3- il joue pour l'excitation qu'il en retire.
- 4- il est de mauvaise humeur quand il ne peut pas jouer.
- 5- il délaisse les activités sociales et sportives.
- 6- il joue au lieu de faire ses devoirs.
- 7- les tentatives de diminuer son temps de jeu sont des échecs.

En cas de réponse positive à plus de quatre de ces questions, l'enfant joue probablement trop et il existe un problème.

إختبار مارك غريفيتس

الدكتور مارك غريفيتس من جامعة نوتنغهام متخصص في الإدمان على ألعاب الفيديو. و إختباره يسمح بمعرفة إن كان للطفل سلوك إدماني لألعاب الفيديو:

- 1- يلعب تقريبا كل يوم.
- 2- يلعب غالبا لفترات طويلة: 3-4 ساعات.
- 3- يلعب من أجل الحصول على إثارة.
- 4- يكون مزاجه سيئا إذا لم يستطيع أن يلعب.
- 5- يهجر النشاطات الإجتماعية و الرياضية.
- 6- يلعب بدلا من إنجاز واجباته المدرسية.
- 7- محاولات تقليص أوقات اللعب تعتبر محاولات فاشلة.

في حال الإجابة على أكثر من أربع إجابات إيجابية، فالطفل حاليا هو يلعب كثيرا و توجد مشكلة ما.

قائمة أسماء الأساتذة المحكمين:

تمت ترجمة هذه الإختبارات مع التحكيم اللغوي من طرف الأساتذة:

الجامعة	الأستاذ
جامعة وهران	أ. بولجراف بختاوي
جامعة وهران	أ. طباس نسيمة
جامعة تيارت	أ. بن فرحات عميروش
جامعة وهران	أ. مكي محمد
جامعة وهران	أ. نصقع حسنية
جامعة وهران	أ. طالب سوسن

سلم يقيس العلاقة العلاجية

بالنسبة للمعالج

المفحوص يبدو لي:							
غير محبوب	6	5	4	3	2	1	محبوب
يظل صامتا	6	5	4	3	2	1	يتكلم كثيرا
غامض	6	5	4	3	2	1	دقيق
غير مُثقف بعلم النفس	6	5	4	3	2	1	مُثقف بعلم النفس
غير صادق	6	5	4	3	2	1	صادق
كتوم	6	5	4	3	2	1	واضح
غير ودي	6	5	4	3	2	1	ودي
لا يُبالي	6	5	4	3	2	1	مُهم
ليس مُهذب	6	5	4	3	2	1	مُهذب
ليس مُحترم	6	5	4	3	2	1	مُحترم
لا يفهم	6	5	4	3	2	1	يفهم
مُحزن	6	5	4	3	2	1	مُفرح
total							المجموع

سلم يقيس العلاقة العلاجية
بالنسبة للمفحوص

المعالج النفسي يبدو لي:							
غير محبوب	6	5	4	3	2	1	محبوب
يظل صامتا	6	5	4	3	2	1	يتكلم كثيرا
غامض	6	5	4	3	2	1	دقيق
غير مُجرب	6	5	4	3	2	1	مُجرب (مُخضرم)
غير صادق	6	5	4	3	2	1	صادق
كتوم	6	5	4	3	2	1	واضح
غير ودي	6	5	4	3	2	1	ودي
لا يُبالي	6	5	4	3	2	1	مُهم
ليس مُهذب	6	5	4	3	2	1	مُهذب
ليس مُحترم	6	5	4	3	2	1	مُحترم
لا يفهمني	6	5	4	3	2	1	يفهمني
يُحطم معنوياتي	6	5	4	3	2	1	يُدعم معنوياتي
total							المجموع

يهدف هذا السلم لقياس العلاقة العلاجية من طرف الفاحص و المفحوص. و ذلك من خلال الإجابة أو وضع العلامة المناسبة للصفات 12 ذات القطبين. يكون المجموع من 12 إلى 72 نقطة، كلما ارتفع عدد النقاط دل على سلبية العلاقة العلاجية.

(J.Cottraux. 1995)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة وهران 2
قسم علم النفس و الأطفونيا

• أثر العلاج المعرفي السلوكي في الحد من الإدمان على اللعب
الإلكتروني لدى الطفل المُهمَل لواجباته المدرسية .
دراسة حالة (طفل عمره 11 سنة)

إشراف الاستاذة
محرزي مليكة

إعداد الطالب
راشي يوسف إسلام