

إقتراح بروتوكول علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي موجه للمراهقين المدمنين على الاباحية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ليسانس في علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الاستاذ

إعداد الطالبات:

د. صالح خشخوش

عائشة كهمان

عفاف كانش

منى زرود

نوقشت المذكرة علنا يوم: 2023/06/10

أمام اللجنة المكونة من الاساتذة:

الصفة	الجامعة	الرتبة	اللجنة
رئيسا	جامعة الشهيد حمة لخضر	أستاذ محاضر-أ	د. سميرة عمامرة
مشرفا ومقررا	جامعة الشهيد حمة لخضر	أستاذ محاضر-ب	د. صالح خشخوش
ممتحنا	جامعة الشهيد حمة لخضر	أستاذ التعليم العالي	د. غربي عبد الناصر

السنة الجامعية: 2022/2023

إقتراح بروتوكول علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي موجه للمراهقين المدمنين على الاباحية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ليسانس في علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الاستاذ

إعداد الطالبات:

د. صالح خشخوش

عائشة كهمان

عفاف كانش

منى زرود

نوقشت المذكرة علنا يوم: 2023/06/10

أمام اللجنة المكونة من الاساتذة:

الصفة	الجامعة	الرتبة	اللجنة
رئيسا	جامعة الشهيد حمة لخضر	أستاذ محاضر-أ	د. سميرة عمامرة
مشرفا ومقررا	جامعة الشهيد حمة لخضر	أستاذ محاضر-ب	د. صالح خشخوش
ممتحنا	جامعة الشهيد حمة لخضر	أستاذ التعليم العالي	د. غربي عبد الناصر

السنة الجامعية: 2022/2023

شكر وتقدير

لا يطيب الليل الا بشكركولا يطيب النهار الا بطاعتكولا تطيب الاخرة الا بعفوكولا تطيب الأعمال الا بذكركالحمد والشكر لله سبحانه وتعالى دائما وابدا على فضله ومنه وعلى توفيقه لنا في اتمام هذا العمل المتواضع والصلاة والسلام على رسوله الكريم صلاة تفتح لنا بها الأبواب وان من أبواب الله باب العلم...فاللهم أرزقنا من علمك ولو القليل

كما نتقدم بجزيل الشكر للأستاذ الكريم المشرف والموجه والمدعم الدكتور صالح خشخوش ولكل من كان سندا لنا في هذا العمل. شكرا لكل من كان عوناً وموجهاً ومرشداً من دكاترتنا الافاضل سواء من بعيد او من قريب

شكرا للأهل الذين كانوا معنا بصبرهم ودعمهم ماديا ولفظيا ومعنويا حين واجهنا الضغوط ولحظات من التعب والتوقف. شكرا وألف شكر لكم منا كل الحب والامتنان والتقدير.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية الى بناء بروتوكول علاجي مقترح قائم على العلاج المعرفي السلوكي لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهق، لاختبار مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من شدة ادمان الاباحية ومساعدته على الاقلاع عن المشاهدات الاباحية.

وقد استخدمت الباحثات منهج تصميم الحالة الفردية، وفق التصميم (أ-ب) لقياس السلاسل الزمنية، باعتباره من المناهج التجريبية الاكلينيكية التي تدرس الظواهر من بداية الأعراض الى مرحلة العلاج.

وهذا البروتوكول المقترح تم بناءه استنادا على نظريات العلاج المعرفي السلوكي يهدف لمعالجة الجانب المعرفي والسلوكي للمراهق المدمن على الاباحية والسعي وراء تطبيقه مستقبلا ان شاء الله. ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام التقييم والتشخيص اعتمادا على اختبار قياس ادمان الاباحية، القائم على التساؤلين التاليين:

• هل ينجح بروتوكول علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في علاج ادمان الاباحية لدى المراهقين؟

• هل يزداد التحسن الملاحظ في زوال أعراض الادمان على الاباحية لدى المراهقين المشاركين في الدراسة مع تقدم العلاج؟

ومن خلالهما وضعنا الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الادمان على الاباحية لدى المراهقين قبل وبعد تطبيق البروتوكول العلاجي لصالح القياس البعدي.

- وجود فاعلية لبروتوكول علاجي معرفي سلوكي لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين.

- هناك فاعلية للبروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي في مساعدة المراهقين المدمنين على الاباحية على الامتناع والاقلاع عن المشاهدات الاباحية.

واتباع اساليب وفنيات معرفية وسلوكية ومجموعة من التمرينات والنشاطات المختلفة لتحقيق هذا الغرض.

الكلمات المفتاحية: ادمان الاباحية، بروتوكول علاجي معرفي سلوكي. المراهقة.

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية:

The current study aimed to build a proposed therapeutic protocol based on CBT to treat adolescent pornography addiction. This tests the effectiveness of CBT in alleviating pornography addiction and helping it quit pornography.

Researchers have used the individual case design approach, according to design (AB) to measure time chains, as a clinical experimental curriculum that studies phenomena from the onset of symptoms to the stage of treatment.

This proposed protocol was built on CBT theories with the aim of treating the teenager addicted to pornography, and seeking its future application if God willing.

To achieve this goal, the assessment and diagnosis were used based on a test measuring pornography addiction, based on the following two questions:

- Is a therapeutic protocol based on CBT successful in treating adolescent pornography?
- Is the perceived improvement in the demise of the symptoms of pornography in adolescents participating in the study increasing as treatment progresses?

Through them, we have made the following hypotheses:

- There are statistically significant differences in the level of addiction to pornography in adolescents before and after the application of the therapeutic protocol in favor of dimensional measurement .
- Effective cognitive-behavioral therapeutic protocol to treat adolescent pornography.
- There is effectiveness of CBP in helping teenagers addicted to pornography to refrain from and quit pornographic sightings.

And following the methods and techniques of cognitive and behavioral and a range of exercises and various activities to achieve this purpose.

Keywords: pornography addiction, behavioral cognitive therapeutic protocol, adolescence .

فهرس المحتويات

.....	شكر وتقدير
.....	الإهداء
.....	الإهداء
.....	ملخص الدراسة باللغة العربية:
ج.....	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية:
.....	فهرس المحتويات
2-1	مقدمة

الفصل الأول: الإطار النظري العام للدراسة

4	1-الاشكالية:
7	2-اهداف الدراسة:
7	3-أهمية الدراسة:
7	4-المفاهيم الأساسية للدراسة:

الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

10	1-تعريف العلاج المعرفي السلوكي:
10	2-نظريات العلاج المعرفي:
13	3-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:
13	4-أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي:
15	5-أهداف العلاج المعرفي السلوكي:
16	6-فعالية العلاج المعرفي السلوكي ومدته:

الفصل الثالث: الادمان على الاباحية

- 1-تعريف الادمان على الاباحية:..... 18
- 2-معايير الادمان على الاباحية:..... 18
- 3-مستويات الادمان على الاباحية: 19
- 4-التأثيرات السلبية للتعرض للمضامين الاباحية (المشاهدة): 20

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية

- 1-منهج الدراسة: 23
- 2-أدوات جمع البيانات: 24
- 3-العينة: 25
- 4-البروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي المقترح لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين 25

الخاتمة 51

قائمة المصادر والمراجع 54

الملاحق 55

- الملحق رقم (01): اختبار ادمان الاباحية 56
- الملحق رقم (02): السجاد الدائري الملون 61
- الملحق رقم (03): جداول الفحص 62
- الملحق رقم (04): جدول الأعمدة الثلاث (أفكار - شعور - سلوك) 65
- الملحق رقم (05): جدول الصفات المثالية 65
- الملحق رقم (06): جدول الصفات 65
- الملحق رقم (07): جدول العمل على المعتقدات 66
- الملحق رقم (08): دفتر خاص بالواجبات المنزلية 67
- الملحق رقم (09): دليل النشاطات 77

مقدمة

مقدمة

أصبح إدمان مشاهدة الأفلام الإباحية أمراً شائعاً خلال السنوات الماضية بسبب شيوع الإنترنت والذي جعل عملية الوصول إلى هذه المواد المرئية أكثر سهولة مقارنة بالماضي، وتكمن خطورة هذا السلوك الإدماني في أن أغلب المصابون به يرفضون الإقرار بأنه مُسبب للإدمان من الأساس، بينما البعض الآخر -الذي يُدرك الحقيقة- يخجل من الاعتراف بمشكلته.

أفادت العديد من الدراسات والإحصائيات أن نسبة مشاهدي المواد الإباحية حول العالم في حالة تزايد مستمر، وإن إدمان المراهق للمواقع الإباحية هو واحد من أخطر الآفات التي قد يتعرض لها في هذه المرحلة العمرية التي تتسم بالكثير من التمرد على الواقع والقوانين والاعراف والتقاليد، وحيث يسعى فيها المراهق إلى بناء شخصيته المستقلة ورسم خط واضح له ولحياته المستقبلية. ونظراً لكون المراهقة هي الفترة التي يبدأ فيها المراهق في الانفتاح على الحياة الجنسية يلاحظ أن العديد منهم يذهبون في اتجاه المواقع الإباحية في مسعى لاستكشاف أجسادهم وجسد الآخر.

ومن جهة لأن الدراسات الاجتماعية شحيحة وطاقة الشباب غير مستثمرة والحلول لمشكلات البطالة والزواج غير ناجعة فإن ظاهرة الإدمان على الإباحية مرشحة لتكون سريعة التقاوم خاصة بعد انتشار الفضائيات الخلاقية وإمكانية الولوج إلى المواقع الإباحية على الإنترنت وسهولة تداول المواد الإباحية على الحواسيب والهواتف.

ويؤثر الإدمان على الإباحية مثله مثل أي إدمان آخر كإدمان تعاطي المخدرات أو شرب الكحول على الجانب المعرفي والسلوكي لدى الفرد.

ويستخدم العلاج المعرفي السلوكي بشكل شائع لعلاج الاكتئاب واضطرابات القلق والرهاب والاضطرابات العقلية الأخرى. ومع ذلك، فقد ثبت أيضاً أنه قيّم في علاج الإدمان على الكحول وإدمان المخدرات. وتعتبر معالجة مهارات التعامل المعرفي السلوكي هي مقاربة علاجية قصيرة الأمد ومركزة لمساعدة الأشخاص المدمنين، ولهذا أردنا معرفة وفحص مدى فاعلية وكفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج وانطفاء سلوك الإدمان على الإباحية لدى المراهقين. ومن خلال ذلك تم تجزئة الدراسة إلى أربع فصول متمثلة في:

الفصل الأول: وهو الفصل التمهيدي لهذه الدراسة ويتضمن طرح الاشكالية والهدف وأهمية هذه الدراسة مع ذكر المفاهيم الأساسية.

الفصل الثاني: تطرقنا فيه الى تعريف العلاج المعرفي السلوكي ونظرياته ومبادئه الأساسية مع بعض الأساليب والفنيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي وفاعليته،

الفصل الثالث: خصص لتعريف متغير هذه الدراسة الادمان على الاباحية وتطرقنا فيه ايضا الى معايير ومستويات الادمان على الاباحية كما تم ذكر التأثيرات السلبية الناجمة عن التعرض لمضامين المواد الاباحية.

الفصل الرابع: تم فيه التعريف بالمنهج المتبع وأدوات جمع البيانات، والتعريف بالعينة المقصودة والتطرق الى البروتوكول المقترح والأساليب والفنيات المتبعة والمستعملة في هذا المقترح.

لنتضمن ايضا هذه المذكرة مجموعة من الملاحق كدليل مرافق لمحتوى جلسات البروتوكول العلاجي المقترح.

الفصل الأول

الإطار النظري العام للدراسة

أولا-الإشكالية

ثانيا-فرضيات الدراسة

ثالثا-أهمية الدراسة

رابعا-أهداف الدراسة

خامسا-المفاهيم الأساسية للدراسة

سادسا-الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

تعد فترة المراهقة في حياة الانسان حلقة وصل وربط ومرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد حيث يرى علم النفس أنها مرحلة الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي ولكنه ليس النضج نفسه، فمن الملاحظ في هذه الفترة أن المراهق تتأرجح تصرفاته بين السلوك الصبياني والنضج.

أما من الناحية البيولوجية فيطراً على جميع المراهقين دون استثناء تغيرات تحولهم من أطفال الى ناضجين جسدياً وجنسياً وذلك نتيجة لإفرازات هرمونية قوية، التي تؤدي الى احداث الفروق الجسدية بين الذكور والاناث، ومن الملاحظ أن المراهقين خلال هذه الفترة يكتسب عادات جديدة ويكون علاقات سواء مع أشخاص من نفس جنسه أو الجنس الآخر، يحاول من خلالها اثبات نفسه في المجتمع على أنه شخص ناضج، كما أنها فترة من المراحل الأكثر حساسية حيث تتميز بالتغيرات النمائية والتطور في نضج أعضاء الجسم التي تتأثر بالمتطلبات النفسية الداخلية أو البيئة التي يركز عليها المجتمع. (تليس. 2022. ص5).

وللمراهق مجموعة من الاحتياجات والاهتمامات التي تشغله ورغبات تتلاءم مع نضجه الجنسي، ومن بين هذه الاحتياجات، الاحتياج الجنسي الذي يتولد معه عند البلوغ ويعبر هذا عن مشكلة لدى الانسان المراهق أو المراهقة، وهذا الاحتياج سيدفعه الى التطلع والفضول واكتساب ثقافة جنسية بمختلف الوسائل ومن بينها الولوج الى الانترنت وتصفحها بحثاً عن ما يرضي فضوله، حيث زاد انتشار الصفحات الاباحية في الأنترنت بشكل ظاهر وكبير وهو في تزايد مستمر.

ويعتبر الانترنت موسوعة علمية غنية بالمعلومات، ووسيلة اتصال وتفاعل بين الناس، فالأطفال والمراهقون بحاجة لتعلم مهارات تكنولوجيا المعلومات بصورة مبكرة لكونه مهمة أساسية للحياة المدرسية وضرورة لمستقبلهم المهني. أصبح المراهقون والأطفال اليوم يستخدمون الحاسوب

والانترنت بصورة متزايدة في المدرسة والمكتبة والبيت ومقاهي الانترنت. (عمران. 2008. ص 190).

وقد نشرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال عام 2013 تقريراً ذكرت فيه أن المراهقون يقضون وقتاً مطولاً في مشاهدة الهاتف الخليوي (النقال) ما يقارب 11 ساعة في اليوم، كما أورد التقرير أن 75% من اليافعين في سن 12 الى 17 سنة يملكون هاتفاً خلويًا، وأن ثلث هؤلاء يستخدمون الهاتف لدخول

الأنترنت فهل نستغرب اذا عرفنا أن متوسط عمر الطفل عند مشاهدته الأفلام الاباحية لأول مرة هو 11 عاما فقط؟ ومع التقدم في السن ووصوله مرحلة البلوغ يصبح ارتياد المواقع الاباحية نشاطا يوميا في حياة الشاب (ة) المراهق مما يؤدي الى ادمان الاباحية. (ويلسون، 2014، ص 10)

كما تفيد الإحصاءات بأن 63% من المراهقين الذين يرتادون صفحات وصور الدعارة لا يدري أولياء أمورهم طبيعة ما يتصفحونه على الانترنت. علما بأن الدراسات تفيد أن أكثر مستخدمي المواد الاباحية تتراوح أعمارهم ما بين 12 و17 سنة. والصفحات الاباحية تمثل بلا منافس أكثر فئات صفحات الإنترنت بحثا وطلبا. (القدهي، ب س، ص 8). ويعتبر المراهقين أكثر عرضة للوصول الى المواقع الاباحية بسبب التغيرات البيولوجية، نتيجة لارتفاع في مستوى الهرمونات وهذا ما يزيدهم فضولا حول الجنس الذي يدفعهم للبحث والاستفسار، للحصول على الاجابات التي تشبع معرفتهم. والوقوع في ادمان الاباحية للمراهق سهل، لان دماغ المراهق مرتبط بالسعي للحصول على المتعة لذلك فان الدوبامين يغمر دماغه عند مشاهدته الاباحية، مما يؤدي الى الرغبة الشديدة في تكرار هذا الامر مما يسهل الوقوع في الادمان.

وفي ضوء ما ذكر ارتكز الاهتمام في هذه الدراسة حول مشكلة ادمان الاباحية لدى المراهقين وكيفية العلاج منها، فقد أصبحت هذه المشكلة متفشية بين المراهقين وأثرت بشكل سلبي على أفكارهم ومخططاتهم المعرفية وسلوكياتهم وتحصيلهم الدراسي أو العملي مما ينضج لضرورة تدخل العلاج النفسي الفعال. ولان مشكلة الادمان أكثر وأكبر مخاطرها تظهر على الجانب المعرفي والسلوكي والنفسي للمراهق، فالعلاج المعرفي السلوكي للإدمان بأشكاله المختلفة يعتبر منهجا تجريبيا لتعديل السلوك كتعاطي المخدرات والمسكرات، وله خاصية مميزة بتعليم الفرد المهارات الضرورية للسيطرة على الاضطراب النفسي، دون اللجوء إلى المعالج بعد تعليمه هذه المهارات مستقبلا. وهو تدريب ذاتي، وتحصين ضد التوترات والضغوطات المسؤولة عن المرض النفسي، والإدمان، والانتكاس وهو علاج بديل لتعاطي الأدوية النفسية، لأنه يعالج الأسباب الكامنة وراء الإدمان، وليس علاج الأعراض كما هو الحال في العلاج الدوائي، وكلفته اقل بكثير إذا ما قورنت بالأدوية باهظة الثمن. ويعتبر العلاج الأساسي وحجر الزاوية لعلاج السلوك الإدماني في معظم دول العالم. كما يمكن تطبيقه في العيادات الخارجية الخاصة، والحكومية، وفي المؤسسات الإصلاحية، والسجون، ويعد جزءا هاما من عملية إعادة تأهيل المدمن، والمنحرف، وذوي السلوك الإجرامي. وللعلاج السلوكي المعرفي تطبيقات وتدخلات علاجية يمكن الاستفادة منها واستخدامها في تعديل السلوك والأفكار لدى المتعالجين أو المسترشدين.

يعمل العلاج المعرفي السلوكي على تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. وقد اعتمدت الدراسات على إعداد برنامج علاجي استنادا إلى النظرية المعرفية السلوكية خاصة ما جاء به دونالد ميكنباوم، وذلك من خلال جمع المعلومات التي توضح حالة المسترشد قبل بدء البرنامج، لمعرفة الخبرة الشخصية المؤلمة له، مثل الشعور بالتوتر، والقلق والاكتئاب، الذي يؤثر في صحته النفسية، ومدى افتقاره للمهارات الاجتماعية، ثم العمل على إكسابه مهارات التوافق من خلال تغيير أفكاره السلبية، والتحدث مع الذات، والعمل على تنظيم المجال الإدراكي لديه، والتدريب على التعبير عن المشاعر والأفكار التي تتناسب مع مواقف حياته اليومية. ثم ممارسة هذه المهارات في مواقف الحياة، ومتابعة تطبيقها. (د. الحسيني. 2019. ص 28).

وقد كشفت أول دراسة من نوعها للبحث في نشاط مخ "مدمني الإباحية" عن تشابه واضح مع نشاط مخ مدمني المخدرات.

أجرى باحثون في جامعة كمبريدج مسحا بالأشعة لمخ 19 رجلا يشاهدون أفلاما إباحية.

وأظهرت الأشعة نشاطا في "مراكز المكافأة" بالمخ لدى مشاهدي الأفلام الإباحية، وهي نفس المراكز التي تنشط عن رؤية المدمنين لمخدراتهم المفضلة.

وأظهرت النتائج، التي نشرتها دورية "بلوس وان"، مستويات مرتفعة من النشاط في ثلاثة أجزاء بالمخ: النواة المخططة البطنية والقشرة الحزامية الأمامية واللوزة الدماغية.

وهذه هي المناطق التي تستثار لدى مدمنين المخدرات، عند رؤيتهم المخدرات المفضلة لديهم. (جيمس جالاغر، 2014)

ومنه نهدف في هذه الدراسة الى بناء مقترح بروتوكول قائم على العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الادمان على الاباحية، والذي يمكن أن يفتح أفاق جديدة لمدمن الاباحية والحكم من خلالها على الأمور وتقييمها بشكل صحيح. وعلى ضوء ذلك تنحصر مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

• هل ينجح البروتوكول العلاجي المقترح القائم على العلاج المعرفي السلوكي في علاج ادمان الاباحية لدى المراهقين؟

• هل يزداد التحسن الملاحظ في زوال أعراض الادمان على الاباحية لدى المراهقين المشاركين في الدراسة مع تقدم العلاج؟

وبناء على هذا التساؤل كانت الفرضيات كالتالي:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الادمان على الاباحية لدى المراهقين قبل وبعد تطبيق البروتوكول العلاجي لصالح القياس البعدي.
- وجود فاعلية لبروتوكول علاجي معرفي سلوكي لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين.
- هناك فاعلية للبروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي في مساعدة المراهقين المدمنين على الاباحية على الامتناع والاقلاع عن المشاهدات الاباحية.

2-اهداف الدراسة:

- معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج المراهقين مدمني الاباحية.
- التعرف على تأثير بروتوكول علاجي معرفي سلوكي في التقليل من حدة الادمان، والتخفيف من أعراضه عند المراهق المدمن على الاباحية.
- تعليم واكساب المراهق المدمن بعض التقنيات من مهارات وأساليب في الفهم والتفسير والتحاور، تجعلهم قادرين على مواجهة ردود الفعل النفسية لهذا الاضطراب.
- تقديم خطة علاجية (بروتوكول) مسندة الى العلاج المعرفي السلوكي لمساعدة المراهقين والتخفيف من معاناتهم مع الادمان على الاباحية. واعادة البناء المعرفي السلوكي لديهم.

3-أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية من الناحية العلمية في حداثة الموضوع من جهة وندرة الدراسات العربية من جهة أخرى، والتي تتناولها من وجهة العلاج المعرفي السلوكي - في حدود ما اطلع عليه الطلبة الباحثون - فلقد تم تناول موضوع علاج ادمان الاباحية بشكل عام وغير مسند لنظريات العلاج المعرفي السلوكي او تخطيط خطط علاجية معينة مسندة علميا لعلاج هذا النوع من الادمان

4-المفاهيم الأساسية للدراسة:

4-1-العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو مقارنة علاجية مكثفة، قصيرة المدة (من 6 الى 20 حصة) وموجهة نحو المشكل. لقد تم تصميمه ليكون سريعا، عمليا وموجها نحو الهدف ولتزويد الأشخاص بمهارات تبقيهم في صحة جيدة على المدى الطويل. (ريكتور. ص 3)

4-2-المواد الإباحية:

وهي المواد التي تشكل صفحات مترابطة مع بعضها البعض بصور تشعبية على الإنترنت، أو تشكل أفلام تظهر في شكل مترابط على الفضائيات ولها سيناريو يعتمد في تحريره على مجموعة من النصوص الإباحية الجنسية والصور والمشاهد الجنسية والمقتزنة بأصوات جنسية أيضاً، يمارس فيها الجنس بإباحية مفرطة، وتعتمد على أشكال من الانحرافات الجنسية المثيرة للغرائز. (عمران. 2008. ص 244)

4-3-الادمان على الإباحية:

إدمان المواد الإباحية سلوك مفرط وقهري يقوم فيه الشخص المدمن بمشاهدة المواد الإباحية مثل أفلام الفيديو والصور ومواقع الإنترنت، وهي حالة لها آثار سلبية كبيرة بدءاً بالتأثير في السلوك الجنسي المعتاد للشخص وتغييره.

الفصل الثاني

العلاج المعرفي السلوكي

- 1-تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- 2-نظريات العلاج المعرفي السلوكي
- 3-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 4-أساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي
- 5-أهداف العلاج المعرفي السلوكي
- 6-فاعلة العلاج المعرفي السلوكي.

1-تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

❖ يعرفه بيك: العلاج المعرفي السلوكي على أنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ هي: العمليات المعرفية (تفكير، تخيل، تذكر، ادراك.) ذات علاقة بالسلوك المختل الناتج وظيفيا. تعديل هذه العمليات يكون وسيطا هاما لإنتاج تغير في السلوك المختل الناتج عن نماذج تفكير منحرفة، ثم الإبقاء عليها وهي أي مصادر معرفية سلبية وغير واقعية أو توقعات سلبية. (قطراني، 2021، ص22)

❖ تعريف جلاس وشيا: ان العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة، والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات الانفعالية ويهدف هذا الأسلوب الى اقناع الفرد أن معتقداته غير المنطقية، وتوقعاته، وأفكاره السلبية، وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الفعل الدال على سوء التكيف، وذلك بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرف أكثر ملاءمة للتفكير، وذلك من أجل احداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى الفرد. (قطراني، 2021، ص 22)

❖ يعرفه لويس كامل مليكة: على أنه أحد المناهج التي تهدف لتعديل السلوك الظاهري لدى العميل من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على مهارات المواجه، التحكم في القلق، وأسلوب صورة الذات - المثالية، التحصين ضد الضغوط، التدريب على حل المشكلات، وقف الأفكار السلبية والتعليم الذاتي، وأسلوب بيك المعرفي في علاج الاكتئاب والقلق. الخ. (قطراني، 2021، ص 22)

2-نظريات العلاج المعرفي:

2-1-النظرية العقلانية الانفعالية:

قدم ألبرت أليس نظرية العلاج العقلاني معتمدا على جانبين أساسيين في الشخصية أولهما العقل والانفعال، حيث اعتبر العقل هو المسؤول عن الجانب الانفعالي، وان الاضطرابات الانفعالية والنفسية وتعود الى التفكير غير المنطقي أو غير العقلاني ويرى أن تعاسة الفرد وتوتره ترجع الى ادراكه المشوه وتفكيره اللامنطقي وبذلك يعتبر ألبرت أليس التفكير والانفعال عمليتان متكاملتان.

يعتمد الي في أسلوبه العلاجي على العلاقة التفاعلية بين العمليات النفسية، فالمعرفة والسلوك والانفعال غالبا ما تتشابك مع بعضها البعض مشكلة خبرة ذات معنى وذلك وفق نظرية (أ). (ب). (ج).

وتمثل (أ) الحادثة المنشطة، و(ب) طريقة التفكير (المعتقدات) و(ج) النتائج السلوكية والانفعالية، كما يعتقد اليس أن الاحداث ليست هي السبب وبذلك يكون الهدف من العلاج تحدي الاعتقادات غير المنطقية وتصحيحها والمتمثلة خاصة في ثلاث احتمالات:

- يجب علي أو يتحتم علي أن أؤدي جيداً.
- يجب على الآخرين معاملتي برفق.
- يجب على المحيط الخارجي أن يكون دائماً على استعداد لمنحي ما أطلبه أو ما أريده. (مشاشو.

(2018، ص 40)

2-2- نظرية التدريب على تعليم الذات (ميكينيوم):

لقدر ركز ميكينيوم على أهمية الحوار الداخلي عند الانسان وتأثيره في العمليات الادراكية وكيف يمكن بتغيير وتغيير التفكير والمشاعر تعديل السلوك، واستخدم لذلك اسلوب التوجيه الذاتي، وهو ان يعطي الحالة تعليمات لنفسه لكي يغير من سلوكه.

واعتمد ميكينيوم في ذلك على الافتراض المتمثل في أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم هي التي تحدد الأفعال التي يقومون بها.

من خلال ما سبق يتضح لنا ان العلاج وفق منهج ميكينيوم يهدف الى اعادة بناء البنية المعرفية للحالة من خلال جعله يدرك العلاقة بين أحاديثه الذاتية وسلوكه.

وتتكون عملية العلاج عنده من ثلاث مراحل:

✓ المرحلة الأولى:

مرحلة مراقبة الذات وفيها يتعلم الحالة كيف يتحدث وكيف يعبر عن سلوكه وبمساعدة المعالج الذي وجب عليه معرفة طرق العزو عند الحالة وعباراته التي يوجهها نحو ذاته كي يساعده على اجتتاب التفكير السلبي.

✓ المرحلة الثانية:

في هذه المرحلة يؤثر حديث الذات الجديد في البنية المعرفية للحالة، وإذا كان المطلوب تغيير السلوك فينبغي أن يولد ما يقوله لنفسه سلسلة من سلوكات جديدة وعليه بذلك اختيار سلوكات غير المتكيفة.

✓ المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة التغيير فيما يؤدي الحالة مهمات تكيفية جديدة خلال حياته اليومية ليكون التركيز على ما يقوله الحالة لنفسه حول السلوكات الجديدة التي تعلمها وعلى نتائجها التي ستبقى وستعمم على المواقف الأخرى. (مشاشو، 2018، ص 41)

2-3- نظرية العلاج المعرفي السلوكي (آرون بيك):

يرى آرون بيك أن المدارس المعاصرة تستهين بقدرة الحالة في فهم نفسها بنفسها وعلى حل مشكلاته بما لديه من قدرات عملية وبذلك تدفع الحالة الى الاعتقاد بانه عاجز عن علاج نفسه وعليه طلب المساعدة من المعالج المحترف في كل مشكلة تواجهه.

كما ترى هذه المدارس أيضا أن الاضطرابات النفسية تنتج عن أسباب خارج نطاق فهم الحالة وانه لا يمكن استخدام طرق سهلة يعالج بها الحالة مشاكله اليومية مع قليل من التوجيه، لذلك يعتقد بيك أن هذه الاتجاهات هي في حد ذاتها تعتبر عائق امام المعالج النفسي في حين أن العلاج المعرفي يعطي لأهمية كبيرة لمنطقة الوعي عند الانسان، ويعتبرها المنطقة التي تتيح لنا تحفيز الحالات للانتباه للأفكار اللامنطقية.

لقد تزايد الاهتمام منذ السبعينات بمنحى ادخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللاعقلانية.

يركز العلاج المعرفي السلوكي على تعديل أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين وحسب بيك فان سبب السلوك غير المتكيف تشوه في البنية المعرفية وقد ميز بين مستويين من المعرفيات المختلفة وظيفيا:

✓ الأفكار الآلية (الأوتوماتيكية): وهي المعرفيات التي تبرز عندما يكون الفرد في حالة ما، وهي أفكار تلقائية لا تكون عرضة للتحليل العقلاني، وغالبا ما تركز على منطق خاطئ، وهذه الأفكار التلقائية يمكن الوصول اليها من خلال أساليب الحوار المستخدمة في العلاج المعرفي وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ والتفكير التلقائي أو التشوهات المعرفية.

✓ المخططات أو المعتقدات: هي بناءات معرفية افتراضية عميقة تنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط وتساعد في فهم التجارب الحياتية اليومية.

وهي ليست بناءات منظمة تتطور عبر تجارب الطفولة المبكرة والتأثيرات التقييمية الناتجة عن التوجيه والتعليم فقط، انما تراكم لتجارب المرء ولما تعلمه ضمن محيطه الأسري والاجتماعي، ان هذه

المخططات يمكن الاستدلال عليها من خلال سلوك الفرد أو من خلال أفكاره التلقائية. (مشاشو، 2018، ص 42)

3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

• **المشاركة العلاجية:** وجوب توفر التعاون بين المعالج والحالة، يتطلب اتصاف المعالج بخصائص تساعد على تحقيق أغراضه العلاجية والتي نذكر منها التقبل والتفهم. (مشاشو، 2018، ص 45)

• **بناء الثقة:** يرى بيك أن بناء الثقة بين طرفي العملية العلاجي يتطلب تجنب المعالج للأسلوب التسلفي والحكم المسبق بل وعليه نقل رسالته الى الحالة مفادها (ان لديك أفكار معينة تضايك، هذه الأفكار قد تكون صحيحة، وقد تكون غير ذلك فدعنا نتفحصها) وهذا الموقف المحايد يشجع الحالة على أن يعبر عن افكاره الخاطئة ليتم بعد ذلك تقويمها. (مشاشو، 2018، ص 45)

• **اختزال المشكلة:** وذلك اعتمادا على ثلاث خطوات

- التعرف على المشاكل ذات الاسباب المتشابهة وتجميعها معا.
- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب.
- تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض

• **تعلم التعلم (تعلم كيف نتعلم):** ان طريقة حل المشكلات في العلاج النفسي تعني تعلم طرق جديدة لمعالجة المشكلات وهي تنقل المسؤولية من المعالج الى الحالة حيث تدفعه دفعا مباشرا الى مواجهة مصاعبه وهي بذلك تزيد ثقته بنفسه وترفع من تقديره لذاته. (مشاشو، 2018، ص 45)

4- أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي:

○ **تحديد الأفكار السيئة التكيف (تحديد الأفكار الخاطئة والافتراضات التي تقف خلفها):**

يقوم المعالج بالتعرف على هذه الأفكار اللاعقلانية والمختلة واستخراجها ثم يطلب تسجيل المريض لأفكاره السلبية مما يساعد ذلك على تحسين قدرته على اختبار الواقع، وجعله مراقبا لنفسه وسلوكه وأحاديثه الذاتية، بصورة صحيحة، ويساعده ذلك على مساعدة نفسه بنفسه في العلاج. وتستخدم الفنيات التالية في تحديد الأفكار والافتراضات التي تقف خلفها:

- فنية التساؤلات الموجهة.

- فنية الحوار التدعيمي. (نوفل، 2016، ص 86)

○ الأحاديث الذاتية:

يقصد بالحديث الذاتي هو ذلك النوع من حديث النفس الذي يأخذ الحث والتوجيهات والطلب، وهو أسلوب يقوم به الفرد بنفسه لتعديل الفكر والسلوك، ودور المعالج في استخدام هذه الفنية هو مساعدة العميل على استخدام الحوار الداخلي، وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والاسراع في الأمور، وتعد وسيلة للتخلص من المشكلات بالتحدث الى الذات بطريقة أكثر ايجابية بدلا من الطريقة الانهزامية والسلبية للحديث النفسي للذات، كما أن فكرة الحديث الذاتي تقوم على طريقة تحدثنا الى أنفسنا يؤدي الى تحكمنا في سلوكنا بنفس الطريقة التي نستمع فيها لأناس آخرين يؤثرون فينا وبدلا من التأثير الخارجي يؤثر الفرد بنفسه في ذاته، ويقوم بعملية تفكير عقلانية حيث يتحدث هو مع نفسه وكأن هذا الحديث يأتي من شخص آخر. (نوفل، 2016، ص 94)

○ أداء الأدوار وأخذ منظور الآخرين:

يعد لعب الدور منهجا من مناهج التعلم الاجتماعي الذي يمكن من خلاله تعليم الفرد جوانب كثيرة من المهارات الاجتماعية. كما يكون مدخلا فاعلا لتحرير الفرد من مشاكل سلوكية وهي خطط المحاكاة في موقف يشابه الموقف التعليمي وتتخذ صورتين الأولى: في الموقف الفردي حيث يطلب من المريض أن يقوم بدور المعالج، ويقوم المعالج بدور المريض. (نوفل، 2016، ص 94).

○ ملئ الفراغ:

من الاجراءات الأساسية لمساعدة العميل على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الاحداث الخارجية وردود الأفعال واتجاهها. وقد يذكر العميل أحيانا عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له. ففي هذه الحالة تكون هناك دائما فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة العميل أن يفهم سر كدره الانفعالي اذا امكنه أن يتذكر ويسترجع الافكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (الزعبي).

○ الواجبات المنزلية:

هي مجموعة من المهارات والأنماط السلوكية، يتم من خلالها تعليم الشخص بعض المهارات والأساليب الجديدة لمواجهة المواقف الصعبة، والغير محتملة، وتطبيق هذه المهارات خارج الجلسات العلاجية، وتحدد الواجبات المنزلية عقب كل جلسة. وتعتمد تلك الفنية على التدريب والممارسة، والتي يتم من خلالها الممارسة الميدانية للتغير الفعلي للعميل، ويستخدم فيها أسس متعددة مستهدفة لمساعدة العميل على استيعاب المعارف.

ويتم مراجعة هذه الواجبات في بداية الجلسة التالية، وقد تكون هذه الواجبات سلوكية أو معرفية، وتعد الواجبات المنزلية الدعامة الأساسية التي يعتمد عليها العلاج المعرفي السلوكي، لأنها تزيد من فعاليته.

وان نجاح مهام الواجبات المنزلية يعتمد على محاولات المريض اكمالها، كما يرتبط نجاح العلاج ارتباطاً موجب وداًل بأداء الواجبات المنزلية، وأصبحت الواجبات المنزلية تدمج على نطاق واسع ضمن المعالجات النفسية.

○ فنية التعرض التخيلي:

تستخدم هذه الفنية اذا كانت هناك أحداث ومواقف يصعب التعرض الفعلي لها ويصعب واستحضارها في موقف فعلي كإشعال الحرائق، والقتل، والحوادث والحروب، ولذا يفضل تخيل، والابقاء عليه حتى التعود واضعاف القلق، وتستخدم فنية الاسترخاء تمهيدا لفنية التعرض التخيلي، ثم يطلب من العميل تخيل الموقف (بدلاً من مواجهته واقعياً)، ويمكن استخدام تسجيلات مرئية أو صوتية، لتساعد المريض على التخيل للحوادث المثيرة للخوف أو القلق، ويتعين عليه أن يسمعها على فترات متتابة في الجلسة الواحدة، ويلاحظ عدم ظهور الأعراض الفسيولوجية على الفرد في التعرض التخيلي. (نوفل، 2016، ص 97، 98)

5-أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف العلاج المعرفي السلوكي الى التعرف على التفكير المختل وظيفياً (التشوهات المعرفية) ثم اختيار الفرضيات التي تكونت (المخططات) واختيار الافضل بين فروض بديلة تكون أكثر واقعية ومنطقية، والهدف الثاني هو التركيز على العلاقات المتبادلة مع الآخرين وهذه العلاقات هي المحور الاساسي في العلاج المعرفي السلوكي، اما الهدف الثالث فهو تعلم الحالة الاستجابات والسلوكات متكيفة مع الواقع. وبذلك تكون لأهداف العلاج المعرفي السلوكي حسب بيك وميكنيوم:

1. تعليم الحالة كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية.
2. مساعدة الحالة على أن يكون واعياً بما يفكر له.
3. مساعدة الحالة على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
4. تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب
5. تعليم الحالة كيفية تقييم افكارها وتخيالاتها خاصة تلك التي ترتبط بمشاكلها.

6. تحسين المهارات الاجتماعية للحالة من خلال تعليمها حل المشكلات.
7. تدريب الحالة على توجيه تعليمات للذات ومن ثم تعديل السلوك وطريقة التفكير باستخدام الحوار الداخلي.

6-فعالية العلاج المعرفي السلوكي ومدته:

تميز العلاج السلوكي المعرفي بعدة خصائص جعل منه نظام علاجي نفسي ناجح وتتمثل هذه الخصائص كما ذكرها هالس:

- 1) نظرية شاملة.
- 2) دعم النظرية بالملاحظة والتجربة.
- 3) نظرية جاهزة للتنفيذ اعتمادا على المبادئ النظرية.
- 4) امكانية الملاحظة والتجربة.
- 5) الجلسات العلاجية لا تتعدى 20 جلسة يوزعها المعالج على جدول زمني.

(مشاشو، 2018، ص53)

الفصل الثالث

الادمان على الاباحية

- 1-تعريف الادمان على الاباحية
- 2-معايير الادمان على الاباحية
- 3-مستويات الادمان على الاباحية
- 4-التأثيرات السلبية للتعرض للمضامين الاباحية (المشاهدة)

1-تعريف الادمان على الاباحية:

هي الادمان على الاستخدام المفرط للإنترنت والمواد الاباحية بحثا على مشاهدة الافلام الفاضحة والفاحشة للجنس سواء كانت صور أو فيديوهات.

أو بمعنى الابحار المفرط في المحتويات الاباحية على الانترنت. (تليس. 2022. ص 12)
-سلوك مفرط وقهري يقوم به الشخص المدمن بمشاهدة المواد الاباحية مثل الافلام والفيديوهات والصور على مواقع بالإنترنت.

2-معايير الادمان على الاباحية:

- فشل متواصل لمقاومة الدوافع لمشاهدة الاباحية.
- مشاهدة الاباحية أكثر كثافة وأطول من اللازم.
- محاولات متكررة لكن غير ناجحة للتوقف أو التقليل أو السيطرة على السلوك.
- كمية من الوقت غير محدودة مخصصة للمشاهدة وإشباع سواء عن طريق العادة السرية أو مع شخص آخر.
- الشعور بالاندماج بالتخيل والأفكار الجنسية.
- مشاهدة الاباحية تأخذ وقتا مهما بعيدا عن الواجبات العملية أو الأكاديمية أو المنزلية أو الاجتماعية.
- التساهل - الحاجة بمرور الوقت إلى إباحية أكثر كثافة أو تكرارا للحصول على النتائج المرجوة.
- التقليل عمدا من النشاطات الاجتماعية والوظيفية والترفيهية لترك الوقت مفتوحا لإيجاد ومشاهدة الاباحية.

•الانزعاج أو الضيق أو الغضب لعدم التمكن من مشاهدة الاباحية (علامات التراجع):

- الدوخة
- ألام في الجسد
- صداع
- الأرق
- عدم الراحة
- قلق
- تغيرات في المزاج

• اکتئاب. (سکینر. 2010. ص 25)

3-مستويات الادمان على الاباحية:

المستوى الأول: التعرض الخفيف لمدة مرة أو مرتين في السنة ولا يؤثر على الحياة العادية.

المستوى الثاني: لا يعني أن الشخص أصبح مدمنا لكن الفضول زاد لتعرض الاباحية، نسبة المشاهدة سنويا لا تتعدى الست مرات والوقت المخصص لها لا يزال محدودا.

المستوى الثالث: التعرض للإباحية هو على حدود ما بين مشكلة متفاقمة وسلوك اضطراري وهو مؤشر للإدمان، هنا يصبح التماذي قليلا بحيث يصبح تعرضهم للإباحية مرة واحدة في الشهر فيصبح الامر لا يطاق فيستسلمون ومن المرجح هنا أنهم يواصلون المشاهدة ليوم أو يومين قبل التوقف من جديد، يعتقدون ان هذه ليست مشكلة وانه بإمكانهم السيطرة والتغلب عليها ويحاولون تعديل سلوكهم.

المستوى الرابع: يبدأ الشخص بزيادة ملاحظة التخييلات الجنسية، ومحاولات للسيطرة عليها، مما يؤدي الى أعراض انسحاب اقوى عند الاقلاع، (د. عبد الجواد. ص 4)

يصبح التأثير على العديد من مظاهر حياة الفرد قويا جدا، بحيث يصبح المنغمسون يطرحون التساؤل - لماذا نفكر بهذا القدر من الاباحية؟

سلوكهم يتأثر، بل حتى قدرتهم على التفكير والتركيز على دراسة والعمل وحياتهم.

(تليس. 2022. ص 15 - 17)

المستوى الخامس: في هذا المستوى تبدأ الاباحية بالتأثير على الحياة اليومية فالمنغمسون يقضون فترات زمنية مهمة كل اسبوع وهم يفكرون في الاباحية.

يشاهدون ثلاث أو خمس مرات أسبوعيا.

تصبح الاباحية من اهم سبعة امور يفكرون فيها كل يوم حيث تصبح تؤثر على حياتهم بشكل قوي، وقد ينتج عن ذلك فقدانهم لمجالات في حياتهم كانت يوما ما مهمة بالنسبة لهم.

مشاهدة أكثر مما يولد لهم الشعور بالإرهاق والاستهلاك.

المستوى السادس:

تسيطر الاباحية على حياة الفرد وتصبح الايام التي لا يشاهد فيها الاباحية نادرة ويلاحظ زيادة في الوقت الذي يفكر فيه بالإباحية والأمور الجنسية بعد أن كانت الاباحية مجرد تسلية تصبح أكثر من ذلك بكثير. تصبح ادمانا اضطراريا. في هذا المستوى تصل المشاهدة يوميا.

المستوى السابع:

- مشاهدة يومية للإباحية.
 - يتقادم الأمر والشعور بالعجز واليأس.
 - تصبح المشاهدة أكثر تعمقا يمكن أن يرافقها العنف أو الاغتصاب.
 - الالهم للمدمنين على الإباحية هو تنفيذ تخيلاتهم ويصبح من شبه المستحيل السيطرة على أنفسهم
 - تفقد القدرة على التراجع، يصبح الكذب سلوكا متواصلا وشبه يومي بقصد تغطية ما يقوم به.
- (سكينر. 2010. ص 30، 31)

4-التأثيرات السلبية للتعرض للمضامين الإباحية (المشاهدة):

■الادمان على العادة السرية:

- تعني قيام الفرد بالجنس مع نفسه: اي مداعبة أعضائه الجنسية كعملية بديلة للجماع الجنسي.
- تنتشر هذه العملية عند الذكور أكثر من الاناث خاصة في سن المراهقة.
- وتؤدي ممارسة العدة السرية أكثر من اللازم الى: ظهور تقرحات على الأعضاء التناسلية.
- نوم القزيب وضعف الانتصاب وذلك بسبب الانتاج الزائد للسوائل في الانسجة.

■تأثيرها على الدماغ:

هو المسؤول عن الاثارة الجنسية وقد وضع (د. محمد عبد الواحد) التغيرات الدماغية التي ترصدها في حالات الادمان سوى كانت تعاطي المخدرات أو الادمان السلوكي.

-تبلد الاحساس: هو ضعف وخدر في الاستجابة للمتعة.

انخفاض في افراز الدوبامين والتغيرات الاخرى التي تحدث في الدماغ تجعل المدمن أقل حساسية لمتع الحياة اليومية.

-الحساسية المفرطة:

- اذ يسجل الادراك اللاوعي ذكريات راسخة للمتعة، بحيث كلما استرجعت هذه الذكريات ينتج عنها تحفيز وتوق شديدين للمتعة ذاتها.

الروابط العصبية التي استحدثت في الدماغ بسبب الادمان على مشاهدة المرئيات الجنسية تؤدي الى اشغال الدائرة العصبية للمكافأة، وبالتالي تجعل الادمان أشد جذبا لاهتمام المدمن من كل الأنشطة الأخرى في حياته وبشكل قهري.

- خمول في نشاط الفص الجبهي للدماغ:

حيث يقل النشاط العصبي في المنطقة الجبهية في دماغ المدمن مما يؤدي الى ضعف قوة الارادة لديه في مواجهة الشوق الشديد الذي ينتابه على مستوى الادراك اللاوعي. (تليس. 2022. ص 75)

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية

1-منهج الدراسة

2-أدوات جمع البيانات

3-العينة

4-البروتكول العلاجي المعرفي السلوكي المقترح لعلاج ادمان الاباحية
لدى المراهقين.

1-منهج الدراسة:

ان مصطلح المنهج يطلق على الاسلوب الذي يجب اعتماده في تناول المباحث النظرية أو اجراءات البحوث العلمية. وتقوم الطريقة على مبادئ خاصة أو منطلقات أساسية لها علاقة بمنهج البحث وانتظام التفكير حسب قواعد علمية ومنطقية معينة وهناك أنواع متعددة من الطرائق التي يجري استخدامها في مجالات البحث والاستكشاف العلمي. (فالق.2021.ص 123)

يعود استخدام الباحث لمنهج دون اخر لطبيعة موضوع الدراسة التي تفرض عليه نوعية المنهج الذي يجب استخدامه، وبما أن موضوع الدراسة الحالية يتضمن فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين استخدم الباحثون منهج بحث تصميم الحالة المفردة.

والذي يعد من أكثر الأساليب التجريبية الاكاديمية عملية وفائدة في الوقت نفسه، حيث تؤدي الى التوصل الى معلومات علمية صادقة ويوفر هذا النوع من المناهج البحثية الدقة العلمية والاستراتيجية البحثية المؤدية الى الحصول على بيانات موضوعية حول نتائج العلاج. (فالق. 2021. ص124)

يقوم منهج الحالة المفردة على مبدأ أساسي وهو أن الفرد هو الذي يسلك وليست الجماعة (معمرية. 2019. ص1). حيث يقارن أداء الفرد نفسه في مرحلة من الخط القاعدي بأدائه في مرحلة العلاج، بهدف توضيح وتأكيـد العلاقة الوظيفية بين طريقة العلاج والتغير في السلوك المستهدف أي مقارنة سلوك الفرد قبل المعالجة بسلوكه بعد المعالجة وتوضيح ما اذا كان السلوك في مرحلة العلاج قد تغير عما كان عليه في مرحلة قبل العلاج. (معمرية. 2019. ص 11)

1-1-التصميم التجريبي:

اعتمد وارتكز الطالبات في هذه الدراسة على التصميم التجريبي (أ. ب). أحد التصميمات التجريبية في منهج بحث الفرد الواحد، حيث (أ هو خط القاعدة، ب هو المعالجة)، يهتم الباحث في هذا التصميم بتعريض نفس الفرد الى إجرائيين (مرحلتين أو طرفين) الاجراء الأول قبل المعالجة، ويدعى مرحلة خط القاعدة، ويرمز لها ب أ. وخلال هذا الاجراء يقوم الباحث بملاحظة سلوك الفرد بشكل متكرر وقياسه لعدة مرات حتى يتأكد أن السلوك المعني ثابت في ظهوره بصفته اضطرابا وسلوكا غير مرغوب فيه. وبعد ذلك يعرض الفرد لمعالجة من نوع معين (علاجي، ارشادي، تدريبي) تعرف بالرمز ب. وخلال تطبيق أو بعد تطبيق كل معالجة، يلاحظ سلوك الفرد المضطرب مباشرة بعد المعالج. (معمرية. ص 13).

القياس القبلي ← البروتوكول → القياس البعدي

البروتوكول

2- أدوات جمع البيانات:

2-1-المقابلة العيادية:

تعرف بأنها الأداة الرئيسية التي يستخدمها النفسي في كل من التقييم والعلاج، تكشف عن الاهتمامات والمشاكل والمشكلات كما يخبرها العميل، فيصور عالمه الظاهري وقيمه الشخصية وتصوراتهِ والأمال والمخاوف التي يعيشها.

ويعرفها بنجهاً بأنها المحادثة الجادة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها، وينطوي هذا التعريف على عنصرين رئيسيين هما:

أ - المحادثة في موقف مواجهة، ويرى " بنجهاً " أن الكلمة ليست هي الوسيلة الوحيدة للاتصال، بل خصائص الصوت وتعبيرات الوجه، ونظرة العين والهيئة والاياءات، والسلوك العام.

ب - وجود هدف محدد وواضح شرط أساسي لقيام علاقة حقيقية بين القائم بالمقابلة والمفحوص.
(لوجان. 2021. ص 93).

وقد تم الاعتماد على المقابلة العيادية كأداة دائمة لجمع أكبر عدد من البيانات حول المتعالج في جميع جلسات البروتوكول العلاجي المقترح وبهدف إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمتعالج ومن أجل المرافقة المباشرة في تطبيق العلاج أثناء الجلسات لضمان السيورة الحسنة للعلاج.

2-2-اختبار تحديد الادمان على الاباحية:

● يظهر هنا تحدي في تقييم الادمان على الاباحية لأن أغلب أدوات تقييم هذا الادمان قد تم اعتمادها من معايير السلوكيات الادمانية الأخرى، أغلب أدوات تقييم الادمان المتعلقة بالجنس جديدة نسبياً، فعمر معايير تقييم الادمان على الجنس مثلاً أقل من عشر سنوات ولا زالت لا تشكل جزءاً من دليل التشخيص لاختصاصي الصحة العقلية، وبعد مراجعة العديد من اللوائح التي تقيم الادمان وبعد التعرف على المجالات الأساسية التي تشكل الادمان أعتقد أن لائحة الدكتور باتريك كارنز مفيدة جداً ولقد اعتمدت اللائحة على مجموعة من المعايير المذكورة اعلاه فيما يخص الادمان على الاباحية. (سكينر. 2010. ص 23، 24)

باستخدام المعايير المذكورة اعلاه والخبرة السريرية توصل سكينر الى تطوير اختبار لتقييم الادمان على الاباحية. هذا الاختبار يحدد المستوى الشخصي للفرد في انغماسه في الاباحية ويستكشف سبعة مستويات من الانغماس أو الادمان على الاباحية (سكينر، 2010. ص 25)

اعتمد الباحثات هذا الاختبار لقياس ادمان الاباحية لدى المراهقين وهو موجود في ملحق هذه الدراسة. واعتمادا على استعمال وتطبيق هذا الاختبار على المفحوص (المتعالج) يتم القياس القبلي والبعدي له حيث يطبق الاختبار قبل بداية العلاج ويعتبر خط القاعدة حسب التصميم التجريبي (أ ب) ويعاد تطبيقه بعد انتهاء مدة العلاج للمقارنة ومعرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح المطبق أثناء سيرورة العلاج.

3-العينة:

•العينة قصدية ومستهدفة لفئة المراهقين ذكورا أو اناثا كانوا.

•الفئة العمرية: من 13 سنة الى 21 سنة.

•الجنس: ذكر أو أنثى.

•نوع المشكلة: الادمان على الاباحية (المستوى السادس والسابع)

4-البروتكول العلاجي المعرفي السلوكي المقترح لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين

4-1-تعريف البروتكول العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

- اعتمادا على ما سبق قامت الباحثات في هذه الدراسة بإعداد بروتكول علاجي معرفي سلوكي مقترح لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين. يتمثل في مجموعة من الخطوات الاجرائية المبنية والمُسندة على أسس ونظريات العلاج المعرفي السلوكي، وعلى مجموعة من الأساليب والفنيات الموجودة في هذا العلاج ك " اعادة البناء المعرفي " و " التعرف على الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية) والعمل على تصحيحها " و " اسلوب ملئ الفراغ " " الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه " (أرون بيك) وتقنيات "البرت أليس " المعرفية والعاطفية الانفعالية وأسلوب التحصين ضد الضغوط (هربرت ميكنباوم). بهدف:

التخفيض من السلوك الادماني للمراهق على المشاهدات الاباحية ومساعدته في الاقلاع عنها.

تخطيط العلاج (الخطة العلاجية)، كما استند البرنامج الى مبادئ منها:

■قابلية الأفراد على التغيير.

■امكانية تدريب المتعالج كي يكون ملاحظا جيدا لسلوكه وقادرا على تحديد مشكلاته والاستبصار

بها.

■امكانية مساعدة المتعالج على تحقيق التغيير المعرفي والانفعالي والسلوكي.

4-2- أهداف البروتوكول:

- الأهداف العامة:

يهدف البروتوكول العلاجي الى اختبار مدى ملاءمته في علاج الادمان على الاباحية، واكساب الفرد مجموعة من المهارات والاساليب المختلفة التي تساعد على التصدي وتحصنهم من الوقوع في الادمان مرة اخرى

-التخفيض من سلوك الادمان على الاباحية لدى المتعالج.

-مساعدة المتعالج على تنمية الدافعية للإقلاع عن المشاهدات الاباحية.

-مساعدة المتعالج على الوصول للعلاج النهائي والانقطاع التام للإدمان على الاباحية.

- الأهداف المرحلية:

-الامام بالمفاهيم الأساسية للإدمان.

-الامام بالمفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

-التعرف على الأفكار السلبية والعمل على التعلم والتدرب للتعامل معها بغرض تصحيحها

وتعديلها.

-تعديل وتصحيح الأفكار والاتجاهات المضطربة وظيفيا والتي يمكن ان تؤدي للاضطراب النفسي.

-مساعدة المتعالج في تحديد والتركيز على أفكاره ومعتقداته، وملاحظته لما هو غير واقعي منها

وغير عقلاني ومن ثم التخلص منها.

4-3- جلسات البروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي المقترح:

الجلسة التمهيدية (الافتتاحية)	الجلسة التمهيدية
تأسيس وبناء العلاقة التعاونية مع المتعالج	موضوع الجلسة
التقييم والفحص والتشخيص. فهم مشكلة المتعالج تعارف بين المعالج والمتعالج. التعريف بمبدأ البروتوكول العلاجي. عقد اتفاق على كيفية سير الجلسات العلاجية. تطبيق اختبار تحديد الادمان على الاباحية التقييم القبلي.	الهدف من الجلسة
الحوار والمناقشة -	التقنيات والاساليب
الترحيب بالمتعالج في جو من الألفة والتقبل. تقوم المعالجة بمناقشة المتعالج (ة) حول جدول مواعيد الجلسات وتحديد المواعيد القادمة على ان تكون جلسة علاجية خلال الاسبوع. مناقشة كل ما يخص الخطة العلاجية واتاحة فرصة للمتعالج للاستفسار. التكلم عن مستويات الادمان ومعايير وشرحها للمتعالج شرح مبسط لاختبار سكينر لقياس مستوى الادمان الحالي والآني. واجب منزلي: كتابة التوقعات التي يتوقعها من هذا البرنامج. اختتام الجلسة	محتوى الجلسة
مقابلة أسئلة مقياس كيفن سكينر للإباحية. (الملحق 1) سجاد دائري ذو ألوان مختلفة (الملحق 2)	الأدوات المستعملة
50 د	الزمن المستغرق

الجلسة الأولى	جمع البيانات
موضوع الجلسة	جمع البيانات السببية للحالة
الهدف	معرفة الأسباب والعوامل التي أدت للإدمان على الاباحية
التقنيات والأساليب	الحوار والمناقشة
المحتوى	الترحيب بالمتعالمج. التحاور والتكلم حول الادمان على الاباحية والتعرف على الاسباب التي أدت اليها واجب منزلي: الكتابة أكثر عن الاسباب
الأدوات	الاسترخاء (العضلي)
الوقت	45 د

الجلسة الثانية	المراقبة وادمان الاباحية
الموضوع	التفسير البيو- نفسي - اجتماعي للإدمان على الاباحية
الهدف	بناء قاعدة معلومات ذات أساس علمي على مدى تأثير مشاهدة الاباحية على حياة المراهق من جميع الجوانب الحياتية (البيو- نفس - اجتماعية)
الفنيات والأساليب	الحوار السقراطي، المناقشة، الكتابة، الواجب المنزلي
المحتوى	مناقشة الواجب المنزلي توضيح مفهوم المراقبة وشرح خصوصيتها. توضيح التغيرات النفسية والفيزيولوجية المصاحبة لهذه المرحلة. شرح كيفية تأثير مشاهدة الاباحية على الدماغ وخاصة دماغ المراهق. مساعدة المتعالمج في فهم أن الاقلاع عن هذا الادمان سيصاحبه أعراض وربما يواجه الانتكاس. مساعدة المتعالمج في التعرف على كيفية تأثير الاباحية على مشاعره. مساعدة المتعالمج في التعرف على كيفية تأثير الاباحية على علاقاته (العائلة - الأصدقاء ..) تغذية راجعة عن الجلسة
الأدوات المستعملة	عرض فيديوهات، قلم، دفتر للتسجيل، أسئلة، الاسترخاء
التمرينات	واجب منزلي: التدرب على الاسترخاء
الزمن المستغرق	60 د

الجلسة الثالثة	بداية العلاج
الموضوع	تقبل الذات. استكشاف الافكار التلقائية المشوهة حول الذات.
الهدف	التعرف على مفهوم الذات وتقبل الذات التدريب على تقبل الذات التعرف على الذات المثالية التعرف على العلاقة بين تقبل الذات والامتناع عن مشاهدة الاباحية.
التقنيات والاساليب	التعرف على الأفكار التلقائية (الأثوماتيكية) والعمل على تصحيحها. المراقبة الذاتية. تقنية الاعمدة الثلاث الأسئلة السقراطية. الاسترخاء الواجب المنزلي
المحتوى	التحاور حول الواجب المنزلي السابق يطلب المعالج من المتعالج كتابة أفكاره حول نفسه وصفاته المرغوبة والغير مرغوبة بالنسبة له. العمل على التعرف على العلاقة بين تقبل الذات والادمان على الاباحية. التعرف على الصفات المثالية التي يجب توفرها في الشخصية بالنسبة للمعالج. يقوم المعالج بإعطاء المتعالج قائمة بالصفات المثالية للمعالج وكل صفة يقابلها عمودين موجودة أو غير موجودة وهو يحدد عليها الموجود والغير موجود. يقدم المعالج مفهوم العلاقة بين تقبل الذات والاقلاع عن الادمان مناقشة ما حدث خلال الجلسة بين المعالج والمتعالج واجب منزلي
الأدوات	سبورة. قلم. ورقة. بطاقات خصائص الشخصية. الأسئلة، الحوار
التمرينات	الواجب المنزلي: التدرّب والعمل على التمرينات التي تعلمها خلال الجلسة من تقنيات لمواجهة الحياة والواقع وتقبل ذاته كما هي والعمل على تغيير ما يمكن تغييره وتقبل ما لا يمكن تغييره. التدرّب على الاسترخاء. كتابة ورسم جدول الاعمدة الثلاث حول (فكرة - شعور (انفعال) - سلوك)
الوقت المستغرق	60 د

الجلسة الرابعة	المعتقدات الغير صحيحة / قوة المعتقدات وتأثيرها
الموضوع	العمل على استكشاف المعتقدات الخاطئة وتصحيحها
الهدف	البحث عن جذور المشكلة العمل على تغيير الأفكار والمعتقدات التي تقود الى سوء السلوك والادمان
التقنيات المتبعة	مناهضة المعتقدات الخاطئة التقنيات العاطفية الانفعالية: تمارين وتدريبات الهجوم على مشاعر الخجل الأحاديث الايجابية مع الذات استخدام طرق الالهاء الاسترخاء الواجب المنزلي
المحتوى	عن طريق الاسترخاء يمكن ان يستحضر المعالج الى ذهن المتعالج الافكار والمعتقدات التي تساوره حول نفسه مناقشة هذه المعتقدات وكتابتها واحدة تلوى الاخرى العمل على تحدي المعتقدات الغير صحيحة مناقشتها مع المعالج وإدراكها أولاً ثم مناهضتها. العمل على الوصول وتفحص الى أي مدى تؤثر هذه المعتقدات على المتعالج تعلم طريقة كلما حاول معتقد سلبي التسلل الى عقله وفكره سيتحده
الأدوات	دفتر - اقلام ملونة - بالونات (نشاط 2)
تمارينات	واجب منزلي: مجموعة من التمرينات ستكون في جزء الملاحق
الوقت المستغرق	55 د

الجلسة الخامسة	العمل على الأفكار والمعتقدات تكرارا للجلسة الرابعة
الموضوع	العمل على استكشاف المعتقدات الخاطئة وتصحيحها
الهدف	البحث عن جذور المشكلة العمل على تغيير الأفكار والمعتقدات التي تقود الى سوء السلوك والادمان
التقنيات المتبعة	مناهضة المعتقدات الخاطئة التقنيات العاطفية الانفعالية: تمارين وتدريبات الهجوم على مشاعر الخجل الأحاديث الايجابية مع الذات استخدام طرق الالهاء الاسترخاء الواجب المنزلي
المحتوى	عن طريق الاسترخاء يمكن ان يستحضر المعالج الى ذهن المتعالج الافكار والمعتقدات التي تساوره حول نفسه مناقشة هذه المعتقدات وكتابتها واحدة تلوى الاخرى العمل على تحدي المعتقدات الغير صحيحة مناقشتها مع المعالج وإدراكها أولا ثم مناهضتها. العمل على الوصول وتفحص الى أي مدى تؤثر هذه المعتقدات على المتعالج تعلم طريقة كلما حاول معتقد سلبي التسلل الى عقله وفكره سيتحداه
الأدوات	دفتر - اقلام ملونة - بالونات (نشاط 1)
تمارين	واجب منزلي: مجموعة من التمرينات ستكون في جزء الملاحق
الوقت المستغرق	55 د

الجلسة السادسة	التصرف نحو الاقلاع عن المشاهدات الاباحية
الموضوع	السلوكيات والافكار الغير متكافئة
الهدف	التقليل من مشاهدة المواد الاباحية
التقنيات والاساليب	المراقبة الذاتية التقدير المعرفي السلوكي ادخال العوامل المعرفية في حيز واساليب العلاج السلوكي ملئ الفراغ الحوار السقراطي اعادة البناء المعرفي
المحتوى	مناقشة الواجب المنزلي طرح أسئلة من طرف المعالج للمتعالج عن مدى توافق افكاره وسلوكه الحالي مناقشة بين المعالج والمعالج حول السلوكيات والممارسات اليومية التي تدفعه نحو مشاهدة المواد الاباحية مناقشة وحوار حول الممارسات والسلوكيات اليومية التي تبعده عن الاباحية التعاون في رسم برنامج يومي جديد تنمية رغبة المتعالج في الاشتراك في نشاطات جديدة تقييم مدى انخفاض الرغبة في المشاهدة بعد خمس جلسات
الأدوات	الاسئلة - مسطرة تقييم - دفتر التسجيل - اقلام - النمذجة - التعزيز - المناقشة - نشاط توضيح الرؤية
تمارين	واجب منزلي: تحديد المواقف التي تدفعني وتحرضني على مشاهدة المواد الاباحية.
الوقت	55 د

الجلسة السابعة	المعرفة المرتبطة بالتغيير (الانشطة السارة)
الموضوع	مهام تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية
الهدف	الدخول في مرحلة الانقطاع عن مشاهدة الافلام الاباحية
التقنيات	التحويل اسلوب ملئ الفراغ التحصين التدريجي الاسترخاء الاحاديث الايجابية مع الذات
المحتوى	مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة العمل من طرف المعالج على تعليم المتعالج كيفية تحويل اهتماماته الى اعمال ونشاطات اخرى اهم بالنسبة للمتعالج مساعدة المتعالج على اكتشاف مهارات او هواية موجودة لديه من اجل تطويرها وتنميتها يساعد المعالج العميل في ادراج جدول حياتي جديد مليء بالنشاطات ليس به فراغ القيام بجلسة استرخاء مع التحصين التدريجي للتخفيف من خوف المتعالج وقلقه حيال الامر
الادوات	دفتر التسجيل - سبورة - اقلام - اسئلة - مناقشة - عرض فيديوهات -
التمرينات	الواجب المنزلي: التدريب المستمر على الاحاديث الايجابية واسلوب ملئ الفراغ والاسترخاء - وضع قائمة بالأنشطة السارة
الوقت	55 د

الجلسة الثامنة	تنمية الادراك
الموضوع	الوقاية والصيانة من الانتكاس
الهدف	مساعد المتعالج على الحفاظ على المستوى المحقق. العمل على مساعدته للوصول للإقلاع النهائي على ادمان الاباحية التحصين ضد الانتكاس
التقنيات والاساليب المستعملة	التحصين التدريجي التدريب على التحصين ضد الضغوط: تكرار السلوك - التدريب على الكلام - التدريب على المواجهة
المحتوى	مناقشة الواجب المنزلي السابق مساعدة المتعالج على التعرف على مصادر الضغط لديه وتحديدتها مواجهة مصادر الضغط والتعامل معها معرفة الى اي مدى يمكن ان يرتفع مستوى الضغط بالنسبة له مساعدته في تعزيز نفسه او ذاته على أنه قد واجه الضغط التغذية الراجعة
الادوات	مسطرة التقييم - اسئلة - تنفس عميق - تعزيز - النمذجة - الاسترخاء (الاستنساخ)
تمارين	واجب منزلي: تدريب تطبيقي لما تم تعلمه في الجلسة
الوقت	60 د

الجلسة التاسعة	تدرب على ممارسة الانشطة الممتعة وإدارة الوقت
الموضوع	الأنشطة السلوكية السارة والايجابية وكيفية استغلال الوقت
الهدف	معرفة مدى تحسن الحالة النفسية للمتعالج والتعود السلوكي على الأنشطة اليومية الايجابية. تشجيع المتعالج على مواجهة المواقف من خلال التعرض لها تدريجيا. ادارة الذات وضبطها
الفنيات والاساليب	الحوار والمناقشة - تقنية التعريض التدريجي - جدولة الأنشطة السارة والايجابية، اسلوب ملئ الفراغ - حل المشكلات
المحتوى	التعرف على انماط الأنشطة اليومية وضع قائمة الأنشطة السارة التعود التدريجي على ممارستها تنظيم الوقت
الادوات	الاسترخاء، التخيل، النمذجة، التعزيز، الاقلام، الدفتر، مسطرة التقييم (الكرات الملونة)
التمرين	الواجب المنزلي: تطبيق ما تم تناوله فالجلسة
الوقت	60 د

الجلسة العاشرة	مراجعة عامة للجلسات
الموضوع	الجانب المعرفي - الانفعالي - السلوكي - الاجتماعي
الهدف	مراقبة مدى اتقان تقنية تعديل الافكار التلقائية. معرفة مدى تدرب المتعالج على تقنية التنفيس الانفعالي، وكيفية تفسير الخبرات الانفعالية حسب الموقف معرفة مدى اتقان تقنية ممارسة الأنشطة السارة، التعريض للموقف معرفة مدى اكتساب المتعالج لسلوكيات توكيدية للذات ايجابية
محتويات الجلسة	الافكار الاتوماتيكية السلبية وتقويمها المعتقدات السلبية وتقويمها تقويم وتعزيز الانشطة السارة والايجابية التوكيدية والتدريب عليها وتعزيز المشاركة في النشاطات الاجتماعية ضمن المجموعة
التقنيات والاساليب	اللقاء - المناقشة - الاحاديث الايجابية مع الذات - التخيل عقلائي الانفعالي - التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات
الادوات	استمارة تقييمية، القلم، دفتر التسجيل، الكرات الملونة
التمرينات	الواجب المنزلي: التطبيق مرة اخرى في البيت
الوقت	50 د

الجلسة الحادية عشر	اسلوب حياة صحي
الموضوع	القياس البعدي
الهدف	معرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح والنتيجة بعد تطبيقه. المقارنة بين القياس القبلي والبعدي هل هذا البرنامج ذو نجاعة وفعال
التقنيات	الحوار - المناقشة
المحتوى	تطبيق المعالج لاختبار ادمان الاباحية التكلم مع المتعالج حول الوضع الانني والحالي الذي آل اليه بعد العلاج
الادوات	اختبار ادمان الاباحية
التمرينات	سجاد دائري -
الوقت	35 د

الجلسة الثانية عشر	الجلسة الختامية
الموضوع	ملخص عام للجلسات وشكر المتعالج
الهدف	تقديم نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة تحديد يوم من اجل جلسة المتابعة الاولى القادمة (سيكون معدل الجلسات جلسة واحدة في الشهر) تعليم المتعالج وضع خطة للطوارئ اختتام جلسات البروتكول وشكر المتعالج تحديد جلسات المتابع بعد نهاية البرنامج
التقنيات والاساليب	الحوار والمناقشة - الالقاء
المحتوى	اعطاء فرصة للمتعالج للتحدث عن البروتكول قبل وبعد التطبيق التخطيط للوقاية من اللهفة والانتكاس بعد انتهاء الجلسات العلاجية (خطة الطوارئ في الملاحق) تحديد جلسات المتابعة ب ثلاث جلسات بمعدل جلسة واحدة في الشهر انهاء الجلسة
الادوات	اوراق - اقلام - دفتر التسجيل - سجاد دائري ملون
التمرينات	الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق كل ما تم التطرق له في الجلسات العلاجية الى حين الانتهاء من جلسات المتابعة
الوقت	45 د

الجلسة الاولى من المتابعة	الجلسة الثالثة عشرة
متابعة التغير العلاجي	الموضوع
التحقق من استمرارية العلاج	الهدف
الترحيب بالمتعالم التحاور والتناقش على الأسابيع الأربع الماضية الاطلاع على التمرينات التعرف على التغير العلاجي للمريض واجب منزلي: تحديد أهداف جديدة في الحياة	المحتوى
الحوار والمناقشة	التقنيات او الاساليب
نشاط الكرات الملونة - نشاط توضيح الرؤية	الأدوات
45 د	الوقت

جلسة المتابعة الثانية	الجلسة الرابعة عشر
الالتزام بالنمو نحو الشفاء	الموضوع
العيش في اسلوب الحياة الذي يقود الى الشفاء	الهدف
مناقشة الواجب تعلم الالتزام التعبير عن الحالة العاطفية مصارحة الذات	المحتوى
المراقبة الذاتية، الاحاديث الايجابية - الحوار	التقنيات أو الاساليب
الاستعارات - الكرات الملونة	الأدوات
45 د	الوقت

4-4- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

اعتمدت الباحثات لمعرفة فعالية الخطة العلاجية المقترحة حساب كل من الدلالة العملية "حجم التأثير" كأسلوب معرفة مدى فعالية البروتوكول وبالتالي مدى قبوله من عدمه:

حساب الدلالة العملية " حجم التأثير ":

يعبر حجم التأثير بشكل عام عن قوة ومقدار العلاقة بين متغيرات الدراسة وما اذا كان هذا المقدار ضعيفاً أو متوسطاً أو كبيراً، ويمثل مؤشر حجم التأثير الفرق بين متوسطي مجتمعين مقسومة على الانحراف المعياري الكلي للمجتمع وتعطى معادلته في الشكل الأساسي كما يلي:

$$ES = D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{a}$$

حيث: $ES = d$ = مؤشر حجم التأثير.

$U_1 =$ * المتوسط الحسابي لمقياس القبلي

$U_2 =$ * المتوسط الحسابي لمقياس البعدي.

$a =$ * الانحراف المعياري للمقياس القبلي (فالق. 2021. ص156)

4-5- الأساليب والفنيات المتبعة:

4-5-1- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه تكون دائماً ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية. وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة، ويُدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج. ويرى "بيك" أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب

المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي.

ويشار إلى أن هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها. ونظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق، يحاول بعض المرضى تقاديتها بطريقة ظاهرة أو باطنة. وقد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة، أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً. وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة، كي تستثار الأفكار المفيدة التي يستطع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض. (الزعيبي، ب س، ب ص)

4-5-2- فنية المراقبة الذاتية:

يُقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها؛ لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته.

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته. ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر - 100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، ومن ثم تستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تماماً، فتنزاد السلوكيات المرغوب فيها وتنقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها. (الزعيبي)

4-5-3- فنية المتصل المعرفي:

وفي هذه الفنية يُطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال، يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة. يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و100% (فعال جداً). وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتقيد في التعامل مع التفكير الثنائي (كل شيء أو لا شيء). (الزعبي)

4-5-4- فنية التخيل:

تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما:

- يُكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي.

- يُؤد القلق السلوك التجنبي الذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق، حيث إن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تُحدث ردود فعل انفعالية سلبية، وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبية دفاعية تعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي، الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح. واعتماداً على ذلك، يُطلب في هذا الإجراء من العميل تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه وذلك خلافاً لتقليل الحساسية التدريجي، الذي يشتمل على الانتقال بالعمل تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة؛ حيث يبدأ هذا الإجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق، بل إن المعالج يهول الأمر، وذلك بهدف إبقاء العميل في حالة من القلق الشديد مدة طويلة.

ولقد أشار "بيك Beck" إلى أن فنية التخيل تُستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر العميل استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، كي يستطيع العميل أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره. (الزعبي)

مما سبق ترى الباحثة أن فنية التخيل تساعد العميل في تعلم وإدراك أن تغيير الأفكار (السلبية) التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، يؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى هذه الأفكار وإبدالها بأخرى إيجابية.

4-5-5- فنية الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي؛ إذ إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وذلك يؤثر في طريقة أداء العميل في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً.

وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض، إذا اهتم بإعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض، وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي، بالإضافة إلى توضيح كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة. الواجبات المنزلية تستخدم لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي السلوكي سريعاً، وتعطي فرصة للعميل لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية؛ لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها. كما أنها تُعتبر جزءاً متمماً لنتائج العلاج. (الزعبي)

4-5-6- فنية صرف الانتباه:

تُستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يُطلب من العميل الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية على المدى البعيد، عندما يستخدمه العميل كأسلوب لتجنب الأعراض.

ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج؛ لكي يجعل العميل يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي العميل الأعراض وهو يتحدث مع

شخص ما؛ ففي هذه الحالة بإمكان العميل طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُغطّي المجال البصري للعميل، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل. فقد يطلب المعالج من العميل عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للعميل كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه. (الزعبي)

4-5-7- فنية ملء الفراغ:

من الإجراءات الأساسية لمساعدة العميل على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها. وقد يذكر العميل أحياناً عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له. ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة العميل أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (الزعبي)

4-5-8- فنية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه:

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية، يشترك فيها المعالج والعميل في وضع أهداف العلاج، وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات العميل، بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض. ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السقراطية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته، إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى.

وفي الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية، يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على العميل مباشرة؛ كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير، ويسأل العميل عن مدى موافقته وفهمه لذلك. أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السقراطية توجيه العميل إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق، ومساعدته اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وأخيراً تعزيز العميل على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه)، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.

من خلال هذه الفنية يحصل المعالج على معلومات عن العميل وعن خبراته الفريدة، فهو الذي يستطيع شرح أفكاره، ومشاعره، وهذه المعلومات بدورها تفيد المعالج في تحديد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها. (الزعبي).

4-5-9-فنية الحوار الذاتي:

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية. فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم، التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب. (الزعبي).

4-5-10-فنية النمذجة:

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب المستخدمة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية، وذلك من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتداء بها. فالمعالج يعرض على العملاء النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم فيقومون بتقليدها بعد ملاحظتها مع تعزيز أدائهم للسلوك. ومن استخدامات النمذجة زيادة السلوك الإيجابي وخفض السلوكيات العدوانية غير المرغوبة. (الزعبي)

4-5-11-فنية التدريب على حل المشكلات:

هناك عدة مراحل يجب اتباعها في أثناء حل المشكلة المطروحة وهي:

- مرحلة إدراك وجود المشكلة: وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً -مضطرباً- مثاراً...الخ. فالمثير يذكر بأنك قلق فهناك شيء ما غير سليم.
- خفض الإثارة: عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف وفكر قبل أن تتصرف)، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة؛ لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.

- وضع صياغة للمشكلة: من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال مسبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف.

- التفكير بطريقة الحل البديل: يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها.

- التفكير بالعواقب: فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواءً أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكيف عن هذا الفعل.

- مهارة التفكير العلمي: وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة؛ مثل لماذا؟ كيف يمكن؟... الخ فهذه مهارة.

4-5-12-تقييم النتائج: من خلال النظر إلى السبب والنتيجة والعلاقات بينهما، التعلم من النتائج وهل وصلت إلى اختيار جيد أم لا، تعلم الأخطاء، تجنب لوم الذات على محاولة تغيير التفكير الضعيف غير المجدي، تعلم القيمة الاستراتيجية لحل المشكلات. (الزعبي).

4-5-13-فنية التدريب على الاسترخاء:

إن الاسترخاء يُعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار؛ بل وما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية (فسيولوجية) مثل قرحة المعدة وأمراض القلب. فنجد أن بعض العلماء يُرجع مرض السرطان إلى هذه الضغوط. ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع عملائه في مرحله مبكرة جداً من العمل معهم؛ لأنه يعمل على تهدئة الفرد. ويستغرق التدريب على الاسترخاء من 20 إلى 35 دقيقة، يقوم بها الفرد وهو جالس على كرسي مريح أو مستلق على ظهره في كرسي بظهر متحرك. ويضاف إلى الاسترخاء عنصر معرفي وذلك عندما يقوم الفرد بالتركيز على المجموعات العضلية حتى لا يشتت انتباهه، ويطلب منه أيضاً التنفس بعمق، حتى يصبح التنفس إشارة لتعميق الاسترخاء في الجلسات.

ويعتبر عالم النفس الأمريكي "جاكوبسن Jacobsen" من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسدياً ومسترخياً نفسياً في آن واحد.

ومما سبق نرى هناك علاقة تلازميه قوية بين التوتر العضلي والتوتر النفسي لدى الإنسان، فإذا زال التوتر العضلي فإن التوتر النفسي يزول. ويعزز هذا المبدأ العلمي قول الرسول صلى الله عليه وسلم عن الغضب: ((إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضطجع)). (الزبي).

4-5-14- ادخال العوامل المعرفية في حيز وأساليب العلاج السلوكي: ويعتمد ذلك على استخدام أساليب التوجيه الذاتي أو الحديث الذاتي أو العوامل المعرفية في حيز العلاج السلوكي وأساليبه المستخدمة في ذلك ومنها اشراط التخلص من القلق والذي يتم خلاله استبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل (اهدأ) ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتي أو تعليمات ذاتية. وإلى جانب ذلك هناك التخلص المنظم من الحساسية والذي يمكن أن يضاف اليه التعريض التخلي للمواقف، ثم أخيرا تعد النمذجة من هذه الأساليب أيضا حيث يقوم العميل بتحويل تلك المعلومات التي يحصل عليها من النموذج الى تخيلات معرفية ادراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك الظاهر ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك الى تغيير السلوك. (لزرع، 2022، ص 6)

4-5-15- التدريب على التحصين ضد الضغوط:

المرحلة الأولى: مرحلة التعليم:

ويعمل المعالج خلالها على تزويد العميل باطار تصوري يمكنه من فهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، وكيف يمكنه أن يتجنبها وذلك من خلال تلك العبارات التي يرددها مع نفسه باستمرار والتي تعتبر بمثابة تعليمات ذاتية على أن تم ذلك بأسلوب بسيط. ويتمثل الهدف من ذلك في مساعدة المريض على فهم المشكلة بشكل عقلائي منطقي. وسوف يساعده ذلك على النظر الى ردود فعله على أنها تتكون من لأربع مراحل هي:

- اعداد نفسه وتهيئتها للتعرف على المصدر الضاغط وتحديدده.
- مواجهة مصدر ارتفاع مستوى الضغط بالنسبة له.
- احتمال ارتفاع مستوى الضغط بالنسبة له.
- تعزيز نفسه أو ذاته على أنه قد واجه الضغط.

المرحلة الثانية: مرحلة التكرار:

ويتم خلالها تكرار المراحل الأربع التي ذكرناها والتي تتكون منها ردود الفعل مع تزويد العميل بأساليب المواجهة التي تتضمن الاجراءات المباشرة وأساليب المواجهة المعرفية. وتضم الاجراءات المباشرة الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة، والاعداد لأساليب الهروب، والتدريب على الاسترخاء، في حين تضم أساليب المواجهة المعرفية إدراك العبارات الهازمة للذات واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة. ومن أمثلة العبارات التي يمكن استخدامها مع كل مرحلة من المراحل الأربع التي تتكون منها ردود الفعل:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط والذي قد يكون الخوف مثلا (المرحلة الأولى)

- استرخي وخذ نفسا عميقا (المرحلة الثانية)

- عندما تشعر بالخوف توقف. (المرحلة الثالثة)

- لقد نجحت (المرحلة الرابعة)

المرحلة الثالثة: مرحلة التدريب التطبيقي:

ويتم خلالها عرض مجموعة من الضغوط التي تهدد أنا الفرد والعمل على مواجهتها باستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية تتضمن التدريب على الكلام، المناقشة، والنمذجة، وتعليمات الذات، وعملية تكرار السلوك والتعزيز. (لزرع، 2022، ص 7، 6)

4-5-16- اعادة البناء المعرفي:

يعد أسلوب اعادة البناء المعرفي من أهم أساليب التدخل النفسي ويهدف الى تعديل وتصحيح الأفكار والاتجاهات المضطربة وظيفيا والتي تؤدي الى الاضطراب النفسي، اذ تعطل تلك الأفكار قدرة الفرد على التعامل لمواجهة خبرات الحياة، وتعطل التناغم الداخلي للفرد وينتج عنها ردود انفعالية زائدة وغير ملائمة فالسلوك اللاتوافقي ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة ويقوم هذا الأسلوب على استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة. (لزرع، 2022، ص 8).

4-5-17- التحويل:

ويعني تحويل اهتمام المتعالج من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب له الاضطراب الى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والاجتماعية.

4-5-18-التحصين التدريجي:

وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجيا. ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في تحديد المشاعر العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك من خلال التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع احداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه الى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول الى موقف محايد، أي أن تلغي العلاقة الاشتراطية بين المثير والاستجابة. (لزرع، 2022، ص 11).

4-5-19-مناهضة المعتقدات الخاطئة:

ان العلاج العقلاني الانفعالي يركز تركيز جديد على هذه التقنية حيث هناك عدة أنواع للمناهضة منها:

- مناهضة تعابير الالزام والجبرية والمطالب حيث أن هذه المناهضة تكون بطرح عدة أسئلة لماذا يتحتم علينا كذا وكذا. ...

بالإضافة الى تقديم الأدلة والبراهين على تلك الاجابات فيما بعد.

- مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها باستخدام تعبيرات: مخيف، مريع. ..

- مناهضة الاعتقاد لا أستطيع تحمل ذلك.

- مناهضة تحقير الذات وتصغيرها.

- مناهضة الحتمية واليأس.

وقد وضع (اليس) فنيات للرفع من القدرة الضعيفة لتحمل الاحباط:

- صنف أو قيم الأمور التي تحدث لك على أنها جيدة أو مفيدة عندما تساعدك على البقاء حيا وسعيدا بشكل معقول، وصنفها على أنها سيئة أو مضرّة عندما تعارض أهدافك واهتماماتك، وبطريقة مماثلة صنف الأمور والظروف التي يعتبرها جيدة أو سيئة، اتبع العادات الثقافية المفيدة ولكن لا تتبع بإكراه تلك التي تعتقد بأنها ستضرّك وتضر الآخرين، فكر بنفسك الى حد ما.

- عندما تصنف الأحداث بالجيدة أو السيئة حاول أن تمنحها تقديرات مطلقة أو صارمة.

- صنف بعض الأمور التي تبغضها على أنها سيئة جدا أو سيئة استثنائيا عندما تمنعك حقا من بلوغ الهدف الذي تصبو اليه، أو ترغمك على القيام بما لا تحبه، ولكن لا تصر على أن هذه الأمور لا يجب ولا ينبغي أن تتواجد وأنه لفظيع، ومريع أو رهيب ان تواجدت، أدرك أنها يجب أن تتواجد الى حد ما عندما تتفعل.

- ان قدرتك على احتمال الأحداث المحبطة يزيد من طاقتك لتغيير ما يمكنك تغييره كما أن تقبلك واحتمالك للأمراض والعلل سيساعد على التعامل معها بشكل أفضل كذلك سيساعدك تقبل الروف الصعبة على الشعور برهبة أقل، حيالها.

-راقب معدل الفائدة والخسارة للتعامل مع الظروف الصعبة، راقب الأشخاص الذين يصعب التعامل معهم، قد يكون بغضهم والهروب منهم ورفض التعاون معهم على المدى القصير ولكن ليس على المدى الطويل.

-أعرف أن اضطرابك الذاتي لا يعالج بسهولة، وأن الكثير من العمل والممارسة كفيلا بالتخفيف منه، ضع نصب عينيك أن العمل والممارسة مفيدان على المدى القصير والطويل لأن تدميرك لذاتك مؤلم، كما استهلاك الطاقة والوقت أمر غير ممتع وغير مثمر، ويستحق الأمر العناء للتخفيف من حدته خاصة ان عملت على التحسن وجعل نفسك أقل قابلية للاضطراب.

-ابحث عن متعة القيام بالأمور الصعبة التي تدخل في دائرة اهتماماتك وليس عن المشاكل والمتاعب وحاول التركيز على التحدي الممتع في تنفيذها وليس فقط عن الجهد والعناء. (لزرع، 2022، ص 12، 13).

4-5-20-الأحاديث الايجابية مع الذات:

ان الأحاديث الايجابية مع الذات تبدو فعالة ومجدية عندما يكررها العميل مع نفسه عدة مرات، حيث يستطيع المعالج أن يدرب العميل على التالي: (ابتدع بنفسك بعض المقولات الذاتية التعاملية وكرر هذه المقولات الذاتية على ذاتك بقوة ايجابية قوية عدة مرات حتى تشعر وكأنها نقشت في ذهنك، واحفظها عن ظهر قلب ولكن تمعن في كل كلمة تقولها. كما قد يمكنك تفكيرك العقلاني من كسب القدرة على احتمال الاحباط والمحافظة عليها. (لزرع، 2022، ص 14).

الخاتمة

الخاتمة

وفي خاتمة دراستنا هذه التي بعنوان اقتراح بروتكول علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي موجه للمراهقين المدمنين على الاباحية، التي اقترحنا فيها بروتكول معرفي سلوكي لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين، باعتباره ادمان سلوكي أصبح يشكل خطرا على المجتمع والفرد ويؤثر على علاقاته ونفسيته والتي قامت على طرح التساؤل التالي:

• هل ينجح بروتكول علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في علاج ادمان الاباحية لدى المراهقين؟

• هل يزداد التحسن الملاحظ في زوال أعراض الادمان على الاباحية لدى المراهقين المشاركين في الدراسة مع تقدم العلاج؟

ومن خلالهما وضعنا الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الادمان على الاباحية لدى المراهقين قبل وبعد تطبيق البروتكول العلاجي لصالح القياس البعدي.

- وجود فاعلية لبروتكول علاجي معرفي سلوكي لعلاج ادمان الاباحية لدى المراهقين.

- هناك فاعلية للبروتكول العلاجي المعرفي السلوكي في مساعدة المراهقين المدمنين على الاباحية على الامتناع والاقلاع عن المشاهدات الاباحية.

وقد توجهت هذه الدراسة الى التركيز على مشكلة ادمان الاباحية لدى المراهق باعتباره مشكلة متفشية ومتسببة في العديد من المخاطر الحياتية التي تظهر على السلوك والنفسية كالعنصرية والعنف والتوتر والانعزال والاكتئاب.

والتأكيد على ضرورة التدخل العلاجي النفسي لمثل هذه الحالات للمساعدة على تطوير أليات التي تساعد على التعامل مع الضغوطات النفسية بطريقة صحية وفهم دور ادمان الاباحية في تأثيره على علاقاتهم بانفتاح أكثر، مما يبث الثقة فيهم ويحسن حياتهم.

وهذا ما نأمل من خلال هذه الدراسة المقترحة وهو تطبيق هذا المقترح مستقبلا ورؤية مدى فاعليته في علاج ادمان الاباحية لدى المراهقين، ومدى نجاعته في تحسين حياتهم ومعيشتهم.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1. ابتسام عبد الله الزعبي، مجلة أطفال الخليج، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، الرياض، السعودية.
2. باهية فائق، 2021، خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، اطروحة مقدمة لنيل الدكتوراه، جامعة باتنة، الجزائر.
3. بشير معمريّة. منهج بحث الفرد الواحد وتصميماته التجريبية. 2019. جامعة محمد الأمين ديباغتتين سطيف 2. الجزائر.
4. جان كوترو، 2016، العلاج النفسي السلوكي والمعرفي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت لبنان.
5. جيمس جالاغر. 2014. كيف يتشابه نشاطه أدمغة مدمني الجنس ومدمني المخدرات. BBC محرر الصحة.
6. جينفر مورفي، 2018، العلاج الذهني السلوكي للألم المزمن (دليل المعالج)، الرياض، السعودية.
7. خيرة لزعر، 2022، دروس الاعمال الموجهة لطلبة سنة ثالثة لسانس في العلاج المعرفي السلوكي، 2022، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، الجزائر.
8. غاري ويلسون، 2014، دماغك تحت تأثير الاباحية، كومون ويلث للطباعة والنشر، المملكة المتحدة.
9. فاطمة نوفل، 2016، العلاج المعرفي السلوكي بين النظرية والتطبيق، مطبعة محمد عبد الكريم حسان، القاهرة، مصر.
10. كهينة تليس، 2022، الولوج الى المواقع الاباحية وعلاقته بمفهوم الجنس لدى المراهق المتمدرس، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة وهران 2، الجزائر.
11. كيفن سكينر. 2010، علاج الادمان على الاباحية، (ترجمة أكوبيان)، الطبعة الأولى، شعاع للنشر والعلوم، حلب، سورية.
12. مشعل عبد الله القدهي. 2017. المواقع الاباحية على شبكة الأنترنت وأثرها على الفرد والمجتمع. وحدة خدمات الأنترنت. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
13. منى عمران. المجلة المصرية للدراسات المتخصصة. المجلد (1)، العدد (7). 2008.

الملاحق

الملحق رقم (01): اختبار ادمان الاباحية

بداية الانغماس:

- 1- في أي سن بدأت التعرض للمواد الاباحية (مجلات، على الانترنت، افلام فيديو خلاعية)؟
- 2- بعد تعرضك الأول قالك فضولك الى العودة من جديد:
 - أ- بعد بضعة أيام
 - ب- بعد بضعة أشهر
 - ت- بعد عام
 - ث- بعد أكثر من عام
 - ج- مرة واحدة أو مرتين فقط منذ ذلك الحين.
- 3- كم عدد المرات التي شاهدت فيها مواد اباحية قبل سن العشرين؟
 - أ- مرة واحدة
 - ب- من 2 - 5 مرات.
 - ت- من 6 - 10 مرات
 - ث- 21 - 40 مرة
 - ج- 41 - 60 مرة
 - ح- 61 مرة أو أكثر
- 4- عندما بدأت مشاهدة الصور الاباحية هل كانت:
 - أ- عن طريق المجلات
 - ب- أفلام الفيديو؟
 - ت- صور عارية؟
- 5- ما هو نوع المواد الاباحية التي تشاهد الآن؟
- 6- عندما تشاهد الاباحية كم من الوقت تحتاج للمشاهدة في كل مرة؟
 - أ- 5 - 15 دقيقة
 - ب- أقل من نصف ساعة.
 - ت- من نصف ساعة الى ساعة.
 - ث- 1 - 3 ساعات

- ج- 3 - 5 ساعات
- ح- 5 - 6 ساعات
- خ- 6 ساعات أو أكثر (أحيانا طوال النهار أو الليل)
- 7- في العام الماضي، كم كانت عدد المرات التي شاهدت فيها الاباحية؟
- أ- مرة أو مرتين
- ب- كل شهرين او ثلاثة اشهر
- ت- مرة كل شهر
- ث- مرة كل اسبوعين
- ج- 5 مرات اسبوعيا تقريبا كل يوم ان لم يكن يوميا.
- 8- حالما تبدأ بمشاهدة الاباحية هل:
- أ- تشاهدها مرة ثم لا تشاهدها لأسابيع أو أشهر؟
- ب- تشاهدها ثلاث او أربع مرات في فترة قصيرة ثم تتوقف لأسابيع او لأشهر؟
- ت- تشاهدها ثم تكرر ذلك لعدة أسابيع ثم تتوقف لبضعة أيام قبل العودة اليها من جديد؟
- ث- تشاهدها كلما استطعت حتى لو كان ذلك كل يوم؟
- 9- كم عدد المرات التي تخيلت فيها حول الاباحية في العام الماضي؟
- أ- عدة مرات يوميا
- ب- مرة كل يوم
- ت- 3 - 5 مرات أسبوعيا
- ث- مرة كل أسبوع
- ج- كل أسبوعين
- ح- مرة في الشهر
- خ- كل 2 - 3 أشهر
- د- نادرا جدا بل حتى أبدا
- 10- كم مرة تعتمد على تخيلاتك وتشاهد الاباحية؟
- أ- عدة مرات يوميا
- ب- مرة كل يوم

الملاحق

ت- 3 - 5 مرات اسبوعيا

ث- مرة كل اسبوع

ج- كل اسبوعين

ح- مرة في الشهر

خ- كل 2 - 3 أشهر

د- نادرا جدا بل حتى ابدا

11- ما هي أطول مدة قضيتها دون مشاهدة الاباحية في العام الماضي؟

أ- 8 أشهر

ب- 6 - 8 أشهر

ت- 4 - 6 أشهر

ث- 2 - 4 أشهر

ج- 1 - 2 أشهر

ح- من اسبوعين الى شهر

خ- اسبوع واحد

د- من يوم الى يومين.

ملاحظة في الجداول التالية ضع اشارة على صح (1) أو خطأ (2)

خطأ	صح	تحديد مستوى الالامان
		12 - اقلق أنني لن أستطيع التوقف عن مشاهدة الاباحية.
		13 - أفعل كل ما بوسعي لاختفاء الاباحية عن الناس من حولي
		14 - لدي تجارب تكون رغبتني فيها بمشاهدة الاباحية قوية لدرجة أنني أفعل أي شيء لمشاهدتها.
		15 - أجد نفسي أخطر أكثر وأكثر بمشاهدة الاباحية (مثلا مشاهدتها في أماكن عامة أو في الحافلة أو في العمل.
		16 - قلت لنفسي عدة مرات بأنني سأتوقف عن مشاهدة الاباحية لأجد نفسي وأنا أشاهدها من جديد.
		17 - لست نفس الشخص الذي كنت عليه بسبب انغماسي في الاباحية.

الملاحق

خطأ	صح	تحديد مستوى الادمان
		18 - تخليت عن نشاطات كنت أستمع بها كي أكون لوحدي وأشهد الاباحية.
		19 - لا يبدو أنني أستطيع إيقاف التخييلات التي تمر في عقلي.
		20 - هنالك ايام اقضي فيها كل اوقاتي الحرة بمشاهدة الاباحية.
		21 - شاهدت الاباحية و/أو مارست العادة السرية مرتين أو أكثر في يوم واحد.
		22 - أتقد أنني أستطيع أن أتوقف عن مشاهدة الاباحية في أية لحظة.
		التأثير على علاقاتك
		23 - قطعت علاقتي مع بعض الناس لأنهم لم يقبلوا مشاهدتي للإباحية.
		24 - أقلل من اقترابي للفتيات لأنني أخاف أن يكتشفن مشكلتي مع الاباحية.
		25 - أبعدت نفسي عن صديق عندما عرف أنني أشاهد الاباحية.
		26 - أقلق أنني اذا حصلت على اي علاقة ألا أستطيع أن أتوقف عن مشاهدة الاباحية.
		27 - ألوم الآخرين عندما أشاهد الاباحية.

خطأ	صح	التأثير على تواصلك الاجتماعي
		28 - أجد صعوبة لدى وجودي في أماكن اجتماعية عندما أكون نشطا في مشاهدة الاباحية.
		29 - أتجنب المشاركة في أحداث أو نشاطات اجتماعية بعد مشاهدة الاباحية.
		30 - ترعبني الأفكار التي تراودني حول الأمور التي أود فعلها مع النساء أو الرجال في الأحداث الاجتماعية.
		31 - أجد نفسي ذهنيا غير متواصل مع الناس من حولي عندما أكون في أوضاع اجتماعية.
		32 - أشارك في نشاطات اجتماعية لكنن أترجع لخوفي من اكتشافهم لانغماسي في الاباحية ثم رفضهم لي.
خطأ	صح	التأثير على أدبيات العمل / الدراسة
		33 - شاهدت الاباحية وانا في العمل / او الدراسة
		34 - على الرغم من امكانية فقدان العمل / او الدراسة بسبب مشاهدتي الاباحية فلا أزال أخطر بمشاهدتها بكل الأحوال.
		35 - ذهبت الى العمل / او الدراسة منهكا لأنني سهرت حتى ساعة متأخرة من

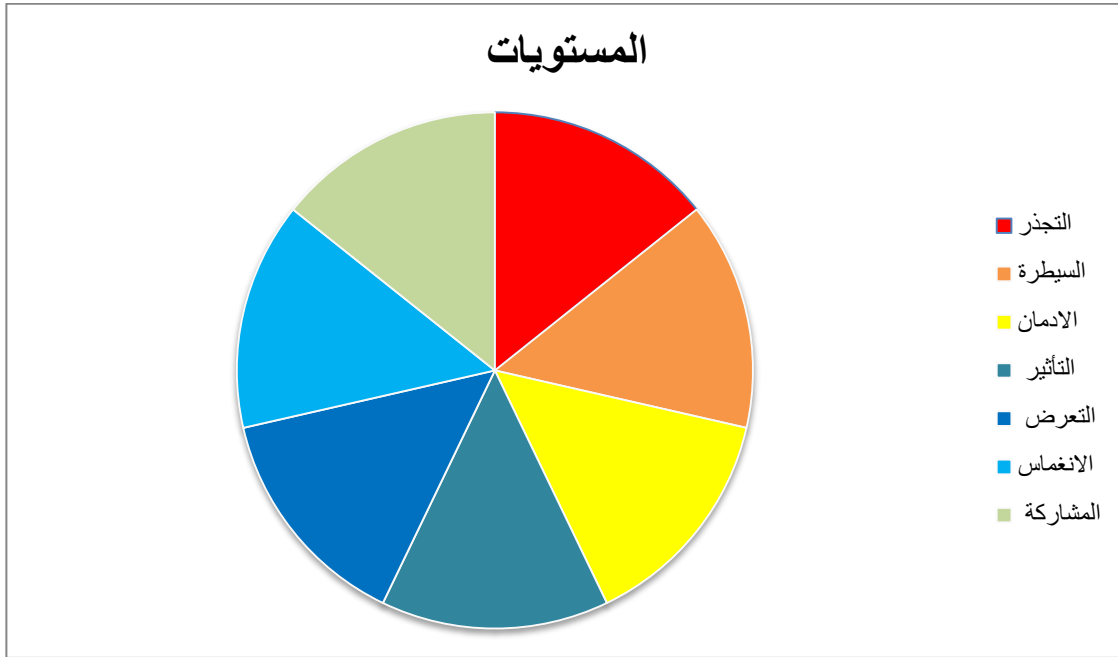
الملاحق

		الليل وأنا أشاهد الاباحية.
		36 - أجد صعوبة في التركيز على العمل / أو الدراسة لأن ذهني مشغول بالأفكار الجنسية والصور التخيلات
		37 - أشعر بعدم الأهلية في العمل أو المدرسة بسبب مشاهدتي للإباحية.
		38 - ليس لدي ثقة بقدرتي على اتمام مهماتي في العمل / أو الدراسة لأنني لا أستطيع أن أفكر بشيء آخر سوى الاباحية أو الجنس.
خطأ	صح	التحجر العاطفي
		40 - الصور التي كانت محرصة سابقا لم تعد تثيرني
		41 - أجد نفسي أبدأ بأشكال خفيفة من الاباحية ثم تدريجيا أتحوّل الى الاباحية الثقيلة بجلسة واحدة.
		42 - الأفلام الخلاعية أو الكليبات المحملة التي كنت أظنها سيئة أو مقرفة أراها الآن بشكل عادي.
		43 - لا أحب أنواع الأفكار التي تراودني حول النساء أو الرجال بسبب انغماسي في الاباحية
خطأ	صح	المشاعر
		44 - أشعر بالتعاسة والفراغ بسبب انغماسي في الاباحية
		45 - يتبدل مزاجي دراماتيكيًا سواء قبل أو بعد مشاهدتي للإباحية
		46 - عندما أشعر بالحزن أتحوّل غالبا الى الاباحية كي أشعر أفضل.
		47 - أشعر كأن حياتي خارجة عن السيطرة عندما أشاهد الاباحية.
		48 - أنسب قلة سلامي الداخلي لمشاهدة الاباحية
		49 - أشعر بالغضب على الآخرين الذين يحققون معي بشأن مشاهدة الاباحية
		50 - انغماسي بالإباحية يشعّرني باليأس
		51 - أنتقد من حولي أكثر عندما أشاهد الاباحية
خطأ	صح	التأثير على روحانيتك
		52 - بسبب انغماسي في الاباحية أصبحت نشاطاتي الدينية محدودة.
		53 - أتجنب الصلاة عندما أشاهد الاباحية.
		54 - أفكر غالبا أن الله ليس مهتما بي بسبب مشكلتي مع الاباحية.
		55 - انغماسي في الاباحية جعلني أشعر بالذنب بحيث لم أشعر بسلام داخلي منذ مدة طويلة.
		56 - حاولت الابقاء على روحانيتي لكن عدم قدرتي التخلي عن الاباحية قادني

الملاحق

		الى الايمان بأنني لا أنفع لشيء.
خطأ	صح	التأثير على السلوك الجنسي
		57 - لم أعد أكتفي بالإباحية فقط بدأت بتخيلاتي الخاصة
		58 - أشعر بالإثارة أكثر في الاباحية بدل التفكير في ممارسة الجنس مع شريكة
		59 - أصر على شريكة لمشاهدة الاباحية معي.

الملحق رقم (02): السجاد الدائري الملون



الملاحق

الملحق رقم (03): جداول الفحص

هوية المريض الكاملة

الاسم:	الاسم المستعار:	رقم المتعالج:
مكان وتاريخ الولادة:	المؤهل العلمي:	العمل:
الهاتف:	الطول:	الوزن:
لون الشعر:	الشعر ولونه الطبيعي:	مكان العمل:
لون العين:	الوضع العائلي:	علامات مميزة:
الأسرة:	الملامح:	الحاجبين:
الراس:	الجبهة:	الأذن:
الوجه:	الذقن:	الأسنان:
العيون:	الشفاه:	تناسب الجسم:
أصابع القدم:	الشكل العام:	الوجنتين:
أصابع الكف:	الأنف:	متفرقات:
الطباع:	الانطباع:	

تقييم الأعراض النفسية والفيزيولوجية:

الوعي والانتباه	
الشرود	ينحرف الانتباه نحو منبهات خارجية لا صلة لها بالموضوع: عدم القدرة على التركيز
تقييم الوعي	فقدان القدرة عن الاستجابة الطبيعية للأحداث
الوسن	النعاس الغير سوي
الهذيان	الاضطراب والقلق، وفقدان الاتجاه المرتبط بالقلق والهلوسة
الذهول	استجابة ضعيفة أو غير موجودة للمنبهات البيئية
السبات	فقدان الوعي التام

الملاحق

الوجدان

الوجدان غير المتناسق	افتراق بين المزاج والسلوك
الوجدان البليد	استجابة عاطفية شديدة التراجع
الوجدان المقيد	استجابة عاطفية متناقضة بشدة اقل
الوجدان الفاتر	الافتقار الى مظاهر الاستجابة العاطفية
الوجدان الغير مستقر	تقلبات مفاجئة في الاستجابات العاطفية غير المرتبطة بالأحداث الخارجية
النشوة (الشمق)	أحاسيس قوية بالسمو
المزاج المتسم بداء العظمة	الاحساس بأهمية الذات

المزاج

المزاج النزق (القابل للتهيج السريع)	سهل الاحساس بالضيق والغضب
المزاج الطبيعي	مزاج سوي لا اكتئاب ولا احساس بالسمو
المزاج الهمودي	احساس ذاتي بالامتعاض أو الانقباض.
الاكتئاب	الحزن غير الناجم عن خسارة محددة
فقد اللذة	فقدان القدرة على الاحساس بالمتعة
تذبذبات المزاج	تقلبات بين الاحساس بالعظمة والاكتئاب

عواطف أخرى

القلق	توجس وهمي من خطر
القلق الطليق العائم	القلق الغير مرتبط بسبب محدد
الخوف	القلق الناجم عن تهديد أو خطر حقيقي

القصة السريرية:

1	ما قبل الطفولة	هل كان الطفل مرغوبا في قدومه هل ثمة مشكلات أثناء الحمل
2	الطفولة الأولى (منذ الولادة حتى سن اليأس)	هل ثمة ذكريات قديمة وأخلام متكررة؟ هل ثمة مشكلات تتعلق بالتغذية والنوم والتدريب على التغوط هل ثمة علاقة مع الاخوة؟ هل ثمة مربية أو مشرفة غير الأم؟ الشخصية أثناء الطفولة الاولى: مفرطة النشاط،

الملاحق

خجولة، ودية غير متحفظة؟ اثير الدور الفاعل أو المنفعل أثناء اللعب؟	
هل ثمة رد فعل على الانفصال الأول عن الأم؟ نمط الشخصية: ميالة الى التوكيد والجزم؟ عدوانية؟ قلقة؟ تطور مهارات القراءة والمهارات الحركية هل ثمة مشكلات في التعلم؟ العلاقة مع الأصدقاء في المدرسة: هل هي تابعة قيادية، أم محبوبة؟ وجود المخاوف؟ اشعال الحرائق؟ قسوة على الجيران؟ كوابيس؟ سلس بولي؟ ما أسباب العقاب المتبعة في المنزل؟	3 الطفولة التالية من سن الثالثة حتى سن الحادية عشر
أول ظهور للمشكلات العاطفية مثل: (الوزن، تعاطي مخدرات، الهروب من المدرسة... الخ) الشخصية المثالية من هي؟ العلاقة مع زملاء الدراسة والمعلمين؟ المشاركة في الرياضة؟ موقف العائلة اتجاه الدين؟ النشاط الجنسي؟ الاستمناء؟ الافتتان بشخص ما؟ الشذوذ الجنسي؟ الاعتداء الجنسي؟	4 البلوغ حتى المراهقة
الحياة الاجتماعية وطبيعة العلاقات الانسانية؟ تاريخ العمل/ الدراسة؟ العلاقة مع العمل / الدراسة العلاقات الجنسية؟ العلاقة مع الأطفال؟	5 مرحلة النضج

الملاحق

الملحق رقم (07): جدول العمل على المعتقدات

المعتقد	الشعور الانفعالي	السلوك
—		
—		
—		
—		

دفتر الواجبات المنزلية

الاسم :

اللقب :

العمر :

اكتب توقعاتك من هذا البرنامج

.....

.....

.....

.....

.....

الملاحق

ما هي الأسباب التي دفعتني لمشاهدة المواد الاباحية؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

متى كانت أول مرة أشاهد فيها الاباحية؟ كم كان عمري؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

التدرب على الاسترخاء

الاسترخاء مهارة تتطلب التمرين والممارسة، وقد لا تشعر بفوائده مباشرة، ولذلك لا تستسلم. كن صبوراً ومدفوعاً وستخفض التأثيرات السلبية للضغط. وتذكر: اذا بدى الاسترخاء غريباً أو غير طبيعي، فأنت شخص بأمس الحاجة اليه.

رسخ روتين محدد:

- خصص وقتاً لتمرين الاسترخاء مرة أو مرتين على الأقل في اليوم الواحد.
- مزاج الاسترخاء مع نشاط متكرر قد يساعدك لتتذكر التمرين (مثال خذ 10 أنفاس استرخائية قبل الذهاب لفراش النوم أو عندما تجلس لتناول الطعام.)
- تمرن في أوقات مختلفة من اليوم الى أن يصبح الاسترخاء طبيعي وتستطيع استخدامه عندما تشعر أنك منضغط. ويمكنك وضع (مذكرات) لنفسك للاسترخاء (مثال: ملصقات على مرآة الحمام. خزانة، وبكلمات مثل (استرخ، أو تنفس)

كن في وضع مريح جسدياً :

- تمرن ومارس الاسترخاء على مقعد مريحاً وأريكة أو فراش. واخفت الضوء.
- تحلل من الملابس الضيقة واخلع حذاءك، نظارتك ان وجدت.....

ركز :

- الغ أي مقاطعة، أطفئ التلفاز، والراديو، أو الهاتف، تمرن في بيئة هادئة وآمنة.
- أغلق عينيك لخفض المشتتات وتحسين التركيز، اذا كنت تفضل ذلك، ابق عينيك مفتوحتين وركز على نقطة معينة.
- حرك جسمك بأقل درجة ممكنة، مغبراً وضعك للراحة فقط
- لا تقلق اذا كان أنت في عقلك بعض الأفكار المشتتة – فهذا يحدث لكل شخص. فقط لاحظ أفكارك وهي تدور ثم بلطف، وبدون أحكام، عد بانتباهك الى التنفس.

استرخ :

- ابدأ واختم تمارين الاسترخاء بفنيات التنفس الاسترخائية.
- استخدم اسطوانة استرخاء ان كانت تساعدك، وتدرجياً. تعلم أن تسترخي بدون اسطوانة لكي تتمكن من استخدام فنيات الاسترخاء في أي مكان.
- دع الاسترخاء يسير طبيعياً وينتشر في كل جسديك، لا تحاول مقاومته.

(مورفي، 2018، ص 191,192)

الملاحق

بطاقة تقويم الاسترخاء

التوتر قبل - بعد (0 - 100) استرخاء	مناطق متوترة	مناطق سهلة الاسترخاء	المدة الزمنية	التاريخ / الساعة
				— — — — —

تحديد الأفكار التلقائية (الأتوماتيكية)

اليوم/التاريخ	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	السلوك

الملاحق

بطاقة تغيير الأفكار التلقائية السلبية

الموقف	أفكار تلقائية سلبية	أفكار بديلة ايجابية

قائمة الصفات المثالية

الصفة المثالية	موجودة	غير موجودة

الملاحق

المعتقدات الخاطئة

المعتقد	المشاعر الانفعالية	السلوك
—		
—		
—		
—		
—		
—		
—		
—		
—		

بطاقة ملئ الفراغ

أوقات اليوم	النشاطات	اختيار نشاط بديل
9:00 – 8:00	نشط	
10:00 – 9:00	فراغ	اختيار نشاط بديل
11:00 – 10:00	نشط	
12:00 – 11:00		
13:00 – 12:00		

الملاحق

تحديد المواقف التي تحرضني على مشاهدة المواد الاباحية

[illegible]

الملاحق

تحديد الأنشطة السارة

الأنشطة اليومية	سارة	غير سارة	أنشطة أخرى ارجب بها وسارة

الملاحق

جدول النشاطات اليومية

[illegible]

الملحق رقم (09): دليل النشاطات

النشاط	كيفية التطبيق
1- نشاط البالون (فرقة الافكار)	يطلب من المتعالج التنفس بهدوء وان يغمض عينيه ويفكر في الافكار التي تقلقه او تزعجه وكل فكرة تأتي اليه مزعجة ينفخها لتخرج في البالون حتى ينتفخ بالأفكار المزعجة أو المقلقة بالحد المناسب، يفتح عينيه ثم يربط البالون، نطلب منه أن يلعب بالبالون بين يديه وينظر اليه على أنها تلك الأفكار المحملة بداخله ويتكلم بصوت مسموع هذه الأفكار ليست حقيقية ويمكن أن تذهب دون رجعة، ثم يمكن أن يقوم بفرقة هذا البالون.
2- نشاط البالون (تحرير المعتقدات)	يطلب من المتعالج التنفس بوعي وبهدوء ويحاول استحضار المعتقدات مهما كانت وكل ما أتى معتقد يتخيل أنه يضعه في البالون (ينفخه) حتى يمتلئ البالون بالمعتقدات (الهواء) نطلب منه التلاعب به ويتكلم بصوت مسموع انا المسؤول عن معتقداتي وأفكاري يمكنني ان أتحكم بيها والابقاء على ما أريد والتخلي عن التي اريد التخلي عنها ثم يترك البالون مفتوح ليخرج منه الهواء بسرعة. ليعود لحجمه الطبيعي. ثم يمكن ان يعيد الكرة. الهدف من النشاط هو ان يفهم المتعالج ويقتنع ويتأكد من انه هو المسؤول عن معتقداته ويمكنه ان يتغلب عليها ويتركها عندما يقرر ذلك.
3 -السجاد الدائري	عبارة عن سجاد دائري لتجسيد وتحديد مستوى الادمان على الاباحية للمتعالج يحتوي على 7 الوان وكل لون متدرج على ثلاث درجات (خفيف، متوسط،

شديد) وهي وسيلة للقياس القبلي والبُعدي بطريقة فعالة وتجسيدية أكثر من مجرد التصور أو التخيل، يطلب من المتعالج الوقوف على المستوى الذي يشعر أنه وصل اليه بعد تعريفه على معنى الادمان. وما مدى كل مستوى وما يمثله عن الادمان. بعد الوقوف وتحديد في أي مستوى هو، يطلب منه التعبير عن شعوره وافكاره حول حالته.	
مجموعة من الكرات مختلفة الألوان المطلوب أن يعطي المتعالج لكل شعور تجسيد بكرة ملونة (مثلا شعور الاحباط = كرة سوداء) وهكذا مع بقية المشاعر، وكأنه يجسد مشاعره ويراها ويطلب منه التعبير عن هذا الشعور لفظيا. الخطوة الثانية: يعلق المعالج على الحائط بشكل متدرج مجموعة سلال بعدد الكرات الممثلة للمشاعر في كل بداية جلسة المطلوب من المتعالج أن يصنف الكرات بحسب مركز السلة مثال: (اليوم يشعر بإحباط شديد يضع الكرة السوداء في اعلى سلة معلق ويمكن أن يضع عدد من الكرات بالقدر الذي يشعر، في آخر الجلسة، يطلب منه التعبير عن شعوره بالإحباط مرة أخرى، ممكن ان يكون قد وضع 8 كرات سوداء في البداية وآخر الجلسة يترك 3 كرات فقط ربما سيفرغ السلة العليا الاخيرة ويضع بضعة كرات في سلة الرابعة او الخامسة، أو يختار الكرة التي تعبر عن الرضا ويضع 3 كرات في السلو رقم 2 وعند نهاية الجلسة يمكن ان يملا	4 - نشاط الكرات الملونة (تعلم التعبير عن المشاعر)

الملاحق

السلة او يضيف بضع كرات فقط أو يغير مكان الكرة من السلة رقم 2 الى السلة رقم 6. و هكذا ويمكن العمل على اكثر من الشعور على الافكار او المعتقد وكأنه قياس قلبي وبعدي في كل جلسة،	
يحدد المتعالج مجال من مجالات الحياة أو أكثر يمكن حتى اربع مجالات ويختار قطعة تمثله ليضعها قبل البداية او على البداية او على سلم التدرج ليرى بذلك اين هو الان من ذلك الهدف أو المجال وتكون رؤيته أوضح وكأنه يجسدها وكأنه يرى نفسه من زاوية خارجية ومن فوق رؤية أوسع وأشمل. ونطلب منه كتابة ما هي الأفكار أو المهام التي سيكتبها ويحررها لتحقيق هذه الأهداف أو التحسين من مستوى العمل عليها.	5 - نشاط توضيح الرؤية (الاهداف، الحياة.) 
تتم ممارسة برنامج الاسترخاء التدريجي ل جاكوبسون في وضعية الجسم الممدد، ويتناول ست عشر مجموعة عضلية. و يترافق مع استرخاء ذهني. والأساسي في هذه الطريقة أن يتم القيام بشد العضلات وتوترها في البداية ومن ثم يتم استرخاؤها كلياً. تتم ممارسة الاسترخاء حسب الترتيب التالي: (1) اليد اليمنى، (2) الساعد، (3) الذراع الأيمن، (4) الذراع الأيسر، (5) الرجل اليمنى، (6) الرجل اليسرى، (7) الجذع (البطن، الصدر، الظهر)، (8) الرقبة، (9) الجبهة، (10) الحاجبان، (11) الجفنان، (12) العينان، (13) الصور العقلية (14) الخدان، (15) الفك، (16) الشفتان، ونضيف (17) اللسان،	6 - الاسترخاء العضلي (طرق جاكوبسون وشولتز)

(18) عضلات الصوت، (19) الخطاب الداخلي.

كل تمرين يجب أن يتم حسب الترتيب التالي:

- تركيز الانتباه على مجموعة عضلية.
- تقليص وشد هذه المجموعة العضلية
- التركيز على الشعور بالشد والتوتر في هذه المجموعة العضلية.

- ارخاء هذه المجموعة العضلية.

نستخدم استرخاء شولتز بالتعاقب، في محيط هادئ وننصح بوضعية سلبية (العينان مغمضتان، الجلوس في كنية مريحة)، يركز الفرد ذهنيا على الصور الحادثة للمشاعر والتي يذكرها المعالج: بالتتابع الهادئ، التركيز، المشهد الهادئ، على مشاعر الجاذبية في، مختلف أجزاء الجسم، مشاعر الحرارة الداخلية، التباطؤ في التنفس في نبضات القلب وجبهة باردة، نستطيع أن نضيف الى ذلك التنفس من البطن البطيء والمتسع الآتي من اليوغا، يوجد العديد من برامج اليوغا المسجلة على الأقراص المدمجة،

- تمرين كامل (عشرون دقيقة) تتم ممارسته أثناء الجلسة، مع مناقشة المشاعر. بعض الأفراد يصعب عليه ترك ذاتهم بحرية، كلما كانوا تحت الضغوط، بعضهم قد يتعرض لنوبة هلع أثناء ممارسة الاسترخاء. من هنا على المعالج أن يناقش الأمر مع المريض حتى يستطيع مواجهة صعوبات الاسترخاء أو الآثار الجانبية للاسترخاء.

- نسخ مختصرة (عشر دقائق) تستخدم بعد ذلك في المنزل مع التسجيل الذي تم سابقا أو تكون مسجلة

الملاحق

خصيصا للمريض خلال جلسة العلاج، حسب حاجته.

- استرخاء على اشارة كلامية أو كلمة يتم استخدامها، حتى تترافق ذهنيا مع الاسترخاء وتستخدم في مواقف الحياة اليومية.
- المتابعة في المنزل أو مواقف الاسترخاء تتأمن عن طريق بطاقات يملؤها المريض ويعيد المعالج تقويمها.