ISSN: 2706-6495

القدرة التنبؤية للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) بمستوى الإدمان السلوكي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين

The Predictive Capacity of Cognitive-Behavioral Therapy (Cbt) Interventions Regarding the Level of Behavioral Addiction, From the Perspective of Psychologists.

إعداد الباحث/ بندر علي سلمان الفيفي

مساعد طبيب أسنان، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

Email: abubailasan@gmail.com

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) ومستوى شدة الإدمان السلوكي لدى العملاء من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين، والكشف عن مستوى تطبيق هذا التدخل ومستوى الإدمان السلوكي، والتحقق من القدرة التنبؤية للتدخل بمستوى الإدمان السلوكي. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي التنبؤي، وتكون مجتمع البحث من الأخصائيين النفسيين العاملين في مراكز علاج الإدمان والمستشفيات النفسية بالمملكة العربية السعودية، حيث طُبقت الدراسة على عينة عشوائية بسيطة قوامها (150) أخصائياً وأخصائية. استخدم الباحث أداتين: الأولى لقياس مستوى تطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي، والثانية لقياس مستوى الإدمان السلوكي. وأظهرت النتائج أن مستوى تطبيق فنيات CBT جاء متوسطاً إلى مرتفع (م = 3.85، ع = 0.62)، وأن مستوى الإدمان السلوكي لدى العملاء جاء مرتفعاً (م = 4.08، ع = 0.55). كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المتغيرين ($r = 0.68$، $p < 0.01$)، وقدرة تنبؤية دالة إحصائياً للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي بمستوى الإدمان السلوكي، حيث فسر ما نسبته (46.24%) من التباين ($R^2 = 0.4624$). وفي ضوء ما توصلت له الدراسة من نتائج يوصي الباحث بتطوير المهارات في استخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، عن طريق برامج الإشراف المهني والتدريب أثناء الخدمة، وإعداد برامج تدريبية مستمرة للأخصائيين النفسيين في تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الحديثة. وإعداد بحوث ميدانية تطبيقية يشارك فيها طلاب الدراسات العليا في مراكز علاج الإدمان، وكذلك توجيه وتنبيه وإرشاد وتوعية فئة الشباب والمراهقين من مخاطر الإدمان السلوكي والجسدي في التواصل مع المراكز العلاجية والتأهيلية للإدمان، ونشر ثقافة الصحة النفسية في البيئة التعليمية (المدارس، الجامعات، المعاهد، الأكاديميات) مع إضافة مقرر منهجي حول مخاطر "الإدمان السلوكي والجسدي".

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، الإدمان السلوكي، الأخصائيون النفسيون.

ISSN: 2706-6495

The Predictive Capacity of Cognitive-Behavioral Therapy (Cbt) Interventions Regarding the Level of Behavioral Addiction, From the Perspective of Psychologists.

Bandar Ali Salman Al-Faifi

Dental Assistant – Ministry of Health - KSA

Abstract:

The present study aimed to explore the relationship between Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions and the severity of behavioral addiction among clients, from the perspective of psychologists. It also sought to assess the extent to which CBT is applied, the severity of behavioral addiction, and the predictive power of CBT interventions regarding the level of behavioral addiction. Employing a descriptive, correlational, and predictive research design, the study focused on psychologists working in addiction treatment centers and psychiatric hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. A simple random sample of 150 psychologists was selected. Two instruments were used: one to measure the application of CBT techniques, and the other to assess the level of behavioral addiction. The results indicated that the application of CBT techniques ranged from moderate to high ($M = 3.85$, $SD = 0.62$), while the level of behavioral addiction among clients was found to be high ($M = 4.08$, $SD = 0.55$). Furthermore, the findings revealed a statistically significant positive correlation between the two variables ($r = 0.68$, $p < 0.01$). Additionally, CBT interventions demonstrated a statistically significant predictive capacity for the level of behavioral addiction, accounting for 46.24% of the variance ($R^2 = 0.4624$). In light of the study's findings, the researcher recommends enhancing skills in the application of cognitive-behavioral therapy (CBT) techniques through professional supervision programs and in-service training. This includes developing ongoing training initiatives for psychologists on modern CBT methods. Furthermore, the researcher suggests conducting applied field research involving postgraduate students within addiction treatment centers. It is also essential to provide guidance, awareness, and counseling to youth and adolescents regarding the dangers of both behavioral and substance-based addictions, while facilitating their connection to addiction treatment and rehabilitation facilities. Finally, the researcher advocates for promoting a culture of mental health within educational environments such as schools, universities, institutes, and academies by incorporating a formal course on the risks of behavioral and substance-based addictions into the curriculum.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Behavioral Addiction, Psychologists.

ISSN: 2706-6495

1. المقدمة:

شهدت العقود الأخيرة تحولاً جوهرياً في مفهوم الإدمان، إذ تجاوز التعريف التقليدي القائم على تعاطي المواد ذات التأثير النفسي ليشمل أنماطاً سلوكية متعددة عُرفت في الأدبيات المعاصرة بـ"الإدمان السلوكي". يتميز هذا النوع من الإدمان بالانخراط القهري والمتكرر في أنشطة قابلة للمكافأة على المدى القصير، مثل استخدام الإنترنت، وممارسة الألعاب الإلكترونية، والتفاعل المفرط مع منصات التواصل الاجتماعي، رغم العواقب السلبية الواضحة على الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والأداء الوظيفي (Griffiths, 2005). وقد أظهرت الدراسات تزايداً مطرداً في انتشار هذه الظاهرة، لا سيما بين فئة المراهقين والشباب، مما استدعى تطوير تدخلات علاجية فعّالة قائمة على الأدلة.

في مقابل هذه التحديات، برز العلاج المعرفي السلوكي (CBT) كأحد أكثر المداخل العلاجية فعالية في التعامل مع الاضطرابات النفسية والسلوكية، بما في ذلك الإدمان السلوكي(Hofmann et al., 2012) . يرتكز هذا النهج على فهم العلاقة التفاعلية بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكياته، ويهدف إلى تعديل الأنماط المعرفية غير القادرة على التكيف وتعزيز استراتيجيات المواجهة الفعّالة. وفي السياق العربي، أكدت دراسة الجبوري والزبيدي (2024) على الارتباط الحاد بين إدمان الإنترنت والاعتلالات النفسية كالنسق العزلي والوحدة، مما يتطلب ممارسة علاجية معرفية سلوكية مكثفة لضبط وتوجيه السلوك الرقمي.

غير أن نجاح أي تدخل علاجي لا يعتمد فقط على قوته النظرية، بل يرتبط بشكل كبير بكيفية تطبيقه من قبل الأخصائي النفسي، الذي يمثل العنصر المحوري في العملية العلاجية. فالأخصائي النفسي هو المسؤول عن تقييم الحالات، واختيار الاستراتيجيات المناسبة، وتنفيذ التقنيات العلاجية. وقد أشارت دراسة القرني (2021) إلى المحددات والاتجاهات المهنية للأخصائيين النفسيين في البيئة السعودية نحو تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي، مؤكدة على أهمية الكفاءة الذاتية المدركة للأخصائي في إنجاح تلك البرامج التدخلية لمواجهة الاضطرابات السلوكية المعاصرة.

وعلى الرغم من توفر أدبيات عالمية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي، إلا أن معظمها ركز على نتائج العلاج من منظور العميل، بينما ظلت وجهات نظر الأخصائيين النفسيين - خاصة في السياق السعودي - منطقة بحثية محدودة. ولذلك، تسعى هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين توظيف الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفي السلوكي ومستوى شدة الإدمان السلوكي من وجهة نظرهم، وذلك بهدف سد هذه الفجوة البحثية، وتقديم توصيات عملية تسهم في تحسين جودة الممارسة العلاجية بالمملكة العربية السعودية.

1.1. مشكلة البحث:

على الرغم من الكم المتزايد من الأدبيات التي تثبت فعالية التدخل العلاجي المعرفي السلوكي ((CBT في معالجة اضطرابات الإدمان السلوكي (Müller et al., 2016). فإن غالبية هذه الدراسات ركزت على خصائص العميل واستجابته للعلاج، في حين بقيت خبرات ومعتقدات وممارسات الأخصائي النفسي نفسه - بصفته المنفذ الأساسي لهذه التدخلات - منطقة بحثية مهملة إلى حد كبير. فالأخصائي النفسي، باعتباره المؤهل علمياً وعملياً لتطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي، يمثل العنصر المحوري في تشخيص حالات الإدمان السلوكي (مثل إدمان الإنترنت، الألعاب الإلكترونية، مواقع التواصل الاجتماعي، والتسوق القهري) وتصميم الخطط العلاجية المناسبة (الشناوي، 2015).

إلا أن الأدلة المهنية تشير إلى أن نجاح العلاج لا يعتمد فقط على مهارات الأخصائي أو استعداد العميل، بل يتأثر أيضاً بعوامل أخرى مثل: اتجاهات الأخصائي نحو الإدمان السلوكي، كفاءته الذاتية في تطبيق CBT، تصوراته لعوائق العلاج، وخبراته في التعامل مع الانتكاسات.

ISSN: 2706-6495

هذه الفجوة البحثية تثير تساؤلات مهمة: كيف يقيّم الأخصائيون النفسيون فعالية استخدامهم للعلاج المعرفي السلوكي؟ ما مدى ارتباط مستوى تطبيقهم لهذا العلاج بتحسن حالات الإدمان السلوكي التي يعالجونها؟ وهل يمكن اعتبار الأخصائيين مصدراً موثوقاً للحكم على هذه العلاقة.

ومن هنا، تتحدد مشكلة البحث الحالي في التساؤل الرئيسي الآتي:

ما القدرة التنبؤية للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي بمستوى الإدمان السلوكي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين؟

ويتفرع منه الأسئلة التالية:

1. ما مستوى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي ((CBT من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين؟
2. ما مستوى الإدمان السلوكي من منظور الأخصائيين النفسيين؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) ومستوى الإدمان السلوكي؟
4. هل يمكن التنبؤ بمستوى الإدمان السلوكي من خلال التدخل العلاجي المعرفي السلوكي من قبل الأخصائيين النفسيين؟

2.1. أهداف البحث:

تتمثل الأهداف الرئيسية لهذا البحث فيما يلي:

1. التعرف على مستوى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين.
2. التعرف على مستوى الإدمان السلوكي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين.
3. التحقق من طبيعة العلاقة الارتباطية بين مستوى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) ومستوى الإدمان السلوكي من منظور الأخصائيين النفسيين.
4. الكشف عن مدى امكانية التنبؤ بمستوى الإدمان السلوكي من خلال التدخل العلاجي المعرفي السلوكي من قبل الأخصائيين النفسيين.

3.1. أهمية البحث:

1.3.1. الأهمية النظرية

يسهم هذه البحث في إثراء الأدبيات العلمية من خلال تقديم منظور جديد لفعالية العلاج المعرفي السلوكي، وهو منظور الأخصائي النفسي الممارس، وتوفير أدوات قياس مطورة ومقننة جزئياً في البيئة السعودية، يمكن للباحثين الآخرين الاستفادة منها، واختبار صحة النموذج المعرفي السلوكي في سياق ثقافي جديد، وهو المجتمع السعودي.

2.3.1. الأهمية التطبيقية

تظهر الأهمية التطبيقية للبحث في توجيه الأخصائيين النفسيين نحو التقنيات الأكثر فعالية ضمن العلاج المعرفي السلوكي للإدمان السلوكي، ومساعدة الجهات المشرفة (كوزارة الصحة) في تصميم برامج تدريبية مستندة إلى احتياجات فعلية، وكذلك دعم تطوير بروتوكولات علاجية وطنية موحدة قائمة على أدلة محلية، وتوفير مؤشرات لتصميم برامج وقائية مبكرة في المدارس والجامعات.

4.1. مصطلحات البحث

التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT)

مجموعة الفنيات والإجراءات التي يستخدمها الأخصائي النفسي لتعديل أفكار ومعتقدات العملاء المرتبطة بالإدمان السلوكي (Beck, 2011).

ويعرفه الباحث إجرائيا بأنه مستوى استخدام الأخصائي النفسي لفنيات واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع حالات الإدمان السلوكي، مثل إعادة الهيكلة المعرفية، والجدل السقراطي، ، ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص من المقياس المُعدّ لهذا البحث.

الإدمان السلوكي:

يعرف Müller et al., (2016) الإدمان السلوكي بأنه ضعف القدرة على ضبط السلوك، والانشغال الذهني به، وظهور أعراض انفعالية عند محاولة التوقف عنه أو الحد منه.

ويعرف الباحث إجرائياً الإدمان السلوكي بأنه مستوى الاضطراب الناتج عن الانخراط المفرط والقهري في سلوكيات رقمية محددة، كما يدركه ويقيمه الأخصائي النفسي لدى عملائه.

الأخصائي النفسي:

كل متخصص حاصل على مؤهل جامعي في علم النفس (إكلينيكي أو إرشادي)، ويعمل في أحد مراكز علاج الإدمان أو المستشفيات النفسية المرخصة، ويمارس العلاج المعرفي السلوكي بشكل فعلي مع عملائه (American Psychological Association, 2020).

ويعرف الباحث إجرائياً الأخصائي النفسي بأنه الممارس الحاصل على مؤهل أكاديمي متخصص في علم النفس، ويعمل فعلياً في مجال تقديم خدمات التدخل العلاجي المعرفي السلوكي للعملاء الذين يعانون من اضطرابات الإدمان السلوكي.

5.1. حدود الدراسة:

- **الحدود الموضوعية:** يقتصر البحث على دراسة العلاقة بين التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) ومستوى الإدمان السلوكي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين.
- **الحدود الزمنية:** سوف يتم تطبيق إجراءات هذا البحث خلال العام الدراسي 1448هـ.
- **الحدود البشرية والجغرافية:** تقتصر هذه الدراسة بشرياً على الأخصائيين النفسيين في التخصص (العيادي والإرشادي)، وجغرافياً على مراكز علاج الإدمان والمستشفيات النفسية الحكومية والخاصة بالمملكة العربية السعودية.

2. أدبيات الدراسة:

1.2. الإطار النظري:

1.1.2. العلاج المعرفي السلوكي (CBT)

يُعد العلاج المعرفي أحد النماذج العلاجية النفسية الفعالة القائمة على الفرضية القائلة بأن الأفكار غير التكيفية تشكل المحرك الأساسي للاضطرابات النفسية (Beck, 2011). وتعتبر نظرية العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته العلاجية ذات فاعلية في التدخل العلاجي للإدمان واضطرابات القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة (Hofmann et al., 2012).

يعتبر مفهوم العلاج المعرفي السلوكي كبديل للتحليل النفسي التقليدي، حيث ركز على دور العمليات المعرفية في نشأة الاضطرابات النفسية واستمرارها. يقوم النموذج المعرفي على افتراض أن تفسير الفرد للأحداث - وليس الأحداث نفسها - هو ما يحدد استجابته الانفعالية والسلوكية (Beck & Haigh, 2014).

وعرف Hofmann et al., (2012) التدخل العلاجي المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من الإجراءات والتقنيات المبنية على النموذج المعرفي، تُستخدم بشكل منهجي لتعديل العمليات المعرفية (أفكار، معتقدات، مخططات) بهدف تخفيف الضائقة النفسية وتحسين الأداء الوظيفي.

كما عرفه Beck (2011) بأنه نهج علاجي نفسي منظم يركز على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، ويهدف إلى تعديل الأفكار غير المتكيفة بما يسهم في تحسين الاستجابات الانفعالية والسلوكية.

- التقنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر

قام الباحث باختيار مجموعة من التقنيات التي تتناسب مع البحث الحالي (Beck, 2020):

التقنية الأولى: إعادة الهيكلة المعرفية:

تعتمد هذه التقنية على مساعدة المريض في تحديد الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات الوسطية والجذرية غير العقلانية، ثم تحديها بالأدلة واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وتكيفاً، باستخدام الجدل السقراطي والتسجيل الفكري وتُعد من أكثر التقنيات فعالية في علاج الأفكار الإدمانية المرتبطة بتعاطي المواد أو السلوكيات القهرية.

التقنية الثانية: المواجهة ومنع الاستجابة:

تعتمد على تعريض المريض تدريجياً ومنظماً للمثيرات الداخلية أو الخارجية التي تثير الرغبة الإدمانية أو الوساوس، مع منعه من القيام بالاستجابة الإدمانية المعتادة (مثل التعاطي أو السلوك القهري)، بهدف إطفاء التعلم الشرطي وكسر حلقة التعزيز السلبي.

التقنية الثالثة: التجارب السلوكية:

وهي تقنية تجمع بين الجانب المعرفي والسلوكي، حيث يصمم المعالج والمريض تجارب عملية بسيطة لاختبار صحة المعتقدات الإدمانية (مثل "لن أتحمل القلق إذا لم أتعاطى")، مما يسمح للمريض بتصحيح معرفته بناءً على أدلة حسية مباشرة.

التقنية الرابعة: التنشيط السلوكي

تعتمد على مساعدة المريض في جدولة أنشطة إيجابية وهادفة تتناسب مع قيمه، لزيادة التعزيز الإيجابي في البيئة وتقليل السلوكيات الإدمانية التي كانت تؤدي وظيفة تجنب أو هروب من المشاعر السلبية.

التقنية الخامسة: التدريب على مهارات حل المشكلات

تعلم هذه التقنية المريض خطوات منظمة لتحديد المشكلات الواقعية التي تسبق الانتكاس، وتوليد البدائل، وتقييم العواقب، واختيار الحل الأمثل وتنفيذه، مما يقلل من العجز المكتسب والاعتماد على الإدمان كحل سريع.

2.1.2. الإدمان السلوكي

- مفهوم الإدمان السلوكي:

شهد مفهوم الإدمان خلال العقود الأخيرة تحولاً ملحوظاً، إذ لم يعد مقتصراً على تعاطي المواد النفسية والكيميائية، بل امتد ليشمل أنماطاً سلوكية تتسم بالطابع القهري وفقدان السيطرة والاستمرار رغم العواقب السلبية (Chamberlain et al., 2016).

وعرّف Müller et al., (2016) الإدمان السلوكي بأنه ضعف القدرة على ضبط السلوك، والانشغال الذهني به، وظهور أعراض انفعالية عند محاولة التوقف عنه أو الحد منه.

وعرفه Grant et al., (2010) بأنه نمط من الانخراط القهري في سلوك أو نشاط معين دون تعاطي مادة كيميائية، مع الاستمرار فيه رغم ما يترتب عليه من نتائج سلبية نفسية واجتماعية ومهنية.

- أنواع الإدمان السلوكي:

تتعدد صور الإدمان السلوكي وتختلف مظاهره، إلا أنها تشترك في مجموعة من الخصائص الأساسية، أبرزها التكرار القهري للسلوك، وضعف التحكم، والاستمرار رغم النتائج السلبية (عبد الخالق، 2018). ومن أكثر أنواعه شيوعاً ما يأتي:

أولاً: إدمان الإنترنت:

يتمثل إدمان الإنترنت في الاستخدام المفرط وغير المنضبط للشبكة الإلكترونية بصورة تؤثر سلباً في الأداء الأكاديمي أو المهني أو الاجتماعي للفرد (Young, 1998). ويرتبط هذا النوع عادة بالانشغال المستمر بالأنشطة الإلكترونية وصعوبة تقليل مدة الاستخدام، إضافة إلى الشعور بالتوتر والانزعاج عند الانقطاع عن الاتصال (Kuss & Griffiths, 2012).

ثانياً: إدمان الألعاب الإلكترونية

يشير إدمان الألعاب الإلكترونية إلى الانخراط المفرط في ألعاب الفيديو بصورة تؤدي إلى فقدان السيطرة على الوقت والسلوك، مع تراجع الاهتمام بالواجبات الدراسية أو المهنية والعلاقات الاجتماعية (King & Delfabbro, 2018). وقد أظهرت بعض الدراسات ارتفاع معدل انتشار هذا النوع بين فئة المراهقين والشباب مقارنة بالفئات العمرية الأخرى (الغامدي، 2023).

ثالثاً: إدمان مواقع التواصل الاجتماعي:

يُقصد به الاستخدام القهري والمتكرر لمنصات التواصل الاجتماعي، وما يصاحبه من انشغال ذهني دائم بالحسابات والمنشورات والتفاعل الإلكتروني (Andreassen, 2015). ويرتبط هذا النمط بعدد من المشكلات النفسية، مثل القلق الاجتماعي واضطرابات النوم وضعف التركيز (Kircaburun & Griffiths, 2018).

رابعاً: إدمان التسوق القهري:

يتمثل هذا النوع في الرغبة الملحّة والمتكررة لشراء سلع أو منتجات دون حاجة فعلية إليها، رغم ما قد يترتب على ذلك من أعباء مالية أو مشكلات أسرية واجتماعية (Beck, 2007). ويُنظر إلى التسوق القهري بوصفه وسيلة مؤقتة لتحسين المزاج أو خفض التوتر النفسي (Müller et al., 2015).

خامساً: إدمان الهاتف الذكي

يرتبط إدمان الهاتف الذكي بالاستخدام المتواصل للهاتف بصورة تتجاوز الحاجة الوظيفية الطبيعية، ويصاحبه شعور بالقلق أو الانزعاج عند فقدان الهاتف أو تعذر الوصول إليه، وهي الحالة التي يُشار إليها أحياناً بمصطلح "النوموفوبيا" (Yildirim & Correia, 2015) وتشير الدراسات الحديثة إلى تزايد انتشار هذا النوع من الإدمان بين فئة الشباب والطلاب الجامعيين بصورة ملحوظة (الجبوري والزبيدي، 2024). وتشير الأدبيات النفسية إلى أن هذه الأنماط السلوكية ترتبط بعدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية، مثل الاندفاعية، وضعف التنظيم الانفعالي، والعزلة الاجتماعية، والحاجة المرتفعة للتعزيز الفوري (Brand et al., 2019).

2.2. الدراسات السابقة:

المحور الأول: الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي:(CBT)

في هذا المحور، تم استعراض الدراسات التي اهتمت بالعلاج المعرفي السلوكي كمدخل علاجي مستقل أو معدّل، وذلك في سياقات ثقافية وجغرافية متعددة، مع التركيز على تطبيقاته في علاج الاضطرابات الإدمانية.

هدفت دراسة Dai et al. (2025) إلى قياس مدى فعالية نسخة مطورة من العلاج المعرفي السلوكي عرفت باسم "العلاج المعرفي السلوكي القائم على تعزيز نقاط القوة"، وذلك في خفض تعاطي المواد المخدرة وأعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من الشباب الصيني المعرضين لمخاطر عالية. أظهرت النتائج، باستخدام تحليل التباين المتكرر، تفوقاً واضحاً للمجموعة التجريبية من حيث تحسن المرونة النفسية، وتعديل المعتقدات الخاطئة حول المخدرات، ورفع الكفاءة الذاتية لتجنب التعاطي، بالإضافة إلى انخفاض ملحوظ في أعراض الاكتئاب والقلق مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة Lent et al. (2025) إلى تقييم مدى قبول وجدوى وفعالية برنامج علاج معرفي سلوكي صمم خصيصاً لعلاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية. أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في أعراض القلق والاكتئاب لدى المشاركين الذين أكملوا الدراسة، مع درجات رضا عالية جداً عن البرنامج. خلصت الدراسة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي المصدري يمكن تقديمه بنجاح في بيئات الرعاية المجتمعية لمرضى إدمان المواد الأفيونية.

وهدفت دراسة Sonbol et al. (2024) إلى تقييم فعالية نسخة معدلة ثقافياً ودينياً (روحياً) من العلاج المعرفي السلوكي، وذلك في تحسين المرونة النفسية وتقدير الذات والروحانية لدى عينة من الشباب المصري الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد الأفيونية. طبقت الدراسة التصميم شبه التجريبي ذا المجموعتين (تجريبية وضابطة) مع قياس قبلي وبعدي، وشملت خمسة وتسعين مريضاً في المجموعة التجريبية وأربعة وستين في المجموعة الضابطة. تلقى المشاركون ثلاثة أشهر من الجلسات المعدلة روحياً، وأظهرت النتائج زيادة ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المرونة النفسية وتقدير الذات والروحانية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وتشير هذه النتيجة إلى أن إدماج العناصر الروحية والدينية ضمن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يعزز من فعاليته في السياقات العربية والإسلامية.

هدفت دراسة القرني (2021) إلى التعرف على واقع استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي CBT ومستوى الكفاءة الذاتية المدركة وصعوبات التطبيق من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين الممارسين في المستشفيات والعيادات النفسية بالمملكة العربية السعودية. طبقت الدراسة المنهج الوصفي على عينة من الأخصائيين النفسيين الممارسين. وأظهرت النتائج أن الأخصائيين النفسيين يوظفون فنيات الـ CBT بمستويات تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة، مع وجود ارتباط وثيق بين كفاءة الأخصائي المهنية ومستوى نجاح وخفض الأعراض المرضية لدى العملاء والحالات التي يشرفون عليها، كما رصدت الدراسة حزمة من التحديات المتعلقة بالاحتياج لبرامج الإشراف العيادي المكثف وتطوير بروتوكولات محلية موحدة.

المحور الثاني: الدراسات السابقة التي تناولت الإدمان السلوكي

يتناول هذا المحور الدراسات التي ركزت على مفهوم الإدمان السلوكي بأشكاله المختلفة، مثل إدمان الإنترنت وألعاب الفيديو وسلوكيات التسوق والعلاقات القهرية وغيرها.

هدفت دراسة Wicki et al. (2025) إلى فحص الارتباطات المتبادلة والتأثيرات المتقاطعة بين التغيرات في شدة أعراض الإدمان السلوكي المتعدد (مثل القمار، الألعاب، الإنترنت، المواد الإباحية، الهاتف الذكي، العمل القهري) من ناحية، وبين اضطرابات تعاطي المواد (الكحول والقنب) والمشكلات النفسية (كالاكتئاب واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والقلق الاجتماعي) من ناحية أخرى. وأظهرت النتائج أن التغيرات في شدة أعراض كل إدمان سلوكي كانت مرتبطة بشكل إيجابي ودال إحصائياً مع التغيرات في شدة أعراض الإدمانات السلوكية الأخرى، ومع اضطراب تعاطي الكحول، ومع جميع المشكلات النفسية المدروسة. كما كشفت النتائج عن وجود تأثيرات تقاطعية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإدمانات السلوكية والمشكلات النفسية في اتجاهين متبادلين، مما يعني أن كلاً منهما يغذي الآخر عبر الزمن. خلصت الدراسة إلى أن الإدمانات السلوكية والمشكلات النفسية تعزز بعضها البعض بشكل متبادل، مما يستدعي تطوير أطر نظرية شاملة وتدخلات علاجية متكاملة تأخذ هذا التفاعل في الاعتبار.

وهدفت دراسة الجبوري والزبيدي (2024) إلى التعرف على مستوى إدمان الإنترنت وعلاقته بالوحدة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعة في العراق. وأظهرت النتائج وجود مستوى متوسط من إدمان الإنترنت لدى أفراد العينة، كما كشفت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين إدمان الإنترنت والوحدة النفسية. أوصت الدراسة بضرورة توعية الطلاب بمخاطر الاستخدام المفرط للإنترنت، وتنظيم برامج إرشادية لتعزيز العلاقات الاجتماعية الواقعية.

هدفت دراسة الغامدي (2023) إلى الكشف عن مدى انتشار إدمان ألعاب الفيديو لدى عينة من المراهقين في مدينة الرياض، والتحقق من الفروق في مستوى الإدمان تبعاً لمتغيري الجنس والعمر. وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الإدمان بلغت (21.5%) بين أفراد العينة، مع وجود فروق دالة إحصائياً لصالح الذكور مقارنة بالإناث، ولصالح الفئة العمرية (15-18) سنة مقارنة بالفئة العمرية الأصغر. أوصت الدراسة بضرورة توعية الآباء والمعلمين بمخاطر إدمان الألعاب وعلامات التحذير المبكرة.

المحور الثالث: الدراسات السابقة التي تناولت المتغيرين:

يمثل هذا المحور جوهر موضوع البحث الحالي، حيث يركز على الدراسات التي جمعت بشكل صريح بين متغيري العلاج المعرفي السلوكي والإدمان السلوكي (مثل إدمان الإنترنت وألعاب الفيديو وغيرهما).

هدفت دراسة Alavi et al. (2021) إلى فحص أثر العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض أعراض اضطراب إدمان الإنترنت وتعزيز جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلاب الجامعيين. واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي بتصميم المجموعتين (التجريبية والضابطة) مع قياس قبلي وبعدي. وجرى اختيار العينة عبر المقابلات العيادية المنظمة، وضمت طلاباً تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. واستخدم الباحثون أداتين هما: مقياس إدمان الإنترنت، وجلسات علاجية مكثفة من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) تضمنت فنيات إيقاف التفكير، واستبدال الأفكار السلبية، وتحديد المواقف عالية الخطورة. وأظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي حقق خفضاً كبيراً ودالاً إحصائياً في الدرجة الكلية لأعراض الإدمان السلوكي (الإنترنت) وفي مستويات التوق والاشتياق القهري للشبكة، إلى جانب حدوث تحسن إيجابي دال في مؤشرات جودة الحياة الأكاديمية والاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

هدفت دراسة Santos et al. (2016) إلى قياس مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي (CBGT) في خفض أعراض إدمان الإنترنت وتحسين الكفاءة الاجتماعية والصحة النفسية لدى البالغين. واعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة مع قياس (قبلي، بعدي، وتتبعي بعد 6 أشهر). وتكونت العينة من (33) مريضاً من البالغين الذين يعانون من الإدمان السلوكي على الإنترنت وتم تحويلهم إلى مركز طبي جامعي متمايز. واستخدم الباحثون أدوات شملت: مقياس إدمان الإنترنت، وبروتوكولاً علاجياً معرفياً سلوكياً جماعياً مكثفاً استمر لـ (18) جلسة أسبوعية، ركّز عيادياً على فنيات تحدي الأفكار التلقائية، والتعريض لمنع الاستجابة، وحل المشكلات، والوقاية من الانتكاسة. وأظهرت النتائج وجود انخفاض دال إحصائياً في مستويات إدمان الإنترنت والاشتياق القهري للشبكة في القياس البعدي، كما كشفت نتائج القياس التتبعي (بعد 6 أشهر) عن استمرار وثبات هذا الانخفاض، مما يؤكد التأثير الممتد لفنيات العلاج المعرفي السلوكي في ضبط السلوك الإدماني.

هدفت دراسة Kim et al. (2012) إلى تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في علاج إدمان الإنترنت (وهو أحد أبرز أنماط الإدمان السلوكي) مقارنة بالعلاج بالموسيقى، والتحقق من التغيرات التي تطرأ على القشرة الدماغية. واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي القائم على القياس (القبلي والبعدي). وتكونت عينة الدراسة من (24) طالباً من الذكور المشخصين بإدمان الإنترنت عيادياً، جرى تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي وضمت (12) طالباً، ومجموعة العلاج بالموسيقى وضمت (12) طالباً. واستخدم الباحثون أداتين هما: مقياس يانغ لإدمان الإنترنت (YIAT)، وبرنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً امتد لـ (8) جلسات ركّز على إعادة الهيكلة المعرفية، وتعديل سلوك استخدام الشبكة، وإدارة الوقت. وأظهرت النتائج انخفاضاً جوهرياً ودالاً إحصائياً في درجات إدمان الإنترنت لدى أفراد مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بمجموعة العلاج بالموسيقى.

ـ التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الأهداف: اتفقت مجموعة من الدراسات السابقة على التدخل العلاج المعرفي السلوكي (CBT) مثل: دراسة (Sonbol et al., 2024) و(Lent et al., 2025) و (Dai et al., 2025) و(Alavi et al., 2021) و(Kim et al., 2012)

و(Santos et al., 2016) و(القرني 2021), بينما ركزت دراسات أخرى على الإدمان السلوكي كدراسة (الغامدي، 2023) و(الجبوري والزبيدي، 2024). بينما دراسة (Wicki et al., 2025) ركزت على المشكلات النفسية والادمانية. تطابقت كل الدراسات السابقة مع بحثنا الحالي من حيث الأهداف والمتغيرين (العلاج السلوكي المعرفي والادمان السلوكي).

من حيث المنهج: تنوعت المناهج في الأدبيات السابقة تبعاً لطبيعة أهدافها؛ واستخدمت بعض الدراسات مثل: (Sonbol et al., 2024) و(Lent et al., 2025) و(Dai et al., 2025) و(Alavi et al., 2021)، (Santos et al., 2016) و Kim et al., (2012) المنهج التجريبي وشبه التجريبي لضبط أثر البرنامج العلاجي، واعتمدت دراسة (Wicki et al., 2025) المنهج الطولي المتقاطع لتتبع السلوك عبر الزمن. وتطابقت الدراسة الحالية مع دراسات (الجبوري والزبيدي، 2024؛ والقرني، 2021, الغامدي 2023) على المنهج الوصفي الارتباطي التنبئي، وهو المنهج الأنسب للكشف عن طبيعة العلاقة والقدرة التنبؤية بين فنيات الـ CBT وخفض الإدمان السلوكي دون التدخل التجريبي.

من حيث العينة: ركزت بعض الدراسات على فئات المراهقين والشباب مثل: دراسة (الغامدي، 2023؛ والجبوري والزبيدي، 2024) و(Sonbol et al., 2024) و(Dai et al., 2025) و(Alavi et al., 2021)، (Santos et al., 2016) و Kim et al., (2012) و(Wicki et al., 2025) بينما تطابقت دراسة (القرني، 2021) بالعينة المستهدفة (الأخصائي النفسي الممارس) مع الدراسة الحالية. بينما اختلفت دراسة (Lent et al., 2025) حيث تناولت المرضى والنزلاء.

من حيث النتائج: أسفرت نتائج الدراسات التجريبية والاكلينيكية في خفض مستوى حدة الأعراض والأنماط القهرية للإدمان السلوكي (لا سيما إدمان الإنترنت والألعاب)، وثبات هذا الأثر في فترات المتابعة التتبعية. مثل: دراسة (Kim et al., 2012) و (Santos et al., 2016 و (Alavi et al., 2021) كما اظهرت نتائج الدراسات السابقة المتمركزة في مشكلات الإدمان السلوكي وتفاقم الاعتلالات النفسية المصاحبة كالقلق والاكتئاب، مثل: (دراسة الغامدي، 2023؛ والجبوري والزبيدي، 2024) و (Wicki et al., 2025, وتتقاطع نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة (القرني، 2021) من حيث رصد مستويات تطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى الأخصائيين النفسيين الممارسين والتي تراوحت بين المتوسطة والمرتفعة، ووجود ارتباط وثيق بين كفاءتهم المهنية ومستوى خفض الأعراض المرضية لدى الحالات. بينما دراسات (Lent et al., 2025) و (Sonbol et al., 2024) و(Dai et al., 2025) اعتمدت على فنيات الـ CBT في خفض مستوى الادمان الجسدي بشكل ملحوظ على المتعاطين من فئة المراهقين والشباب.

3. منهجية البحث وإجراءاته:

1.3. منهج البحث:

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك لملاءمته لطبيعة الأهداف المحددة. فهذا المنهج يسمح بوصف الظواهر كما هي، وجمع البيانات الدقيقة عنها، ثم الكشف عن طبيعة العلاقات بين متغيراتها المختلفة.

2.3. مجتمع البحث وعينته:

مجتمع البحث: تكون مجتمع البحث من جميع الأخصائيين النفسيين العاملين في مراكز علاج الإدمان والمستشفيات النفسية بالمملكة العربية السعودية.

عينة البحث: تم اختيار عينة عشوائية بسيطة بلغ حجمها (150) أخصائياً وأخصائية نفسية بالمملكة العربية السعودية. والجدول التالي يوضح خصائص العينة:

ISSN: 2706-6495

جدول (1) خصائص عينة الدراسة

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية %
الجنس	ذكور	62	41.3
	إناث	88	58.7
العمر	أقل من 30 سنة	38	25.3
	30-40 سنة	71	47.3
	41-50 سنة	31	20.7
	50 سنة فأكثر	10	6.7
الحالة الاجتماعية	أعزب/ عزباء	44	29.3
	متزوج / متزوجة	96	64
	مطلق/ مطلقة	8	5.3
	أرمل/ أرملة	2	1.4
المؤهل العلمي	بكالوريوس	74	49.3
	ماجستير	52	34.7
	دكتوراه	24	16
التخصص	علم نفس إكلينيكي	81	54
	علم نفس إرشادي	47	31.3
	أخرى	22	14.7
التصنيف المهني	أخصائي أول	29	19.3
	أخصائي	68	45.3
	مساعد أخصائي	41	27.3
	أخصائي استشاري	12	8
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	52	34.7
	5-10 سنوات	58	38.7
	11-15 سنة	27	18
	أكثر من 15 سنة	13	8.7

يشير الجدول السابق أن نسبة الأخصائيات النفسيات (58.7%) بينما نسبة الأخصائيين النفسيين (41.3%). تتركز غالبية العينة (47.3%) في الفئة العمرية من (30-40 سنة)، مما يشير إلى أن معظم المشاركين في مرحلة مهنية نشطة ومتوسطة الخبرة. ويشير الجدول إلى أن غالبية العينة (64%) من المتزوجين، مما قد يعكس استقراراً اجتماعياً ونفسياً قد ينعكس إيجاباً على الممارسة المهنية. يتوزع أفراد العينة بين حملة البكالوريوس (49.3%) والماجستير (34.7%) والدكتوراه (16.0%)، مما يعكس تنوعاً في المستويات التعليمية يثري بيانات الدراسة. يشير الجدول إلى أن أكثر من نصف العينة (54.0%) من حملة تخصص علم النفس الإكلينيكي، وهو التخصص الأكثر ارتباطاً بعلاج الإدمان، يليه علم النفس الإرشادي (31.3%). يشير الجدول إلى أن الفئة الأكبر

من العينة هم الأخصائيون (45.3%)، يليهم مساعدو الأخصائي (27.3%)، ثم الأخصائيون الأوائل (19.3%)، وأخيراً الاستشاريون (8.0%)، مما يعكس هيكلاً مهنياً متوازناً. تتركز غالبية العينة (38.7%) في فئة الخبرة من 5 سنوات إلى 10 سنوات، وهو ما يشير إلى أن معظم المشاركين في مرحلة الخبرة المبكرة إلى المتوسطة، مع وجود نسبة أقل من ذوي الخبرة الطويلة (8.7%).

3.3. أدوات البحث:

1- مقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (إعداد الباحث)

استند الباحث في بناء هذا المقياس إلى النظرية المعرفية السلوكية كما صاغها Beck (2011, 2020) ، والتي تقوم على الفرضية الأساسية القائلة بأن الأفكار والمعتقدات غير التكيفية تشكل المحرك الأساسي للاضطرابات النفسية والسلوكية، وأن تعديل هذه الأفكار والمعتقدات يؤدي إلى تحسين الاستجابات الانفعالية والسلوكية. وقد استُلهمت أبعاد المقياس من النموذج المعرفي العام (Generic Cognitive Model) الذي يحدد العمليات العلاجية الأساسية في CBT ، والتي تشمل: تحديد الأفكار التلقائية السلبية، وتحدي المعتقدات الوسطية والجذرية، واستخدام الجدل السقراطي، والتجارب السلوكية، والتعريض ومنع الاستجابة، والوقاية من الانتكاس.

كما استند الباحث إلى تعريف Hofmann et al. (2012) للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي بوصفه "مجموعة من الإجراءات والتقنيات المبنية على النموذج المعرفي، تُستخدم بشكل منهجي لتعديل العمليات المعرفية (أفكار، معتقدات، مخططات) بهدف تخفيف الضائقة النفسية وتحسين الأداء الوظيفي". وقد تجلّى هذا التعريف في صياغة فقرات المقياس التي تقيس مستوى تطبيق الأخصائي النفسي لهذه التقنيات في التعامل مع حالات الإدمان السلوكي.

من هذا المنطلق تم إعداد مقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي؛ حيث تكون المقياس في صورته الأولية من (40) فقرة موزعة على ستة أبعاد فرعية، تقيس كل منها جانباً مهماً من جوانب تطبيق هذا النهج العلاجي، كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (2) أبعاد مقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي وتوزيع الفقرات

الرقم	البعد	عدد الفقرات
1	المعتقدات الإدمانية لدى العملاء	7
2	الأفكار اللاعقلانية	7
3	المواقف عالية الخطورة	6
4	التغيير المعرفي	6
5	الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج	7
6	الاستجابة للاكتساب المعرفي والسلوكي	7
الإجمالي		**40**

- الخصائص السيكومترية لمقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي:

أولاً: صدق المقياس:

1. صدق المحكمين (الصدق الظاهري)

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (10) محكمين من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، بهدف استطلاع آرائهم في عبارات كل بعد من حيث صياغتها، ومدى مناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه، إما

بالموافقة عليها أو تعديل صياغتها أو حذفها لضعف أهميتها، وقد تم الأخذ بآرائهم التي اتفق عليها نحو 80% من المحكمين، والجدول التالي يوضح نسب اتفاق المحكمين على عبارات المقياس.

جدول (3) نسب اتفاق المحكمين على عبارات المقياس

البعد	عدد الفقرات قبل التحكيم	عدد الفقرات بعد التحكيم	نسبة الاتفاق المتوسطة
المعتقدات الإدمانية	7	5	%85
الأفكار اللاعقلانية	7	5	%88
المواقف عالية الخطورة	6	5	%82
التغيير المعرفي	6	5	%87
الفعالية الذاتية	7	5	%84
الاستجابة للاكتساب	7	5	%86
المقياس ككل	**40**	**30**	**%85.3**

وبناء على ما سبق تم حذف (10) فقرات لم تحقق نسبة الاتفاق المطلوبة، وأعيدت صياغة (5) فقرات بناءً على ملاحظات المحكمين. ليصبح عدد فقرات المقياس (30) فقرة.

2. صدق البناء (الاتساق الداخلي)

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس. تم ذلك باستخدام بيانات العينة الاستطلاعية (ن = 40).

جدول (4) معاملات ارتباط فقرات المقياس بالبعد الخاص بها

المعتقدات الإدمانية		الأفكار اللاعقلانية		المواقف عالية الخطورة	
الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	**0.72	6	**0.74	11	**0.69
2	**0.68	7	**0.70	12	**0.72
3	**0.65	8	**0.73	13	**0.66
4	**0.71	9	**0.68	14	**0.70
5	**0.69	10	**0.71	15	**0.67
التغيير المعرفي		**الفعالية الذاتية**		**الاستجابة للاكتساب**	
الفقرة	**معامل الارتباط**	**الفقرة**	**معامل الارتباط**	**الفقرة**	**معامل الارتباط**
16	**0.75	21	**0.73	26	**0.71
17	**0.72	22	**0.70	27	**0.69
18	**0.74	23	**0.74	28	**0.73
19	**0.69	24	**0.68	29	**0.70
20	**0.71	25	**0.72	30	**0.68

**** دال عند مستوى 0.01**

جدول (5) معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط
المعتقدات الإدمانية لدى العملاء	0.78**
الأفكار اللاعقلانية	0.82**
المواقف عالية الخطورة	0.79**
التغيير المعرفي	0.85**
الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج	0.83**
الاستجابة للاكتساب المعرفي والسلوكي	0.80**

يتضح من الجداول السابقة أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي وصدق البناء.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل.

جدول (6) معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس

البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المعتقدات الإدمانية لدى العملاء	5	0.85
الأفكار اللاعقلانية	5	0.88
المواقف عالية الخطورة	5	0.84
التغيير المعرفي	5	0.89
الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج	5	0.87
الاستجابة للاكتساب المعرفي والسلوكي	5	0.86
الدرجة الكلية	**30**	**0.92**

الصورة النهائية للمقياس:

تألف المقياس في صورته النهائية من (30) فقرة، موزعة على ستة أبعاد فرعية كما في الجدول التالي:

جدول (7) الصورة النهائية لأبعاد مقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي وتوزيع الفقرات

الرقم	البعد	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
1	المعتقدات الإدمانية لدى العملاء	5	5-1
2	الأفكار اللاعقلانية	5	10-6
3	المواقف عالية الخطورة	5	15-11
4	التغيير المعرفي	5	20-16

5	الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج	5	25-21
6	الاستجابة للاكتساب المعرفي والسلوكي	5	30-26
الإجمالي		**30 فقرة**	

ويتم تصحيح المقياس وفق تدرج ليكرت الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة) وتقابل الدرجات (5، 4، 3، 2، 1)، وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (30-150) درجة.

ويمكن تقسيم المستويات على درجات المقياس كما موضح بالجدول التالي:

جدول (8) تقسيم المستويات على درجات مقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي

الدرجة الكلية	درجة البعد	التقييم	الفئة
150-135	5-4.5	ممتاز	مرتفع جداً
134-105	4.49-3.5	جيد	مرتفع
104-75	3.49-2.5	متوسط	متوسط
74-45	2.49-1.5	ضعيف	منخفض
44-30	1.49-1	ضعيف جداً	منخفض جداً

2- مقياس مستوى الإدمان السلوكي (إعداد الباحث)

استند الباحث في بناء هذا المقياس إلى نموذج المكونات للإدمان (Components Model of Addiction) الذي قدّمه Griffiths (2005)، والذي يحدد ستة مكونات أساسية لأي سلوك إدماني، سواء كان مرتبطاً بمواد أو سلوكيات :البروز/الانشغال (Salience)، وتعديل المزاج (Mood Modification)، والتحمل (Tolerance)، وأعراض الانسحاب (Withdrawal)، والصراع (Conflict)، والانتكاس .(Relapse) وقد اعتمد الباحث هذا النموذج في تحديد الأبعاد الفرعية لمقياس الإدمان السلوكي، مع تكييفها لتناسب طبيعة الإدمانات السلوكية الرقمية (الإنترنت، الألعاب الإلكترونية، مواقع التواصل الاجتماعي، الهاتف الذكي).

كما استند الباحث إلى نموذج I-PACE (Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution) الذي قدّمه Brand et al. (2019)، والذي يفسر الإدمان السلوكي من خلال التفاعل بين خصائص الشخصية، والتأثير الانفعالي، والعمليات المعرفية، والتنفيذ السلوكي .وقد انعكس هذا النموذج في صياغة فقرات البعد المعرفي (الانشغال الذهني والتوقعات) والبعد الانفعالي (المشاعر المصاحبة) في مقياس الإدمان السلوكي.

ومن هذا المنطلق تكون مقياس مستوى الإدمان السلوكي من (25) فقرة موزعة على أربعة أبعاد رئيسية، تقيس كل منها جانباً من جوانب الإدمان السلوكي كما يلاحظه الأخصائي النفسي لدى عملائه. يركز المقياس على أربعة أنواع من الإدمان السلوكي الرقمي: إدمان الإنترنت، إدمان الألعاب الإلكترونية، إدمان مواقع التواصل الاجتماعي، وإدمان الهاتف الذكي.

جدول (9) أبعاد مقياس الإدمان السلوكي وتوزيع الفقرات

الرقم	البعد	عدد الفقرات
1	البعد المعرفي (الانشغال الذهني)	6
2	البعد الانفعالي (المشاعر المصاحبة)	6

3	البعد السلوكي (تكرار وشدة الممارسة)	7
4	البعد الاجتماعي (تأثير الإدمان على العلاقات)	6

- الخصائص السيكومترية للمقياس الإدمان السلوكي:

أولاً: صدق المقياس

1. صدق المحكمين (الصدق الظاهري)

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (10) محكمين من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، بهدف استطلاع آرائهم في عبارات كل بعد من حيث صياغتها، ومدى مناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه، إما بالموافقة عليها أو تعديل صياغتها أو حذفها لضعف أهميتها، وقد تم الأخذ بآرائهم التي اتفق عليها نحو 80% من المحكمين، والجدول التالي يوضح نسب اتفاق المحكمين على عبارات المقياس.

جدول (10) نسب اتفاق المحكمين على عبارات المقياس

البعد	عدد الفقرات قبل التحكيم	عدد الفقرات بعد التحكيم	نسبة الاتفاق المتوسطة
البعد المعرفي	6	5	%84
البعد الانفعالي	6	5	%86
البعد السلوكي	7	5	%83
البعد الاجتماعي	6	5	%85
المقياس ككل	**25**	**20**	%84.5

وبناء على ما سبق تم حذف (5) فقرات لم تحقق نسبة الاتفاق المطلوبة، وأعيدت صياغة (3) فقرات بناءً على ملاحظات المحكمين. ليصبح عدد فقرات المقياس (20) فقرة.

2. صدق البناء (الاتساق الداخلي)

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس. تم ذلك باستخدام بيانات العينة الاستطلاعية (ن = 40).

جدول (11) معاملات ارتباط فقرات المقياس بالبعد الخاص بها

البعد المعرفي		البعد الانفعالي		البعد السلوكي		البعد الاجتماعي	
الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	**0.74	6	**0.73	11	**0.76	16	**0.71
2	**0.70	7	**0.69	12	**0.72	17	**0.74
3	**0.72	8	**0.75	13	**0.74	18	**0.69
4	**0.68	9	**0.71	14	**0.70	19	**0.72
5	**0.71	10	**0.70	15	**0.73	20	**0.70

** دال عند مستوى 0.01

جدول (12) معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط
البعد المعرفي	0.81**
البعد الانفعالي	0.84**
البعد السلوكي	0.86**
البعد الاجتماعي	0.79**

توضح الجداول السابقة أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي وصدق البناء.

ثانياً: ثبات المقياس

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل.

جدول (13) معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس

البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
البعد المعرفي	5	0.88
البعد الانفعالي	5	0.84
البعد السلوكي	5	0.86
البعد الاجتماعي	5	0.83
الدرجة الكلية	**20**	**0.89**

- الصورة النهائية للمقياس:

تألف المقياس في صورته النهائية من (20) فقرة، موزعة على أربعة أبعاد فرعية كما في الجدول التالي:

جدول (14) أبعاد مقياس الإدمان السلوكي وتوزيع الفقرات

الرقم	البعد	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
1	البعد المعرفي	5	5-1
2	البعد الانفعالي	5	10-6
3	البعد السلوكي	5	15-11
4	البعد الاجتماعي	5	20-16
الإجمالي		**20 فقرة**	

ويتم تصحيح المقياس وفق تدرج ليكرت الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة) وتقابل الدرجات (5، 4، 3، 2، 1)، وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (20-100) درجة.

ويمكن تقسيم المستويات على درجات المقياس كما موضح بالجدول التالي:

جدول (15) تقسيم المستويات على درجات مقياس الإدمان السلوكي

الدرجة الكلية	درجة البعد	المستوى	درجة الإدمان
100-90	5-4.5	مرتفع جداً	إدمان حاد
89-70	4.49-3.50	مرتفع	إدمان متوسط إلى حاد
69-50	3.49-2.5	متوسط	إدمان متوسط
49-30	2.49-1.5	منخفض	إدمان خفيف
29-20	1.49-1	منخفض جداً	لا يوجد إدمان يُذكر

4.3. الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (26)، وطبق الاختبارات الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- معامل ارتباط بيرسون.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط.
- اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي (لفروق المجموعات).

4. تفسير نتائج البحث ومناقشتها:

1.4. النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ينص السؤال الأول على "ما مستوى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي من منظور الأخصائي النفسي؟"

للاجابة على هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة. أظهرت النتائج ما يلي:

الجدول (16): المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس التدخل العلاجي المعرفي السلوكي

البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى التقديري
الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج	4.12	0.58	مرتفع
التغيير المعرفي	4.05	0.61	مرتفع
الاستجابة للاكتساب المعرفي	3.92	0.64	متوسط إلى مرتفع
المواقف عالية الخطورة	3.78	0.67	متوسط إلى مرتفع
المعتقدات الإدمانية لدى العملاء	3.65	0.70	متوسط
الأفكار اللاعقلانية	3.58	0.72	متوسط
الدرجة الكلية	**3.85**	**0.62**	**متوسط الى مرتفع**

تشير النتيجة إلى أن الأخصائيين النفسيين في مراكز علاج الإدمان والمستشفيات النفسية يطبقون التدخل العلاجي المعرفي السلوكي بمستوى متوسط إلى مرتفع، مما يعكس نضج الممارسة العيادية المستندة إلى الأدلة. ويعكس هذا المستوى أن الأخصائيين يمتلكون كفاءة مهنية وميلاً منظمًا نحو تطبيق فنياتCBT ، مثل إعادة الهيكلة المعرفية، والتعريض ومنع الاستجابة، والتجارب السلوكية، باعتبارها خط الدفاع العيادي الأول.

كما أشارت النتائج إلى أن الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج جاءت بالمركز الأول بمتوسط (4.12)، مما يشير إلى أن الأخصائيين يركزون على تمكين العميل وتعزيز ثقته بقدرته على مقاومة السلوك الإدماني، وهو ما يتفق مع فلسفة CBT التي تهدف إلى تمكين العميل من أن يصبح معالجاً لنفسه.

وجاء التغيير المعرفي في المركز الثاني بمتوسط (4.05)، مما يشير إلى أن الأخصائيين يركزون على تعديل الأنماط المعرفية غير التكيفية (مثل التوقعات الإيجابية تجاه المادة، وتبرير السلوك، وإنكار المشكلة)، وهو ما يتفق مع النموذج المعرفي لـ Beck (2011)الذي يؤكد على دور الأفكار والمعتقدات في نشأة الاضطرابات النفسية واستمرارها.

أما "المعتقدات الإدمانية"، و"الأفكار اللاعقلانية" جاء هذان البعدان في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.65) و(3.58) على التوالي، وهما مستوى "متوسط". وقد يعكس ذلك صعوبة التعامل مع المعتقدات الإدمانية الراسخة لدى العملاء، أو قلة تركيز الأخصائيين على الجدل السقراطي وتحدي الأفكار مقارنة بالتقنيات الأخرى. كما قد يعكس حاجة الأخصائيين إلى مزيد من التدريب على هذه التقنيات المتخصصة.

تتفق هذه النتيجة مع النظرية المعرفية (Beck, 2011) التي تؤكد على دور العمليات المعرفية في نشأة الاضطرابات النفسية واستمرارها، وأن تعديل هذه العمليات هو هدف أساسي في العلاج. كما تتفق مع نموذج Hofmann et al. (2012) الذي يعرف CBT بأنه مجموعة من الإجراءات والتقنيات المبنية على النموذج المعرفي، تستخدم بشكل منهجي لتعديل العمليات المعرفية بهدف تخفيف الضائقة النفسية وتحسين الأداء الوظيفي.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة القرني (2021) في البيئة السعودية، التي رصدت أن الأخصائيين النفسيين الممارسين في المستشفيات والعيادات النفسية يوظفون فنيات العلاج السلوكي المعرفي بمستويات تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة، مما يعكس نضج الممارسة العيادية المستندة إلى الأدلة في المملكة. وتتفق سياقيًا مع توجهات دراسة (Lent et al., 2025) ودراسة (Dai et al., 2025) التي أكدت على القبول العالي والجاهزية المرتفعة لدى الممارسين في البيئات العيادية والمجتمعية لاعتماد وتطبيق بروتوكولات CBT المنظمة.

تتفق مع دراسة (Sonbol et al., 2024) التي أظهرت فعالية نسخة معدلة ثقافيًا ودينيًا من CBT في تحسين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى الشباب المصري، مما يدعم فكرة أن CBT قابل للتكيف مع السياقات الثقافية المختلفة.

2.4. النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ينص السؤال الثاني على "ما مستوى الإدمان السلوكي من وجهة نظر الأخصائي النفسي؟"

للاجابة على هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة. أظهرت النتائج ما يلي:

الجدول (17): المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس لأبعاد الإدمان السلوكي

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
البعد السلوكي	4.45	0.51	مرتفع جداً
البعد المعرفي	4.18	0.56	مرتفع
البعد الانفعالي	3.95	0.60	مرتفع
البعد الاجتماعي	3.72	0.65	متوسط إلى مرتفع
الدرجة الكلية للمقياس	**4.08**	**0.55**	**مرتفع**

تشير هذه النتيجة أن الأخصائيين النفسيين يدركون انتشار الإدمان السلوكي بمستوى مرتفع بين عملائهم متوسط (4.08)، مما يؤكد أن هذه الظاهرة لم تعد هامشية، بل تحولت إلى مشكلة عيادية حقيقية تستدعي التدخل الجاد .ويعكس هذا الارتفاع أن الحالات التي تصل إلى عيادات ومراكز العلاج النفسي بالمملكة العربية السعودية تتسم بالحدة والقهورية السلوكية قبل التدخل العلاجي.

وجاء البعد السلوكي في المرتبة الأولى، مما يشير إلى أن تكرار الممارسة وشدة السلوك الإدماني هو الجانب الأكثر ظهوراً لدى العملاء، حيث يقضي المتعاطون ساعات طويلة في ممارسة السلوك الإدماني، ويحتاجون إلى زيادة المدة تدريجياً للحصول على نفس المستوى من الإشباع، ويفشلون في محاولات السيطرة على السلوك. ويتفق هذا مع معايير DSM-5 التي تشمل "فقدان السيطرة" و"التكرار القهري" كأعراض أساسية لاضطرابات تعاطي المواد والسلوكيات الإدمانية.

وجاء البعد المعرفي في المرتبة الثانية، مما يشير إلى أن الانشغال الذهني بالسلوك الإدماني يمثل سمة بارزة لدى العملاء، حيث يفكرون في السلوك الإدماني بمجرد توفر وقت الفراغ، ويخططون له مسبقاً، ويعانون من صعوبة في التركيز في المهام اليومية.

رغم أن البعد الاجتماعي جاء في المرتبة الأخيرة، إلا أن مستواه لا يزال مرتفعاً نسبياً، مما يشير إلى أن الإدمان السلوكي يؤثر سلباً في العلاقات الاجتماعية للمتعاطين، لكن ربما يكون تأثيره أقل حدة من الأبعاد الأخرى في مرحلة التشخيص الأولي.

تتفق هذه النتيجة مع نموذج Griffiths (2005) الذي يرى أن الإدمان السلوكي يتضمن مكونات أساسية تشمل: الانشغال (Salience)، وتغير المزاج (Mood Modification)، والتحمل (Tolerance)، وأعراض الانسحاب (Withdrawal)، والصراع (Conflict)، والانتكاس (Relapse). وتتفق مع نموذج Brand et al. (2019) الذي يفسر الإدمان السلوكي من خلال التفاعل بين الشخصية (Person)، والتأثير (Affect)، والمعرفة (Cognition)، والتنفيذ (Execution)، حيث تؤدي هذه العوامل مجتمعة إلى تطوير السلوك الإدماني.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة الغامدي (2023) التي رصدت معدلات انتشار مرتفعة لإدمان ألعاب الفيديو في المجتمع السعودي (بلغت 21.5% بين المراهقين)، مؤكدةً على تنامي الظاهرة وتحولها إلى مشكلة عيادية تستدعي التدخل. وتتفق مع دراسة الجبوري والزبيدي (2024) التي أكدت على تفاقم ظاهرة إدمان الإنترنت وارتباطها باعتلالات نفسية حادة كالمرونة المنخفضة والوحدة النفسية. وتتكامل مع دراسة Wicki et al. (2025) الطولية الشاملة، التي أثبتت مخبرياً وعيادياً أن حدة أعراض الإدمانات السلوكية المتعددة (الهاتف، الإنترنت، الألعاب) في تصاعد مستمر وتغذي الاضطرابات النفسية متبادلاً عبر الزمن.

3.4. النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ينص السؤال الثالث على "هل توجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين مستوى التدخل العلاج المعرفي السلوكي ومستوى الإدمان السلوكي؟"

للاجابة على هذا السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للوقوف على طبيعة العلاقة بين مستوى التدخل العلاج المعرفي السلوكي ومستوى الإدمان السلوكي.

جدول (18): معاملات ارتباط بيرسون بين مستوى التدخل العلاج المعرفي السلوكي ومستوى الإدمان السلوكي

المتغيران	معامل بيرسون (r)	مستوى الدلالة (p)
العلاج المعرفي السلوكي × الإدمان السلوكي	0.68	0.01

تشير النتيجة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية ودالة إحصائياً بين مستوى تطبيق الأخصائيين للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي ومستوى الإدمان السلوكي لدى عملائهم. ويعني ذلك أنه كلما زاد استخدام الأخصائيين لفنيات CBT، زاد مستوى التحسن (أي انخفض الإدمان بشكل أكبر).

تتفق هذه النتيجة مع النظرية المعرفية السلوكية (Beck, 2011) التي تؤكد على أن تعديل الأفكار والمعتقدات غير التكيفية يؤدي إلى تحسين الاستجابات الانفعالية والسلوكية. وتتفق مع نموذج Hofmann et al. (2012) الذي يؤكد على فعالية CBT في علاج اضطرابات الإدمان والقلق والاكتئاب. كما تتفق مع دراسة Alavi et al. (2021) التي أثبتت فعالية CBT الجماعي في خفض أعراض إدمان الإنترنت وتحسين جودة الحياة والصحة النفسية.

4.4. النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

ينص السؤال الرابع على "هل يمكن التنبؤ بمستوى الإدمان السلوكي من خلال مستوى التدخل للعلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين؟"

للاجابة على هذا السؤال تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (19): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بمستوى الإدمان السلوكي من خلال التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (ن=150)

المتغير المستقل	B	β	R^2	F	p
التدخل العلاجي المعرفي السلوكي	0.603	0.680	0.4624	127.30	P < 0.001

دال إحصائياً عند مستوى 0.01

أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط وجود علاقة تنبؤية موجبة ودالة إحصائيًا بين درجات التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) ودرجات الإدمان السلوكي لدى العملاء، وفق تقديرات الأخصائيين النفسيين؛ إذ بلغ معامل التحديد (R^2 = 0.4624)، وقيمة اختبار الانحدار ($F(1,148) = 127.30$)، عند مستوى دلالة ($p < 0.001$) ، في حين بلغ معامل الانحدار غير المعياري ($B \approx 0.603$)، ومعامل الانحدار المعياري.($\beta = 0.68$)

ويمكن التعبير عن معادلة الانحدار الخطي البسيط، باستخدام المتوسطات الحسابية للمقياسين، على النحو الآتي:

مستوى الإدمان السلوكي = 1.758 + 0.603 × مستوى التدخل العلاج المعرفي السلوكي

تشير النتيجة إلى أن التدخل العلاجي المعرفي السلوكي يفسر ما نسبته (46.24%) من التباين في مستوى الإدمان السلوكي. وهذا يعني أن فنيات CBT المطبقة من قِبل الأخصائيين تسهم بشكل دال إحصائياً في التنبؤ بمستوى الإدمان السلوكي وتراجعه لدى العملاء، بينما الـ 62% المتبقية من التباين تعزى إلى عوامل أخرى لم يشملها النموذج.

تتفق هذه النتيجة مع النموذج المعرفي السلوكي (Beck, 2011) الذي يرى أن تعديل الأفكار والمعتقدات غير التكيفية يؤدي إلى تحسين الاستجابات الانفعالية والسلوكية. وتتفق مع دراسة Dai et al. (2025) التي أظهرت أن التدخل المبني على فنيات CBT يمتلك قدرة عالية على التنبؤ برفع الكفاءة الذاتية وتعديل المعتقدات الخاطئة وتجنب السلوكيات الاعتمادية لدى الشباب. كما تتفق مع دراسة Lent et al. (2025) التي أظهرت تحسناً ملحوظاً في أعراض القلق والاكتئاب لدى المشاركين الذين أكملوا برنامج CBT، مع درجات رضا عالية جداً عن البرنامج. تتفق مع دراسة Sonbol et al. (2024) التي أظهرت زيادة ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المرونة النفسية وتقدير الذات والروحانية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد تطبيق CBT المعدل ثقافياً.

5. خاتمة البحث:

تناول البحث ظاهرة الإدمان السلوكي بوصفها أحد التحديات النفسية والسلوكية المعاصرة التي تجاوزت حدود تعاطي المواد إلى أنماط سلوكية رقمية قهرية (الإنترنت، الألعاب الإلكترونية، مواقع التواصل الاجتماعي، الهاتف الذكي). اعتمد البحث المنهج

الوصفي الارتباطي التنبؤي، وطُبق على عينة عشوائية بسيطة قوامها (150) أخصائياً وأخصائية نفسية من العاملين في مراكز علاج الإدمان والمستشفيات النفسية بالمملكة العربية السعودية. استند الباحث في بناء أدواته إلى أسس نظرية رصينة، مستنداً إلى النظرية المعرفية السلوكية (Beck, 2011, 2020) في بناء مقياسCBT ، وإلى نموذج المكونات (Griffiths, 2005) ونموذج I-PACE (Brand et al., 2019) في بناء مقياس الإدمان السلوكي، مع الاستفادة من الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة.

أظهرت النتائج أن الأخصائيين النفسيين يطبقون فنيات العلاج المعرفي السلوكي بمستوى متوسط إلى مرتفع (م = 3.85، ع = 0.62). وتفوق بعدا" الفعالية الذاتية للعميل بعد العلاج (4.12)" و"التغيير المعرفي (4.05)" على بقية الأبعاد، مما يعكس تركيز الأخصائيين على تمكين العميل وتعديل أنماط تفكيره. وأظهرت النتائج أن الأخصائيين النفسيين يدركون انتشار الإدمان السلوكي بمستوى مرتفع بين عملائهم (م = 4.08، ع = 0.55). وتصدر البعد السلوكي بمتوسط (4.45)، يليه البعد المعرفي (4.18)، ثم البعد الانفعالي (3.95)، وأخيراً البعد الاجتماعي (3.72).

كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية ودالة إحصائياً بين مستوى تطبيق الأخصائيين للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي ومستوى الإدمان السلوكي (r = 0.68). وأظهر تحليل الانحدار الخطي البسيط أن التدخل العلاجي المعرفي السلوكي قادر على التنبؤ بمستوى الإدمان السلوكي، حيث بلغ معامل التحديد(R^2 = 0.4624) ، أي أن CBT يفسر ما نسبته (46.24%) من التباين في مستوى الإدمان السلوكي.

6. التوصيات:

وفي ختام هذا البحث، يوصي الباحث بعدة توصيات عملية كالتالي:

1. تطوير المهارات في استخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، عن طريق برامج الإشراف المهني والتدريب أثناء الخدمة،
2. يوصي الباحث بإعداد برامج تدريبية مستمرة للأخصائيين النفسيين في تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الحديثة. واعداد بحوث ميدانية تطبيقية يشارك فيها طلاب الدراسات العليا في مراكز علاج الإدمان.
3. توجيه وتنبيه وإرشاد وتوعية فئة الشباب والمراهقين من مخاطر الإدمان السلوكي والجسدي في التواصل مع المراكز العلاجية والتأهيلية للإدمان
4. نشر ثقافة الصحة النفسية في البيئة التعليمية (المدارس – الجامعات – المعاهد – الأكاديميات) مع إضافة مقرر منهجي حول مخاطر "الإدمان السلوكي والجسدي".

7. بحوث ودراسات مقترحة:

1. إجراء دراسة نوعية باستخدام المقابلات المتعمقة لفهم تحديات تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ميدانياً.
2. إجراء دراسة مماثلة من منظور العميل نفسه، لمقارنة وجهات النظر مع الأخصائيين النفسيين.

8. المراجع:

1.8. المراجع العربية:

الجبوري، م. خ.، والزبيدي، ك. ع. (2024). إدمان الإنترنت وعلاقته بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 18(2)، 145-172.

الشناوي، محمد محروس. (2015). *العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته* (ط.2). مكتبة زهراء الشرق.

عبد الخالق، أحمد أحمد. (2018). *الاضطرابات السلوكية المعاصرة وإدمان السلوك: رؤية عيادية حديثة*. المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

الغامدي، سعد. (2023). مدى انتشار إدمان ألعاب الفيديو لدى عينة من المراهقين في مدينة الرياض. *المجلة السعودية لعلم النفس*، 7(1)، 89 - 114

القرني، عبدالرحمن. (2021). واقع استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) ومستوى الكفاءة الذاتية المدركة وصعوبات التطبيق من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين الممارسين في المستشفيات والعيادات النفسية بالمملكة العربية السعودية. *مجلة العلوم الطبية والنفسية*، 5(12)، 45 - 72

2.8. المراجع الأجنبية:

Alavi, S. S., Alaghemandan, H., Maracy, M. R., Jannatifard, F., Eslami, M., & Ferdosi, M. (2021). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on internet addiction, quality of life, and mental health in university students. *Journal of Research in Medical Sciences*, 26(1), 34 –42

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).

Andreassen, C. S. (2015). Online social network addiction: A review of the psychological factors. *Current Addiction Reports*, 2(3), 175–184.

Beck, A. T. (2007). *The evolution of the cognitive model of depression and its clinical applications*. American Psychological Association.

Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1–24.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.

Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.

Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T. W., & Potenza, M. N. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for internet-use disorders: An update. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104, 1–10.

Chamberlain, S. R., Lochner, C., Stein, D. J., Goudriaan, A. E., van Holst, R. J., Zohar, J., & Grant, J. E. (2016). Behavioral addiction—A rising clinical challenge. *European Neuropsychopharmacology*, 26(5), 841–855.

Dai, Y., Zhang, X., & Wang, L. (2025). Efficacy of strengths-based cognitive behavioral therapy in reducing substance use and affective symptoms among high-risk youth. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 112–119.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.

Griffiths, M. D. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: *A review of meta-analyses. Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.

King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2018). *Internet gaming disorder: Theory, assessment, and treatment*. Academic Press.

Kircaburun, K., & Griffiths, M. D. (2018). Instagram addiction and the Big Five of personality: The mediating role of self-liking. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(1), 15–26.

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 3–22.

Lent, M. R., Goldstein, S. C., & Peterson, L. (2025). Acceptance, feasibility, and efficacy of a tailored cognitive behavioral therapy program for opioid use disorder in a community health clinic. *Journal of Community Psychology*, 53(2), 204–218.

Müller, A., Brand, M., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., & Krueger, R. F. (2016). Behavioral addictions in DSM-5 and ICD-11: Current status and future directions. *Psychopathology*, 49(4), 213–221.

Müller, A., Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying disorder: An update on conceptualization, diagnosis, and treatment. *Current Addiction Reports*, 2(3), 245–251.

Santos, V. A., King, A. L., & Nardi, A. E. (2016). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for internet addiction, social competence, and mental health in adults. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(4), 291–299.

Sonbol, N., et al. (2024). Culturally and spiritually adapted cognitive behavioral therapy for opioid use disorder among Egyptian youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(3), 1420–1435.

Wicki, M., Kohlmann, W., & Gmel, G. (2025). Reciprocal associations and cross-lagged effects between behavioral addictions and mental health problems: A comprehensive longitudinal study in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 84(1), 45–60.

ISSN: 2706-6495

Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 49, 130–137.

Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244.

جميع الحقوق محفوظة © 2026، الباحث/ بندر علي سلمان الفيفي، (CC BY NC 4.0)

Doi: https://doi.org/10.52132/Ajrsp/v8.91.7