

جامعة الجزائر - 2-

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الأعراض النفسية (القلق، الإكتئاب و العزلة الاجتماعية)

الناتجة عن إدمان الأنترنت

لدى طلاب الجامعة

- دراسة ميدانية - جامعة الجزائر -2-

**Psychological symptoms (anxiety, depression and social
isolation)**

Caused by internet addiction

Among university students

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص علم النفس المدرسي

من إعداد الطالبة:

إشراف :

- سحاب فتيحة

- أ. د. أيت حمودة حكيم

الرقم	اللقب والإسم	الرتبة	الجامعة	الصفة
01	الأستاذ طيبي الحاج	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
02	الأستاذة أيت حمودة حكيم	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	مقرا
03	الأستاذة خطار زهية	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	عضوا
04	الأستاذة شريفي هناء	أستاذة محاضرة - أ-	جامعة الجزائر 2	عضوا
05	الأستاذة بلعسل فتيحة	أستاذة محاضرة - أ-	المدرسة العليا للأساتذة - بوزريعة -	عضوا
06	الأستاذة خويلد أسماء	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجلفة	عضوا

السنة الدراسية: 2017-2018

**University of Algiers -2-
Abou El Kacem Saad Allah
Faculty of Social Sciences
Psychology department**

**Psychological symptoms
(anxiety, depression and social isolation)
caused by Internet addiction among
university students
-field study- university of Algiers -2-**

Done by the student:

- Sahab Fatiha

Supervised by:

- D. Ait Hamouda Hakima

University year : 2017-2018

الشكر والتقدير

نشكر الله المولى عزّوجل العلي القديم على توفيقه لنا لإتمام هذا البحث، كما نحمده عن نعمة الصبر التي ألهمها إيانا طيلة مدة إنجاز هذا العمل.

إلى الأستاذة الدكتورة الفاضلة: آيت حمودة حكيمة، التي أشرفت على هذا البحث، أعبر لها عن خالص شكري وإمتناني،

كما نشكر لجنة المناقشة على تكريمهم بتعزيز هذا البحث بمرئياتهم وملاحظاتهم.

و في الأخير نشكر كل من أمدّنا بالعون سواء بالدعاء أو المؤانسة حين الشدة، فلكل هؤلاء منا كل التقدير.

سحاب فتحة

الإهداء

إلى من كان سببا في وجودي بعد الله " والديّ الكريمين "أمي نصيرة و ابي فريد أطال الله
عمرهما.

إلى رفيق دربي ومن شجعني ووثق في قدراتي على إتمام هذا العمل حتى في أصعب
الظروف ، زوجي العزيز : رمزي وإلى أعلى ما أملك ابنتي الحبيبة: أية وابني العزيز آدم.
إلى أخي عبد الكريم و زوجته كاميليا وابنيهما ريان و أيمن ، و أختي نفيسة و أبنائها يونس
اسلام،محمد و ملاك.

إلى خالتي العزيزة : نسيمة وزوجها الحاج و إلى : جبير، شناز، منال إخوتي الصغار.
إلى حماتي : جميلة التي طالما شجعتني و ابي الثاني علي وكل عائلة زوجي الكريمة
خاصة عفاف و ريان

إلى زملائي و زميلاتي بالدراسة أهدي هذا العمل.

فتيحة

ملخص البحث باللغة العربية:

تهدف الدراسة إلى معرفة مستوى إدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة و الكشف عن الفروق في درجات كل من القلق ، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية بين الطلبة الجامعيين المدمنين و غير المدمنين على الإنترنت والكشف عن العلاقة بين إدمان الإنترنت وكل من القلق ، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. و استخدمت الباحثة المنهج الوصفي على عينة 534 طالب و طالبة، طبقت عليهم: 1-استمارة.

2- مقياس إدمان الإنترنت،القلق، الاكتئاب و العزلة الاجتماعية.

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية للتحقق من نتائج البحث :

- اختبار ت لعينة واحدة و لعينتين مستقلتين و معامل الارتباط.

وتمثلت النتائج فيما يلي:

- هناك مستوى مرتفع لإدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة.

- هناك فروق في درجة القلق ،الاكتئاب و العزلة الاجتماعية بين الطلبة المدمنين

و الغير مدمنين على الإنترنت لصالح المدمنين.

- هناك ارتباط موجب ودال إحصائيا بين إدمان الإنترنت ودرجة كل من الاكتئاب

القلق و العزلة الاجتماعية لدى الطلبة المدمنين وغير المدمنين.

Summary:

The study aimed to assess the symptoms of Internet addiction (Anxiety, Depression and Social Isolation) on a sample of 534 male and female students randomly chosen at the University of Algiers-2-.

In order to achieve this study objectives, the descriptive approach has been used in addition to tools to collect Data that are: A form, scale: Internet addiction, Anxiety, Depression and social isolation.

Moreover, various statistical methods have been applied which are: T-test on one sample, T-test on two independent samples and the correlation coefficient.

After analyzing data, The research concluded:

- There is a high level of internet addiction among University students, along with significant statistically found differences between males and females concerning addiction level.

- There are differences in anxiety, depression and social isolation scores between addicted students and non-addicted ones in addicted's favor. Finally the study concluded that there is a positive and a statistically significant link between internet addiction, anxiety, social isolation and depression.

" المحتويات "

	مقدمة البحث
	الجاناب النظري
	الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث
6	1- إشكالية البحث.....
12	2- فرضيات البحث.....
13	3- أهمية البحث.....
13	4- أهداف البحث.....
14	5- تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث.....
	الفصل الثاني: إدمان الإنترنت
17	1- تعريف الإنترنت.....
22	2- أعراض إدمان الإنترنت.....
22	3-1- تصنيف كيمبرلي يونغ.....
23	3-2- تصنيف الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA).....
25	3-3- تصنيف شارل نايبى Naybi
26	3-4- تصنيف الخالدي.....
26	3- أشكال إدمان الإنترنت.....
26	4-1- إدمان الفضاء الجنسي.....
27	4-2- إدمان الحوارات.....
27	4-3- الإفراط المعلوماتي.....

27	4-4- إلتزام الإنترنت.
27	4-5- إدمان الكمبيوتر.
28	4- مراحل إدمان الإنترنت.....
29	5- أكثر الناس قابلية للإدمان.....
30	6-أسباب الإدمان على الإنترنت.....
33	7-النظريات المفسرة لإدمان الإنترنت.....
34	8-1- النظرية السيكودينامية.....
35	8-2- النظرية السلوكية.....
36	8-3- النظرية الاجتماعية الثقافية
37	8-4- نموذج جرول Grrrol لإدمان الإنترنت.....
38	9- آثار الإدمان على الإنترنت.....
39	9-1- الآثار الصحية.
40	9-2- الآثار النفسية والاجتماعية.
42	10- إدمان الإنترنت وعلاقته بالإكتئاب.....
43	11- إدمان الإنترنت بالعزلة الاجتماعية.....
44	12- إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق.....
45	13- علاج إدمان الإنترنت.....
48	*- خلاصة.....
	الفصل الثالث: العزلة الاجتماعية
50	*- تمهيد
51	1- مفهوم العزلة الاجتماعية
55	2- العزلة الاجتماعية والمفاهيم المرتبطة بها.....
55	2- 1- الإغتراب والعزلة الاجتماعية.....

55	2-2- الإنفراد والعزلة الاجتماعية.....
56	2-3- الإكتئاب والعزلة الاجتماعية.....
57	2-4- الشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية.....
58	2-5- الخجل والعزلة الاجتماعية.....
60	3-أسباب العزلة الاجتماعية..
61	3-1- عوامل مرتبطة بالفرد.....
66	3-2- عوامل بالفرد.....
74	4-النظريات المفسرة للعزلة الاجتماعية.....
74	4-1- نظرية التحليل النفسي.....
76	4-2- نظرية الذات.....
76	4-3- النظرية السلوكية.....
78	5-مظاهر العزلة الاجتماعية.....
78	5-1- التأخر الدراسي.....
79	5-2- الإكتئاب.....
80	5-3- عدم القدرة على مسايرة الآخرين.....
81	5-4- نمو مشاعر التعاسة وعدم السعادة.....
83	5-5- الميل إلى العدوانية.....
84	6-خصائص السلوك الانعزالي.....
86	*- خلاصة.....
	الفصل الرابع: القلق
89	*- تمهيد.....
90	1-تعريف القلق.....

92	2- الفرق بين الخوف والقلق.....
94	3- أنواع القلق.....
94	3-1- القلق الموضوعي (العادي)
95	3-2- القلق العصابي (المرضي)
96	3-3- القلق كحالة وسمة.....
98	3-4- القلق الخلفي.
98	3-5- القلق العام.....
99	3-6- القلق الثانوي.....
99	4- أسباب القلق.....
99	4-1- أسباب وراثية.....
100	4-2- أسباب نفسية.....
101	4-3- مواقف الحياة الضاغطة.....
101	4-4- أسباب جسمية.....
101	5- أعراض القلق.....
102	5-1- الأعراض الجسمية.....
106	5-2- الأعراض النفسية.....
107	5-3- الأعراض السيكو سوماتية (البنفسجية).....
109	6- النظريات المفسرة للقلق النفسي.
109	6-1- نظرية التحليل النفسي.....
117	6-2- النظرية السلوكية.....
119	6-3- النظرية السلوكية المعرفية.....
120	6-4- نظرية الذات (كارل روجرز)
121	6-5- نظرية القلق الدافع.

123	.....علاج القلق 7-1
123	.....العلاج السلوكي 7-1-1
124	.....العلاج المعرفي 7-2
125	.....العلاج الكيميائي 7-3
125	.....العلاج الإجتماعي 7-4
125	.....العلاج الكهربائي 7-5
126	.....العلاج التحليلي 7-6
126	.....* خلاصة
الفصل الخامس: الإكتئاب	
128	.....1-تعريف الإكتئاب
131	.....2-أعراض الإكتئاب
131	.....1-2-الأعراض جسمية وفيزيولوجية
132	.....2-2-الأعراض الإنفعالية
134	.....3-2-الأعراض.....المعرفية
134	.....4-2-الأعراض السلوكية
139	.....3-تصنيف الإكتئاب
139	.....1-3-الإكتئاب الخفيف
139	.....2-3-الإكتئاب البسيط
139	.....3-3-الإكتئاب الحاد
140	.....4-3-الإكتئاب الذهولي
140	.....5-3-الإكتئاب المزمن
140	.....6-3-الإكتئاب التفاعلي (الموقفي)

141	.....الإكتئاب الشرطي.3-7-7
141	.....إكتئاب سن القعود.3-8-8
141	.....الإكتئاب العصابي.3-9-9
142	.....الإكتئاب الذهاني.3-10-10
147	.....أسباب الإكتئاب.4-4-147
148	.....أسباب بيولوجية.4-1-148
149	.....أسباب نفسية إجتماعية.4-2-149
150	.....النظريات المفسرة للإكتئاب.5-5-150
150	.....نظرية التحليل النفسي.5-1-150
152	.....النظرية السلوكية.5-2-152
153	.....النظرية المعرفية.5-3-153
156	.....النظرية البيولوجية الكيميائية.5-4-156
158	*- خلاصة.....
الجانب التطبيقي	
الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي	
161	*- تمهيد.....
161	1-منهج البحث.....
162	2-مجتمع البحث.....
163	3-عينة البحث.....
164	4-خصائص عينة البحث.....
167	5-أدوات البحث.....
167	5-1- مقياس إدمان الإنترنت.....
168	5-2- مقياس.....

172	.....مقياس 3-5
185	.....المعالجة الإحصائية 6-
	الفصل السابع:
187	.....عرض ومناقشة نتائج البحث 1-
201	.....الإستنتاج العام 2-
203	.....الاقتراحات * -
205	.....قائمة المراجع * -
234	.....الملاحق * -

" فهرس الجداول "

الصفحة	عنوانه	رقم الجدول
93	الفروق بين الخوف والقلق	1
108	أعراض القلق التي يمكن أن تلاحظ على الفرد	2
	مجتمع البحث	3
164	توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس	4
165	توزيع أفراد عينة البحث حسب السن	5
166	توزيع أفراد عينة البحث حسب المستوى الدراسي	6
167	أبعاد مقياس إدمان الإنترنت	7
169	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه	8
170	معاملات ارتباط بين درجة الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس	9
171	ثبات مقياس إدمان الإنترنت	10
173	ماملات ثبات ألفا كورمباخ للأبعاد الفرعية للمقياس	11
174	الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس	12
176	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية	13
177	معاملات ألفا كرومباخ لأبعاد مقياس القلق	14
183	ثبات مقياس العزلة الإجتماعية عن طريق التجزئة النصفية	15
184	معاملات ارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس	16
187	الفروق بين الطلبة المدمنين وغير المدمنين على الإنترنت في درجة العزلة الإجتماعية	17
189	الفروق بين الطلبة المدمنين وغير المدمنين في درجة الإكتئاب	18
192	الفروق بين الطلبة المدمنين وغير المدمنين على الإنترنت في درجة القلق	19

194	معامل الارتباط بين درجة الإدمان الإنترنت ودرجة القلق لدى الطلبة الجامعيين	20
196	معامل الارتباط بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة القلق لدى الطلبة الجامعيين	21
199	معامل الارتباط بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة العزلة الإجتماعية لدى الطلبة الجامعيين.	22

" فهرس الأشكال "

الصفحة	عنوانه	رقم الجدول
37	نموذج جدول الاستخدام المرضي للإنترنت	1
138	تصنيف أعراض الإكتئاب	2

مقدمة:

لا شك أن التقدم التكنولوجي الهائل في التكنولوجيا المعلومات والاتصالات الذي يميز العصر الحالي، يجعلنا نطلق على هذا العصر مسمى العصر الرقمي، مما يشير إلى إتساع نطاق استخدام الانترنت واعتباره السمة المميزة لهذا العصر. فالانترنت يستخدمه الأطفال والراشدين أي كافة فئات المجتمع العمرية، وأيضا كافة طبقات المجتمع الراقية ومحدودة الدخل.

فأصبح الانترنت يغزو كل مجالات الحياة الاجتماعية كوسيلة للاتصال وتبادل الأفكار والمعلومات، وأيضا المجالات الاقتصادية والسياسية وغيرها، الأمر الذي يترتب عليه أن أي مجتمع يعجز عن المشاركة في هذا التقدم التكنولوجي الرقمي الهائل، لاش كأنه يتخلف عن بقية الأمم المتقدمة وعن ملاحقة التطورات السريعة العميقة.

ومثل وسائل الاتصال الأخرى، فإن استخدام الإنترنت له مرتباته النافعة وعواقبه السلبية، فهناك إجتماع بين العديد من الباحثين على أن الاتصال الحديثة وفي مقدمتها شبكة الانترنت قد فتحت عصرا جديدا من عصور الاتصال والتفاعل بين البشر، وفي وفرة المعلومات والمعارف التي تقدمها لمستخدميها، ولكن على الجانب الآخر مخاوف من الآثار السلبية الجسدية والنفسية والاجتماعية والثقافية التي يحدثها الاستخدام المفرط للانترنت.

فأكد أبو جدي (2004) أن الانترنت قد تشغل في نشر الرذيلة والفساد الأخلاقي بين الشباب من خلال دخولهم إلى مواقع مشبوهة وغير مرغوب فيها إجتماعيا ودينيا، وتتمثل في إرتياد منتديات الحوار والدرشة، والارتباطات العاطفية بغرض التسلية والتلاعب بعواطف الآخرين حيث يخفون الإسم، العمر، الحالة الاجتماعية والجنسية، فالغالبية منهم يعيشون في عالم الخيال وما يصاحبه من إرهاق، وتشويش في الأفكار، والنرفزة السريعة وفقدان مهارات الاتصال، والانطواء، واللامبالاة، والقلق النفسي، وضعف التركيز، والكبت النفسي، وتظهر حالة من الأرق والانفصال النفسي والعيش وسط الأوهام وبناء العلاقات الخيالية (مفلح وآخرون، 2010، ص: 291) حتى أنه مع تزايد الإقبال على الإنترنت وسوء استخدامها والإفراط في الإبحار فيها ظهر ما يسمى بـ "إدمان الإنترنت" كظاهرة لا مجال لتجهلها، خاصة لو كان هذا المدمن من فئة طلاب جامعة.

لذا فإن هناك اليوم العديد من الدراسات والمؤتمرات العلمية والدوريات المتخصصة لبحث ودراسة الآثار النفسية والإجتماعية والجسمية الناتجة عن ظاهرة الإدمان على الإنترنت. فالمدمن على استخدام الانترنت لم يعد ينظر إليها على أنها أداة تكنولوجيا بل أصبحت بالنسبة له فئة تكنولوجية.

لذلك لابد من التوقف وإمعان النظر فيما يمكن أن يسببه الإدمان على الانترنت، من فقدان العمل، المشاكل العائلية، تعود الكذب، وغيرها من المشاكل.

ولابد أيضا من معرفة الأعراض النفسية التي قد تظهر على الشخص المدمن على الانترنت مثل: القلق، الإكتئاب والعزلة الإجتماعية.

وجاء هذا البحث كمحاولة لدراسة العلاقة بين الإدمان و الانترنت وظهور كل من القلق، الاكتئاب والعزلة الإجتماعية لدى طلاب الجامعة.

ولهذا الغرض قسم البحث إلى ما يلي:

الفصل التمهيدي: الذي يضم الإشكالية وأهداف وأهمية البحث، ثم المفاهيم الإجرائية

الجانب النظري للبحث ويحتوي على أربع فصول وهي:

الفصل الأول: إدمان الانترنت.

الفصل الثاني: الإكتئاب.

الفصل الثالث: القلق.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

الإشكالية:

نظرا لأن إستخدام الانترنت يتزايد بإطراد، بحيث أصبحت تحتل مكانتها كأداة مهمة في المجتمع، فمن المهم أخذ سوء استخدامها بعين الاعتبار.

فعلى الرغم من أن الكثير من مستخدمي الانترنت يستخدمونها بلا أدنى مشكلة فإن القلة من مستخدميها يملون بصعوبات في تحكمهم في الوقت الذي يقضونه على الانترنت والواقع أنه خلال سنوات المنصرمة أقر الأخصائيون الإكلينيكيون بوجود ما يمكننا أن نطلق عليهم حالات " إدمان الانترنت".

ففي سنة 1996 قادت الدكتورة الأمريكية **كيمبرلي يونغ Kimberly Young**، جهودا بحثية علاجية لإدمان الانترنت، وفي عينة مكونة من 496 فردا وجدت بأن 396 فردا منهم 80% ثم تصنيفهم كمدمني الانترنت، وفي نفس العام قدمت يونغ ورقة بحثية كانت الأولى من نوعها وذلك بعنوان " الإدمان على الانترنت ظهورا إضطراب إكلينيكي جديد. ومن خلال هذا البحث عرفت يونغ إدمان الانترنت " بأنه إضطراب السيطرة على الإندفاع في إستخدام الانترنت والذي لا يتضمن السكر أو فقدان الوعي.

(Young, 1996-, P : 238)

عرفت **يونغ و رودجرز 1998** إدمان الانترنت بأنه " إضطراب أو إحتلال في القدرة على ترك الاستخدام المفرط للإنترنت، ويتميز بأعراض انسحابية ومشكلات نفسية ومهنية وإجتماعية (Young et Rodgers, 1998, P : 25).

ثمة خطوة لتكريس مفهوم إدمان الانترنت وهي وصف الأعراض الأساسية له على ضوء تدارس المعايير التشخيصية.

وبالرغم من عدم وجود معايير معينة لإدمان الانترنت في الدليل التشخيصي لاضطرابات النفسية والعقلية الطبعة الرابعة **DSM 4**، قامت يونغ بتعديل المعايير الخاصة بالمقامرة المرضية حتى تتناسب مع إدمان الانترنت، ومن بين هذه المعايير.

- - إشغال تفكير الفرد بالإنترنت بشكل كبير.
- - الشعور بالحاجة لزيادة الوقت على الإنترنت للوصول إلى درجة الرضا.
- - عدم القدرة على التحكم في الوقت الذي يقضيه في استخدام الإنترنت.
- - ترك الفرد لبعض المهام أو العلاقات الهامة بسبب إشغاله بالإنترنت.
- - إخفاء الفرد على الآخرين الفترات الطويلة التي يقضيها على الإنترنت.
- - قيام الفرد بمحاولات للسيطرة على استخدامه للإنترنت ولم ينجح.
- - استخدام الفرد الإنترنت للهروب من مشكلات الحياة اليومية.
- - شعور الفرد بأعراض إنسحابية مثل: الإكتئاب، العصبية أو الرغبة في الانعزال

عند محاولة التوقف عن استخدام الإنترنت.

وقد عملت يونغ على تتبع الأعراض الدالة على إدمان الإنترنت وتوصلت إلى مجموعة من المؤشرات، أهمها أن بعض المدمنين على الإنترنت يشعرون بالاكئاب

الإحباط والعزلة الإجتماعية. (Young, 1996, P : 237)

وفي هذا الصدد توجد الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) هذه المؤشرات والأعراض في دليل تشخيصي إستنادا إلى ما كانت قد قدمته يونغ إلى مؤتمر الرابط عام (1996) والمنعقد في " تورنتو " في بحثها إنبثاق إضطراب إكلينيكي جديد "، وفي هذا الدليل يصبح إدماننا إذا ما توافر إثنين أو أكثر من محكات التي نجد من أبرزها: توافر إثنين أو أكثر من أعراض الانسحاب **Withdrawal Symptoms** التي تتشكل وتظهر عندما يحاول الشخص تخفيف الاستخدام أو التوقف عنه وتتمثل هذه الأعراض في: تفكير استحواديا فيما يحتويه الإنترنت، الحزن أضرار إجتماعية أو شخصية منها: هياجا **Agitation** و قلق (APA, 2001).

كما قدم جريفتش (Griffiths, 1996) قائمة بالمحكات التشخيصية للإدمان على الإنترنت، حيث يتم تعريف إدمان الإنترنت إجرائيا بأنه شكل من أشكال استخدام الإنترنت الذي يلمح إلى حدوثه فيما لا يقل عن خمسة محكات من المحكات التالية:

- التحمل.
- الصراع.
- يتم استخدام الإنترنت على الرغم من إدراك المشكلات التي يسببها الاستخدام المفرط.
- يستخدم الإنترنت كوسيلة للفرار من بعض المشكلات والمشاعر.
- الإحباط المصاحب بالشعور بالذنب.

- الاعتمادية: عند محاولة التقليل أو وقف استخدام الإنترنت يصبح المستخدم أكثر عصبية وغضب حتى حينما يتم إزعاجه وهو متصل بشبكة الإنترنت أكثر عصبية وغضب حتى حينما يتم إزعاجه وهو متصل بشبكة الإنترنت.

- أعراض الانسحاب: بعد التوقف أو محاولة تقليل استخدام الإنترنت

(Griffiths, 1996)

كما قام كل من بي و لين و شن (Bai, Lin et Chen, 2001) بدراسة قصد التعرف على الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بإدمان الإنترنت، و قد إشتراك 100 متطوع من مختصي الصحة النفسية للمساهمة في تنفيذ وتحليل هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من 251 شخصا.

وأشارت النتائج على أن هناك 15% من الأفراد إنطبقت عليهم المعايير الخاصة بإدمان الإنترنت، كما وجدوا أن المدمنين يكون لديهم شعور بالكآبة والقلق عندما لا يكون على إتصال بالإنترنت (مقدادي وسمور، 208، ص: 18).

هذا ما يؤكد هيقرت (L'Hegret, 2009) حيث يوجد في دراسته أن الأشخاص المدمنين على الإنترنت وفي حالة محاولتهم التقليل من فترات إستخدامهم لها، يشعرون بالإكتئاب المصاحب بالإنفعال والقلق.

كما أن (Black et Al, 1999) وجدوا بأن 1 من 3 أشخاص مدمنين على الإنترنت عند محاولتهم التقليل من استخدامهم لهذه الشبكة يشعرون بالقلق وهذا ما يدفعهم لاستخدام الإنترنت مرة (L'Hegret, 2009, P :115).

أما شارل نايبى (Nayebi, 2007) فقد قسم أعراض إدمان الإنترنت إلى أعراض فيزيولوجية وأعراض نفسية التي نجد من أبرزها: الإحساس بالفراغ، الإكتئاب والقلق عندما لا يمكن للشخص المدمن استخدام الإنترنت (Nayebi, 2007, P : 23).

يتضح مما تقدم أن أعراض إدمان الإنترنت كثيرة وتختلف باختلاف الدراسات التي تناولت هذا الموضوع لكن إتفقت أغلبية الدراسات على أنه هناك ثلاثة أعراض أساسية تظهر على الشخص المدمن على الإنترنت وهي: القلق، الإكتئاب والعزلة الإجتماعية.

وبما أن الشريحة الأكبر التي تستخدم هذه التقنية من فئة الطلبة الجامعيين الذين هم مستقبل وعماد التطور والتقدم والإنتاج في العالم، كان لابد من دراسة ظاهرة الإدمان على الإنترنت ومعرفة الأعراض النفسية التي قد تنتج عنها لدى هذه الفئة المهمة من فئات المجتمع.

ومن هنا يمكن أن تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن التساؤل التالي:

*- هل هناك علاقة بين الإدمان على الإنترنت وظهور كل من القلق، الإكتئاب

والعزلة الإجتماعية لدى طلاب الجامعة ؟

ويتفرع من هذا التساؤل الأساسي، التساؤلات الفرعية التالية:

1- هل هناك إرتباط موجب ودال إحصائيات بين إدمان الإنترنت والإكتئاب لدى

طلاب الجامعة ؟

2- هل هناك إرتباط موجب ودال إحصائيات بين إدمان الإنترنت والقلق لدى طلاب

الجامعة ؟

3- هل هناك إرتباط موجب ودال إحصائيات بين إدمان الإنترنت والعزلة

الإجتماعية لدى طلاب الجامعة ؟

4- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت

وطلاب الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة الإكتئاب ؟

5- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت

وطلاب الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة القلق ؟

6- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت

وطلاب الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة العزلة الإجتماعية ؟

7- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الإدمان الإنترنت ؟

فرضيات البحث:

1- هناك إرتباط موجب ودال إحصائيات بين إدمان الإنترنت والإكتئاب لدى

طلاب الجامعة

2- هناك إرتباط موجب ودال إحصائيات بين إدمان الإنترنت والقلق لدى طلاب

الجامعة .

3- هناك إرتباط موجب ودال إحصائيات بين إدمان الإنترنت والعزلة الإجتماعية

لدى طلاب الجامعة.

4- هناك فروق دالة إحصائيا بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت وطلاب

الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة الإكتئاب.

5- هناك فروق دالة إحصائيا بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت وطلاب

الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة القلق.

6- هناك فروق دالة إحصائيا بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت وطلاب

الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة العزلة الإجتماعية.

7- هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الإدمان الإنترنت.

أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- تحديد نسبة الإدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة في الجزائر العاصمة.
- الكشف عن بعض الأعراض التي بإمكانها أن تنتج عن إدمان الإنترنت.
- إبراز العلاقة بين إدمان الإنترنت وكل من الإكتئاب، القلق والعزلة الإجتماعية لدى طلاب الجامعة.
- معرفة الفرو بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت والطلاب غير المدمنين على هذه الشبكة في درجة الاكتئاب والقلق والعزلة الإجتماعية.
- معرفة الفروق بين الذكور والإناث في درجة الإدمان على الإنترنت.

أهمية البحث:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية الشريحة التي تتناولها وهم طلاب الجامعة، حيث يعتبرون من أكثر فئات المجتمع إستخداما للإنترنت. كما تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها من الدراسات العربية القليل لاسيما على مستوى الجزائر- في حدود علم الباحثة- التي تناولت هذا الموضوع البحث على الرغم من أهميته. ويتوقع أيضا أن تسهم هذه الدراسة في تقديم إطار نظري يفيد الباحثين والمهتمين حول موضوع إدمان الإنترنت وأعراضه

تحديد المفاهيم:

1- إدمان الإنترنت:

يعرفه مقدادي وسمور 2008 بأنه: " عدم قدرة الفرد على السيطرة والتحكم في استخدامه للإنترنت، حيث يصبح استخدام الإنترنت أمراً إلزامياً ومن أولى الأولويات، ما يؤثر على حياة الشخص النفسية والاجتماعية والأسرية والجسمية، وقد يصاب الفرد بأعراض إنسحابيه عند محاولة ترك الإنترنت أو إغلاقه. (مقدادي وسمور، 2008، ص: 20).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطالب الجامعي على مقياس إدمان الإنترنت لبشري إسماعيل أرنوط (2005) والتي حددته بكل درجة يتحصل عليها الفرد على المقياس.

2- القلق:

يعرفه عبد الخالق (2001) بأنه: " خوف مزمن دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير ". (عبد الخالق، 2001، ص: 337)

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس القلق المستخدم في هذه الدراسة.

3- الإكتئاب:

يعرفه غريب (2000) بأنه: " خبرة وجدانية ذاتية تتبدي في أعراض الحزم والتشاؤم والشعور بالفشل والرغبة إيذاء الذات والتردد والإرهاق وفقدان الشهية والانسحاب الإجتماعي ومشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم القدرة على بذل أي مجهود ".

(غريب، 2000، ص: 26)

ويعرف إجرائيا بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الطالب على مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية.

4- العزلة الإجتماعية:

يعرفها (1990) **Dejong Gierweld et Vantliburg** بأنها: " مدى ما يشعر به الفرد من وحدة وإنعزال عن الآخرين وإبتعاد عنهم وتجنب لهم، وإنخفاض معدل التواصل معهم، وإضطراب علاقته بهم، وقلة عدد معارفه، وعدم وجود أصدقاء حميمين له، ومن ثم ضعف شبكة العلاقات الإجتماعية التي ينتمي إليها.

(عادل عبد الله محمد، 2000، ص: 19)

تعرفه إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس العزلة الإجتماعية المستخدم في الدراسة الحالية.

الفصل الثاني

إدمان الإنترنت

تمهيد

أصبح إدمان الإنترنت محلاً لتزايد القلق والاهتمام والبحوث وذلك لإنتشاره في معظم المجتمعات، ونظراً لأهمية هذا المفهوم في بحثنا، خصصنا له فصلاً كاملاً تطرقنا فيه إلى تعريف الإنترنت ثم تعريف إدمان الإنترنت والأعراض التي يمكن من خلالها تشخيصه، بعدها عرض أهم أشكال الإدمان على الإنترنت ومراحله، وأكثر الناس قابلية للإدمان على هذه الشبكة، ثم الأسباب التي تجعل من الشخص مدمناً على الإنترنت وأهم النظريات التي فسرت هذا الإدمان، لنأتي في الأخير لعرض أهم الآثار التي يخلفها الإدمان على الإنترنت كما نعرض علاقة الإدمان على الإنترنت بكل من المراهقة، السلوك العدواني والتحصيل الدراسي ثم عرض لبعض أساليب العلاج.

1- تعريف الإنترنت:

تمثل خدمة الإنترنت ثورة العصر وحديث المجالس، كونها شبكة معلومات عالمية، وقد ظهرت عدة تعريفات تحاول إعطاء معنى لهذه الشبكة ومن بينها:

تعريف السيد (2000) : شبكة الإنترنت أو الشبك الدولية للمعلومات، هي إحدى التطورات التقنية الكبرى والتي جمعت بين الحاسبات الآلية والاتصالات، وهي شبكة عالمية تربط عدداً من الشبكات والحواسيب المختلفة الأنواع في العالم، ولها تسميات متعددة، فهي تسمى إختصاراً بالشبكة ومن ناحية التقنية تسمى شبكة واسعة النطاق كما تسمى شبكة "

طريق المعلومات السريع " لأنها تربط ملايين المستخدمين وتوفر لهم إمكانية تبادل الأفكار والرسائل والملفات (السيد، 2000، ص: 24).

كما عرفها سمبسون (1999) بأنها : عبارة عن خطوط إتصال تلف الكرة الأرضية من جميع الجهات وتقوم بتحقيق الاتصال بين ملايين الكمبيوترات ".
(سمبسون، 1999، ص: 13)

وقد عرفها طلبه وآخرون (1998) بأنها : شبكة داخلية تستخدم في الشركات وتتيح للمستخدمين الوصول إلى كتيبات العمل ودليل الهاتف، ويمكن أن تتضمن قواعد بيانات وخدمات الفيديو، ومجموعات خدمات خاصة، ووسائط متعددة "

(طلبه وآخرون، 1998، ص: 130)

وعرفها السالمي وآخرون،(1998) : " بأنها مجموعة من آلاف الشبكات المحلية والوطنية والإقليمية عالية السرعة منتشرة في أنحاء العالم ومرتبطة بعضها ببعض بخطوط الكبل والهواتف أو من خلال الأقمار الصناعية (السالمي وآخرون، 1998، ص: 49).

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أنه كان لظهور شبكة الإنترنت تأثير واضح وثورة كبيرة في عالم الاتصالات، وتبادل المعلومات الهائلة على مستوى العالم، وكالتطور متراكم لهذه المعلومات والحائق منذ تسجيلها أو رصدها حتى الآن، بكل ما تحتوي من

خدمات عظيمة في مجال الاتصال والتواصل مع العالم بأسره، والذي أصبح من مفرداته الجديدة مصطلح " القرية الكونية الصغيرة " .

2- تعريف إدمان الإنترنت:

ظهر إختلاف بين المختصين حول صحة أو واقعية الإدمان على الإنترنت مقارنة بغيره من أشكال الإدمان المعروفة، كالإدمان على الكحول والمخدرات مثلا، ف في الوقت الذي رأى فيه بعضهم أن الإدمان بمعناه التقليدي وأعراضه المعروفة لا يمكن أن يحدث إلا على المواد الكيميائية كالعقاقير والمواد المخدرة، رأى بعضهم الآخر ان الإدمان يمكن أن يحدث مواد غير كيميائية كالإدمان على القمار الذي اعترفت بوجوده الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 1995). وضمته في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي، والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV).

ونتيجة لذلك أصبح مصطلح الإدمان (Addiction) أكثر شمولية ولم يعد يقتصر على معناه التقليدي، وأنه يمكن أن يحدث نتيجة للتعلق بأي شيء لا يملك الفرد الإرادة أو القدرة الكافية للاستغناء عنهن وأن هذا المصطلح يمكن أن يستخدم لوصف الرغبة القهرية التي تدفع الفرد على الاستمرار في طلب شيء معين، مع ضعف القدرة على الاستقلال عنه، بحيث يظهر لديه زيادة ملحوظة في الاعتماد عليه بشكل تتناقض معه

قدرته على ضبط نفسه، وأداء مهامه الاعتيادية مما ينتج عنه انخفاض إنتاجية وإضطراب علاقته مع الآخرين (الفرح، 2004، ص: 185).

ومن خلال ما سبق يمكننا أن نتطرق الآن لبعض تعاريف إدمان الإنترنت.

يعرف كيمبرلي يونغ (Young, 1996) إدمان الإنترنت بأنه إضطراب السيطرة على الاندفاع في استخدام الإنترنت والذي لا يتضمن السكر أو فقدان الوعي.

(Young, 1996, P : 238)

وعرفته يونغ وروجرز (Young et Rodjers) بأنه: " إضطراب أو اعتلال في القدرة على ترك الاستخدام المفرط للإنترنت ، ويتميز بأعراض إنسحابية ومشكلات نفسية وأكاديمية ومهنية وإجتماعي (Young et Rodjers, 1998, P : 25).

أما شابيرو وآخرون (Shapira et Al, 1998) فعرف: " إدمان الإنترنت " بأنه عدم قدرة الشخص على السيطرة في استخدامه للإنترنت مما يتسبب في ضعف وظيفي ومؤشرات لاضطرابات نفسية (Shapira et Al, 1998, P : 38).

في حين يعرف عدنان الفرّح (2004) بأنه: " التعلق الزائد بالانترنت والرغبة القهرية في استخدامه والشعور بضعف القدرة على ضبط الذات، مما ينتج عنه أعراض شبيهة بأعراض الإدمان على القمار، الأمر الذي يترتب عنه انخفاض مستوى الإنتاجية وإضطراب العلاقات الإجتماعية ".(عدنان الفرّح، 2004، ص: 192).

وعرف الخالدي (2007) إدمان الإنترنت بأنه حالة من الاستخدام المرضي وغير

التوافقي للإنترنت والذي يؤدي إلى اضطرابات إكلينيكية (الخالدي، 2001، ص: 227).

أما نايبى (Naybi, 2007) فعرفه بأنه: كل استخدام مرضي للإنترنت، والشخص

المدمن على الإنترنت في بحث مستمر على الشبكة الإنترنت قصد الحصول على

معلومات جنس أو لعب، ويحس بقلق إذا لم يتمكن من استخدام الإنترنت .

(Naybi, 2007, P : 14)

بينما يرى كل من مؤيد مقداي وقاسم سمور (2008) أن: " إدمان الإنترنت

هو عدم قدرة الفرد على السيطرة والتحكم في استخدامه للإنترنت، حيث يصبح استخدام

الإنترنت أمراً إلزامياً ومن أولى الأولويات، مما يثر على حياة الشخص النفسية والاجتماعية

والأسرية والجسمية، وقد يصاب الفرد بأعراض إنسحابية عند محاولة ترك الإنترنت

أو إغلاقه " (مقداي وسمور، 2008، ص: 20).

مما سبق يمكن أن نعرف الإدمان على الإنترنت بأنه الإدمان السلوكي (غير

الكيميائي* الذي ينطوي على تفاعل الإنسان والآلة، وهو يعني المكونات الستة الأساسية

للإدمان المتمثلة في:

2- تغيير المزاج.

1- السيطرة أو البروز.

4- الأعراض الإنسحابية.

3- التحمل.

5- الصراع. 6- الإنكاس.

3- أعراض إدمان الإنترنت:

هناك عدة تصنيفات لأعراض الإدمان على الإنترنت ولعل أبرزها ما يلي:

3-1- تصنيف كيمبرلي يونغ (Young, 1996):

قد عملت يونغ على تتبع الأعراض الدالة على إدمان الإنترنت ، وتوصلت إلى مجموعة من المؤشرات، حيث أشارت على أن بعض المدمنين على الإنترنت يشعرون بالاكنتاب والإحباط والعزلة، إضافة إلى فقدان الكثير من الهوايات الترفيهية والاجتماعية، ومشكلات في العائلة والعمل و العلاقات المدرسية.

وبالرغم من عدم وجود معايير معينة لإدمان الإنترنت في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية، الطبعة **DSM-IV**، فقد قامت يونغ تعديل المعايير الخاصة بالمقامرة المرضية حتى تتناسب مع إدمان الإنترنت ، ومن هذه المعايير ما يلي:

- إنشغال تفكير الفرد بالإنترنت بشكل كبير .
- الشعور بالحاجة لزيادة الوقت على الإنترنت للوصول إلى درجة الرضا.
- عدم قدرة الفرد على التحكم في الوقت الذي يقضي في استخدام الإنترنت .
- ترك الفرد لبعض المهام أو العلاقات الهامة بسبب إنشغاله بالانترنت.

- إخفاء الفرد عن الآخرين الفترات الطويلة التي يقضيها على الإنترنت .
 - شعور الفرد بأعراض إنسحابية مثل الاكتئاب أو العصبية عند محاولة التوقف عن استخدام الإنترنت .
 - قيام الفرد بمحاولات للسيطرة على استخدامه للإنترنت ولم ينجح.
 - استخدام الفرد للإنترنت للهروب من مشكلات الحياة اليومية.
- وقد كان معيار التمييز بين المدمنين وغيرهم، بأن من يجب على خمس فقرات أو أكثر بـ " نعم " يعتبر مدمنًا (Young, 1996, P : 237).

3-2- تصنيف الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, 2001)

(American Psychiatric Association)

توجز الرابطة الأمريكية للطب النفسي هذه المؤشرات والأعراض في دليل تشخيصي إستنادا إلى ما كانت قد قدمته يونغ إلى مؤتمر الرابطة عام 1996، والمنعقد في تورنتو في بحثها بعنوان : " إنبثاق اضطراب أكلينيكي جديد " .

وفي هذا الدليل يصبح إدمان الإنترنت مشخصا إذا ما توافر ثلاثة أو أكثر من

المحكات التالية والتي يجب أن تكون موجودة لمدة أحد عشر شهر كح أدنى:

- تحمل المقاومة الراجعة إلى الاحتياج إلى مزيد من الوقت على الإنترنت للحصول

على الارتياح.

- أن يكن الاستخدام إنشغالا إنهماكا في التنفيس (**Relieve**) أو تجنب أعراض

الإنسحاب.

- تجاوز الوقت الذي كان منويا عليه إبتداء.

- أن ي كون الوقت في جوهره مخصص للتصفح والبحث على الإنترنت.

- التخلي على أنشطة التسلية، أو الأنشطة المهنية، أو الإجتماعية الهامة بسبب

الاستخدام المفرط للإنترنت.

- تحقق خسران في العلاقات ، او العمل، أو التعليم، أو الفرص المهنية بسبب

الإفراط في الإنترنت.

- توافر اثنين أو أكثر من أعراض الإنسحاب (**Withdrawal symptômes**)

التي تتشكل وتظهر في مدى أيام على شهر من تخفيف الاستخدام أو التوقف عنه متمثلة

في: الحزن، أضرار إجتماعية، أو شخصية منها: هياجا (**Agitation**)، إرتعاشا

(**Trembling**)، قلقا وتفكير إستحواذيا فيما يحتويه الإنترنت (APA, 2001).

3-3- تصنيف شارل نايبى (Naybi, 2007):

قسم الأعراض إلى أعراض فيزيولوجية وأخرى بسلوكية، وحسب نايبى ليس من الضروري تواجد كل هذه الأعراض في آن واحد، وإنما يمكن أن يكون واحد من الأعراض كاف لتشخيص إدمان الإنترنت، لكن لا يمكن الاعتماد على الأعراض الفيزيولوجية وحدها بل يجب أن تدعم بواحد من الأعراض السلوكية على الأقل والجدول الآتي يوضح هذه الأعراض.

جدول رقم (1) "أعراض إدمان الإنترنت"

الأعراض السلوكية	الأعراض الفيزيولوجية
- تفاؤل وإحساس بالراحة جراء استخدام الإنترنت.	- جفاف العينين.
- عدم القدرة على التوقف.	- آلام الرأس.
- حاجة في زيادة الوقت أكثر فأكثر	- آلام في الظهر.
- في الإنترنت.	- اضطرابات في الأكل، وعدم تناول الوجبات في وقتها.
- عدم تخصيص وقت للعائلة والأصدقاء.	- التقريط في النظافة الشخصية.
- إحساس بالفراغ والإكتئاب والقلق عندما لا يمكن استخدام الإنترنت.	- أرق أو تغيير في عادات النوم.
- الكذب حول ساعات ومجالات استخدام الإنترنت.	- تناذر إتهاب في عضلة اليد
- ظهور مشاكل مدرسية، وتدهور في النتائج الدراسية أو المهنية	(Canal Carpien)

(Naybi, 2007)

3-4- تصنيف الخالدي:

يُحس مدمن الإنترنت بأنه في حالة قلق وتوتر حين فصله الكمبيوتر عن الإنترنت في حين يحس بسعادة بالغة وراحة نفسية حين يعود إلى الاستخدام ولا يشعر بالوقت الذي يقضيه على الإنترنت (8-10 ساعات) حيث يعيش في حالة ترقب دائمة للجلوس، تبدو عليه مشاعر الانجذاب نحو الكمبيوتر، ينفق الكثير من الوقت والمال في ممارسة الإنترنت، يتجاهل الالتزامات العائلية والوظيفية ويجازف بفقدان العلاقات الشخصية المميزة مما يتسبب بإضطرابات العلاقات الأسرية والاجتماعية، ويعاني من الأعراض الجسمية التالية: جفاف العينين، ألم في الظهر، الصداع، إرهاق، حركات عصبية.

(الخالدي، 2008، ص: 230)

4- أشكال إدمان الإنترنت:

حسب نتائج الدراسة التي قامت بها يونغ وزملائها (2000)، هناك خمس أشكال لإدمان الإنترنت.

4-1- إدمان الفضاء الجنسي Cyber Sexual Addition:

إن الانتشار السريع والمتجدد للمواقع الإباحية على شبكة الإنترنت كان له دور رئيسي في هذا النوع من الإدمان، ولا يقتصر الإدمان الجنسي على الدخول على المواقع الإباحية على الإنترنت، بل يتعدى ذلك إلى إمضاء أوقات طويلة في بعض غرف الحوارات

في أحداث جنسية مع مستخدمين آخرين أو تبادل صور أو عناوين لمواقع إباحية على الإنترنت (Young, 2010, P : 113).

4-2- إدمان الحوارات Chat Rooms Addition :

ويكون ذلك إما عن طريق الدخول إلى غرف الحوارات أو عن طريق البريد الإلكتروني وبغض النظر عن نوعية الأحاديث المتبادلة من خلال هذه الغرف، فإن الكثير من المستخدمين يقضون أوقات طويلة تكون على حساب إلتزامات أخرى مهنية أو إجتماعية أو حتى أسرية (Young, 2010, P : 135).

4-3- الإفراط المعلوماتي Information Overload :

إن لكثرة المعلومات وتنوعها على شبكة الإنترنت دور في إفراط بعضا لمستخدمين في تصفح المواقع المختلفة على الشبكة وقضاء وقت طويل في التنقل من موقع لآخر بدون هدف.

4-4- إلتزام الإنترنت Net Compulsion :

ويكن ذلك بالإدمان على القمار أو الشراء عبر الإنترنت.

4-5- إدمان الكمبيوتر Computer Addition :

ويتمثل في الإفراط في اللعب سواء في الكمبيوتر أو ألعاب الإنترنت

(Young et Al, 2000, P : 73)

مما تقدم نجد أن هناك عدة أنواع للإدمان على الإنترنت لكن كلها تؤثر بنفس الطريقة على الفرد.

5- مراحل إدمان الإنترنت:

يمر استخدام الإنترنت بثلاثة مراحل حتى يصبح إدماناً وتتمثل هذه المراحل في:

* - الاستخدام العادي: في البداية يكون استخدام الشخص للإنترنت عادياً، يتميز

بنوع من الفضول لما تقدمه هذه الشبكة من خدمات، وألعاب وأفلام.

* - الإفراط: بعدها يكتشف الشخص ميدان الإنترنت يبدأ بالإفراط في استخدامها،

ويستمتع بما تقدمه بهدف إشباع فضوله أكثر.

* - الإدمان: وأخيراً بعد الإفراط في استخدام الإنترنت، يصبح هذا الشخص أسيراً

لهذه الشبكة، والإدمان على الإنترنت يتشكل عندما لا يمكن الاستغناء عنها، ويصبح يشعر

ببعض الاضطرابات في حالة ما إذا أبعده عن الإنترنت. مثل: القلق، وفي بعض الحالات

الإكتئاب.

المرور من الإفراط إلى الإدمان، هو مرور من الرغبة إلى الحاجة .

+(Hauteleuille et Al, 2009, P : 80)

6- أكثر الناس قابلية للإدمان:

تري يونغ (Young, 1998) أن هناك فئات من الناس أكثر عرضة لإدمان

الإنترنت من غيرها وتتمثل فيما يلي:

- حالات الإكتئاب.
- الذين يتماثلون للشفاء من حالات إدمان سابقة.
- الأشخاص الإنطوائيين.
- الحالات القلقة.
- الناس الذين لديهم قدرة خاصة على التفكير المجرد.
- الأشخاص الذين لديهم مشكلات عاطفية ونفسية

(يونغ، 1998، ص ص: 107-110)

كما أجرى كل من يونغ و رودجرز (Young et Rodjers, 1998)، دراسة هدفت للتعرف على السمات الشخصية لمدمني الإنترنت، وقد الاستناد إلى المعايير الخاصة بالمقامرة المرضية من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة (DSM- IV)، مع إجراء بعض التعديلات حتى تتناسب مع إدمان الإنترنت.

وتكون العينة من 312 فرد من المتطوعين، وقد أشارت النتائج على أن 259 من هؤلاء الأفراد مدمنين، ولديهم مستويات عالية من الاعتماد الذاتي والحساسية والانفعالية واليقظة في حين كان لديهم إنخفاض في درجة كشف الذات.

(Young et Rodjers, 1998, P : 26)

هذا وقد أشارت العوضي، (2006* ن على أنه يوجد إختلاف بين الناس في قابليتهم للإدمان على الإنترنت، وأن أكثر الناس قابلية للإدمان هم المكتئبون والقلقون، وأحيانا الذين عايشوا حالات إدمان سابقة، كما أن الذين يعانون من الملل كريات البيوت، أو الوحدة والتخوف من تكوين علاقات إجتماعية أو الذين يميلون إلى تكوين إرتباطات عاطفية لديهم قابلية أكبر لإدمان الإنترنت، حيث يوفر الإنترنت فرصة لمثل هؤلاء لتكوين علاقات إجتماعية (مقدادي وسمور، 2008، ص: 17).

لكن على العموم كل الناس معرضين لهذا النوع من الإدمان، لأن المستخدم للإنترنت بعد أن يتعرف على هذه الشبكة يصبح من الصعب ان يتخلى على كل الخدمات التي توفرها له، ومع مرور الوقت يصبح بطريقة أو بأخرى معتمد عليها إن لم يصبح مدمنا.

7- أسباب الإدمان على الإنترنت:

حسب ريفي وديشريفير (Desshry et Rifait, 2005) هناك ثلاثة أسباب رئيسية

تجعل من الإنترنت سببا في الإدمان:

* - السرية: إن الإمكانية التي يوفرها الإنترنت في الحصول على المعلومات، طرح الأسئلة والتعرف على الأشخاص دون الحاجة إلى تعريف النفس بالتفاصيل الحقيقية يوفر شعورا لطيفا بالسيطرة، إلى جانب ذلك فإن القدرة على الظهور كل يوم بشكل آخر حسب إختيارنا تعتبر تحقيقا لحلم جامح بالنسبة للكثير من الناس مما يقود البعض إلى إدمان الإنترنت.

* - الراحة: الإنترنت هي وسيلة مريحة للغاية، وهو يتواجد عادة في البيت أو العمل ولا يتطلب الخروج من البيت، السفر أو إستعمال المبررات من أجل إستعماله هذا التسيير يوفر حضورا عاليا وسهولة فيما يتعلق بتحصيل المعلومات التي لم تكن لنقدر على تحصيلها دون الإنترنت وذلك يجعل إدمان الإنترنت أمرا سهلا.

* - الهروب: مثل الكتاب أو الفيلم المثير، فإن الإنترنت يوفر لهروب من الواقع إلى واقع بديل، ومن الممكن للإنسان الذي يفتقر للثقة بالنفس أن يتحرر، ويجد الإنسان الإنطوائي لنفسه أصدقاء، ويستطيع كل إنسان أن يتبنى لنفسه هوية مختلفة وأن يحصل من خلالها على كل ما ينقصه في الواقع اليومي والحقيقي مما يؤدي لإدمان الإنترنت

(Desshry et Rifait, 2005, P : 73)

أما يونغ (Young,2000) فهي ترى أن أسبا الإدمان على الإنترنت هي:

- - الملل والفراغ.
- - الوحدة.
- - المشاكل الاقتصادية
- - السرية.
- - الراحة.
- - الهروب.
- - المغريات الكثيرة حسب ميول الفرد.
- - القلق.
- - الكآبة.
- - الإستياء من الشكل الخارجي (Young et Al, 2000, P : 476).

أما (الخالدي، 2007) فيرى أن ما يجعل الإنترنت مسببا للإدمان:

- تكوين أصدقاء جدد: هناك قابلية عامة لدى مدمني الإنترنت على تكوين إرتباط عاطفي مع أصدقاء الإنترنت فالأنشطة التي يقومون بها من خلال شاشات الكمبيوتر تتيح لهم فرصة تكوين علاقات إجتماعية وتبادل الآراء مع أناس جدد، وسيلة للهروب من الواقع وتحقيق حاجات نفسية وعاطفية غير محققة بالواقع ووسيلة للتعبير عن مكبوتات النفس بحرية.

- الإغواء القوي لفضاء الإنترنت: فالإنترنت مجتمع إلكتروني حي يتنفس وهو بالنسبة للمتعلقين به مكانهم المفضل المليء بالإثارة فمن خلاله يتعرفون على أناس جدد ويتعلمون أشياء جديدة ويقامون أمراضا من خلال دعم الآخرين لهم.

- الإثارة الذهنية وأنية الحصول على المعرفة والمعلومات.

(الخالدي، 2007، ص: 232)

مما سبق نجد أن أسباب الإدمان على الإنترنت تختلف باختلاف الأشخاص وبإختلاف مكان وجود الإنترنت وبإختلاف الفئة العمرية للشخص أيضا.

8- النظريات المفسرة لإضطرابات إدمان الإنترنت:

أشار جرول (Grohol, 2003) أن معظم الدراسات الأولى التي أجريت حول موضوع إدمان الإنترنت هي مجرد دراسات إستكشافية وإحصائيات وصفية لا تفسر العلاقات السببية بين السلوك المفترض وأسبابه، بمعنى أن هذه الإحصائيات تفسر سبب إحساس الشخص وتصرفه بطريقة محددة ولكنها لم تستنتج أو ذاك قد حدث نتيجة الاستخدام المطول للإنترنت (Grohol, 2003).

وأحد هذه التفسيرات الوصفية هو ذلك الذي قدمه لنا " جرول " بأن الناس يقعون في ذلك لأنهم لا يريدون التعامل معه أو مواجهة مشكلاتهم الحياتية، ويرى أن مثل هذا السلوك يشبه السلوك الذي يقضي فترة طويلة في مشاهدة التلفاز أو قراءة عدد كبير من الكتاب.

أما بالنسبة للتفسير العقلاني للأسباب التي تجعل الناس مدمنين على الإنترنت تفسير واسع جداً، ومتعدد الاتجاهات، فبعض النظريات تقوم بتفسير اضطرابات الإدمان على أنها مستأصلة في التفسيرات السلوكية أو السيكو دينامية أو الشخصية أو الإجتماعية الثقافية أو الكيمائية الحيوية.

وسنعرض فيما يلي أهم هذه التفسيرات التي وضعت حول إدمان الإنترنت:

8-1- النظرية السيكو دينامية:

هو يركز على خبرات الشخص، وتعتمد تلك الخبرات على الأحداث التي مر بها الشخص في مرحلة الطفولة وأثرت عليه وعلى سماته الشخصية، وبالتالي يصبح عرضة لإدمان الإنترنت أو لأي إدمان آخر، ونجد أن هذا التفسير يهتم بالشخص وبالانشاط أو السلوك الذي يمارسه بالإضافة إلى أساس إدمانه.

ويرى دوران (Duran, 2003) أن مجهولية التعاملات الإلكترونية أو التعاملات غير معروفة الاسم مع الآخرين، تعد عاملاً يبرز إدمان الإنترنت ويقدم محيطاً إفتراضياً ويغرس التهرب الذاتي من الصعوبات الانفعالية أو المواقف والصعوبات الشخصية، وحينئذ يستخدم ميكانيزم " الهروب " أو أن يخفف أوقات التوتر والضغط النفسية ويعزز هذا السلوك في المستقبل، وتوضح الحالات الحديثة أن مثل هذه التعاملات المجهولة تستخدم

لتشجيع الانحراف والغش والخداع والإجرام مثل نمو عدوان الإنترنت أو تحميل صور غير مقبولة قانونياً.

وهكذا نستطيع في النهاية القول بأن هذا الاتجاه السيكو دينامي يرى أن إدمان الإنترنت هو إستجابة هروبية من الاحباطات وللرغبة في الحصول على لذة بديلة مباشرة لتحقيق الإشباع وأيضاً للرغبة في النسيان، وكذلك أن الإفراط في إستخدام ميكانيزم الإنكار هو أيضاً منبأ ومؤشر على إدمان هذا الفرد للإنترنت.

8-2- النظرية السلوكية:

هذا المفهوم يركز على دراسات " سكينر " على التشغيل المشروط، فالشخص يقوم بسلوك ما، ثم يحصل إما على مكافئة أو عقاب على سلوكه.

لتمثيل ذلك، نفترض طفلاً خجولاً جداً يخشى من مقابلة الناس الغرباء، وقتها يكون هناك فرصة للتراجع، فإنه ينطوي على نفسه ولا يلعب مع الأطفال الآخرين.

هكذا فإن ذلك الطفل يتجنب الحوار والحديث مع أي شخص غريب، وبهذا فإنه يتجنب القلق الناشئ عن المقابلات الجديدة، تجنبه لهذا القلق يعد مكافئة له، ويحفزه على مواصلة هذا السلوك، هذا يعني أنه مرتبط بهذا السلوك وأن يحتمل أن يعود له في حال مقابله لأشخاص غرباء مرة أخرى، وذلك من خلال هروبه من المشكلة هذا مرتبط بالإدمان

وخصوصا إدمان الإنترنت وذلك لأن، المخدرات والقمار والكحوليات والتسويق والإنترنت تقدم مكافئات، إنها تقدم الحب والإثارة والعاطفة والراحة المادية والوسيلة للهروب من الواقع فبمجرد شعور الفرد بحاجته للهروب في الواقع في حاجة على الحب أو العاطفة أو متعة أكثر فإنه سيذهب إلى الإنترنت (Duran, 2003).

وبالتالي وعلى عكس الاتجاه السيكودينامي الذي يرى أن أسباب السلوك تكمن في الخبرات السابقة للفرد، فإن النموذج السلوكي يرى أن أسباب السلوك تكمن في البيئة الحالية التي تحدث فيها المثيرات ويحدث فيها التدعيم والعقاب لاستجابات محددة لهذه المثيرات.

8-3- النظرية الإجتماعية الثقافية:

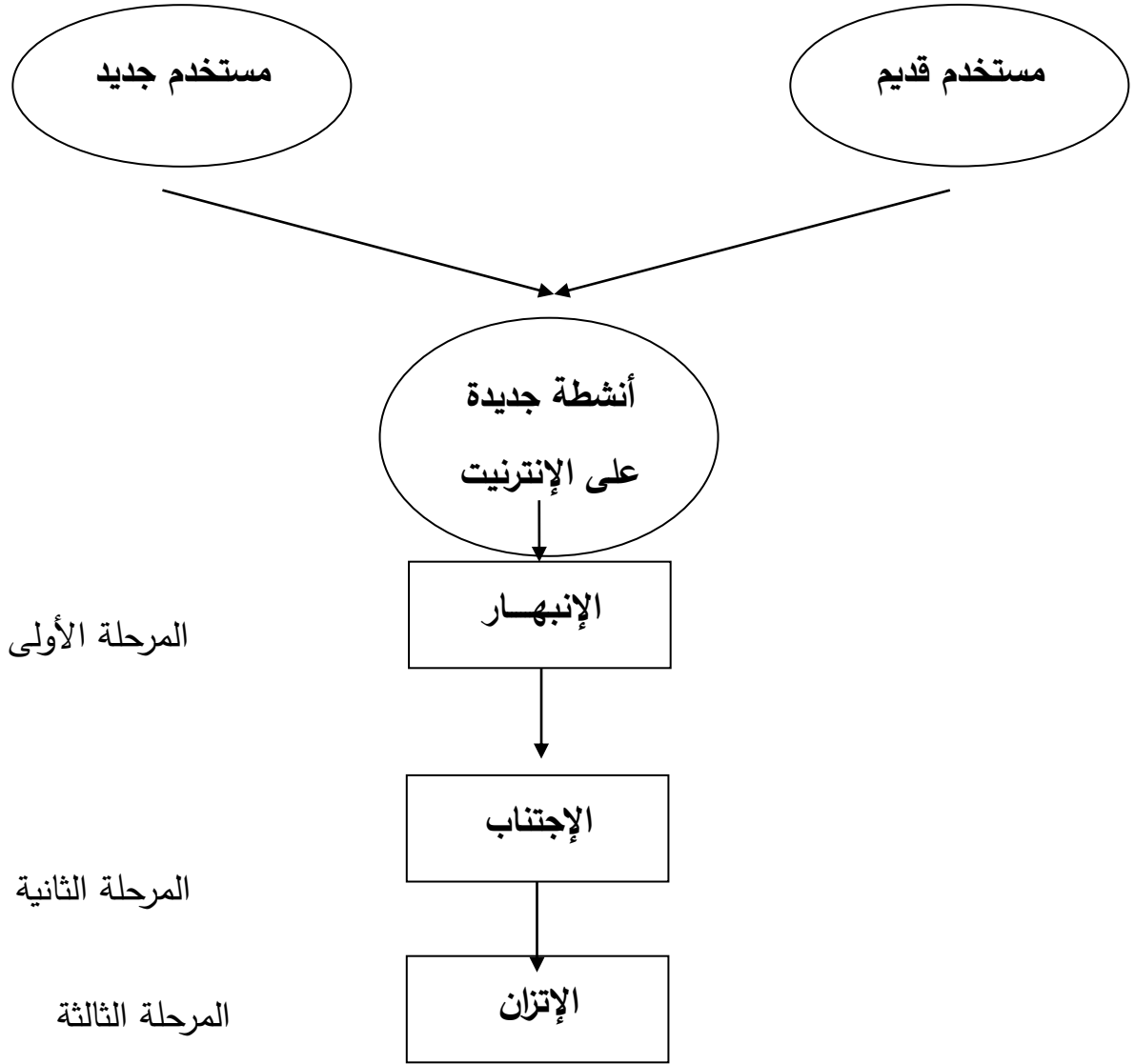
ينظر التفسير الثقافي الاجتماعي إلى المدمنين وفقا لجنسهم وعنصرهم وسلالتهم وعمرهم ودينهم وبلدهم وحالاتهم الاقتصادية، فمثلا وجد أن نسبة 70-80% من المستخدمين للإنترنت من الرجال الأمريكيان البيض مثلا ونادرا ما يذكر الباحثون ذلك مما يجعل النتائج مغلوطة، وكذلك أن معظم مدمني الإنترنت من المتزوجين وذوي العلاقات (Deagles, 2000).

وطبقا لهذا النموذج فإن المجتمع هو السبب في السلوك اللاسوي، فما يدب اليوم من اضطرابات يجبر أفرادها على الانغماس في السلوك الشاذ للتكيف مع معايير وعادات هذا المجتمع التي تختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى.

8-4- نموذج جرول (Grohol) لإدمان الإنترنت:

المفاهيم والفرضيات التي تم مناقشتها سالفًا إفتقرت إلى تحديد أكثر تباينًا لخصوصية الإنترنت.

فقدم جرول " نظرية بديلة " ترى أن تفسير سبب استخدام الإنترنت بإفراط هو فكرة مقنعة جدا، وقام بعمل نموذج يطلب فيه من الشخص أن يجتاز مراحل معينة في إكتشاف الإنترنت ومصادرها، وهذه المراحل هي:



الشكل رقم (1): نموذج جرول للاستخدام المرضي للإنترنت.

يوضح هذا النموذج التدرج المنطقي من قبل شخص ما في إستخدام خدمة أو القيام
بنشاط جديد مستخدماً الإنترنت.

من يوصفون بدمني الإنترنت يبقون قابعين في المرحلة الأولى وهي مرحلة الإنبهار
ولا يستطيعون المرور على المرحلتين التاليتين.

بينما المستخدم بعد إنبهاره بنشاط معين، يبدأ في الدخول إلى مرحلة الإجتئاب حيث
يكون بعض من خيبة الأمل بناء على ما توقع من أن تقدم له هذه الخدمة من معطيات،
ولكن بممارسته لها تعرف على نقاط قصورها ومحدوديتها.

وينتهي المطاف بالمستخدم الطبيعي إلى الوصول إلى مرحلة الاتزان ولذا عندها
يكون قد حدد ماذا يريد من هذا النشاط وما الذي يمكن أن يقدمه إليه فعليا وعلى هذا فيصّل
إلى الإتزان في الاستخدام دون إفراط (Grohol, 2003).

9- آثار الإدمان على الإنترنت:

إشكالية الإدمان على الإنترنت تكمن في أن معظم مستخدمي الإنترنت لا يعرفن
حدود أو خطورة هذه الظاهرة، وبالتالي فهم عرضة لخطر الإدمان دون أن يشعروا بذلك،
تكمن آثار الإدمان على الإنترنت فيما يلي:

9-1 الآثار الصحية:

من الآثار السلبية الصحية على مدمني الإنترنت، إرهاق العينين وما يعرف بالإجهاد البصري وذلك بسبب الإشعاعات المنبعثة من الكمبيوتر، بالإضافة إلى مرض متلازمة الحاسوب البصرية أو البعض من أعراضه المتمثلة في الشعور بجفاف وتهيج العيني، وقد يكون الجفاف مصحوبه بحكة ودموع، وصعوبة في التركيز والرؤية بوضوح أثناء ممارسة القراءة، بحيث يتم رؤية الحروف أكبر أو أصغار مما هي عليه فعلا في بعض الأحيان بالإضافة إلى الصداع، و الإرهاق والشعور بثقل بالجنون وإرتاخنها.

(Boummarito, et Al, 2000, P : 495)

كما يعاني المدمنون على الإنترنت من ألام في أسفل الظهر تعود غالبا للاستعمال السيئ للفترات القطنية ومفصلي الحوض، والجلوس خلف المكتب أو خلف الشاشة الحاسوب لفترات طويلة بشكل يومي، مما يؤدي إلى زيادة الجهد العضلي لمختلف عضلات الظهر، وأربطة الحوض وضعف وإرهاق عضلات الأطراف العليا وإنحناء وتقوس الظهر، مما يقلل من نشاط الشخص، وقد يصاب بعاهة مستديمة، كالإصابة بالديسك (**Disque**) أو تصلب الساقين أو تقرحات ففي الأصابع والأيدي، كما أنه يحدث ضغطا على الجذور العصبية، ومعظم المفاصل تتأثر بطريقة الجلوس أمام الحاسوب، ويعد الورك ومفصل الركبة من أكثر المفاصل تأثرا جراء الجلوس لفترات طويلة أمام الحاسوب

(Scherer, 1997, P659)

9-2- الآثار النفسية والاجتماعية:

تؤكد دراسة قام بها كل من كراوت وآخرون (Kraut et Al, 1998) أن الإستخدام الكثيف للإنترنت يؤثر على البناء العاطفي السوي و8 على المشاركة الإجتماعية للذين يفرضون في استخدام الإنترنت تكون العينة من 169 فرد من 73 عائلة أمريكية وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الاستخدام الكثيف للإنترنت يقلل قنوات الحوار بين أعضاء الأسرة الواحدة، ويقلص عدد الأصدقاء، ويرفع حالة لإكتئاب والوحدة لدى المستخدمين.

كما أجرت رو (Row, 2000) دراسة حول إستخدام الإنترنت بوصفها ظاهرة إجتماعية متطورة على عينة مؤلفة من (4113) شخص، وأشارت نتائج الدراسة أن 55% من المشاركين يستخدمون الإنترنت،، وأن 36% منهم مدمنون على الإنترنت، وأنهم غالباً ما كانوا يشعرون بالإحباط والقلق والإكتئاب، وأن 25% منهم قد أشاروا إلى نقص في الأنشطة الاجتماعية وذلك لإنشغالهم بالاتصالات والتفاعلات التي يقومون بها على الإنترنت (Row, 2000).

وتشير الدراسة الطويلة التي أجراها كراوت وزملاءه (Kraut et Al, 1998) على مدار عامين في ولاية بنسلفانيا الأمريكية، عن وجو آثار نفسية وإجتماعية سلبية للإدمان على الإنترنت، وأشارت الدراسة التي أجريت على عينة مكونة من 179 مستخدم للإنترنت

إلى أنه كلما زاد استخدام الانترنت انخفض مستوى النشاط الاجتماعي وازداد مستوى الشعور بالعزلة والشعور بالإكتئاب (الفرح، 2004، ص: 184).

وينعكس الإفراط في استخدام الإنترنت على الجوانب السلوكية الاجتماعية للمستخدمين فتجعلهم في عزلة إجتماعية وتحول دون مشاركتهم في تبادل الآراء، وحل المشكلات الأسرية والإجماعية، فيصبح الشخص المدمن منعزلاً أسرياً وإجتماعياً، كما يحدث الإدمان على الإنترنت إرهاقا نفسيا كبيرا مما ينعكس على الأداء الوظيفي والتعليمي.

وأكد أبو جدي (2004) أن غالبية المدمنين على الإنترنت يعيشون في عالم الخيال وما يصحبه من غرهاب، وتشويش الأفكار، والنرفزة السريعة، وفقدان مهارات الاتصال والإنطواء، والملابالاة، والقلق النفسي، وضعف التركيز والكبت النفسي وتظهر حالة من الأرق والانفصال النفسي والعش وسط الأوهام وبناء العلاقات الخيالية (مفلح وآخرون، 2010، ص: 291). كما يشير جاردنر (Gardner, 2000) إلى الإدمان على الإنترنت يؤثر على العلاقات الإجتماعية، والنفقات المادية وقد يتعرض البعض للفصل من الوظيفة أو الطرد من الجامعة أو حدوث خلافات بين الأزواج (Cardner, 2000, P : 30).

وفي ضوء م سبق يتبين مدى تأثير الإدمان على الإنترنت سواء في سلوك المدمن عليها أو في علاقاته الإجتماعية وحى المهنية والدراسية.

10- إدمان الإنترنت وعلاقته بالإكتئاب:

أصبح إدمان الإنترنت أمرا واقعا لا مجال لتجاهله من قبل العلماء و الباحثين كما أن قائمة المعرضين لخطر إدمان الإنترنت أكثر من غيرهم تضم شباب نساء ورجالا يعانون من الإكتئاب وعدم الثقة بالنفس.

فتناولت دراسة شابيرا وآخرون (Shapira, et Al, 2003) أهم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مدمني الإنترنت وذلك من خلال مجموعة مقابلات تتراوح مدتها بين (3-5) ساعات يوميا لأشخاص عبر الإنترنت، وأسفرت النتائج أن الإفراط في استخدام الإنترنت يؤدي إلى فقدان التحكم والسيطرة الذاتية وخاصة الإكتئاب. وتم متابعة 14 شخصا وإتضح أن 9 منهم يعانون من إكتئاب حاد، وكما أنه في سياق الإهتمام بإدمان الإنترنت وعلاقته بالاكئاب والأفكار الانتحارية.

أجرى كيم وآخرون (Kim et Al, 2006) دراسة على عينة تتكون من 1573 طالبا استخدم الباحثون عدة مقاييس لقياس الإكتئاب والأفكار الانتحارية ومقياسا لتشخيص الطلاب مدمني الإنترنت وأوضحت النتائج أن 1.6% قد م تشخيصهم كمدمني للإنترنت، بينما 38% قد تم تصنيفهم بأنهم من الممكن أن يصبحوا مدمني للإنترنت ، وأن مستويات الإكتئاب والأفكار الانتحارية كانت عالية لدى مدمني الإنترنت.

كما أكدت دراسة محمد عبد الطلب جاد وعبد الرؤوف السواح (2003) الفروق في تأثير إدمان الإنترنت على الإكتئاب لدى مستويات تعليمية مختلفة. وتكونت العينة من

114 من مستخدمي الإنترنت، وطبق عليهم مقياس عادات استخدام الكمبيوتر والإنترنت ومقياس الإكتئاب، وأظهرت التحليلات الإحصائية وجود فروق في إدمان الإنترنت بين مستويات الإكتئاب المختلفة في اتجاه المستويات الأعلى بينما لم توجد فروق تبعا للمستويات التعليمية أو النوع.

11- إدمان الإنترنت وعلاقته بالعزلة الإجتماعية:

أجمع العديد من علماء النفس على وجود عدد كبير من الأشخاص الذين يعانون من إدمان الإنترنت إلى حد يؤثر في شخصياتهم كما يعرضهم لاضطرابات نفسية منها العزلة الإجتماعية.

حيث أكدت دراسة باولاك (Pawlak, 2002) التي أجراها على 202 طالبا أن هناك علاقة إرتباطية بين استخدام الإنترنت والإنعزالية، كما أنه هناك علاقة بين استخدام الإنترنت كعملية تعويضية للوحدة والإنفرادية.

كما قامت أتساي ولين (Tasi et Lin, 2003) بمتابعة سلسلة من الدراسات التي تتعلق بإدمان الشباب للإنترنت في تايوان ومن خلال تحليل نتائج العديد من المقاييس، وتم إختيار 10 من مدمني الإنترنت لإجراء مقابلات متعمقة عليهم.

ولقد أوضحت بيانات المقابلة أن أغلب المدمنين الذين تمت مقابلتهم تظهر عليهم أعراض إدمان الإنترنت أهمها الإنسحاب والعزلة الإجتماعية.

وأكدت ذلك سامية صابر الدندراوي (2005) في دراسة لتحديد العلاقة بين إدمان الإنترنت وبعض المشكلات النفسية لدى المراهقين، وبلغت العينة 300 من المدارس الثانوية نصفهم من الذكور والآخر من الإناث وأظهرت النتائج وجود علاقة بين إدمان الإنترنت والعزلة الإجتماعية.

وعن أثر العزلة الإجتماعية لدى أطفال مستخدمي الإنترنت من سن (8-13 سنة) توصلت نبيلة صالح (2005) إلى أن هناك علاقة بين الفترة الزمنية لاستخدام الإنترنت وبين شعورهم بالعزلة، فكلما ازدادت الفترة الزمنية ازداد الشعور بالعزلة الإجتماعية.

12- إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق:

قامت كامبل (Cambell, 2003) بإجراء دراسة على 188 مستخدماً للإنترنت إتضح أن 117 مدمناً للإنترنت بنسبة 62% يقضون أكثر من 3 ساعات يومياً وهم يبتسمون بكونهم أكثر قلقاً من غيرهم.

كما أجرت هناء أبو شهبة (2006) على الإنترنت للكشف عن خصائصه الشخصية، واستخدمت بعض الاختبارات الإسقاطية هي إختبار بقع الحبر، رسم منزل والشجرة والشخص، تداعي الكلمات، تكلمة الجمل وأظهرت نتائجها أن المدمن يعني من مشاعر النقص وارتفاع في درجة القلق.

وعن خصائص الشخصية والإنفعال لدى الطلاب ذوي اضطراب إدمان الإنترنت إهتم ياو وآخرون (Yao et Al, 2006) بإجراء هذه الدراسة على عينة تتكون من 476 طالبا مدمنا للإنترنت، استخدم الباحثون مقياس ايزيك للشخصية.

وأوضحت النتائج أن مدمني الإنترنت أظهروا مستويات عالية من قلق والعصابية، هذا بالإضافة إلى مشكلات شخصية وإنفعالية بالمقارنة بغير المدمنين. وعن العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بإدمان الإنترنت أجرى ليو (Liu, 2007).

هذه الدراسة وذلك على عينة تتكون من 580 استخدم الباحث عدة مقاييس منها: مقياس القلق، طرق مواجهة الضغوط، والعلاقات الأسرية: وأوضحت نتائج الدراسة أن الطلاب المدمنون على الإنترنت حصلوا على درجة جد عالية في القلق وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أوضح الباحثون أن الأسر المضطربة والأساليب السلبية في مواجهة الضغوط والقلق والإكتئاب قد تكون عوامل تهيء لإدمان الإنترنت.

13- علاج إدمان الإنترنت:

حسب يونغ (Young, 1996) هناك عدة طرق لعلاج إدمان الإنترنت، أهمها كيفية إدارة الوقت، لكنه في حالة الإدمان الشديد لا تكفي بل يلزم استخدام وسائل أكثر هجومية مثل:

- **عمل العكس:** فإذا إعتاد المدمن استخدام الإنترنت طيلة أيام الأسبوع نطلب منه الانتظار حتى يستخدمه في يوم الإجازة الأسبوعية، وإذا كان يفتح البريد الإلكتروني أول شيء حين يستيقظ من النوم نطلب منه أن ينتظر حتى يفطر، وإذا كان المدمن يستخدم الكمبيوتر في حجرة النوم نطلب منه أن يضعه في حجرة أخرى.

- **تحديد وقت الاستخدام:** يطلب من المريض (المدمن) تقليل وتنظيم ساعات استخدامه بحيث إذا كان مثلا: يدخل على الإنترنت لمدة 40 ساعة أسبوعيا نطلب منه التقليل إلى 20 ساعة أسبوعيا، وتنظيم تلك الساعات بتوزيعها على أيام الأسبوع في ساعات محددة من اليوم بحيث لا يتعدى الجدول المحدد.

- **إيجاد موانع خارجية:** يطلب من المدمن ضبط منه قبل بداية دخوله الإنترنت بحيث ي نوي الدخول على إنترنت ساعة واحدة قبل نزوله للعمل مثلا، حتى لا يندمج في الإنترنت بحيث يتناسى موعد نزوله للعمل.

- **الامتناع التام:** كما ذكرنا فإن إدمان بعض الأشخاص يتعلق بمجال محدد من مجالات استخدام الإنترنت، فإذا كن مدمنا لحجرات الحوارات الحية نطلب منه الامتناع عن تلك الوسيلة إمتناعا تاما في حين نترك له حرية استخدام الوسائل الأخرى الموجودة على الإنترنت.

- إعداد بطاقات من أجل التذكير: يطلب من المدمن إعداد بطاقات يكتب عليها

خمسا من أهم المشاكل الناجمة عن إسرافه في استخدام الإنترنت كإهماله لأسرته وتقصيره في أداء عمله مثلا، ويكتب عليها أيضا خمسا من الفوائد التي تستتج عن إقلاعه عن إدمانه مثلا إصلاحه لمشاكله الأسرية وزيادة إهتمامه بعمله، ويضع المدمن تلك البطاقة في جيبه حيثما يذهب بحيث إذا وجد نفسه مندمجا في استخدام الإنترنت يخرج البطاقات ليذكر نفسه بالمشاكل الناجمة عن ذلك الاندماج

- إعادة توزيع الوقت: يطلب من المدمن أن يفكر في الأنشطة التي كان يقوم بها

قبل إدمانه للإنترنت، ليعرف ماذا خسر بإدمانه مثل: القراءة، الرياضة ويطلب من المدمن إعادة ممارسة تلك الأنشطة لعله يتذكر طعم الحياة الحقيقية.

- الانضمام إلى مجموعة التأييد: حيث يطلب من الشخص المدمن زيادة رقعة

حياته الإجتماعية بالانضمام إلى فريق كرة مثلا أو لدروس مسرح ليكن حوله مجموعة من الأصدقاء الحقيقيين.

- المعالجة الأسرية: في بعض الأحيان تحتاج الأسرة بأكملها إلى تلقي علاج أسري

بسبب المشاكل الأسرية التي يحدثها إدمان الإنترنت بحيث يساعد المختص النفسي على إستعادة النقاش والحوار فيما بينها ولتقتنع الأسرة بمدى أهميتها في إعادة المدمن ليقع عن إدمانه (Young, 2010, P : 55).

خلاصة:

مما سبق يتضح إختلاف وجهات النظر حول موضوع إدمان الإنترنت، فالبعض يرى أنه إضطراب في حين يرى البعض الآخر أنه إستخدام مرضي فقط، أما أعراض إدمان الإنترنت فهي تتنوع بين أعراض جسمية وأخرى نفسية، كما إتضح أن هناك خمسة أشكال للإدمان على الإنترنت و 3 مراحل يمر بها الفرد ليصبح مدمنًا على هذه الشبكة كما إختلفت الأسباب التي تؤدي إلى الإدمان على الإنترنت ولعل أهمها الهروب والراحة.

الفصل الثالث

العزلة الاجتماعية

تمهيد:

الإنسان بطبعه مخلوقا إجتماعيا يصل إلى العيش وسط الجماعة، ويشعر بينها بالأمن والطمأنينة، حيث تشبع حاجته للإنتماء والاستقرار، وتبرز من خلالها شخصيته.

فالفرد لا يصبح إنسانا إلا بإجتماعه بغيره، حيث يتعلم كيف يعدل من تصرفاته بالطريقة التي يقبلها به الآخريين كإنسان ليتمكن من البقاء والاستمرار داخل مجتمعه والمجتمع شبكة من العلاقات المترابطة والمتبادلة بين الأفراد الذين يعملون على إيجاد نوع من التنظيم لهذه العلاقات ويتفاعلون مع بعضهم لإشباع حاجاتهم الأساسية من خلال وسائل منظمة للإتصال والتفاهم والتعايش.

ويشير **محمد مصطفى (2002)** أن الطفل يولد في محيط الجماعة الأولية وهي الأسرة، وينمو وتزداد علاقاته ويصبح عضوا في جماعات أخرى بجانب الأسرة مثل المدرسة وجماعة الرفاق وغيرها، ويتفاعل الفرد مع غيره ممن ينتمون إلى هذه الجماعات ويكتسب من خلال هذا التفاعل قيمه وإتجاهاته، ويكُون عاداته، ويتعلم أساليب السلوك المختلفة، كما يحدد بنيان الجماعة، ومدى تماسكها ونوع ومدى الأثر الذي ستتركه لدى الفرد، كما يؤثر التفاعل في إنتاج الجماعة وما تقوم به من عمل، وحينما تختل علاقات الفرد بأعضاء جماعته، ينتج عنها نقص في التفاعل الإجتماعي فإنه ينفصل بعيدا ويعيش في وحدة وعزلة.

1- مفهوم العزلة الإجتماعية:

نظر الباحثون الذين تناولوا العزلة الإجتماعية أمثال روبرت ويس (Robert Weis) و آن بيلو الذين تأثروا بنظرية التعلق لبولي (Bowley) إلى العزلة على أنها " تقييم من جانب الفرد ل وضعه الراهن "، بينما نظر إليها آخرون على أنها خبرة وجدانية في حين تناولها البعض الآخر في ضوء الظروف التي تثيرها مثل عدم إقامة علاقات إجتماعية مشبعة أو تلك الخبرات غير السارة التي يقر بها الفرد عندما تكون شبكة العلاقات الإجتماعية ضعيفة، إلى جانب أن البعض قد تناولها من ناحية الكم، أي عدد العلاقات التي يقيمها الفرد مع الآخرين، بينما تناولها البعض الآخر من ناحية الكيف، أي كيف العلاقات المقامة ومدى قوتها أو ضعفها وإنحلالها.

(Shawer et Brenman, 1991, P 272)

وقد كان لذلك أثر واضح في إختلاف الباحثين في تحديدهم لمفهوم العزلة الإجتماعية فيرى دي دونج (1990) أن العزلة الإجتماعية هي مدى ما يشعر به الفرد من وحدة وإنعزال عن الآخرين وابتعاد عنهم، وتجنب لهم، وإنخفاض معدل تواصله معهم وإضطراب علاقاته بهم، وقلة عدد معارفه وعدم وجود أصدقاء حميمين له، ومن ثم ضعف شبكة العلاقات الإجتماعية التي ينتمي إليها (De jong – G, 1990, P 265).

ويعرفها محمد نبيل (1994) بأنها: " ضعف العلاقات التبادلية بين الفرد والجماعة

التي ينتمي إليها " (محمد نبيل، 1994، ص 291).

وعرفها براون (1998) بأنها: " إنفصال الفرد عن الآخرين وقلة تفاعله معهم

ومشاركته لهم في الأنشطة المختلفة، كما أن مفهوم العزلة يتضمن اللامبالاة وعدم الانتماء،

فالفرد المنعزل يصبح مغتربا عن الآخرين بما يتضمن ذلك من شعور بالتباعد بين ذاته

وذوات الآخرين وضعف صلته الإجتماعية بهم " (Brauwen, 1997, P 12).

ويرى كوبستانت (1997) أن: " العزلة الإجتماعية تتضمن كلا من الانفصال المادي

وعدم القدرة على التواصل النفسي، الأمر الذي جعل الكثير من الباحثين يؤكدون على أن

القصور في الاحتكاك الإنساني يعتبر عاملا رئيسيا في الشعور بالوحدة والعزلة "

(Kubistant, 1997, P 364)

ويشير سعد المغربي (1993) إلى أن العزلة تعني الشعور بالوحدة أو الانعزال

أو الاستبعاد من العلاقات الإجتماعية " (المغربي، 1993، ص 15).

وترى حية (1989) أن: " العزلة تعني غربة الفرد عن أهداف وقيم وأعراف ومثل

أنماط سلوكية تحكم تصرفات أفراد مجتمعه الذي ينتمي إليه، وبذلك يشعر الفرد بالتجرد

وعدم الاندماج النفسي وما ينجم عنه من إنعدام التكيف النفسي وضالة الدفء العاطفي

وبذلك يصبح الفرد منعزل غريبا عما يدور حوله وما يتبع ذلك من مظاهر الشعور بالعزلة الاجتماعية " (تحية، 1989، ص: 72).

ويذكر ولمان (1993) أن: " العزلة الاجتماعية يقصد بها مستوى التوقعية المنخفضة للفرد بالنسبة للإشتراك والمظهر الاجتماعي معبرا عنه في مشاعر العزلة أو رفض السلطة والتي توجد بصوره نمطية بين أعضاء الجماعة " (Wolman, 1993,) (P 424).

وحسب ويسر (1993) تمثل: " العزلة الاجتماعية خبرة ضاغطة ترتبط بعدم إشباع الحاجة إلى الإرتباط الوثيق بالآخرين، وإقامة العلاقات الحميمة معهم، حيث تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة بالسطحية مع الشعور باليبأس (Weiss, 1993, P 886).

وترى مدرسة التحليل النفسي ن: " الشعور بالعزلة يمثل حالة من الكبت للخبرات المحيطة في اللاشعور، والتي إكتسبت خلال مرحلة الطفولة المبكرة على إثر الفشل في الحصول على الدفء والعلاقات الحميمة مع الآخرين وإحباط الحاجة إلى الإنتماء " (عادل عبد الله، 1997، ص 173).

وترى أمال بشير (1989) أن العزلة المقصود منها تباعد الفرد وإنفصاله عن الآخرين ويظهر ذلك في عدم الانتماء واللامبالاة وإنخفاض مستوى مشاركته الاجتماعية.

وقد ميزت بين العزلة الإجتماعية والعزلة الاتصالية، وقد قصدت بالعزلة الإنفعالية
الفقد والقصور في روابط الألفة والمودة، أما العزلة الإجتماعية فهي القصور في الثقة بالنفس
مع الشعور باللاهدف والهامشية. (آمال بشير، 1989، ص 19).

وترى أماني عبد الوهاب (2000) أن: " العزلة الإجتماعية هي شعور ناتج عن
العجز في إقامة علاقات إجتماعية مختلفة في حياة الفرد والتي يحتاج إليها في إشباع
حاجاته الإجتماعية والنفسية مما ينشأ عن الانسحاب من المجتمع، ومن ثم الشعور بالعزلة
الإجتماعية وما يتبع ذلك من معاناة وضغوط نفسية وإجتماعية.

(أماني، 2000، ص 88)

وهكذا يتضح مما سبق أن الباحثين لم يتفقوا على تعريف واحد للعزلة الإجتماعية
حيث ركز البعض على نقص العلاقات الإجتماعية المشبعة في حياة الأفراد، والعجل عن
إقامة علاقات إجتماعية ناجحة خشية الاتصال بالآخرين، بينما ركز البعض على الانفصال
بين الأعراف والأنماط التي تحكم المجتمع وبين القيم والأعراف التي يؤمن بها الفرد مما
ينتج عنه إنسحاب الفرد من مجتمعه وعزلته عن الآخرين .

2- العزلة الإجتماعية والمفاهيم المرتبطة بها:

هناك تداخلا بين مفهوم العزلة وغيره من المفاهيم النفسية الأخرى كالاغتراب والاكنتاب والانفراد والوحدة النفسية والخجل، وكان الجانب الأكبر من التداخل بين العزلة الإجتماعية والوحدة النفسية.

2-1- الاغتراب والعزلة:

يتوافر الاغتراب والعزلة بعض التداخل، لكنهما يتميزان عن بعضهما، فكلاهما يمكن أن يكون داخلي أو خارجي المنشأ، والعزلة أكثر إرتباطا بالمكانية والموضوعية، أما الاغتراب فيكون مرتبطا بالوجدانية والذاتية أكثر (Kubistant, 1997, P 25).

وقد وردت العزلة الإجتماعية ضمن مظاهر الاغتراب وأبعاده، حيث ذكر في كثير من الدراسات أن أبعاد الاغتراب (العجز- الملاعن- اللامعيارية، الاغتراب عن الذات، العزلة الإجتماعية).

2-2- الإنفراد والعزلة الإجتماعية:

تشير سيمون (1995) إلى أن الإنفراد مفهوم طبعي وجودي يعكس تفرد الشخص، والإنفراد الوجودي حالة تعكس الذاتية التفردة للشخص، ومحدودية ذات الشخص عن ذوات الآخرين، حيث تكون له فرديته وشخصيته وذاتيته المتميزة فيدمج مع غيره في ثنائي متفتح وصادق بحب بعضهم بعضا ولايندمجا في شخص واحد أو شعور واحد.

(سيمون ، 1995، ص 17)

فالإفراد عملية إرادية حيث يحدث في بعض الأحيان أن يعمد الفرد إلى إعتزال الناس بمحض إرادته، والإختلاء بنفسه مع فكرة أو موضوع ما، ولا يعتري الفرد عندئذ أي إحساس بالضيق أو التوتر بسبب كونه وحيداً، وهذا يختلف عما يتضمنه مصطلح الشعور بالعزلة الإجتماعية التي هي ضعف في شبكة العلاقات الإجتماعية ونقص التفاعل الإجتماعي بسبب قصور المهارات الاجتماعية للفرد.

2-3- الاكتئاب والعزلة الإجتماعية:

الشعور بالعزلة قد ي دفع الفرد إلى التخلص من معاناته عن طريق الانخراط في علاقات إجتماعية فعالة، أما الاكتئاب فلا يوجد سوء الاستسلام له، ومن هنا تتحدد العلاقة بينهما في ثلاث نقاط.

- أ- ربما تكون العزلة سبباً شائعاً في ظهور الشعور بالاكتئاب.
 - ب- ربما يكون الاكتئاب نتيجة لقلة النشاطات الإجتماعية للفرد.
 - ج- ربما يكون كلا من الإكتئاب والعزلة الإجتماعية نتيجة لإنهيار العلاقات الحميمة
- وقد ذكر جاكسون (1990) أن الاكتئاب وما يصاحبه من مشاعر الضجر والفتور

يؤدي إلى خفض التفاعلات الاجتماعية للفرد وخوفه وقلقه وضعف ثقته بالآخرين.

(Jackson, 1990, P 146)

وقد ذكر **ليقين وستوكز (1986)** أن الاكتئاب وما يصاحبه من مشاعر الضجر والفتور يؤدي إلى تخفيض العلاقات والتفاعلات الاجتماعية للفرد وخوفه وقلقه وضعف ثقته

بالآخرين **(Stokes et Lewin, 1989, P 117)**.

2-4- الشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية:

يتم الربط بين الشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية في الغالب، التركيز على كون الفرد وحيدا عاطفيا واجتماعيا مع الشعور بعدم الإنتماء، نقص العلاقات المهمة في حياة الفرد. فيذكر **تيرنز (1992)** أن الشخص يشعر بالوحدة النفسية حين يعي أو يشعر بعزله ويبدو مكتئبا أو مهموما من جراء إحساسه بالوحدة ويترتب على هذا الإحساس أن ينأى الفرد بنفسه أو يتباعد عن المجتمع ويبدو بلا رفيق أو صديق، ويشعر تبعا لذلك.

(Tuners, 1992 , P 06)

ويرى **محمد نبيل (1994)** أن الفرق بين الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية يكمن في الوعي، فإذا أدرك الفرد أن إبتعاده عن شبكة العلاقات المتعددة التي تربطه بالآخرين قد تم بإختياره، فإن ذلك يعد عزلة لا يترتب عليه بالضرورة إحساس بالوحدة النفسية، بينما إذا أدرك الفرد أن إبتعاده عن الآخرين يعود للاضطراب في شبكة العلاقات الاجتماعية، فإن

ذلك يعد إحساسا بالوحدة النفسية، كما أن العلاقة بين الوحدة النفسية والعزلة الإجتماعية هي علاقة إرتباطية (محمد نبيل، 1991، ص ص 192 - 193).

ويرى قشقوش (1981) أن الشخص يعتبر وحديا من الوجهة النفسية عندما يعي أو يشعر بعزلته في وحدته، ويبدو مكتئبا أو مهما جراء إحساسه بالوحدة، فالوحدة النفسية هي إحساس يشيع وجوده بصورة مختلفة لدى الناس جميعا، وفي أوقات مختلفة بصور مختلفة، ويتحدد نصيب الفرد من الوحدة النفسية في ضوء مدى إبتعاده عن الآخرين، وبالتالي تعتبر الوحدة النفسية إستجابة إنفعالية من جانب الفرد لصور الحرمان الإجتماعي.

(قسقوش، 1981، ص 112)

ويرى الباحث أن هناك إرتباطا كبيرا وت دخلا بين مفهوم الوحدة النفسية ومفهوم العزلة الإجتماعية، فكلاهما يتضمن السلبية في العلاقات الإجتماعية والنقص في التفاعل الإجتماعي، فبينهما علاقة إرتباطية بمعنى أننا لا نستطيع أن نقرر أيهما السبب وأيها النتيجة.

2-5- الخجل والعزلة الإجتماعية:

الخجل يعد مصدرا من مصادر القلق الإجتماعي الذي يؤثر في قدرة الفرد على التعامل بفاعلية مع الآخرين. فيرى الدريني (1984) أن: " الخجل نزوع إلى تجنب التفاعل الإجتماعي والإحجام عن المشاركة في المواقف الإجتماعية، أو المشاركة بصورة غير

مناسبة، فالخجول يود التقرب من الآخرين لكنه لا يقوى على تحقيق رغبته اعتقاداً منه بأن الاتصال الاجتماعي سوف ينهي بخبرة سلبية مؤلمة.

(الدريني، 1984، ص: 128).

ويوضح شيفر وميلمان (1989) أن الأطفال الخجولين غالباً ما تحوزهم المهارات الاجتماعية، فهم لا يبذلون اهتماماً بالآخرين، ولا يتصلون بهم، ولا يظهرون تعاطفاً أو إعتباراً للغير، مما يحول دون أن يرى الآخرين الصفات الجيدة لديهم، إنهم يجدون صعوبة في الإجماع مع أشخاص جدد أو في الاستمتاع بالخبرات الجديدة ولذا فهم لا يحصلون إلا على القليل من الثناء الاجتماعي ولا يسعى إليهم الآخرين .

(شيفر و ميلمان، 1989، ص 199)

ومن ذلك يتضح أن الخجل يختلف عن العزلة، في أن الخجل ليس مرتبطاً بالخبرات السيئة خلال التجارب الاجتماعية مع الآخرين، بل هو نابع من شخصية الفرد نتيجة تقدير الذات، أو نقص المهارات الاجتماعية. فالأشخاص الخجولين يرغبون عادة في العلاقات الاجتماعية، ويبدلون محاولات لإقامتها، بينما العزلة الاجتماعية إستجابة أكثر شدة حيث يسعى الشخص لتجنب الآخرين، والشخص الخجول يشعر بعدم الإرتياح، لكنه يستمر في البحث عن إتصال اجتماعي، بينما يتمتع الأشخاص المنعزلين بشكل متعمد أكثر فأكثر عن الاتصال بالآخرين.

3- أسباب العزلة الإجتماعية:

حينما تظهر مشكلة العزلة الناتجة عن حدوث إنفصام في العلاقات الاجتماعية وإختلال التوافق الإجتماعي تظهر تبعا لذلك الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، والدليل على ذلك ما أثبتته الدراسات من أن بعض الظواهر الإجتماعية كظاهرة الإنتحار يقل حدوثها حين تكون الرابطة الدينية قوية والبنیان الإجتماعي قويا والجو النفسي والإجتماعي سويا . (سعد ، 1986 ، ص 467).

ويشعر الفرد صاحب الإحساس بالعزلة أن هناك نوعا من التعارض والتنافر ما بين حاجاته الذاتية من ناحية والأدوار الثقافية التي يتوقع منه القيام بها من ناحية، كما يتكون لديه شعور باللامبالاة نتيجة للعجز والقصور في مهارات الاتصال والتعبير.

ولقد أشارت الدراسات إلى أن عجز وقصور الفرد في التعبير عن إنفعالاته الايجابية كالعجز عن إظهار الحب والمودة والاهتمام بالآخر، والسلبية كالعجز عن التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان بشكل ملائم، يعد سببا رئيسيا يكمن وراء ما قد يعانيه الفرد من صراعات وإضطرابات نفسية، كما أن هذا العجز والقصور في التعبير الانفعالي يكون نتيجة لهذه الاضطرابات النفسية في الوقت نفسه (عبد الستار ، 1994 ، ص 29).

ولذلك يكون التناقص في التعبير الانفعالي عائقا في سبيل تحقيق أهداف الفرد، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث حالة من التوتر يصبح معها الفرد فريسة لضروب شتى من

الاضطرابات الانفعالية والنفسية تدفعه غالباً إلى الانزواء والعزلة والإحساس بالوحدة وتكون نقطة البداية من المشكلات التي يعاني منها الفرد ويترتب عليها أزمات نفسية في حياته ومستقبله (فشقوش، 1988، ص: 03).

وقد صنفت مسببا السلوك الإنعزالي في مجموعتين من العوامل:

3-1- عوامل مرتبطة بالفرد:

أ- العوامل التكوينية الفطرية: أوضح جونر (1991) أن بعض الأطفال يبدون منعزلين منذ ولادتهم، فهناك أدلة تدعم فكرة وجود ميل تكويني أو وراثي للسلوك الانعزالي، فالميل إلى الإجتماعية غير موجود منذ ميلاد الطفل، إنما ينشأ نتيجة تفاعل التفاعل بالمجتمع، وعلى ذلك فإن الدافع الإجتماعي يستند في أساسه إلى عوامل تكوينية، فبعض الأطفال أميل للوضاء والانطلاق والإجتماعية، وبعضهم الآخر أميل للهدوء والانفراد، وقد يستمر هذا النمط مع الأطفال طوال حياتهم فيما بعدن وإذا عومل الأطفال ذوي السلوك السلوك الانعزالي تكوينياً بأية طريقة من الطرق الموضوعية تحت " الشعور بعدم الأمن " فإنه من المحتمل جداً ظهور العزلة الشديدة، كما قد تظهر أيضاً المشكلة عندما يكون الآباء أو الأبناء البديلين منطلقين جداً ويكون الأطفال ذوي سلوك إنعزالي، إذ يؤدي ذلك إلى صراع مستمر، حيث يدفع الآباء أطفالهم المقاومين أصحاب السلوك الإنعزالي لكي يصبحوا أكثر إجتماعية .

ب- الإعاقة الجسمية وضعف البنيان الجسمي:

التحول الزائد والهزل الشديد أو الطارئ الناتج عن سوء التغذية أو اضطرابات اللغة والمرض الجسمي أو أي إعاقة بدنية تنزع بصاحبها إلى ضرب من الإنعزال والخضوع يجعل أهله يحتاطون لكل ما يتعرض له من أخطار، وينتهي الأمر بالطفل إلى تجنب كل ألم أو جهد عضوي أو حركي ويصبح بطريقة عفوية منعزلاً متجنباً كارها للحياة النشطة.

(محمد عبد الظاهر ، 1992، ص 180)

وقد يعاني بعض الأطفال من مشاعر النقص نتيجة عاهات جسمية بارزة تساعد على أن ينشأوا ميالين للعزلة من ذلك: ضعف البصر، أو صعوبة السمع أو التأتأة واللجاجة في الكلام أو الشلل الجزئي أو العرج أو السمنة المفرطة، أو طول القامة المفرطة أو ظهور البثور في الوجه أو يكون دميماً مشوهاً، وما إلى ذلك من الظواهر الشاذة. وقد يعاني الطفل من مشاعر النقص غير الواقعي الذي يتصوره في أحد أعضاء جسمه ولا يراه غيره، كما قد يعاني الطفل ذو السلوك الانعزالي نتيجة إشعار البيئة له بالنقص لعدم وسامته أو سوء منظره، أو لضعف قدراته العقلية. وبذلك يعتري الطفل الشعور بالنقص عندما يجد نفسه عاجزاً عن أن يحل ما يعرض له من مشكلات ويصاحبه من إنفعالات الخوف والقلق والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرار أو التصرف في المواقف فيبدو ضعيف الثقة بنفسه، ميالاً للعزلة ومفتقراً إلى الاختلاط بأقرانه، وإكتساب المهارات التي تتناس مع سنه فيتجنب أقرانه

(جرجس، 1984، ص 57).

ويمتتع عن الإندماج معهم

ج- نقص المهارات الإجتماعية:

يعني ذلك أن الطفل لا يمتلك القدرة الكاملة على تأدية المهارات الإجتماعية المطلوبة للتفاعل ولا يقوم عمليا بتأديتها لأباب مختلفة، ولا يعرف بعض الأطفال كيف يقيمون علاقات إجتماعية مع الآخرين، لذا كان من المهم للآباء تحليل المهارات الإجتماعية في مختلف مراحل عمر الطفل، لأن الآباء بذلك يستطيعون تحديد المهارات التي يحتاجها أطفالهم، ويمكن ألا يكون الأطفال قد تعلم القواعد الأساسية لإقامة الصداقات والمحافظة عليها، وقد لا يكونون قد تعلموا ممارسة الأخذ والعطاء والتحدث مع الآخرين.

ويشير ليفنج وستوكس (1994) إلى أنه من المفيد عند الحديث عن العجز في السلوك الاجتماعي أن نميز بين الاكتساب والأداء (أو عجز المهارة وعجز او قصور الأداء) والمشاهدة الطارئة العارضة لطفل فشل في استخدام مهارة معينة لا يمكن أن نستنتج منها أن الطفل يفتقد في المهارة، فقد يكون الطفل يمتلك المهارة ولكن يفشل أن يؤديها أثناء ملاحظته لذلك فالتفرقة بين عجز المهارة وقصور الأداء يتطلب تقييما دقيقا، فالأطفال الذين يفشلون في تفاعلهم الاجتماعي مع اقرانهم في مواقف أو أماكن معينة مثل المدرسة والحضانة قد يتم تسميتهم منعزلين، وكثيرا ما يشكو والديهم بأن أطفالهم ليس لهم أصدقاء، وهذه الظاهرة تعكس عجزاً أو قصورا في المهارات المطلوبة للتفاعل مع الأطفال الآخرين، ولكن من خلال الدراسات المختلفة، وجد أن الأطفال الذين يتجنبون الإرتباط أو التورط في تفاعل إجتماعي

ليس بسبب إفتقارهم للمهارات الإجتماعية المطلوبة، ولكن الخوف من رفض أو تجنب الأطفال الآخرين لهم يدفعهم إلى تجنب هذا التفاعل (ليفنج وستكس، 1994، ص 42)

د- الشعور بعدم الأمن:

إن الأطفال غير الأمنين تعوزهم الثقة بالذات والاعتماد عليها ويخيفهم التعرض للأذى عند الدخول في مغامرات إجتماعية، كما أنهم مشغولون بمحاولة الشعور بالأمن وتجنب الإحراج، ويؤدي إنشغالهم على أن يصبحوا أقل وعياً بما يدور حولهم، وبسبب الاتجاهات القائمة على الخوف فهم لا يمارسون المهارات الإجتماعية، ويشكل السلك الانعزالي دائرة مفرغة تدور حول عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي المرغوب مع الخوف من الدخول في هذه التفاعلات الإجتماعية من الأساس (Stain Back, 1995,P 182)

ويتفق مع ذلك حسين مصطفى (2001) حيث يوضح أن الطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة لا يميل إلى الاختلاط بغيره لفقدان الثقة في الغير وخوفه منهم، فهم مهددون له يشعرون بأنه شيء تافه أو عديم الأهمية، أو أنه فاشل لا يستطيع إنهاء ما يطلب منه مما يشعره بالقلق الشديد، ومن ثم فإنه يعتبر أن دخوله في تفاعلات معهم تجعله مصدراً شديداً للنقد نتيجة مواقفه السلبية التي لم يتعود غيرها نتيجة عزلته. كما أنه يجد أن الحياة خارج الأسرة ليست من التسامح على الصورة التي وجدها بالمنزل فيشعر بقلّة عطف الآخرين وقسوتهم وكأنها غلظة تجرح عزة نفسه ومكانته فينكمش ويتهيب الحياة الإجتماعية (حسين مصطفى، 2001، ص: 335)

هـ - إدراك الذات المنعزلة:

يشير ألكسندر ميلر (1991) إلى أنه يظهر نمط تسمية الذات كطفل منعزل عندما يتقبل الطفل المنعزل نفسه على هذا النمط، وذلك عندما يدرك المواقف من خلال شعوره بالخوف ونقده لذته.

وهو يتصرف كما لو أنه عليه أن يثبت بأنه طفل منعزل، وغير مؤكد لذاته، ويهمل أية معلومات أو حوادث تتناقض مع هذا الإدراك، فهو لا يعتقد بأي مديح يوجه إليه يمكن أن يكون صحيحا، وتصبح قناعة "إنني مجرد شخص غير إجتماعي، هذه هي شخصيتي" وبما أنه يشعر بالنقص فهو يتجنب أي إتصال مع الآخرين كي لا يكتشفون نقصه، وتمنعه قناعة النقص لديه من القيام بتصرف فيه مواجهة يمكن أن يؤدي إلى حصوله على ما يريد بحيث يقلل ذلك من شعوره بالنقص، ومن المعتاد أن يكرر حديثا سلبيا مع الذات، أنني لا أستطيع التحدث مع أحد، إنني أعرف بأنهم سوف يكرهونني "من الأفضل ألا أقول شيئا" لأنني سوف أبدو كأحمق (Alexander Muller, 1991, P : 388).

و - الحساسية الزائدة:

إن الحساسية الزائدة تجعل الطفل يتأثر أكثر من اللازم بالأحداث ويبالغ مبالغة لا معنى لها في تلقي هذه الأحداث، ويعطي الأشياء صدى لا يستحقه، بالإضافة إلى ذلك فإنه يتوقع ردود فعل غيره من الناس قبل أن يعاملوه أو يتصل بهم فيخشى عن قرب أو بعد أن يؤذي الآخرين إحساسه، ومن ثم ينساق مثل هذا الطفل مع إحساسه و يعزو النقص

لنفسه، ويتمكن سلوك العزلة منه، وتختل فعاليته الإجتماعية ويفضل العزلة عن الناس والمجتمع تقاديا لما يعتقد مهددا لسلامة العاطفية من أخطار متوهمة بالطبع.

(حسن مصطفى، 2001، ص: 335)

ي- إجترار الأحداث المخزية:

إن خيال الطفل الواسع يجعله يتأثر بما سبق له من تجارب فاشلة والحوادث التي أساءت إلى شخصه أو كرامته. وقد يكون، قد سبق له أن سمع وتكرار من الآخرين أنه طفل يتجنب الآخرين، أو وضع أو خامل وأنه لن يقوى على عمل من الأعمال، مما يضخم هذه الخيالات السابقة والأوهام التي تشعره بأنه ضيف مهمل فيزداد ميله إلى العزلة والابتعاد عن الناس (محمد عبد الظاهر الطيب، 1996، ص: 182).

3-2- عوامل محيطة بالفرد:

أ- الخوف من الآخرين:

إن الخوف من الآخرين يعد سببا قويا للانعزال، ويأخذ الخوف أشكالا متعددة، إلا أنه يؤدي أساسا إلى رغبته في الهروب من المشاعر السلبية عن طريق تجنب الآخرين، والتفاعل يصبح مساويا للألم النفسي، وهذا النمط قد يبدأ ظهوره في وقت مبكر لدى الأطفال الذين يعانون من استجابات سلبية قوية بوجود من يمثلون السلطة الوالدية، فالراشدون المتوترون الغاضبون المتناقضون، غير الحساسين وغير العطوفين يمكن أن يشكوا له

الطفل رغبة في الإنعزال وتجنب الاتصال بالآخرين، إذ يصبح الناس مقترنين بالألم، وتصبح العزلة مقترنة بالأمن والمتعة، كما أن الخبرات المبكرة مع الإخوة أو الرفاق يمكن أن تؤثر على شكل التفاعل الاجتماعي اللاحق، فالأطفال الذين يعاملون بإغظة وإحراج غالبا ما يصبحون شديدي الحساسية والمراقبة للذات ويتوقعون إستجابات سلبية من الآخرين.

(مصطفى محمد الصغفي، 2000، ص: 195)

وعندما يتفاعل الأطفال المنعزلين مع أطفال آخرين فإنه من المتوقع أنهم يلعبون مع زملائهم أكبر منهم أو رفاق فصل غير عاديين، وبالتالي فقلة تفاعل الأطفال المنعزلين قد يكون سببه جزئيا تبنيم دور التابع في التفاعل الإجتماعي، أو قد يكون عدم إشتراكهم في مواقف التفاعل المختلفة سببه توقعهم أن هذا النوع من اللعب أو المواقف قد يتطلب مهارات تتصل بالتفاعل مع الأقران يفنقرون إليها، أو يشعرون بعدم الإرتياح لإظهارها في الفصل (Scarlett. W. G, 1986).

ب- رفض الوالدين لرفاق الطفل:

تحدث نواتج سلبية عندما تكون لدى الأبوين توقعات تتعلق بأصدقاء أطفالهما فهما يشعران الأطفال بشكل مباشر وغير مباشر بأن الأصدقاء الذين إختارهم ليسوا جيدين بما فيه الكفاية، وقد يؤدي هذا مباشرة إلى عدم تشجيع الرفاق على مصاحبة الطفل، وأنهم يشعرون بأنهم غير مرغوب فيهم من الوالدين، وتظهر المشكلة الحقيقية عندما يتعلم الأطفال بأن

يتشككوا في أحكامهم أو يشعروا بأنهم لا يستطيعون إرضاء والديهم فيما يتعلق بإختيار الأصدقاء، وبذلك تصبح العزلة هي النتيجة المؤسسة لهذا الوضع، ويظهر نمط الحصول على الرضا من طلب العزلة والوحدة وتصبح العلاقات مع الآخرين دون قيمة.

(شارلز وشيفر وهوراد هيلمان، 1989، ص: 390)

ج- كثرة تغير الموطن:

كثرة تغيير الأسرة للموطن نتيجة عمل الآباء أو نتيجة بعض الظروف الخارجية من بلد إلى بلد، أو نقل الطفل من مدرسة إلى أخرى من الأسباب التي تؤدي إلى تجنب الأطفال للمجتمع الجديد نتيجة لاختلافه عما تعودوا عليه (الشربيني، 1994، ص: 107).

د- التهكم والسخرية:

الأطفال الذين يتعرضون للسخرية والتهكم من زملائهم أو الكبار قد يصبحون منعزلين، فقد يهزأ الآباء والإخوة على نحو متكرر من الأطفال الذين يبدو ضعفاء، ويدفعهم ذلك إلى الاستجابة للانعزال من مواجهة الآخرين، فهم يتجنبون الاتصال الإجتماعي مع غيرهم تجنباً للسخرية، وذلك بسبب حساسيتهم العالية وخوفهم من أن يكونوا موضوعاً للحكم أو النبذ أو الإحراج، والأطفال الأصغر من أقرانهم معرضين الآن يعاملون معاملة سيئة، أو يتم إغاضتهم والتهكم عليهم من أقرانهم، وتكون نتيجة أن يصبح الطفل سريع

الحرص بمحاولات فجة لإقامة علاقات مع الآخرين ، مما يدفعه إلى عدم تكرار ذلك خوفاً من السخرية (Benjamin, 1989, P : 112).

هـ - عدم الثبات:

إن إتجاه التنشئة القائم على عدم الثبات قد يؤدي إلى السلوك الانعزالي، قد يكون الآباء حازمين جداً، ثم متساهلين جداً، أو عطوفين جداً أو غير مهتمين، والنتيجة أن يصبح الأطفال غير آمنين، و لا يعرفون ماذا يتوقعون وقد يصبحون منعزلين في البيت والمدرسة، كما يمكن لبعض الأطفال أن يكونوا منعزلين في البيت فقط، ويقضي هؤلاء الأطفال الكثير من الوقت باحثين عن أناس ثابتين كليا في تعاملهم معهم (Argyle, 1990, P : 23).

و - التهديد:

قد يقوم الآباء بتهديد الأطفال بالعقاب دون تنفيذ ذلك، وقد يكثر الآباء من التهديد ويوقعون العقاب مرات قليلة، كما أن سحب الحب والتقبل قد يكون مهدداً في كثير من الأحيان، وقد يستجيب الأطفال للتهديد المستمر بالخوف والجبن، فهم منعزلون بسلوكهم محاولين تجنب احتمال تنفيذ هذه التهديدات ويتخذون موقفاً دفاعياً في علاقاتهم مع الآخرين مع نقص في تأكيد الذات (Freeman, 1999, P : 12).

ي- أساليب التنشئة الخاطئة:

* - **التدليل والحماية الزائدة:** إن الطفل المدلل ينشأ متوقعا من كل الناس أن يعاملوه المعاملة الناعمة الحسنة المتميزة التي عومل بها المنزل، لكنه لن يجد هذه المعاملة المتميزة خارج المنزل خصوصا من أقرانه الذين هم في مثل سنه الذين لم يتعلموا بعد المنافسة والتعامل معهم على مستوى متكافئ، ومن ثم يهرب منهم وينزوي عنهم ويشعر بالانقص بالنسبة لهم، وبذلك فإن التدليل الشديد يؤدي بالطفل إلى عزلة وعدم القدرة على الأخذ والعطاء بطلاقة (ملاك جرجس، 1984، ص: 53).

1/- تدليل المعلم: يعد أيضا تدليل المعلم من أسباب السلوك الإنعزالي، كما أشار (هاريس، 1990) حيث أوضح أنه من الشائع أن ترى الأطفال ذوي السلوك الإنعزالي قد يصبحون معتمدين على المعلم مما يؤدي إلى دائرة مفرغة، لأن الطفل المعلم المدلل يصبح موضع سخرية الآخرين وإغابتهم وغالبا ما يعزز المعلمون هذا النمط عن طريق حبهم وعطفهم على الأطفال ذوي السلوك الإنعزالي حيث ي كونوا غالبا أكثر اعتمادا على الراشدين وأكثر إنعزالا عن رفاقهم (Harris, 1990, P : 130).

2/- تدليل الوالدين: إن الأطفال الذين يحميهم الوالدين حماية زائدة يكونون في الغالب اعتماديين وغير إنفعاليين، وبسبب الفرص المحددة المتاحة للمغامرة فإنهم يصبحون هادئين سلبيين وإنعزاليين، وهذا الاتجاه في التنشئة يؤدي غالبا إلى الجبن وطفولية التصرف فيما بعد، إذ أن الأطفال لا يكونوا قد تعلموا أن يثقوا بأنفسهم في التعامل

الفعال مع الآخرين لا يستطيعون العناية بأنفسهم ويحتاجون إلى حماية مستمرة من عالم مخيف، فقد يشعرون بالذنب بسبب عدم ميلهم للأطفال أو عدم وجود رغبة حقيقية لديهم للعناية بهم، إن أطفال الحماية الزائدة قد يبتعدون وينعزلون عن الأطفال الآخرين لأنهم لا يحبون التعامل مع الآخرين إلا إذا سار التعامل على هواهم ولذلك فهم لا يستطيعون التفاوض أو الأخذ والعطاء في علاقاتهم مع الآخرين (منيرة حلمي، 1996، ص:135)

* - **القسوة:** إن الإكثار من زجر الطفل وتوبيخه وتأنيبه لأتفه الأسباب ومحاولة تصحيح أخطائه بأسلوب قاس خصوصا أمام الغير يثير فيه مشاعر عدم الثقة بالنفس ومشاعر النقص الأمر الذي يؤدي به في نهاية الأمر إلى العزلة الإجتماعية والانزواء عن المجتمع والإساءة البدنية واللفظية التي قد يتعرض لها الطفل من والديه في الطفولة وأساليب القهر والتسلط وإنعدام روح الديمقراطية داخل الأسرة لا يعطي الطفل الفرصة لإبداء رأيه والتعبير عن ذاته، وهذا سببا رئيسيا من أسباب السلوك الانعزالي.

(محمد عبد الظاهر الطيب، 1996، ص: 187)

كما يشير ناصر المحارب (1994) إلى أن الأسرة قد تساعد في نشوء السلوك الانعزالي لدى الطفل من خلال الإيحاء للطفل أن الصمت أفضل من الكلام فيلتزم الصمت في كثير من المواقف الإجتماعية، وعندما يحتاج للكلام يجد صعوبة في إستخدامه.

(ناصر المحارب، 1994، ص: 213)

* - الإهمال: إن بعض الباء يظهرون بشكل واضح نقصا في الاهتمام أو العناية

بأطفالهم، وقد يكون ذلك سببا عدم وجود إهتمام بالأطفال بشكل عام، أو بسبب القناعة بأن الاتجاه الأبوي القائم على عدم الاهتمام ينمي إستقلالية الطفل، وبدلا من أن يؤد عدم إهتمام الوالدين إلى الاستقلالية، فإنه يؤدي إلى شخصية خائفة ومنعزلة لأطفالهم، وهؤلاء الأطفال يشعرون بأنهم غير جديرين بإهتمام الآخرين ولا يمتلكون الثقة الداخلية الضرورية للتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين (السيد علي شتا، 2000، ص: 132).

* - كثرة النقد من الآباء: إن الآباء الذين يكثر من توجيه النقد لأطفالهم، سواء

على نحو واضح أو خفي، غالبا ما يطورون لديهم حالة من الجبن، وبما أن هؤلاء الأطفال غالبا ما يتلقون إستجابات سلبية من الراشدين فإنهم يصبحون مترددين وغير متأكدين، ومنعزلين وقد يكون الآباء إنتقاديين بسبب قناعتهم بأن هذه " هي الطريقة التي نشأت عليها وأشعر أنها طبيعية "، أو أن الآباء يعتقدون بأن النقد هو أسلوب جيد وضروري يتعلم الأطفال عن طريقه كيف يسلكون، إلا أن نتيجة النقد الزائد غالبا ما ينشأ طفلا خائفا منعزلا، يفضل الابتعاد والعزلة عن الدخول في مواقف تفاعلات إجتماعية، تجلب له المزيد من النقد والتأنيب (Turnes, 1996, P : 211).

ويتفق حسن مصطفى (2001) في ذلك ويضيف أن بعض الآباء يلح في طلب

الكمال من الطفل في أي شيء وكل شيء، بل من الآباء لا يبالي بتجريح الطفل أمام رفاقه

مما يسبب له ألماً شديداً ويدهور شجاعته ومكانته بين رفاقه ويجعله طفلاً منكشاً متجنباً الاختلاط بغيره وإنعزالياً (مصطفى حسن، 2001، ص: 347).

* - نشأة الطفل في أسرة خجولة : إن الأبوين الذين يعتقدون في الحسد ويخفيان إبنهما عن أعين الزائرين أو يلبسانه ملابس إناث حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره مع إطالة شعره إلى غير ذلك من الأساليب تضع حائلاً بين الطفل والمجتمع وتجعله ينشأ متجنباً للآخرين (ملاك جرجس، 1984، ص: 53).

كما أن الأطفال الذين ينشأون في بيئات منعزلة وتشجع سلوك العزلة لدى أطفالها أو قيام الوالدين أو أحدهما بدعم سلوك العزلة الذي يتبعه الطفل على إعتبار أنه أدب وحياء تحرم الأطفال من إكتساب خبرات إجتماعية متعددة تجعلهم ينشأون غير مزودين بذخيرة من السلوكات الإجتماعية، ومن ثم تنشأ العزلة الإجتماعية من عدم مقدرة الطفل على مجارة أقرانه (محمد عبد الظاهر الطيب، 1996، ص: 186).

كما أن الطفل الذي ينشأ بين أبوين غير إجتماعيين معزولين عن الناس، يخافان التعامل مع الآخرين، فإن الطفل يقلدهما في أسلوب التعامل مع الناس وينقل الخوف من الناس والعزلة عن أبويه.

ويتفق مع هذا الأمر واين (1988) حيث يشير إلى أن الأبوين ذوي السلوك غير الإجتماعي (الإنعزالي) الهادئين غالباً ما ينتجان أطفالاً ذوي سلوك إنعزالي، إذ يؤدي ذلك

إلى مزيج قوي من وراثته تحمل إستعدادا للإنعزال، والعيش مع نماذج من الراشدين الانعزاليين يفرز أطفالا معرضين للوقوع في نمط الحياة القائمة على العزلة، قدوتهم والديهم، فالاتصالات الإجتماعية تكون في حدها الأدنى، والتحدث عن الآخرين يتم باستخدام مصطلحات الخوف وعدم الثقة، وفي بعض الأحيان قد يقدم الآباء المنعزلين نماذج للخوف من الآخرين عندما يكثرون من التحدث عن الغير لدى أطفالهم بطريقة كما أن من الضروري تجنبهم وعدم الثقة بهم (Wayne, 1988, P 132).

* - المشكلات الأسرية: الأسرة التي يكثر فيها الصراع والشقاق بين الوالدين يجعل الطفل الصغير في حدة من أمره، ولا يستطيع أن يتقمص دور الأب أو شخصية الأم، ويقع في صراع بين أيهما يجب وأيهما يكره، أيهما يغضب وأيهما يرضى، ومن ثم ينشأ قلقا ميالا إلى البعد عن المحيطين به إنعزاليا (حسن مصطفى، 2001، ص: 338).

4- النظريات المفسرة للعزلة الإجتماعية:

4-1- نظرية التحليل النفسي:

يرى " واطسون " أن الشعور بالعزلة حالة من الكبت للخبرات المحيطة اللاشعورية التي إكتسبت خلال مرحلة الطفولة المبكرة بسبب رفض وإنكار لكل من شأنه أن يؤدي إلى الألم وهو كبت الأشكال السلوكية المخالفة للمجتمع مما يؤدي إلى الفشل في الحصول على

التفاعل الإجتماعي بين الفرد والآخرين ، وإحباط حاجته إلى الانتماء ويؤدي ذلك إلى أن يكتب في نفسه خبرة العزلة ومجانبة الآخرين.

ويرى " فرويد " أن السلوك الإجتماعي يكون دائماً محصلة التفاعل بين الأنظمة الثلاثة ولكل منها تأثيرها في تحريك السلوك الإجتماعي للفرد (هول لندي، 1988، ص: 53).

أما " هورني " فترى أن الفرد حينما يفشل في محاولته للحصول على الدفء والعلاقات المشبعة مع الآخرين فإنه يعزل نفسه ويرفض أن يرتبط بهم ويتحرك بعيداً، وعلى الرغم من إشارة " هورني " إلى دور المؤثرات الثقافية في أثناء التربية إلا أنها لا تهمل العوامل الجسمية البيولوجية إذ ترى أن العوامل البيئية والاجتماعية أكثر المؤثرات في تشكيل سلوك العزلة والأكثر حيوية من بين هذه العوامل هي العلاقات الإنسانية التي يعيشها الفرد في طفولته ولأسى إذا شعر أن حاجته إلى إستمرار الأمن والحماية من والديه غير مضمونة تماماً مما يؤدي إلى شعوره بالقلق الذي تراه " هورني " أهم من الدافع الجنسي في تقرير السلوك (الوقفي، 1998، ص: 584).

وفي ضوء هذا يرى **Sullivan** أن جذور العزلة في حالة الكبار تعود للطفولة، ويحتاج الفرد قبل المراهقة إلى صديق يتبادل معه المعلومات. والأطفال الذين ينقصهم المهارات الإجتماعية بسبب التفاعل الخاطئ مع والديهم أثناء الطفولة يكون من الصعب عليهم أن يكون لهم أصدقاء فيما بعد، وقد تؤدي عدم قدرة الفرد على إشباع الحاجة للألفة إلى العزلة والوحدة الكاملة (أبو بكر مرسي محمد، 2002. ص: 117).

4-2- نظرية الذات: الذات هي جوهر الشخصية، ومفهوم الذات هو حجر لزاوية

فيها، وهو الذي ينظم سلوك الشخص (الزبادي والخطيب، 2001، ص: 50).

ويرى " روجرز " أن السلوك الإجتماعي لا يمكن فهمه إلا من خلال فهم الإنسان كله، وإذا جزئنا وحدته فلا يمكن فهم وتحديد سلوكه الإجتماعي إلا في ضوء المجال الكلي له، فالمجال الظاهري الذي تحدث فيه الظاهرة السلوكية هو الذي يحدد معناها الذي يحدد به السلوك الإجتماعي إزاء الموقف (القاضي وزيدان، 1981، ص: 287).

وتنظر نظرية الذات إلى الإنسان على أنه كل منظم يتصرف بشكل كلي في المجال الظاهري بدافع لتحقيق الذات، كما تسعى الذات إلى تبني السلوك الذي يواجهه قبولاً واستحساناً من الآخرين، وأما السلوك الذي يواجهه بالرفض فإنها تسعى إلى تجنبه، وعندما يكون الفرد في موقف لا تتوافر فيه ظروف التكيف الإيجابي تبدأ المتاعب النفسية وسوء التكيف مع الآخرين وفي أنماط السلوك التي تميز سوء التكيف وفيها يميل الفرد أن يكون منعزلاً ومنطوياً على نفسه (الحياني، 1989، ص: 64).

4-3- النظرية السلوكية:

تعتقد المدرسة السلوكية بأن السلوك الإنساني ماهو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو إكتسبها في أثناء مراحل نموه المختلفة، وهم يرون أن السلوك الغير مقبول ناتج عن أحد العوامل الآتية:

أ- الفشل في إكتساب أو تعلم سلوك مناسب.

ب- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية.

ج- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة، ولا يستطيع معها الفرد إتخاذ قرار مناسب.

د- ربط إستجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة.

(أبو عطية، 1997، ص: 153)

وطبقا لهذه النظرية فإنه من الأسباب التي تقود إلى لجوء بعض الأفراد إلى العزلة الإجتماعية كوسيلة للتوافق النفسي والنقد المستمر والعقاب الشديديان اللذان يتعرض لهما الأطفال خلال تربيتهم، فقد ينشأ من ذلك قلق دائم يدفعهم للعزلة ويصبح هذا السلوك وسيلة سهلة يلجأون لها لتجنب العقاب والتوبيخ الذي يعترضهم، والهروب من مشاكل الحياة

(عبد الغفار، 1988، ص: 40)

كذلك يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الإهمال الذي يلقاه الفرد في طفولته المبكرة من والديه أو المحيطين به والمعاملة القاسية في التنشئة لا يساعد تعلق بيه وبينهم ويؤدي إلى غياب التفاعل الإيجابي وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة وهو ما يقوده إلى تدني مستوى التفاعل الإجتماعي، مما يؤدي إلى سلبيته وإنسحابه عن الآخرين وبالتالي شعوره بالعزلة والإنطواء **(الخفاجي، 2009، ص: 29).**

5- مظاهر العزلة الإجتماعية:

يبدأ السلوك الانعزالي كإضطراب مبكر في سن عامين بعد إنتهاء القلق من الغرباء الذي يعد ظاهرة طبيعية خلال هذه الفترة، ولكنه يظهر في السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية عندما يضطر إلى الاحتكاك والتفاعل الإجتماعي، وإذا كان من الممكن ظهوره فجأة حينما يزداد الاحتكاك الاجتماعي مع الآخرين، ويستمر معهم وهم بالغون، ويتحول وقتها إلى الاضطراب شبه الفصامي، وربما تثبيط في المراهقة للطاقة الجنسية، ونقص المهارات الاجتماعية وإعاقة وظيفية للفرد إجتماعيا خارج نطاق الأسرة وربما انحدر الأمر من مشاعر الإكتئاب (زكريا الشربيني، 1994، ص: 106).

ومن أهم مظاهر العزلة الاجتماعية ما يلي:

5-1- التأخر الدراسي:

يعد السلوك الانعزالي سلوكا معطلا في كثير من الأحيان للتقدم في التحصيل الدراسي، حيث يميل الشخص صاحب السلوك الانعزالي إلى الابتعاد عن الآخرين، وينصرف بعيدا عن الدروس بخياله، ولا يشارك أقرانه في الأنشطة السلوكية والمواقف الإجتماعية المختلفة.

ويشير محمود حمودة (1991) أن الشخص ذو السلوك الانعزالي يتسم بإنكماش إجتماعي مفرط أو الوجع الشديد، والتهيب من الاختلاط بالغرباء، وفي الحالات الحادة

لا يستطيع مجرد المغامرة أو التجرؤ بالحديث أمام الآخرين وبالتالي قلة التفاعل مع المعلمين في مجالات التحصيل الدراسي، كما أن أصحاب هذا السلوك يتحاشون الآخرين، ويتم ترويعهم بسهولة ولا يثقون بالغير، وهم مترددون في الإقدام والإلتزام، ولا يميلون إلى المشاركة في المواقف الإجتماعية، ويفضلون البعد أو الصمت أو الحديث المنخفض أو الإنزواء (محمود حمودة، 1991، ص: 189).

5-2- الإكتئاب:

ترتبط العزلة الإجتماعية في أغلب الأحوال بإضطرابات شخصية وعصبية ونقص في معدل ظهور التعبيرات الانفعالية، ونقص كبير في القدرة على مسايرة الآخرين أو على مسايرة أحداث الحياة وبالعدوانية أحيانا.

ويعد الإكتئاب وعدم الثقة بالنفس وعدم الرضا عن الحياة او عدم السعادة من أكثر المتغيرات النفسية إرتباطا بالعزلة الإجتماعية، وتساهم إلى حد كبير في التنبؤ ، وفي تحديد بروفيل معين للأفراد المنعزلين إجتماعيا أكثر إكتئابا وأكثر قلقا، وقل ثقة بالنفس، وأقل إحساسا بالسعادة والرضا قياسا بأقرانهم غيرا لمنعزلين إجتماعيا.

وفي هذا يشير جاكسون (1995) أن الشخصية المنعزلة إجتماعيا أكثر ميلا للسلوك الانفرادي، كأن يقوم الطفل على سبيل المثال بأداء مهمته بمفرده، أو يلعب منفردا ، كما يقل ميل هذه الشخصية للنشاط الإجتماعي بوجه عام كالتحدث مع الآخرين واللعب الإجتماعي على سبيل المثال، إضافة إلى تظهر تعبيرات إنفعالية، كالإبتسامة والعبوس حيث تقل

إذا ما قورنت بما تظهره الشخصية غير المنعزلة، وذلك عند دراسته وتحليله للسلك العلني لعينة من الأطفال ضمن 26 طفلا من المرضى المقيمين بالمستشفى ممن تتراوح أعمارهم بين 8-13 سنة واعتبر أن إقامة هؤلاء بالمستشفى تعد مؤشرا لعزلتهم عن الآخرين.

وقد توصل (Plinkas et Prowner (1995 من دراستهما لعينة من الراشدين ضمن 121 مفحوصا بإستخدام مقاييس الإكتئاب والخصائص الإجتماعية والديموغرافية والخصائص النفسية الإجتماعية إلى أنه توجد علاقة إرتباطية دالة بين العزلة الاجتماعية والإكتئاب، حيث تزداد الأعراض الإكتئابية بزيادة مدة وشدة العزلة الإجتماعية، وأنه يمكن من خلال الأعراض الإكتئابية التنبؤ إلى حد كبير بمدى العزلة الإجتماعية، والتي يعاني منها الفرد، وعند تطبيق نفس الأدوات مرة أخرى بعد دراسة تتبعية استغرقت عاما أظهر المفحوصين زيادة في الأعراض الاكتئابية، وزيادة في الإجتئاب كأسلوب للمسايرة.

كما أوضح عادل عبد الله (1997) في دراسته لبعض الخصائص النفسية المرتبطة بالعزلة الإجتماعية بين الشباب الجامعي أن مرتفعي العزلة كانوا أكثر إكتئابا من منخفضي العزلة الإجتماعية .

5-3- عدم القدرة على مسايرة الآخرين:

في دراستهما لنماذج المسايرة السادة بين المراهقين المنعزلين إجتماعيا في مقابل أقرانهم غير المنعزلين توصلت (Blechman et Sculhane (1993 إلى أن المراهقين

غير المنعزلين إجتماعيا تكون لديهم ثقة أكبر، أما المراهقين المنعزلين إجتماعيا فيكونون أقل ثقة بأنفسهم.

ويرى (Shea 1996) في دراسة التي أجراها على 250 من المراهقين المترددين على المركز القومي للصحة النفسية بالولايات المتحدة، وكانوا يعانون من العزلة الاجتماعية، أن أدائهم على مقياس الأداء العام في الحياة اليومية كان يكشف عن نقص في قدرتهم على مسايرة الآخرين وعلى إنخفاض معدل ثقتهم بأنفسهم.

كما توصلت أيضا كل من (Blechman et Sculhane 1993) في دراستهما لنماذج المسايرة التي تتناسب مع المسارات السائدة في المراهنة المبكرة أن المراهقين غير المنعزلين إجتماعيا كانوا أكثر سعادة، وكانت حياتهم تسير بشكل أكثر يسرا في حين كان المراهقين المنعزلون إجتماعيا أقل سعادة حيث يتعرضون لنتائج معاكسة بالنسبة لهم مما يجعل حياتهم أكثر صعوبة وذلك نتيجة إتباعهم لنمط الاكتئاب والنمط العدوانى في مسايرتهم للتحديات الانفعالية التي يتعرضون لها.

5-4- نمو مشاعر التعاسة وعدم السعادة:

أظهر تحليل نتائج أداء المفحوصين على مقياس الأداء العام في الحياة اليومية والذي كان يعكس في جانب منه مدى السعادة والرفاهية التي يشعر بها الفرد وذلك في دراسة (Shea 1996) أن المفحوصين الذين كانوا يعانون من العزلة الإجتماعية كانوا أقل

إحساسا بالرفاهية والسعادة كما كانوا اقل في قدرتهم على مسايرة الآخرين وعلى مسايرة أحداث الحياة قياسا بأقرانهم غير المنعزلين إجتماعيا.

ويرى (Morgan et Jackson 1996) أن الإنسحاب الإجتماعي عادة ما يرتبط بسوء التوافق النفسي الإجتماعي والدراسي، وبمدى رضا الفرد عن نفسه وعن وضعه الجسمي، حيث أسفرت النتائج التي توصلنا إليها أن الأفراد المنعزلين إجتماعيا يقلون في توافقهم النفسي والإجتماعي والدراسي وفي مدى رضاهم عن أنفسهم وعن أجسامهم، وبالتالي في مدى إحساسهم بالسعادة قياسا بأقرانهم غير المنعزلين إجتماعيا.

ويؤك (Perry 1996) أن الاختلاط بالآخرين والتفاعل معهم وتقديم المساعدة لهم يجعل الفرد أكثر سعادة في حين يؤدي الابتعاد عن الآخرين والانعزال عنهم إلى جعل الفرد أقل سعادة وذلك في دراستهم لمفاهيم الأطفال حول النتائج الانفعالية لسلوك المساعدة والتي قاموا بها بعرض مجموعة من القصص على 160 طفلا من الأطفال الروضة والصفوف الثاني والرابع والسادس والثامن.

كما أيدّ عادل عبد الله (1997) في دراسته حيث أوضح أن مشاعر السعادة والرضا التي تعكس الحالة النفسية العامة للفرد تقل لدى مرتفعي العزلة قياسا بمخفضي العزلة، ويرجع ذلك إلى إحساسهم بالمشاعر الاكتئابية وإحساسهم بالنقص والدونية وإنخفاض معدل ثقتهم بأنفسهم، وشدة الحساسية، وزيادة معاناتهم النفسية، وتقلب المزاج، والشعور بالملل والسأم، والقصور في المهارات الاجتماعية والتقليل من شأن ذواتهم مما يعرضهم للعديد من

النتائج المعاكسة بالنسبة لهم، وهو ما يؤدي إلى نقص الرضا عن أنفسهم وعن حياتهم وبالتالي يقلل من إحساسهم بالسعادة (عادل عبد الله، 1997، ص: 283).

ويعد السلوك الانعزالي من العوامل النفسية، ذات الأثر السلبي على قدرة الشخص على التكيف الجيد مع الآخرين، لأنه يقلل من قدرته على التفاعل ويقلل بالتالي من فرصه في تكوين الصداقات والاستمتاع والاستفادة من الخبرات المختلفة المتاحة.

(ناصر المحارب، 1994، ص: 130)

5-5- الميل إلى العدوانية:

أوضحت دراسة (Blechman et Sculhane 1993) أن مهارات المسايرة الاجتماعية لدى المراهقين المنعزلين إجتماعيا تقل عن مثيلتها لدى أقرانهم غير المنعزلين وأيضا يكونون أكثر ميلا لإتباع النمط العدواني في المسايرة وذلك عند مواجهتهم للتحديات الانفعالية، في حين يتبع المراهقون غير المنعزلين إجتماعيا النمط الاجتماعي في المسايرة.

وقد أيدت ذلك (Wolchik 1995) في دراستها العينة من المراهقين ضمت 133 مفحوصا ممن تتراوح أعمارهم بين 8-15 سنة إنفصل آبائهم خلال السنوات الثلاث السابقة للدراسة، وكان بعضهم تقوم الأم برعايته فقط، أما بالنسبة للبعض الآخر فقد كانت هناك ترتيبات مشتركة لرعايتهم بين والديهم، وبذلك فقد عرفت العزلة الإجتماعية على أنها ضعف شبكة العلاقات الإجتماعية للفرد وتفككها، وتوصلت من خلال تحليل النتائج التي تم

الحصول عليها من مقياس العدوانية، وهو أحد المقاييس المستخدمة أن هناك إرتفاعا في معدل العدوانية بين الأطفال المراهقين المنعزلين إجتماعيا قياسا بأقرانهم غير المنعزلين، حيث كانت الفروق بين المجموعتين دالة إحصائيا.

ويشير الدريني (1984) إلى أن الطفل ذو السلك الانعزالي يبدو حلما، متواضعا وعلى قدر من الحياء، قليل الشكوى، ومن السهل إقناعه، ويبدو عليه أحيانا مظاهر الخوف المرضي وسريع الغضب وقد يميل إلى العدوانية إذا تم إستثارته، وقد يكون شكاككا، غير واثق من نفسه، والطفل ذو السلوك الإنعزالي لا يبدأ الحديث ولا يحرص على الاستمرار فيه، كما يعاني من نقص جاذبية حديثه، وهو يكثر الإيماءات وإتساع الحيز الشخصي بينه وبين الآخرين.

6- خصائص السلوك الانعزالي:

أورد محمد عبد الظاهر الطيب (1996) بعض خصائص السلوك الانعزالي ومنها:

- الميل إلى تجنب العلاقات مع أفراد الجنس الآخر.
- البطء في الحديث مع الآخرين وتقادي النظر في أعين شخص آخر مباشرة.
- عدم الميل لقيادة الأقران.
- أقل لياقة من الأفراد الآخرين، وأكثر قلقا وإكتئابا.

- نقص التوكيد وعدم القدرة على الدفاع عن الحقوق، وعدم التعبير عن الذات

بطريقة إيجابية.

- صعوبة مقابلة الغرباء، أو تكوين صداقات مع الآخرين

- الخوف الشديد من التحدث وتناول الطعام أو إستعمال دورات المياه العامة

أمام الآخرين.

- الصمت والانسحاب من مواقف التفاعل الإجتماعي.

(محمد عبد الظاهر الطيب، 1996، ص: 232)

ومن الملامح الإكلينيكية المميزة للسلوك الانعزالي كما أوردها الشربيني (1994)

- عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي أو الأخذ و العطاء مع الأقران أو الكبار.

- عدم اندماج الطفل في الحياة وعرقلة مشاركة لأقرانه في أنشطتهم وتفاعلاتهم مما

يؤدي بالطفل إلى الخمول الظاهري وتجنب التواصل.

- الشعور بالنقص عندما ينظر إلى غيره.

- يكون الطفل أكثر حساسية من الأطفال العادين وأكثر عصبية وميلا للعدوانية،

ويكون سهل الاستثارة لأنفه الأسباب، كثير التشاؤم واللامبالاة.

- وضوح الإنكماش عند إقامة علاقة أو إحتكاك بالغرباء لدرجة تؤثر على دوره

الإجتماعي (زكريا الشربيني، 1994، ص:182).

وأوضح أحمد عبد الخالق (1983) خصائص السلوك الانعزالي كما يلي:

- الضيق ومشاعر الأسى وعدم الإرتياح، كالقلق والغضب والحزن، ويتم التعبير

عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة، مما يؤدي إلى معاناته بطريقة حادة وغير مألوفة.

- الإبتعاد عن الآخرين، حيث يبدو الطفل دائما محبا للوحدة في علاقاته،

ذاتي التفكير.

- الشعور بالاضطهاد، ويشك دائما في تعامله مع الغير دون تدخل المنطق السليم،

معتبرا الناس دائما ظالمين له، كما أنه شديد الحساسية، كثير الإحباط، تنقصه المرونة

اللازمة في أداء أدواره، وينفعل لأي نقد يوجه إليه (أحمد عبد الخالق، 1983، ص:168)

خلاصة:

تعد العزلة الإجتماعية من الخصائص النفسية والاجتماعية السالبة التي ترتبط بقدر

كبير من المشكلات السلوكية الأخرى، ومشكلة التوافق الشخصي والإجتماعي، حيث تحد

من سلوك الشخص وتصرفاته في المواقف الإجتماعية، وتعوق تكوين علاقات شخصية

وإجتماعية فعالة، والشخص المنعزل يميل إلى تجنب الناس والاعتكاف عنهم، ويجد صعوبة

في عقد صلات حميمة معهم.

وتطرقنا في هذا الفصل لمفهوم العزلة الإجتماعية والمفاهيم المرتبطة بها، وأهم
الاسباب التي قد تؤدي بالشخص إلى الانعزال عن المجتمع، كما تطرقنا أيضا لأهم
النظريات التي فسرت هذه الظاهرة ومظاهر السلوك الانعزالي، وأخيرا ذكرنا خصائص هذا
السلوك.

الفصل الرابع

القلق

تمهيد:

يعتبر القلق أكثر الأمراض شيوعا لدى البشر خاصة في عصرنا الحالي الذي يطلب عليه الكثيرون " عصر القلق " والأرقام تشير إلى أن المرضى الذي يترددون على عيادات طبية توجد منهم نسبة لا تقل عن ثلث لهذه الحالات أصلها القلق النفسي الذي يسبب لهم أعراض مرضية متنوعة، فهو حالة نفسية تتطوي على مشاعر بغيضة مشابهة للخوف، تصدر بدون تهديد خارجي واضح، ويصاحبها اضطرابات فسيولوجية مختلفة، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية تعتبر منطلقا لعمليات الدفاع أو حالة مرضية ينتج عن إنهاؤها وتم التعرض في هذا الفصل إلى تعريف القلق بإعتباره حالة إنفعالية يعانها معظم الناس وأنواعه ودرجاته وأعراضه باعتبارها أحد الأسس الدينامية للشخصية وأسبابه في الأخير العلاج المناسب له

1- تعريف القلق:

لقد تعددت التعاريف التي تناولت مفهوم القلق، فلكل واحد وجهة نظر يؤمن بها.

فلقد عرف في المعجم الوسيط بأنه حالة إنفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، وقد عرفه بعض علماء السلف الصالح كالغزالي بأنه عبارة عن تألم القلق واحتراقه بسبب مكروه في المستقبل (الكعبي، 1997، ص: 21).

وعرفه مسرمان (Maserman) بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف (فهيم، 1998، ص: 199).

أما عكاشة فيعرفه بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة (عكاشة، 1998، ص: 110).

كما يعرفه زهران بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، وما يصاحبها غامض وأعراض نفسية جسمية.

(زهران، 2001، ص: 484)

ويرى هلجرد أن القلق يعتبر قوة دافعة وأن لفظ القلق عبارة من العبارات اللغوية العامة يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر والاهتمام الزائد وعدمك الراحة أو عدم الاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد (جاسم، 2004، ص: 133).

ويعرفه خليل أبو فرحة (2000) بأنه عبارة تشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر وعدم الراحة والاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية التي يرتبط بالشعور والخوف .

(زحوف، 2004، ص: 50)

ويعرفه جوزف ولبي بأنه من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي والصادرة من الزملة العصبية اللاإرادية، بسبب منبه أو مثير يهدد الكائن ويحتوي القلق على عناصر معرفية وحركية وعصبية وسلوكية، وهذا هو السبب الرئيسي أو حجر الأساس وراء جميع الأعصبيّة الحادة، ووراء تعلم الاضطرابات السلوكية المكتسبة، ويعتبر القلق مثل الخوف كرد فعل طبيعي لاستجابة الفرد نحو الإثارة الضارة (الزرد، 2005، ص: 37).

ويشير روبين داينز بأنه رد فعل طبيعي لرؤية شيء مخيف أو خطير، فهو ما يشعر به الفرد عندما يكون في مأزق أو تحت ضغوط نفسية أو عند مواجهة أي خطر من أي نوع سواء كان جسمانيا أو وجدانيا أو ذهنيا (داينز، 2006، ص: 35).

أما جبر سعيد فهو يعرف القلق بأنه التوتر وإنشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم ويكون مصحوبا بأعراض جسمية كآلام العضلات والشعور بعد الطمأنينة وعدم الاستقرار (سعاد جبر سعيد، 2008، ص: 233).

مما سبق يمكن القول أن القلق حالة من الشعور بعدم الإرتياح والهم المتعلق بحوادث المستقبل والذي يتضمن شعور بالضيق، وإنشغال الفكر، وعدم الإرتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو شبكة الوقوع، ويكون مصحوبا بأعراض جسمية

2- الفرق بين الخوف والقلق:

يعتقد عكاشة بأن الخوف والقلق عادة ما يكونان وحدة ملتصقة، ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في إتجاهه في وسط الطريق يختلف تماما عن شعوره بالخوف والخلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم، كذلك من الناحية الفسيولوجية، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم، وضربات القلب وإرتخاء فيا لعضلات مما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة فيضغط الدم وضربات القلب، وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم إستقرار وكثرة الحركة.

ويفرق عكاشة بين القلق والخوف من جانب الاختلاف السيكولوجي فيرى أن القلق سببه او موضوعه مجهول والتهديد داخلي والتعريف غامض، والصراع موجود والمدة مزمنة، أما الخوف فسببه أو موضوعه معروف والتهديد خارجي والتعريف محدد والصراع غير موجود والمدة حادة (عكاشة، 2003، ص ص: 134-135).

ولابد من التفرقة بين الخوف الطبيعي والقلق السلبي ويؤكد العلماء والباحثين أن الخوف إستجابة طبيعية لخطر فعلي أو ممكن، أما القلق فحالة إنفعالية تتم عن صراع وتهديد داخلي أو مثير غامض لسبب مجهول أو المبالغة فيما يرمز لمثير مخيف.

جدول رقم (1): يوضح الفروق بين الخوف والقلق:

الموضوع	الخوف	القلق
النشوء أو السبب	ينشأ كرد فعل لوضع مخيف وقائم بالفعل	قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم، متوقع
الإنتباه إلى المصدر	معروف المصدر	لا يكون الفرد منتبها إلى المصدر
الإحساس	على مستوى شعوري	على مستوى لا شعوري
نوع التهديد	خارجي	داخلي
المدة أو الثر	يزول بزوال المؤثر	يبقى غالبا رغم زوال المثير الأصلي طالما لم يتم تناوله بالدراسة والتحليل وإيجاد حل مناسب
الأثار والصراعات المصاحبة	لا يوجد صراعات مصاحبة (بانفعالات وتغيرات جسمية ونفسية وقتية تنتهي بزوال المؤثر عادة)	يوجد صراعات مصاحبة وتؤثر على جسم الإنسان وتكيفه وصحته، حسب درجة القلق ومساعي العلاج

(الحسين، 2007، ص: 32).

3- أنواع القلق:

يصادف القلق في ظروف نفسية مرضية مختلفة، وهو يتسرب إلى مختلف الأمراض النفسية بشقيها العصبي والنفساني، كما يمكن أن يكون رد فعل مرضي بشده أو بحدته على بعض أحداث الحياة اليومية كمرض عضوي أو صدمة نفسية شديدة.

ومن خلال ذلك يمكننا تصنيف القلق إلى ما يلي:

3-1- القلق الموضوعي (العادي):

يكون مصدره خارجيا وموجود فعلا، ويطلق عليه أحيانا إسم القلق الواقعي أو القلق الصريح أو القلق السوي ويحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو إمتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو إنتظار نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديد ومن المعلوم إلى المجهول أو من المألوف إلى الغريب أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات إقتصادية أو إجتماعية (زهران، 2001، ص: 485).

بمعنى آخر هو القلق العالم الذي يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية مثل قلق الأم نحو مرض ولدها وقلق الشخص الذي يتوقع مقابله معه في وظيفته أو دراسة وقلق الطالب قبل الإمتحان.

إن هذا القلق يكون موضوعياً وسوياً ويغري إلى موقف معين يحدث في زمن خاص أو كرد فعل سوي لمواقف تسبب القلق بشكل حقيقي لمعظم الناس مثل قلق الشخص قبيل المحاضرة التي يتوقع إلقاؤها أمام الجمهور من الحضور (عبد الله، 2007، ص: 173).

كما أنه يسمى بالقلق خارجي المنشأ فهو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئاً يتهدد أمنه وسلامته كان يصوب لص مسدساً إلى رأسه، فهنا يشعر بالاضطراب ويبدأ يرتجف فيجف ريقه، وتعرق يده وجبته وتزيد نبضات قلبه و تهتاج معدته ويشد توتره فهذا القلق طبيعي أي شخص يمكن أن يحس به، وإستجاباته تكون عادية وسوية

(القهش، 2007، ص: 255).

3-2- القلق العصابي (المرضي):

هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض، ويعرف القلق العصابي بأنه حالة من توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث بصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية، ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هيب نفسها إضطراباً (العناني، 2000، ص: 113).

كما أنه يسمى بالقلق الداخلي المنشأ وهو حالة مرضية، ويبدو لي ضحايا هذا المرض استعداد وراثي له، وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم، تأتي فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر (القمش، 2007، ص: 256).

والقلق العصابي هو داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ويعوق التوافق والإنتاج والسلوك العادي.

(زهرا، 2001، ص: 485)

3-3- القلق كحالة وسمة:

أ- القلق كحالة: تعتبر حالة إنفعالية طارئة وقتية في حياة الإنسان تتذبذب من وقت لآخر، وتزول بزوال المثيرات التي تبعثها، وهي حالة داخلية تتسم بمشاعر التوتر والخطر المدركة شعوريا، والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي، فتظهر علامات قلق حالة وتختلف هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.

فهو إذن عبارة عن مجموعة من المشاعر والانفعالات المؤقتة المرتبطة بموقف معين

(القمش، 2007، ص: 256)

كما تتصف حالة القلق بإرتباطها بموقف معين يسببها وترتبط بمشاعر من الهم والتوتر وترتبط بتنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتكون هذه الحالة مدركة شعوريا.

(سامر جميل، 2002، ص: 269)

ويعتبر الاستجابة الانفعالية التي تظهر على الفرد الذي يدرك موقفا محددًا على أنه خطر عليه شخصيًا، أو مخيف بغض النظر عن وجود أو عدم وجود شيء حقيقي يمثل ذلك الخطر (صالح قاسم حسين، 2008، ص: 165).

ب- سمة القلق: تعتبر كسمة ثابتة نسبيًا للشخصية، تشير هذه النظرية إلى الاختلافات الفردية في قابلية الإصابة بالقلق، والتي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة، كمواقف تهديدية بارتفاع مستوى القلق وفقًا لما اكتسبه كل فرد في طفولته من خبرات سابقة، كما تميز هذه النظرية أيضًا بين حالات القلق المختلفة والظروف البيئية الضاغطة التي تؤدي إلى هذه الحالات وميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (القمش، 2007، ص: 256).

أما سيبيلبرجر (1983) فيعتبرها بأنها استعداد ثابت نسبيًا لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالات القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدره.

(المرزوقي، 2008، ص: 37)

كما أنها تبدو على أنها تحتوي دافعًا أو استعدادًا سلوكيًا مكتسبًا، يجعل الفرد يمتلك استعدادًا لأن يعيش عددًا كبيرًا من الظروف غير الخطيرة موضوعيًا على أنها مهددة، وأن

يستجيب لهذه الظروف بحالات من القلق تكون شدته غير متناسبة مع حجم الخطر الموضوعي بتعبير آخر توجد سمة القلق عند كل الأفراد وتختلف شدتها بين الأفراد.

(جميل، 2007، ص: 256)

3-4- القلق الخلقي:

مصدر القلق الخلقي كما يراه الرفاعي (1987) هو نتيجة حكم الأنا الأعلى بإرتكاب ذنب أو احتمال أن يكون نتيجة لإحباط أمر موجود بين مكونات " الأنا الأعلى "

(الرفاعي، 1987، ص: 11)

ويرى عبد الغفار (2007) أن القلق الخلقي عادة ما ينشأ من الخوف من الوالدين وعقابها لأن " الأنا الأعلى " يهدد " الأنا " إن فكر " الأنا " في إرتكاب فعل معين يتعارض مع معايير الوالدين ويظهر العقاب في صورة مشاعر الإثم والخجل.

فهو يشير إلى الخبرة الانفعالية المؤلمة التي تنشأ عن شعور الفرد بالذنب أو الخجل نظرا لقيام هذا الشخص بإرتكاب فعل يتعارض مع الأخلاق (الليل، 1993، ص: 18).

3-5- القلق العام:

يرى عكاشة أن هناك اختلافات كثيرة في تعريف القلق النفسي كمرض متناقل ويعرفه بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة

ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو شعور بنبضات القلق أو الصداع أو كثرة الحركة (عكاشة، 1998، ص: 169).

3-6- القلق الثانوي:

وهو القلق المصاحب للأعراض المرضية الشديدة كالهستيريا والفصام وغيرها من الأمراض النفسية (محمد وفوقية، 1998، ص: 383).

4- أسباب القلق:

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى ظهور القلق والتي يمكننا أن نذكر منها:

4-1- أسباب وراثية: أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث إفترض أن

هناك إضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا بسبب المرض، وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدى إنتشار الإضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجد أن إحتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من إحتمال إصابة ممن لا تربطهم صلة قرابة من المرضى، وأشارت دراسة التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بعرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين ممن لو كن توأمين غير متطابقين.

(القمش، 2007، ص: 266)

4-2- أسباب نفسية: أثبتت الدراسات النفسية والإكلينيكية أن هناك أسباب نفسية

تؤدي إلى ظهور القلق فقد ينتج عن صراع نفسي وقد يكون نتيجة تهديدات والخوف.

أ- الصراع النفسي: هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق:

- صراع يتعلق بالميل أو رغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو

التوفيق بينهما وغالبا ما يكون إتخاذ القرار صعبا، ويؤدي أحيانا إلى إثارة القلق.

- الرغبة في فعل شيء وعدم فعله في نفس الوقت، مثال يمكن لشخص أن يدخل

في صراع حول إنهاء علاقة تبدو مسدودة، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيدا من الحرية

والفرص لكن يمكن أن يكون في نفس الوقت إختيارا أليما ومعدبا بالكلا الطرفين.

(المرزوقي، 2008، ص: 41)

ب- الخوف: المخاوف يمكن أن تأتي إستجابة لأوضاع متنوعة، فالناس يخافون من

الفشل والمستقبل وتحقيق النجاح، المرض، الموت، الوحدة وأشياء أخرى حقيقة أوهمية.

ج- التهديدات: هو تلك التهديدات التي تأتي من خطر مدرك أو محسوس، تهدد

قيمة الفرد كالقلق من رفض الآخرين أو القلق أو إحتمال الرسوب في مادة دراسية.

(المرجع السابق، ص: 41)

4-3- مواقف الحياة الضاغطة:

- الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة.

- مطالب المدينة المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق).

- البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف ومواقف الضغط والوحدة، والحرمان وعدم

الأمان (العناني، 2000، ص: 12).

4-4- أسباب جسمية: يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة والحادة

كالسرطان والداء السكري، الربو والقلب، أيضا يمكن أن يحدث القلق بسبب عدم التوازن

الغذائي، والخلل في الوظائف العصبية، وعوامل كيميائية داخل الجسم.

(المرزوقي، 2008، ص: 51)

5- أعراض القلق:

هناك من يعتبر القلق بأنه العملية النفسية الرئيسية التي تكمن وراء جميع الانفعالات

والأمراض النفسية، وأنه المصدر الأول والمركزي لكل اضطراب نفسي، وإذا أخذنا بهذا الرأي

فإن جميع الأعراض العاطفية والسلوكية والشعورية والجسمية التي ترد في جميع الأمراض

النفسية هي في نظر أصحاب هذا الرأي مظهرا من مظاهر القلق وتعبيرا مباشرا عن وجوده

في نفسية المريض، ومهما تكن حدة هذا الرأي فمما لا شك فيه أن أعراض القلق هي أكثر

الأعراض المرضية ورودا في الطب النفسي وهي تتمثل بدرجة ما في جميع الاضطرابات

النفسية مهما كانت تسميتها من كآبه أو فزع أو نحول عصبي أو غيرها من الأمراض النفسية. ويمكن تصنيف هذه الأعراض إلى:

5-1- الأعراض الجسمية:

تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة و توتر العضلات والنشاط الحركي الزائد واللازمات العصبية الحركية والتعب والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين وتصيب العرق وعرق الكفين وإرتعاش الأصابع وبرودة الأطراف وشحوب الوجه وسرعة النبض والخفقات وآلام الصدر والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم وإرتفاع ضغط الدم وإضطراب التنفس وعسره والشعور بضيق الصدر والدوار والقيء والإسهال وزيادة مرات الإخراج وكرار التجشؤ والإنتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقدان الشهية ونقص الوزن وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء وإضطراب الوظائف الجنسية والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي وإضطراب العادة الشهرية عند النساء (زهران، 2001، ص:486).

كما تضطرب جمع أجهزة الجسم كالجهاز العصبي والدوري والتنفسي والهضمي والبولي وفيما يلي عرض للتغيرات الحادثة في أجهزة الجسم على النحو التالي:

أ- الجهاز القلبي الدوري:

يشعر المريض بعدة أعراض تتعلق بالجهاز القلبي الدوري ومنها آلام عضلية فوق القلق مع سرعة دقاته والإحساس بالنبضات في كل مكان وإرتفاع ضغط الدم، ويرجع

السبب في هذه الأعراض إلى الانفعال الظاهر أو المكبوت والذي بدوره ينسب للأعصاب اللاإرادية للقلب.

ب- الجهاز الهضمي:

وهو من أهم الأجهزة التي يظهر تأثير القلق النفسي عليها ويكون في هيئة صعوبة البلع والشعور بعمه في الحلق أو سوء الهضم، وأحيانا ما يشعر الإنسان بالغثيان والقيء والإسهال والإمساك، كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة وقد لوحظت هذه الظاهرة في النساء وخاصة المتزوجات وهن يختلفن في شخصياتهن عن الأزواج في طريقة تعبيرهن عن الانفعال وكثيرا ما يكون القىء له علاقة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو الشعور بالنفور أو الاشمئزاز من شخص، ومن أعراض ذلك أيضا الشعور بفقدان الشهية ونقص الوزن (زهران، 2001، ص: 400).

ج- الجهاز التنفسي:

يشكو المريض من سرعة التنفس وتصيب العرق البارد حتى في الشتاء، كما أنه كثير الشعور بالتنهدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على إستنشاق الهواء، وقد تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسدي الكربون وتغيير درجة حموضة الدم، وقلة الكالسيوم في الجسم مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية وأحيانا إغماء، والسبب في ذلك أن قلق الإنسان يؤدي إلى سرعة تنفسه دون أن يشعر بذلك لأننا لا نشعر بالتنفس إلا في حالة إشتداده.

(الكعبي، 1997، ص: 45)

د- الجهاز العصبي:

يظهر القلق هنا في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي لمريض مع إتساع حدقة العين وإرتجاج الأطراف خصوصا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع وتوتر عام نتيجة إضطراب عمل هذا الجهاز وإضطراب في الساعات الأولى للنوم وصعوبة في التركيز وعدم إجابة الذاكرة لموقف ما وحدوث النسيان

(ياسين، 1981، ص: 239)

ه- الجهاز البولي التناسلي:

يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، وذلك عند الانفعال الشديد وقد يحدث العكس أي إحتباس البول على الرغم من الرغبة الشديدة فيه والسبب الرئيسي في ذلك هو تنبه الجهاز السمبثاوي أو الباراسمبثاوي من جراء القلق.

ومن أهم الأعراض في هذا الجهاز إضطراب الوظيفة الجنسية وهي من الأعراض التي تسبب ألما بالغا وكثيرا ما يصاب الرجل بالضعف الجنسي عند الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير، أم المرأة فأكثر ما يكون لديها هو البرود الجنسي وأحيانا ما بسبب القلق إضطراب في الطمث بل إنقطاعه تماما (عكاشة، 1998، ص: 47).

و- الجهاز العضلي:

يتردد المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم، ومن أكثر هذه الآلام التقلص في العضلات وآلام في الساقين أو الذراعين والظهر وفوق الصدر، وكثيرا ما يكن تشخيص تلك الآلام بالروماتيزم، ويبدأ المريض في أخذ العقاقير اللازمة لذلك دون جدوى.

ي- الجهاز الحركي:

أهم ما يميز المريض بالقلق النفسي بعدم الحركة والسكون المستمر وإرتجاف مع ظهور عرق بارد غزير كما لا يستطيع المريض إعطاء معلومات وافية عن حالته بل أحيانا لا يعرف المكان و الزمان وكثيرا ما يتعرض هذا السكون الحركي إندفاع مفاجئ يجري أثناء دون هدف (الكعبي، 1997، ص: 46).

أ- الجلد:

يكون القلق النفسي عاملا أساسيا في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض مثل حب الشباب والإكزيما والصدفية والبهاق وسقوط الشعر.

ب- الغدد الصماء :

بسبب القلق الكثير من الأمراض الخاصة بالغدد الصماء ومن أهمها الغدد الدرقية والبول السكري ومن ثم تزداد نسبة الأدرينالين همن الغدة فوق الكلوية.

(المرجع السابق، ص: 47)

5-2- الأعراض النفسية:

يمكن تحديد بعض الأعراض النفسية للقلق فيما يلي:

أ- الخوف:

يخاف المريض من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي إستجابة مرضية فيخاف من الأماكن المغلقة أو من الأماكن المتسعة أو من الأمراض والخوف من الأمراض من أكثر المخاوف شيوعا فهناك الخوف من أمراض القلب والسرطان والزهري والخوف من الموت يأخذ مظاهر غريبة كخوف من إبتلاع اللسان أو توقف الطعام في الحلق أو إنفجار شريان مثلا (الكعبي، 1997، ص: 47).

ب- التوتر والتهيج العصبي:

ويتضح ذلك في الحساسية الشديدة لأي ضوضاء فيقفز المريض عند سماعه لرنين الهاتف أو الجرس ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفه الأسباب.

ج- فقدان الشهية:

يُصاحب القلق فقدان الشهية للطعام مع نقص الزن والأرق الذي يتميز بصعوبة في

النوم وقد يصاحب ذلك الفزع والكوابيس المزعجة (عكاشة، 1998، ص: 48).

5-3- الأعراض السيكوسوماتية (النفسجمية):

ونقصد بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي دورا

هاما، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عن التعرض لانفعالات القلق النفسي ومن

أهم هذه الأمراض، إرتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية بالقلب،

الربو الشعبي، روماتيزم المفاصل، البول السكري، زيادة إفرازات الغدة الدرقية، القولون

العصبي، الصداع النصفي، أما إذا إستمر الصداع النفسي لمدة طويلة وأصبح القلق غير

محتمل مفاده تتحول أعراض القلق النفسي إلى أحد ثلاث ظواهر:

- المخاوف.
- عصاب الأعضاء.
- قلق الهستيريا.

جدول رقم (١): يوضح أعراض القلق التي يمكن أن تلاحظ على الفرد عندما

يشعر بالقلق:

سلوكيا	ذهنيا وشعوريا	بدنيا
- قلة الاهتمام	- الشعور بالإكتئاب	- ألم في الصدر
- الرغبة في جذب الانتباه	- تفكير في الانتحار	- توتر
- الفوبيا	- الشعور بالذعر	- طنين في الأذن
- القهر	- تعجل في التفكير	- تقلص لا غرادي في عضلات
- حدة الطبع	- خوف من الاختناق	الوجه
- السلبية	- تقلب المزاج	- عسر الهضم
- الحزن	- عدم الثقة بالنفس	- عدم إنتظام ضربات القلب
- الوسواس	- جنون العظمة	- دوار
- التدخين بشراهة	- الخوف من الموت	- نوبات صداع
- عدم القدرة على التركيز	- أفكار سيئة عن النفس	- رعشة
- الأرق	- الاعتقاد في عدم القدرة على	- رؤية مشوشة
- الإنطواء	التعايش مع الآخرين	- ألم في الفكين
- الضجر	- شعور بعدم الاستقرار	- إرهاق دائم
- القيام بأفعال متهورة	- شعور بالجنون	- إفراز العرق

- الاندفاع	- الرغبة فيا لتقيؤ	- فقدان الشهية
- سهولة التأثر سلبي	- الشعور بعدم القدرة على	- تقلصات العضلات
بالحوادث والابتلاءات	السيطرة على أي شي	- إرتفاع ضغط الدم

(دانيز، 2006، ص: 41)

6- النظريات المفسرة للقلق النفسي:

هناك العديد من النظريات التي تناولت ظاهرة القلق، وكل منهما يستخدم مستويات مختلفة ووسائل متعددة لعرض أفكاره وبناء نظريته، فنجد أن بعض تلك النظريات تأخذ الفرد باعتباره وحدة أساسية للدراسة مرتبطة ببعض المتغيرات في الجانب الإكلينيكي، بينما البعض الآخر يرفض أن يكون الإنسان وحدة للتجريب والتحليل ويقومون بتجاربهم غالباً على الحيوانات، وهناك من يركز على البناءات الثقافية والأخلاقية والقيم في اتجاهاتهم لدراسة تلك الظاهرة.

وأهم هذه النظريات نذكر ما يلي:

6-1- نظرية التحليل النفسي:

تعتبر هذه النظرية القلق إنذاراً للأنا بأن هناك رغبة لا شعورية غير مرغوب فيها على وشك الوصول إلى الشعور فتستحثه على استخدام آليات الدفاع، وقد لا ينجح الكبت بمفرده في إعادة التوازن النفسي فتلجأ الأنا لاستخدام آلية أخرى، وعليها تختلف صورة القلق

حسب نوعها فظهور الشحنة اللاشعورية بصورتها الفجة يؤدي إلى نوبات الهلع كما ينتج عن استخدام الإزاحة أعراض الرهاب (فوبيا).

وملخص النظريات التحليلية في تفسير القلق هو أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم بدرجة واضحة في نشأة القلق نتيجة الإحباط والصراعات الداخلية وكلما كانت بيئة الفرد مشبعة لاحتياجاته إنخفض مستوى القلق لديه (Suimn, 1990, P P : 26-27).

وأبرز هذه النظريات:

6-1-1- نظرية فرويد:

يرى فرويد أن القلق يظهر في الأصل كرد فعل لحالة خطر ويعود للظهور كلما حدثت حالة خطر من ذلك النوع، وأن سبب القلق عند الطفل تعود إلى صدمة الميلاد ورد فعله تجاهها، وهو لا يدرك سببها وإن حالة غياب الأم وعدم حصول الطفل على إشباع حاجاته عن غياب الأمام، وعدم حصول الطفل على إشباع حاجاته عن طريقها وزيادة توتره الناشئ عن عدم إشباعها فيتكرر الخطر، ويواجه الطفل الخطر من جديد ولطفل يحاول أن يحمي نفسه من هذا الخطر وزيادة التوتر لديه وهي حالة يكون فيها الطفل عاجزا وأن إفتقار الطفل لحاجاته وتطور القلق لديه مع تطور التفاعل بين فعاليات الشخصية من جهة أخرى، ويتحدث عن ظهور القلق في المرحلة القضيبية التي يمر بها الطفل في مراحل نموه ثم يتحدث عن نمو " الأنا الأعلى " أو الرقيب الاجتماعي وظهور القلق الخلقي، ويعود القلق إلى ظهور أمام الخطر أمام الموضوع الذي يخشى فقدانه (موسى، 1993، ص: 129).

أما في حالة القلق الخلقى فيرى فرويد (Freud, 1985) بأنها ناتجة عن التقدم الحاصل للطفل مع نموه لأن تقدم نمو الطفل يحدث تأثير في مضمون الخطر وبناءا على ذلك أن قلق الطفل يبدأ بقلقه من فقدان الأم حتى يصل إلى القلق من الخساء، كما أن الطفل يقلق من غضب " الأنا الأعلى " أو فقدان حبه وبناءا على ذلك يرى " فرويد " بأن القلق يظهر قديما عند الفرد أي في مرحلة الطفولة من خطر معين هو صدمة الميلاد التي لا يدركها ثم يتكرر على شكل إفتقار الموضوع في حالات مختلفة وبذلك يبدو القلق متطورا من حيث هو ظاهرة نفسية ويتطور بتطور مضمون حالة الخطر وهذا المضمون يتغير بتغير مراحل الحياة، وأن لكل حالة خطر فترة خاصة من الحياة أو مرحلة من مراحل نمو الجهاز العقلي، وأن للكبت واللاشعور دورا في حدوث القلق لأن ها لا يستطيع الفرد إشباعه يكبت في اللاشعور ويبقى متحضرا طالبا لإشباع عندما تسمح الفرصة لإشباعه وإذا لم يحصل الإشباع إستمر القلق في الحدوث (عيسوي، 2007، ص: 41).

ويتحدث " فرويد " عن القلق العصابي وهو القلق الشديد لا تتضح معالم المثيرة فيه ويبدو على شكل الخوف من الجهول وفي التحليل النفسي فإن هذا من القلق يكون مصدره " الهو " أو الغرائز التي تغشل " الأنا " بميكانيزماتها الدفاعية في صدّها، ومن هنا فإن القلق يحدث في الأنا لا شعوريا بعيدا عن إدراك الشخص (العناني، 2000، ص: 116).

6-1-2- نظرية أوتوراك (Ottorank):

كان لنظرية " فرويد " في القلق العصابي أثر بالغ على العديد من علماء التحليل النفسي ومن بينهم (أوتورانك) الذي فسر القلق على أساسين هما:

أ- نموذج صدمة الميلاد: إهتم " رانك " بصدمة الميلاد، ولكنه لم يقتنع بتفسيرات " فرويد " التي اعتبر أن زملة القلق تنتج عن عملية الميلاد، وأن القلق اللاحق يحدث بصورة آلية لأنه تولد عن القلق الأولي، وأوضح " رانك " أن المولود كان ينعم بالوجود الأمني في بيت اللذة والسعادة في جنة الرحم وميلاده طرد له من هذه الجنة وهذا الطرد هو أول خبرة وأقسى خبرة إنفصال يمر بها الفرد، هذه الخبرة المؤلمة تسبب له صدمة أشد إيلا ما ينتج عنها شعوره بالقلق الذي يستشعره لأول مرة، وقد سمي " رانك " هذا القلق الذي أثارته الصدمة بالقلق الأولي (أبو الخير، 1990، ص: 94).

ب- نموذج خبرات الانفصال: أشار " رانك " على أن أي إنفصال يأت يبعد ذلك في حياة الفرد فإنه يثير القلق، لأنه يتضمن إنفصال الطفل عن ثدي أمه، ولتهديد بالخصاء يثير القلق، ودخوله المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم وعن العش الذي يشعر بدفء الإقامة به، والزواج يثير القلق لأنه يتضمن الخروج من حياة الوحدة وهكذا (الخطيب، 1989، ص: 137).

ويرى " رانك " أن القلق عند الفرد يتخذ صورتين تستمران معه في جميع مراحل حياته، وهاتان الصورتان هما صورة خوف الحياة وصورة خوف الموت ففي صورة خوف الحياة يظهر القلق بسبب الخوف من التقدم والاستقلال الفردي، أي احتمال حدوث نشاطات ذاتية للفرد، وعندما تعمد إمكانياته وقدراته على الإتيان بإبتكارات جديدة أو عندما تعمل على إيجاد متغيرات جديدة في شخصيته، أو عندما يريد ذلك أن يبنى وينشئ علاقات مع الآخرين من حوله، وفي مجمل هذه الحالات يظهر القلق عند الفرد لأن الانتقال إلى هذه الحالات وتحقيقها هو تهديد للفرد بالانفصال عن الأوضاع التي كنت سائدة وما هذا القلق إلا تكرار لشعور الفرد بالقلق الأولي، أما صورة خوف الموت فهي على العكس من خوف الحياة وأن منشأ القلق هو الخوف من فقدان الفردية، أي الخوف من أن يفقد استقلاله الفردي ويوضح في مجموع ويعود على حالة الاعتماد على الغير (الخطيب، 1989، ص: 138).

6-1-3- نظرية كارين هورني (Karen Horney):

ترى هورني أن القلق يمكن عاداته إلى العوامل التالية: الشعور بالعز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة، وجميع هذه العوامل تنشأ من مصدر واحد هو شعور الفرد بأنه عاز وضعيف و لا يفهم نفسه ولا الآخرين من حوله، وأنه يعيش وسط عالم يحمل له العداء ومليء بالتنافر والتناقض، أوضحت " هورني " أن القلق الحاد هو واحد من الآثار المؤلمة التي تصيبها وقد تكون بعض عناصر القلق غير قابلة للاحتمال ، كشعور الفرد بالعز خاصة عد أولئك الأشخاص القلقين الذين يتخذون التسلط والسيادة والسيطرة عنوانا لحياتهم وشعورهم

بالعجز يظهر ضعفهم، وبحسب نظرية " هورني " فإن كل إنسان يملك في داخله إمكانات إيجابية وإبداعية ويجد هذا الإنسان الفرصة لاكتشاف هذه الإمكانيات وإبراز قيمته من خلال الآخرين في البيئة، التي تمنح الحب وتؤمن العطف وتشعر بالدفء، وهنا يحقق الفرد حاجاته لتقدير قيمته وإحترامه الذاتي.

أما إذا أوقفت البيئة الاجتماعية تحقيق هذه المطالب ولم تف بحاجته الأساسية من إحترام ومحبة وتقدير فإن الفرد سيتعرض للقلق وأطلق عليه " هورني " القلق الأساسي " (تلجر، 1990، ص: 45).

وترجع " هورني " أسباب القلق إلى كبت المشاعر العدوانية منذ الطفولة إلا أن كبت هذه المشاعر من الممكن أن يحدث في أي مرحلة من المراحل العمرية هذه المواد المكبوتة منذ الطفولة هي التي تثير القلق الأساسي عند الفرد وتضيف الشحنات الانفعالية المجهدة المصاحبة له مزيدا من القلق فيصبح مجموع القلق أكثر من قدرة إحتمال الشخص.

(أبو الخير، 1995، ص: 52)

والقلق الأساسي ينتج عن الشعور بالخلل في بيئتهم الإجتماعية مع الشعور بعدم وجود امن في بناء هذه العلاقات، وبناء على مفهوم " هورني " عن القلق الأساسي فإن البيئة ككل متكامل ينظر إليها إنها غير واقعية وغير منصبة مضطربة ومهددة، فيشعرون

بتهديدها لنموهم ورغباتهم الداخلية هذه الظروف المتعددة وتلك الأوضاع السلبية التي يستشعرها الأطفال يمكن أن تولد لديهم فقدان الأمن الذي ينطوي على القلق الأساسي

6-1-4- نظرية ألفرد أدلر " Alfred Adler " :

على نحو إهتمام " هورني " بدينامية العلاقة بين الفرد والمجتمع، يؤكد " ألفرد أدلر " أن الروابط الاجتماعية السوية التي تربط الفرد بمن حوله وبالإنسانية على وجه العموم تتيح له فرصة التغلب على الشعور بالنقص، ونستطيع أن نلمس في كتابات أدلر أن فكرة الشعور بالنقص عنده تتضمن معنى القلق الذي يستشعره الفرد حينما لا يحقق الانتماء إلى الإنسانية ويؤكد " أدلر " أن الدافع الأساسي للأمراض العصابية، هو الشعور بالنقص فالفرد حينما يشعر بعجزه وضعفه بالنسبة لمن حوله فإنه يتبع ممارسة تعويضية، إما بصورة سوية كأن تأخذ شكل محاولة تقوية روابطه بالآخرين (المشاركة الاجتماعية) وإما بصورة غير سوية عن طريق محاولة السيطرة على الآخرين والاستعلاء عليهم (النزعة إلى السيطرة)

(مرسي، 2002، ص: 76).

وكان " أدلر " يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، ويرى أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار والبالغين بصفة عامة، وللتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية، فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص

والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به،
ويستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق الانتماء الذي يعيش فيه

(عثمان، 2001، ص: 22).

6-1-5- نظرية إريك فروم " Eric Fromm "

في رأي " فروم " ينشأ القلق عن الصراع الذي يعانيه الطفل بين حاجاته للتقرب
إلى والديه حتى لا يفقد حبهما وحنانهما وبين حاجته إلى الاستقلال والاعتماد على الذات
والذي يولد شعورا بالعجز نتيجة لعدم قدرته على إنجاز الأعمال التي تعينه وتخصه مستعينا
بقدراته الخاصة (عبد السلام، 1993، ص: 06).

كما إهتم " فروم " بالعلاقات الإجتماعية وأثرها في عملية التطبيع الاجتماعي للطفل
وهو بذلك يتفق مع " هورني " في تأثير عملية العلاقات الشخصية المتبادلة والمتداخلة
وإتجاهات المحيطين به وتقديراتهم له لأنه يعتبرها ذات أثر بالغ في تقديره لذاته الطفل
(الخطيب، 1989، ص: 42).

إن مبعث القلق لدى " فروم " هو ذلك الصراع الناتج عن القيود الأولية التي يراها
الطفل والناعبة من شعوره بالاعتماد على الوالدين وحاجته إليهما، وبين حاجته إلى الاستقلال
عنهما، هذا الصراع النموذجي يلخص لنا ديناميكية العلاقة بين الفرد و والديه منذ ميلاده
ومرورا بطفولته وتزداد تلك العلاقة وضوحا في مرحلة المراهقة، تلك المرحلة التي قال

عنها ستانلي هول في كتابه الضغوط والعواطف النفسية بأنها مرحلة الثورة على الآباء والشكوك الدينية والعواطف النفسية (أبو علام، 1978، ص: 54).

6-2- النظرية السلوكية:

ينظر أصحاب المدرسة السلوكية إلى القلق نظرتهم إلى سائر الأعصبة، أي يرون أن القلق سلوك متعلم من البيئة التي يعيش الفرد في وسطها تحت التدعيم الايجابي والسلبى، وتبعاً لقواعد التعلم الأساسية مثل الإشراف الكلاسيكي الذي يتكون به المثير المحايد الذي يكتسب قوة المثير الطبيعي والاشراط الإجرائي والتعلم والملاحظة، وهم يشيرون إلى أن القلق ليس فطرياً بل يكتسب من خلال البيئة التي يعيش تحت ظلالها الإنسان، فالطفل قد يدرك التهديد ولكنه يتعلم الخوف، فمثلاً كلنا نلاحظ أن بعض الأطفال يخاف من الظلام والحشرات، بينما البعض الآخر منهم نجده لا يخاف الظلام، وقد نجده يلعب مع الحشرات أو الصراصير أو الفئران أو نجده يقدم على مكافحتها ومقاومتها وهو فرح مسرور.

(الخطيب، 1989، ص: 43)

ويؤكد أصحاب هذه النظرية أن أعراض القلق ماهي إلا إستجابة تم إكتسابها في مواقف مؤلمة أو مزعجة وهذه الاستجابة يمكن إبطالها كما سبق أن تم تعلمها.

ويرى " ولبى " أن العصاب إنما ينشأ عن إرتبا مشاعر القلق كلما ظهر هذا المثير

المحايد وبعض الأشخاص أكثر عرضة لمعاناة القلق إما لكونهم هكذا بفعل العوامل التكوينية

أو بسبب خبرات تعلم سابقة، ويرى " ولبى " أن المصاب بالقلق العصابي لديه إستجابة قلق شرطية لمثيرات مبهمة غير محددة بل وقد تكون مثيرات داخلية.

وهناك من السلوكيين من ينظر للسلوك العصابي على أنه سلوك تقوية وتدعمه البيئة الاجتماعية المباشرة للعصابي، وهم في هذا التوجه يستندون إلى ما نادى به " سكينر " أن كل إستجابة مكتسبة إنما يرجع تعلمها إلى ما عقبها من مدعمات أو معززات، وأن الخوف ينشأ من الأفعال التي إرتكبت وليس من الأفعال التي كتبت من قبل، وتتميز هذه الأفعال المرتكبة ف رأيهم بأن الصواب قد جانبها فاعتبرها الضمير أفعالاً غير سليمة وغير مشروعة ومن هنا ينشأ الشعور بالذنب والخوف (موسى، 2001، ص: 75).

أما " مورر " فهو يرى أن للقلق العصابي دوراً هاماً في نشأة العديد من الاضطرابات السلوكية، وأن القلق هو اللولب المحرك للعصاب وذهب إلى القول بأن أعراض العصاب ماهي إلا سلوك دفاعي لتخفيف القلق، حيث يرى أن الإنسان يرتكب بعض الأفعال الشائنة التي لا يرضى عنها الناس فيحاول إخفاء هذه الأخطاء التي يتكرر إرتكابه لها.

(أبو الخير، 1995، ص: 65)

وعرف " مورر " القلق (رد فعل شرطي لمنبه مؤلم قد يكون المنبه من الداخل أو من الخارج يصاحبه توتر وتنبيه لأجهزة الجسم، ليستجيب الإنسان بما يساعده على تخفيف هذا

الشعور ويخبئه التنبيه المؤلم)، وفسر القلق في ضوء مبدأ التدعيم حيث يؤكد أنه عندما يصبح الفرد مدفوعاً بهذا الدافع يحدث التعلم و ينخفض التوتر الناتج عن القلق.

(مرسي، 2001، ص: 10)

6-3- النظرية السلوكية المعرفية:

تعتبر هذه النظرية القلق إستجابة مشروطة متعلمة لمؤثرات معينة، كالشعور بالغثيان بعد وجبة من السمك ثم تكرار هذا الشعور مع القلق عند رؤية السمك (فعل مشروط)، أو تقليد إستجابات أشخاص آخرين يرتبط بهم العميل (تعلم إجتماعي).

تفسر نظرية " بك " المعرفية ذلك بأنه أنماط التفكير المشوهة والخطأ في تقييم المواقف من ناحية خطورتها وما يترتب على ذلك من تكوين مركبات معرفية نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر القلق، فتؤدي بالتالي إلى الشعور بالقلق وظهور أعراضه.

بل إن " بيك " يذهب إلى أبعد من ذلك حين يبصر على أن القلق مرد عرض ولا يمثل العملية المرضية نفسها شأنه في ذلك شأن الصداع أو إرتفاع درجة الحرارة، وأن المشكلة أساساً في طريقة التفكير وليست في الانفعال ومنظوماته ويلعب تقويم الشخص لخصائص الموقف دوراً جوهرياً في نشوء القلق، ويعتبر " لازاروس " هذا التقويم عملية معرفية رمزية محضة، لذلك يتصف تفكير من يعاني من القلق بالمبالغة في تقدير المؤثرات وفقدان الموضوعية، وإختلال نظرتة للأمر وظهور الأفكار أو التخيلات التلقائية

المزعجة والانتقاء المعرفي، أو إختيار عناصر معين من الموقف دون غيرها والتركيز عليها وتضخيمها. (الجوهي، 1998، ص: 34)

6-4- نظرية الذات كارل روجرز Carl Rogers:

القلق عند روجرز مظهر من مظاهر نشاط الذات، التي وصفها في نظريته عن الشخصية بأنها عنصر هام من الخبرة وإن الفكر السلوكي، المعاصر قد تجاهل الذات واعتبرها بقايا من وجهات نظر دينية وفلسفية قديمة، كما قدم روجرز الذات على أنها مفهوم يساعد في عملية الملاحظة، وهي مصطلح يمثل تلك العمليات النفسية التي تتحكم في سلوكنا (إنجلر، 1990، ص: 52).

ويرى روجرز أن القلق عند الفرد ما هو إلا تنافر وعدم مائل بين الذات والخبرة. فعندما يخبر الفرد موقفا ما فإنه يعمل على دمج هذه الخبرة في ذاته، وتظهر المشكلة عند عدم توافق هذه الخبرة مع شروط الأهمية التي نمت مع الفرد في مختلف أدوار حياته مما يجعله غير قادر على تحليل هذه الخبرة بدقة في الوعي أو يحللها بشكل مشوه، وبذلك فإن جعل الدفاع تكون وسيلة لتنب القلق الناشئ من عدم تطابق الذات والخبرة أي أن القلق يحدث عندما يحدث التعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات، إن عدم المطابقة بين ما يستطيع الفرد إنجازه وبين الذات المثالية والذات الممارسة للسلوك فإن ذلك سيولد إنخفاض قيمة الذات وتقديرها الذي يستتبع بالشعور بالذنب والقلق.

فالشخص عند روجرز هو الفرد الذي يجد نفسه مجبرا على ممارسة سلوك يرى أنه لا يتفق مع فكرته عن ذاته، وكلما يجد نفسه مجبرا على ممارسة سلوك يرى أنه لا يتفق مع فكرته عن ذاته، وكلما باعد بين هذه الفكرة وبين ذاته كلما اتسعت المسافة بينهما مما يؤدي إلى نشوء القلق، أي أن القلق من مظاهر نشاط الذات التي تقبل أو ترفض الخبرة في ضوء قيمة معينة (أبو الخير، 1995، ص: 86).

6-5- نظرية القلق الدافع:

فكر تولمان **Tolman** يوجد علاقة بين الدافع والتعلم ، ولكن هذه الأفكار كانت عنده بطيئة النمو علما بأنه هو الذي أوضح بجلاء الصفات الأساسية لرغبة والكرهية، وهو الذي عجز عن رؤية العلاقة القائمة بين الدافعية والتعلم مع أنه صاحب الفكرة التي تقول بوجود تلك العلاقة، ولكنه أصر على أن التعلم يحدث بغض النظر عن الحاجات وأن المرء يستمد ما كان قد تعلمه ليوسع غاياته، فتراه يقول " إذا واجه الكائن الحي ظروفًا مغرية، منفرة، وكانت نتائج أحد هذين الاختيارين أكثر أهمية أو طلبا له، فإن الكائن الحي يميل بعد ذلك إلى التعلم أي إختيار الإجابة ذات النتائج الأكثر طلبا (سيموندر، 1978، ص: 55).

ومع بداية الخمسينات من هذا القرن ظهر الاهتمام بدراسة أنواع أخرى من القلق تميز القلق العام عن غيره من لأقسام الأخرى ، وقد ركز قسم من هذه الأنواع على العلاقة القائمة ما بين القلق والتعلم والأداء، وكان من أبرز من إهتموا بدراسة هذه العلاقة كل من

(تيلور، ستبس، ماندلر، سارسو، و تشايلد) فأعطوا للقلق خاصة الدافع الذي يدفع الفرد للإنجاز والتعلم والنشاط ، وافترضوا أن الفرد عندما يمارس نشاطا يشعر بالقلق فيحفز ذلك الشعور إلى إنجاز هذا العمل لكي ينقص ويقلل من ذات الشعور وبالتالي فإنه يخفف من عبء تلك المشاعر.

ولقد أوضح هؤلاء الباحثين أن وجود القلق دليل على وجود الدافع للإنجاز العمل مما سيؤدي إلى تحسين ذلك الإنجاز والتعلم، وأكدوا أنه كلما زاد القلق الدافع زاد الأداء فسميت نظريتهم نظرية القلق الدافع ومعه أنهم اختلفوا فيما بينهم حول تفسير الدافع إلا أن آرائهم في مجملها حول العلاقة ما بين الأداء والتعلم.

فإفترض ستبس أن القلق دافع منشط للتعلم وأن هذا الدافع مكتسب ويهدف إلى إشباع حاجات نفسية واجتماعية، وأن له القدرة على تنشيط الجسم بشكل عام مما يؤدي إلى تنشيط التعلم وتسريعه عند الفرد مع زيادة متوقعه في أدائه وتعلمه، أي أن الدافع عملية داخلية تضطر الشخص إلى الفعل والدافع قد يتأثر بالبيئة إلا أن الدافع في حد ذاته داخلي وينتهي بالوصول إلى هدف. (مولاي، 1988، ص: 64).

والقلق يعتبر لب المتاعب النفسية، وذلك لكونه مفهوم شديد التركيب، لقد إهتم الكثير من العلماء والباحثين في تفسيره والبحث فيه، وإنقسموا إلى عدة نظريات التي كل منها تفسره حسب مفهومها الخاص، فاختلّفوا فيما بينهم في تحديد أصل القلق وأسباب ظهوره لدى الإنسان، لكن إتفقوا في كونه إضطراب ينبغي معالجته وذلك لكونه يؤثر في حياة الإنسان

7- علاج القلق:

يتضمن البرنامج العلاجي أكثر من أسلوب وأكثر من طريقة للعلاج، ويكون قابلاً للتعديل والتغيير سواء بالإضافة أو الحذف والتبديل ليناسب كل حالة من حالات القلق، حسب نوع وشدة القلق أيضاً.

ومن أهم طرق العلاج ما يلي:

7-1- العلاج السلوكي:

يتمثل في تدريب المريض على الاسترخاء، وبدنقدم له المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق والانفعال وإذا لم يتحقق الشفاء فقد يضطر إلى استخدام العقاقير المهدئة والصدمات الكهربائية (العناني، 2000، ص: 121).

كما أن السلوكيون يعتمدون في العلاج على طريقة أصبحت من أكثر الطرائق العلاجية السلوكية إنتشاراً هي إزالة الحساسية، وأدخلها أول مرة البروفيسور ولب (1958)

قائمة على مبدأ إشرطي أسماء الكف المتبادل حيث قام بإحداث إستجابة مضادة للقلق بوجود مثيرات المستدعية للقلق ، بحيث تكونت مصحوبة بقمع تام أو جزئي لاستجابات، القلق، فن الرابطة بين هذه المثيرات واستجابات القلق ستضعف.

(حسين، 2008، ص: 179)

كما أن العلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج يشمل وسائل مختلفة إذ تقوم على أساس الافتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية، ومن أشهر هذه الأساليب:

7-1-1- إزالة الحساسية بطريقة منظمة: إن إزالة الحساسية المنظمة

تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء العميق للعضلات، وتكون المواجهة أولاً في الخيال.

7-1-2- العلاج بالتعويض أو المواجهة: أصبح العلاج بالتعويض أو المواجهة

التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب به منه، حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل من الأعراض.

7-1-3- المحو أو الإطفاء: ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجياً من خلال

إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على إستمرارية حدوثه في الماضي.

(القمش، 2007، ص: 271)

7-2- العلاج المعرفي:

يقوم هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير منطقية لدى المريض و نقدها يقنع من خلاله الفاحص و المفحوص بأنها أفكار خاطئة و غير منطقية و باعتبارها محور حياته و تعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات في الشخصية ثم إعطاء البديل من أفكار عقلانية منطقية (العناني 2000، ص 122).

7-3- العلاج الكيميائي:

و هنا نعطي المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الأمر حيث تعمل على تقليل من التوتر العصبي ثم بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي أما في حالة القلق الشديد يمكن إعطاء بعض العقاقير و ذلك تحت إشراف الطبيب المختص و يجب الحرص على استخدام العقاقير المهدئة و ذلك لمنع حدوث الإدمان.

(الشربيني ، ب ت، ص: 261).

7-4- العلاج الإجتماعي:

يعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي و عن المثيرات المسببة لآلامه و انفعالاته و كثيرا ما ينصح بتغيير الوسط الاجتماعي و العائلي كما يمكن مساعدة المجتمع المريض على تغلب على المرض و إعادة تكيفه من جديد في حياته من خلال توفير جو مناسب في المنزل يسوده الحب و التقاهم فهذا يشعره بالارتياح و يحسسه بالأمان و يخفف من شدة الآلام التي يعانها (غالب، 2003 ، ص 64).

7-5- العلاج الكهربائي:

تشير التجارب إلى أن الصدمات لا تقيد لعلاج القلق النفسي إلا إذا كان مصحوب بأعراض اكتئابية و هنا سيختفي الاكتئاب و المنبه الكهربائي حيث يفيد أحيانا في الحالات المصحوبة بأعراض جسمية (الشربيني ب. ت ص، ص: 261).

7-6- العلاج التحليلي:

يرى فرويد بان للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية حيث يقول بأنه عملة متداولة تبدل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت و بهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى خير الشعور لكي يعيه الفرد و يتعامل معه ولجا فرويد إلى طريقة التداعي الحر بغية إعادة الذكريات المعذبة إلى ساحة الشعور وبالتالي الوصول إلى الشفاء (القمش، 2007، ص 271).

خلاصة:

يعتبر من أهم المشكلات النفسية التي قد يصادفها الإنسان، كما يعتبر لب المتاعب النفسية وذلك لكونه مفهوم شديد التركيب حيث تتدخل فيها عدة عوامل، كما أنه إنفعال إنساني له درجات متنوعة وله آثار مختلفة وأعراض تشمل كل من يعاني القلق وتظهر هذه الأعراض جسمية على أجهزة الجسم مثل القلق والجهاز التنفسي والعصبي، والجهاز البولي التناسلي، والجهاز العضلي والغدد الصماء، كما تبدو الأعراض في شكل صورة نفسية، إذ يظهر على الشخص عدم الاستقرار والخوف دون معرفة مصدره، شعور بانعدام الأمن والراحة والحساسية المفرطة ومختلف الأعراض النفسية التي تؤدي إلى تدهور في قدرة الفرد على الانجاز والعمل كما تؤثر على توافقه الاجتماعي والمهني والأسري، ومن طبيعة النفس البشرية أنها تحاول السيطرة على هذا القلق والتخلص منه سواء بالوقاية أو العلاج حتى تتضمن لنفسها التكيف الذي يؤدي إلى السعادة والراحة

الفصل الخامس

الإكتئاب

1- تعريف الإكتئاب:

يعتبر الإكتئاب أحد الأمراض النفسية أو المظاهر النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد ويتسم بالشعور بالإحباط، والفقْدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، ولذلك فإن الفرق في الإكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة.

ومصطلح إكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء تأثر بسيط أو شديد، ومعظم الأفراد يصيبهم إكتئاب خفيف، إستجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل إكتئابي شديد تجاه نفس هذه الأحداث، ويعتمد تشخيص الإكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية.

فعرفته منظمة الصحة العالمية **WHO** في التصنيف الدولي التاسع **ICD-9** بأنه إضطراب يتميز بحزن غير مناسب، ينشأ عادة من تجربة مضايقة، ولا يتضمن في مظهره توهُماً أو هذياناً، ولكن يغلب إنشغال المريض بصدمة نفسية سابقة على مرضه موجودة غالباً فيه، ولا يقوم التمييز العصابي الإكتئابي والذهاني على درجة الاكتئاب ولكن على وجود الخصائص العصابية أو الذهانية وعلى درجة الاضطراب في سلوك المريض.

(المحيسري، 1983، ص: 113).

وعرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع DSM- IV : بأنه

إضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن ، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو إتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار إنتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة إنتحارية حقيقية، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض وملاحظة المحيطين به وتسبب هذه الأعراض إضطرابا واضحا في المجالات الاجتماعية والمهنية، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز. (DSM. IV, 1994, P :61).

كما يعرف " بيك Beck " الإكتئاب بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية التي يتسم بخمسة عناصر أساسية:

أولا: التقلب المزاجي الذي يشمل: الحزن والشعور بالوحدة والذنب.

ثانيا: مفاهيم خاصة عن الذات.

ثالثا: رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل: الرغبة في العزلة والموت.

رابعاً: تغيرات جسمية تشمل: الرق وفقدان الشهية ونقص الطاقة الحيوية.

خامساً: تغير مستوى النشاط ويشمل القصور والبطء (Beck, 1997, P :06).

أما شاذلي فهو عرف الإكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن ظروف أليمة، وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعني المصدر الحقيقي لحزته، والإكتئاب إضطراب وجداني يصيب الجنسين على السواء كما يصيب الكبار والأطفال من كل المستويات الاقتصادية والاجتماعية (شاذلي، 2001، ص 133).

وعرفه المعاينة أيضا بأنه : عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن الغم الضيق، ويعبر الإكتئاب لدى غالبية الناس عن إستجابة مادية تثيرها خبرة مؤلمة (المعاينة، 2001، ص 327).

ويعرف إنجرام (Ingram) الإكتئاب بأنه إضطراب مزاجي أو وجداني ويتسم ذلك الإضطراب بإنحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى (فايد، 2004، ص 60).

أما رجيجة والشافعي فهما يعرفانه تعريفا إجرائيا على أنه " إرتفاع في الدرجة على مقياس الإكتئاب، والتي تدل على توافر بعض الأعراض وأغلبها: التشاؤم والإحساس بالفشل، والشعور العام بعدم الاستمتاع، التصرف الخطأ، القلق التشاؤمي كراهية الذات وتخطئها، الأفكار الانتحارية، البكاء، إنخفاض القدرة على تحمل الإحباط، إنخفاض الاهتمام الاجتماعي، التردد، تصور سالب للجسم، إنخفاض في الدافعية للعمل أو لدراسة، إضطراب النوم، الشعور بالإجهاد، إنخفاض الشهية، إنشغالات عضوية جسمية، الشعور بالوحدة.

(رجيجة والشافعي، 2002، ص 295)

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الإكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد تسيطر على الفرد تترافق مع مشاعر الذنب وإنعدام الثقة بالنفس وتأنيب الذات وتحقيرها وهو نوع من الاضطرابات النفسية من فئة اضطرابات الانفعال وقد يأتي في شكل خفيف أو متوسط أو شديد.

2- أعراض الاكتئاب:

تتجلى الأعراض الشائعة أو الأساسية للإكتئاب في أربع نواحي تشمل:

2-1- الأعراض الجسمية والفسولوجية:

- إنقباض الصدر والشعور بالضيق.
- فقدان الشهية ورفض الطعام (لاعتقاده بعدم إستحقاقه أو الرغبة في الموت وهذا النوع من الانتحار) ونقص الوزن والإمساك.
- الصداع والتعب (لأقل جهد) وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر.
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والضعف الحركي والبطء وتأخر زمن لرجع .
- الرتابة الحركية واللازمات الحركية.

- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسية (العنة عند الرجال) والبرود الجنسي وإضطراب العادة الشهرية (عند النساء).

- توهم المرض والانشغال على الصحة (زهرا، 1997، ص 516).

- إضطرابات النوم (كالنوم لمد أطول من الطبيعي، أو الأرق أو النوم المتقطع،

أو صعوبة العودة إلى النوم، أو كوابيس النوم)

- الروماتيزم العضلي والمفصلي.

- آلام أسفل الظهر وآلام القدمين.

- إضطراب الجهاز الهضمي (كالإمساك أو زيادة في حموضة المعدة).

- زيادة في إفراز العرق.

- إضطرابات البول (توتر بولي، عسر البول).

- اللزمات الحركية (الحسين، 2002، ص 325).

2-2- الأعراض الانفعالية:

- إنخفاض عام في المزاج.

- الشعور بالوحدة.

- الإنسحاب الإجتماعي.
- الشعور بالفشل.
- التردد وعدم الحسم.
- التشاؤم وإجترار الأفكار السوداء.
- إنخفاض الدافعية عن المعتاد.
- نوبات البكاء.
- الشعور باليأس.
- الأفكار الانتحارية الواضحة (الحسين، مرجع سبق ذكره، ص 326).
- الكآبة والحزن والغم.
- الشعور بالنقص.
- فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي.
- فقدان القدرة على الحب.
- الميل نحو تأنيب الذات ولومها.
- مشاعر الخوف.

- فقدان الأمل (عبد الله، 1997، ص 286).

2-3- الأعراض المعرفية:

- نقص القدرة على التفكير بوضوح..

- الإدراك.

- توقع الفشل.

- توقع الكوارث.

- التقييم الذاتي السلبي للأداء.

- المبالغة غير المعقولة (تضخيم الأمور وتهويلها).

- السرحان والشروود

- التردد في إتخاذ القرارات. (الحسين، مرجع سبق ذكره ، ص 326).

2-4- الأعراض السلوكية:

- فقدان الطاقة.

- الشعور بالاجتهاد لأقل مجهود.

- التناقل في أداء الأعمال.

- نقص التفاعل والتواصل مع الآخرين.
- التملل والضجر وعدم الاستقرار.
- نقص الإنتاجية في العمل.
- إنخفاض الصوت أثناء الكلام.
- تقاع وخروجها من الفم بصعوبة.
- إرتسام علامات اليأس فوق الشفتين
- قضم الأظافر.
- التدخين القهري.
- أفعال مدمرة للذات أو محاولة الانتحار (الحسين، مرجع سبق ذكره، ص 327).
- نقص الميول والاهتمامات.
- اللامبالاة بالبيئة والنفس.
- إهمال النظافة الشخصية.
- عدم الاهتمام بأمور الحياة اليومية (زهران، 1997، ص: 517).

وهذه الأعراض السابقة لا يشترط أن تكون جميعها متوفرة لدى مريض الاكتئاب وذلك

حسب شدة الاكتئاب الذي أصيب به.

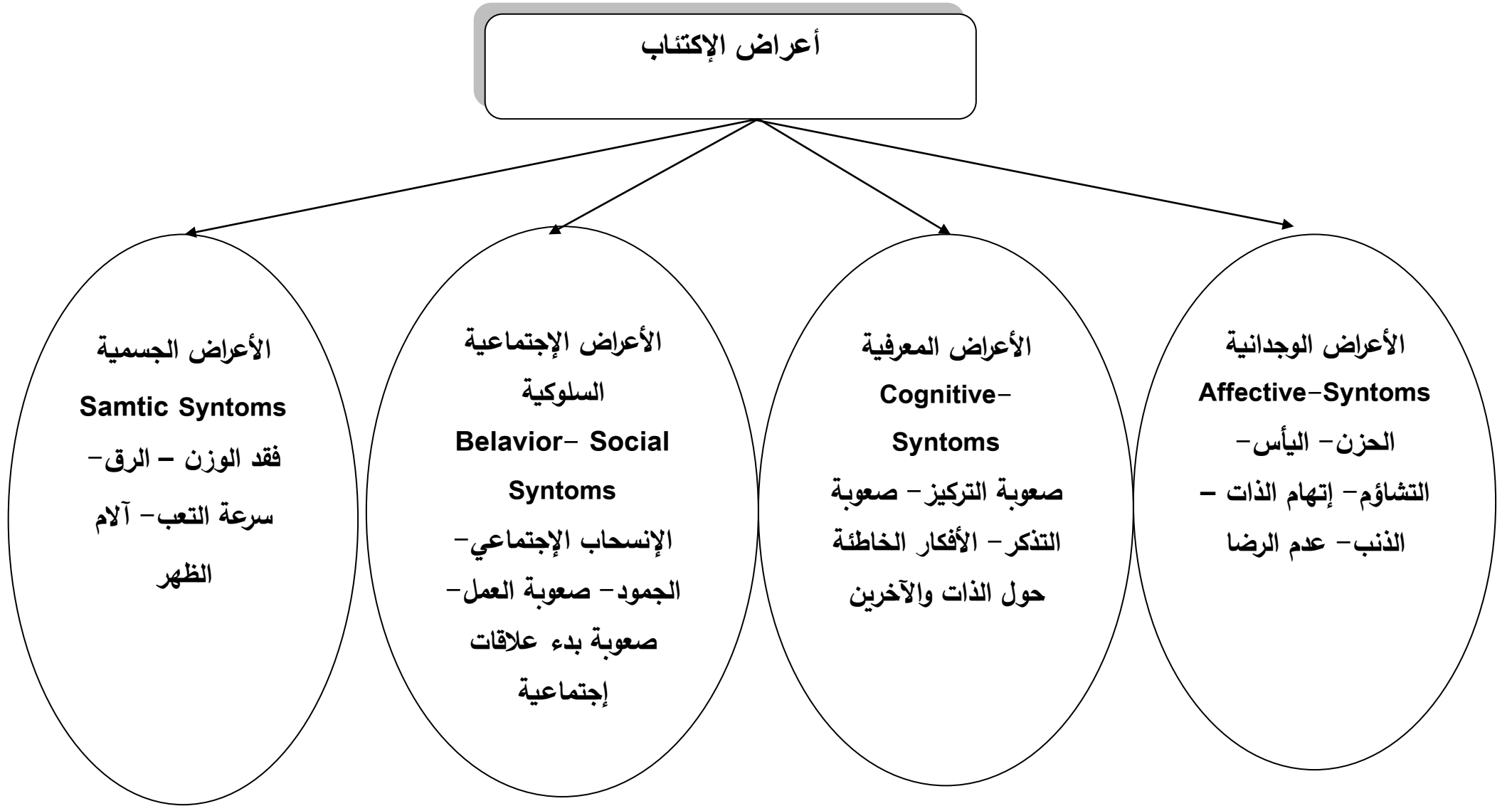
في حين يرى بيك (Beck, 1997) الأعراض الإكتئابية في 21 عرض هي:

- الحزن
- نوبات البكاء
- الشعور بالفشل
- الانسحاب الإجتماعي
- الذنب
- التردد
- كره الذات
- رغبات إنتحارية
- سرعة التعب
- التهيج
- فقد الوزن
- التشؤام
- فقد الليبدو
- نقص الرضا
- تغير صورة الجسم
- الاحساس بالعقاب
- الأرق
- إتهام الذات
- فقدان الشهية
- الانشغال الجسمي
- (Beck , 1997, P 40).

وتستعرض رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي

الإحصائي (DSM- IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي:

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
- الأرق أو النوم المفرط.
- التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ذاتية من الضجر والتأمل أو التبليد).
- فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة.
- تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
- الإحساس بإنعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
- الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز مثل: التبليد الفكري، والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيا المعاني أو الأفكار، أو التفكك.
- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية، والتمني لو كان ميتا مع محاولات الانتحار (عسكر، 1998، ص 33).



شكل رقم () : يبين تصنيف أعراض الإكتئاب

ويمثل الشكل التالي تلخيص لأهم أعراض الإكتئاب كما وضحه (القرطبي، 1998، ص: 392)

3- تصنيف الاكتئاب:

للإكتئاب أنواع عديدة منها ما يلي:

3-1- الاكتئاب الخفيف:

وهو أخف صور الإكتئاب، ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وثبوت العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة بل أن خطر محاولة إقتراف جريمة القتل ضد الآخرين موجودة أيضا خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة ومن يعولهم المريض.

3-2- الاكتئاب الخفيف:

وهو أخف صور الإكتئاب، ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وثبوت العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة بل أن خطر محاولة إقتراف جريمة القتل ضد الآخرين موجودة أيضا خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة ومن يعولهم المريض.

3-3- الاكتئاب البسيط:

وهو أبسط صور الإكتئاب، ويكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة ولكن لا يوجد لديه إختلال في الوظائف العقلية.

3-4- الاكتئاب الحاد:

وهو أشد صور الإكتئاب حدة، ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء وتعثره فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله وتبدو عليه البلاد الذهنية ويختل تفكيره ويفقد الشهية و لاينام إلا قليلا ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

3-5- الاكتئاب الذهولي:

يمثل أقصى درجات الحدة من المرض فإذا ترك المريض وشأنه فإنه يظل راقدا دون حركة ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام الكتانوني.

3-6- الاكتئاب المزمن:

وهو دائم وليس في مناسبة فقط.

3-7- الاكتئاب التفاعلي (الموقفي):

وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقد عزيز ويكون المريض بصفة عارضة وهو قصير المدى.

3-8- الاكتئاب الشرطي:

وهو إكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور عندما يصادف وضع مشابه أو خبرة ماثلة للخبرة السابقة (شاذلي، 2001، ص: 134).

3-9- إكتئاب سن القعود:

ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند رجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة على التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما صحبته ميول إنتحارية ويسمى أحيانا سوداء سن القعود (زهران، 1977، ص: 429).

3-10- الاكتئاب العصابي:

ويسمى الاكتئاب العصابي إكتئابا إستجابيا لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق، أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة إجتماعية وثيقة (عبد الستار، 1988، ص: 45).

ويعني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً وعندما توجه الكراهية داخليا إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخلي إلى درجة تحطيم الذات بالإنحار.

(سلطان، د ت، ص: 242)

3-11- الاكتئاب الذهاني:

ويكون مصحوبا بإضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس وتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوبا بإضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو إجتماعية، ويمكن التفريق بينت الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الدرجة، حيث أن مريض الإكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيان.

(عبد الستار، 1988، ص: 46)

و لاشك أن التصنيف السابق أقل إنتظاما ومنطقية فمعظم ما ذكر يمكن أن يندرج تحت الاضطراب العصابي حيث تعد غالبية الاضطرابات المزاجية إضطرابات عصابية ولذا فإن ذلك يوجب إستعراض بعض التصنيفات العالمية لهذا الاضطراب كتصنيف جمعية الطب النفسي (American Psychiatric Association, 1994) والذي يصنف الإكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية والتي تشمل إضطرابات الهوس والاكتئاب وفيما يلي ملخص هذا التصنيف وفقا للدليل الأحصائي والتشخيص في طبعته الرابعة.

أ- إضطراب الاكتئاب الأساسي (نوبة الإكتئاب العظمي):

وتتسم بنوبة من الإكتئاب وتستمر هذه النوبة أسبوعين على الأقل يعاني فيها الفرد من خمسة أعراض على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة

وتشمل الإكتئاب وإثان على الأقل من الأعراض الأخرى كفقدان الاهتمامات والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، فقدان الوزن، فقدان الطاقة والشعور بالخمول، الشعور بعدم النفع والذنب، فقدان القدرة على التفكير والتركيز وذلك بشكل يومي تقريبا، سيطرة الأفكار السيئة والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود لأي خطط وأحيانا محاولة إنتحار.

ب- الاكتئاب العصابي (الديشميا):

وهي حالة إضطرابية تتسم بمزاج إكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى الراشدين وسنة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالإكتئاب فإن الفرد أيضا يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام أو الشراهة، وضعف الطاقة والوهن وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على إتخاذ القرارات، ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا يحدث فيه أي نوبات إكتئابية عظمى أو حالات من الهوس، كما أن الأعراض لا تنقطع لأكثر من شهرين.

ج- الإكتئاب غير المحدد:

ويرجع إلى الأعراض الإكتئابية غير المحددة في هذا التصنيف والتي يمكن أن تأتي كأعراض مع إضطرابات أخرى.

د- الإضطراب ثنائي القطب - 1-

إضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر أو نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمى على الأقل، أو النوبات المختلطة ، وتتخلص نوبة الاكتئاب فيما ذكرناه في الفقرة الأولى، أما أهم أعراض نوبة الهوس فتتلخص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة، إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات عدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، الأفكار الطائفة، الانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، زيادة النشاط الهادف إجتماعيا أو عمليا أو أحيانا كإستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الإنغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون إحتمال الألم فيها قليلا وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الإجتماعية ، كما تتلخص أهم أعراض الهوس بنفس الأعراض السابقة إلا أنها تدوم على الأقل أربعة أيام، كما أنه يمكن ملاحظتها من الآخرين إلا أنها أقل شدة بحيث لا تصل إلى درجة إعاقة الفرد إجتماعيا أو عمليا.

هـ- الإضطراب ثنائي القطب - 2:-

ويشمل عدد من نوبات الاكتئاب وعدد من نوبات الهوس.

و - الإضطراب الدوري:

تستمر نوبات الهوس والأعراض الإكتئابية والتي لا تقابل نوبة الإكتئاب العظمي، هذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال كما أنها لا تنقطع أكثر من شهرين.

ي - الإضطراب ثنائي القطب غير المحدد:

وتشمل الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها معايير التصنيف تحت أي من الاضطرابات ثنائية القطب السابقة الذكر. ومن ذلك التحول السريع بين الهوس والإكتئاب في اليوم الواحد مثلا، أو دورية الهوس الخفيف من غير أعراض إكتئابية.

م - الإضطرابات الفرجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية):

تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج إكتابي ونوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للإحالة الصحية السيئة.

ر - إضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية:

تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج إكتابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأولى من التعاطي أو الانقطاع (الإنسحاب).

ل- الاضطرابات المزاجية غير المحددة:

وتشمل الاضطرابات التي يظهر فيها أعراض اضطراب مزاجي والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي من الأنماط السابقة الذكر وعندما يكون هناك صعوبة في الاختيار بين الاضطراب الإكتئابي غير المحدد أو الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد كما يقسم الدليل مستويات الإكتئاب حسب حدته وطبيعته الذهانية ومحدداته إلى الأقسام التالية:

1- البسيط Mild:

توجد بعض الأعراض الإكتئابية البسيطة غير معيقة لفاعلية الإنسان المهنية والاجتماعية وغير المؤثرة على علاقات.

2- المتوسط Moderate:

توجد الأعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها على فاعليات الفرد وهي حالة وسط بين البسيط والحاد.

3- حاد بلا خصائص ذهانية Sever Without Psychotic Features:

أعراض إكتئابية حادة ومعيقة بشكل كبير لفاعليات الفرد.

Sever Without Psychotic Features

أعراض إكتئابية حادة ومعيقة لفاعليات الفرد مع ظهور أعراض ضلالية وهلاوس ترتبط لدى البعض بموضوع الاكتئاب في حين لا ترتبط به لدى البعض الآخر. ومن خلال ما سبق نلاحظ أنه توجد العديد من التصنيفات المختلفة للإكتئاب ويرجع هذا الاختلال والتباين إلى تباين الخلفيات والتوجيهات النظرية للعلماء فهناك من ينظر إلى الاكتئاب في ضوء شدته وهناك من ينظر ويصنف الاكتئاب في ضوء النظرة التعددية أو النظرة المزدوجة.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن أعراض الإكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، ويجيء عند البعض الآخر مختلطا مع شكوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس وربما تجتمع كل هذه الأعراض.

4- أسباب الإكتئاب:

أسباب الإكتئاب كثيرة ومتنوعة بصفة عامة (منها ما هو مباشر ومنها ما هو غير مباشر، فبعض الافتراضات تتحدث عن أسباب نفسية للاكتئاب والبعض الآخر يعزوها لعوامل وراثية وبيئية وإجتماعية. وفيما يلي عرض لبعض هذه الأسباب:

4-1- الأسباب البيولوجية الجسمية:

أ- أسباب وراثية: حيث أثبتت الدراسات أن أفراد العائلات المصابة بالاكتئاب تكون القابلية لديهم للإصابة بنفس أعراض الإكتئاب أكبر من أفراد العائلات التي لا تعاني من الاكتئاب.

ب- أسباب عضوية كيميائية:

- عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم في الجسم.
- التغيرات التي تحدث في الهرمونات.
- زيادة إفراز الكورتيزون بسبب زيادة الهرمون المسؤول عن إفرازه من الغدة النخامية.
- النقص في إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية.
- الخلل في إفراز المواد الكيميائية في نهايات الأعصاب.
- تعاطي بعض أنواع من الأدوية التي تستخدم لعلاج إرتفاع ضغط الدم.
- تعاطي الكحول (العوران، 1995، ص: 103).
- إنخفاض مستوى نوع معين من الأحماض الأمينية مثل: الكاثيكوأمين.
- إنخفاض مادة النور أدرينالين في مناطق الاستقبال بالمخ وهي تختص بالسلوك العاطفي والوجداني.

- النقص في معدلات بعض مواد كيميائية في المخ مثل: السيروتونين مما يؤثر

على المزاج، وكذلك التحكم في التصرفات (شاذلي، 2001، ص: 135).

4-2- الأسباب النفسية والاجتماعية: وهي الأهم ومنها:

التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت

عزيز أو طلاق أو سجن بري، أو هزيمة... إلخ) والإنهزام أمام هذه الشدائد

- الحرمان (ويكون الإكتئاب إستجابة لذلك) وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد

حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة حيوية والفقير الشديد.

- الصراعات اللاشعورية.

- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.

- ضعف الأنا الأعلى وإتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك

سابق (خاصة حول أمور جنسية) والرغبة في عقاب الذات.

- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة

والنقاعد.

- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.

- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.... إلخ).

- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.

(شاذلي، 2001، ص: 135)

- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجوه الكره أو العدوان

المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى قد يظهر في شكل محاولة الإنتحار، ويكون الاكتئاب هنا بمثابة الكفارة.

(زهرا، 1997، ص: 430).

5-1- نظرية التحليل النفسي:

تعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بتفسير الإكتئاب والبحث عن أسبابه وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للإكتئاب ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الإكتئاب أي أن النظرية التحليلية تفسر الإكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقي أو رمزي وينتج عن هذا الفقدان غضب يوجه للذات ويهددها ويشكل هذا التهديد خبرة حزينة إكتئابية، ويتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصاحبا بخبرة إكتئابية تكون غالبا لا شعورية وسببها الرغبة في إستعادة الحب والتأييد والدعم الأبوي المفقود، أما

الأصول الأولى لهذه المشكلة فترجع جذورها إلى المراحل المبكرة من النمو، وبالتحديد ترجع إلى المرحلة ترجع إلى المرحلة الفمية حيث يتم إستدخال صورة العالم من خلال التدوق الفمي أو الإشباع الفمي وتكون الأم في المحور الأساسي الذي يتمركز عليه إشباعات الطفل ويحدث أن تقدم الأم إشباعات ناقصة أو تتوقف أو لا تقدم أي إشباعات فيشعر الطفل بالحرمان والفقد وتكون مشكلته أنه فقد الإشباع البيولوجي والنفسي فيشعر بالغضب ويوجه هذا الغضب للذات فتروي بذلك أو نبته الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث أي أحداث مؤلمة أو ضغوط فينكص الفرد إلى المرحلة الفمية بما تحويه من مشاعر الفقد

وهنا يذكر " فرويد " أن الإكتئاب يتضمن تقديرا مخفضا للذات وإدانة للذات ورغبة في عقابها في حين يرى " إبراهيم " أن فقدان الشخص لعزیز عليه أو شيء ثمين أمر عادي أن يشعر بالحداد عليه ولكن الملائخوليا هي حداد خارج عن المعتاد في الشدة والمدة التي يستغرقها وهذا ما يدعى بالإكتئاب.

أما الإكتئاب عند " إبراهيم " يستمد طاقته من الحب أو الغضب ويقول أن الشخص المكتئب لابد أنه واجه ضربة قوية لتقدير ذاته وللشعور بالأمن في المرحلة الفمية من المراحل النفسية الجنسية والتي يمر بها الفرد عادة، ويرى " ليبرنج " وهو من المحللين النفسيين أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات

أو الطموحات ويرى أيضا أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هو إلا واحد من ثلاثة إحتياجات رئيسية، أما الإحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان ومنح الحب فضلاً عن الإحباط أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع منها (بشرى، 2007، ص ص: 28-30).

5-2- النظرية السلوكية:

وصفت هذه النظرية الإكتئاب على أنه فقدان عملية التدعيم للسلوك حيث وصف " فيرستر " السلك المرضي بأنه نتيجة مباشرة من خلال تفاعل الفرد مع بيئته ومحصلة تدعيمه لسيرته وقد اعتبر " فيرستر " أن وجود الإكتئاب يقل بالتدريج عن طريق التدعيم الايجابي للسلوك ويتفق لازاروس مع فيرستر اعتبار الإكتئاب إنطفاء.

يتضح مع نقص التدعيم وأنه عدم كفاية المدعمات للسلوك ويستنتج من خلال ضعف الأدوار التي يؤديها الفرد، كما يرى أصحاب هذه النظرية بأن الإكتئاب خبرة نفسية سلبية مؤلمة ما هو إلا ترديد لخبرات تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان في صغره ولم يستطع أن يحلها أو يزيلها من عقله. وتقتض هذه النظرية أن الأفراد قادرون على ضبط سلوكهم ولا يقومون فقط الاستجابة للتأثيرات الخارجية بل عوضاً عن ذلك ينظر لهم على أنهم يقومون بعمليات الاختبار والتنظيم للمثيرات التي يتعرضون لها وهنا ينظر للأفراد وليبتئهم على أنها محددات متبادلة.

وقد إفترض لوبنسون و روزنبيوم أن الإكتئاب والتدعيم ظاهرتان تتعلقان ببعضهما وهم يرون أن السلوك والشعور الوجداني المكتئب دالة لإنخفاض معدل الاستجابة المتوقفة على التدعيم الايجابي حيث أن التدعيم هنا يعرف بجودة تفاعلات الفرد مع بيئته والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية عن الاكتئاب هو أن إنخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عنه إنخفاض في معدل التدعيم الايجابي أو إرتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغيضة وهذا يعني أن حالة الاكتئاب تنتج عن إنخفاض معدل الثواب المرغوب فيه أو زيادة في الأحداث الغير السارة وكلها تؤدي إلى حالة الاكتئاب.

فالفكرة الرئيسية عند أصحاب النظرية السلوكية عن الإكتئاب هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن إنخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية على نتائج إيجابية للفرد أو زيادة في معدلات الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب للفرد.

(بشرى، 2002، ص: 27)

5-3- النظرية المعرفية:

يخالف " بيك " الرأي الذي ينظر إلى الإكتئاب بأنه اضطراب عاطفي، ولم يأخذ في الاعتبار الجوانب المعرفية للإكتئاب كتقدير الذات المنخفض والإحساس باليأس والعجز والميل إلى الانتحار وصفه بأنها نظرة غير كاملة، بينما يرى " بيك " أن الاكتئاب ناتج من إدراكات وهي تؤدي إلى المعرفة وإلى الانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيا، وتكون

الإدراكات المعرفية عند الأفراد المكتئبين مسيطرة عليها العمليات المفرطة في الحساسية وهذه الإدراكات هي التي تحدد طريقة الاستجابة.

و باختبار طريقة تفكير المكتئبين وجد بيك مفاهيم مشوشة وغير واقعية، فهم يميلون إلى تضخيم أخطائهم والعوائق التي تعترض مسارهم وقد كشفت الأبحاث الحديثة بأن الجانب المعرفي يقوم بدور هام في ظهور الإكتئاب وعلاجه.

ويعتقد بيك أن الوظائف المعرفية لدى مرضى الإكتئاب تتصف بثلاث خصال أساسية هي:

(أ) - أن مرض الإكتئاب لديهم خلل في تنظيم الأفكار أو خطأ في التقدير يؤدي إلى الفهم الخاطئ للمواقف والأحداث ومن ثم تتكون لديهم أفكار ومعتقدات خاطئة يصعب التوفيق بينها.

(ب) - أن هؤلاء المرضى يقومون بأفعال سلبية ناتجة عن ذلك الخلل في التفكير والخطأ في فهم المواقف.

(ج) - أن معتقدات المريض وأفكاره يسيطر عليها المثلث المعرفي السلبي ومن مظاهره تكوين أفكار سلبية حول الذات والعالم والمستقبل وهو ما تكسه نظرتة الداخلية فيرى نفسه بلا قيمة أو إحترام ويرى العالم بلا عدل، ويرى المستقبل مظلمًا وخاليًا من الآمال.

وتتلخص الفكرة الأساسية لدى أصحاب النظرة المعرفية في أن نظرة الشخص المكتئب التشاؤمية فيها تشويه لواقعه وعليه يفترض أن لدى المكتئب تنظيم معرفي يعمل على تثبيت تفكيره التشاؤمي السلبي وتأكيد النظرية المعرفية أيضا تفترض أن ذلك التنظيم المعرفي يتكون ويتطور نتيجة لخبرات الشخص.

كما أن هناك أناس مستهدفين ومعرضين للاكتئاب وأن ذلك التنظيم المعرفي السلبي المستهدف للاكتئاب يظل في حالة كمون حتى يتم إشتارته بالضغوط المختلفة أو ما يسمى بالعوامل المعالجة والتي يكون الشخص حساسا إ تجاهها.

وعلى الرغم من أن النظرية المعرفية تعطي أهمية للعوامل النفسية والمعرفية في نشأة الاكتئاب وتطوره إلا أنها تعترف بدور العوامل التفاعلية للعلاقات بين الأشخاص من حيث تأثيرها على تطور حالة الاكتئاب وثباته .

ويشير " كوين " إلى أن الشخص المكتئب يمارس تأثيرا قويا على بيئته الاجتماعية كما يذكر أن شخصية المكتئب وسلوكه يتركبان أثرا سلبيا لدى الآخرين يعبر عنه بالنبذ الإجتماعي الأمر الذي قد يسهم في تفاقم حدة الاكتئاب وشدته.

ويجد هذا الاتجاه معارضة لدى الباحثين الذين يرون أن الشخص المكتئب قد يلجأ إلى الآخرين لمساعدته الأمر الذي يزيد من قوة الدعم الإجتماعي وبالتالي تنخفض حدة الاكتئاب ولذلك نجد أن العلاج النفسي المبني على النظرية المعرفية لنشأة الاكتئاب

يؤكد على أهمية دور الآخرين في علاج المكتئب حيث أنهم يوفران له المجال والفرصة لاختيار رأيه فيهم بالإضافة إلى ذلك يسهم الآخرون في تخفيف حدة الضغوط التي قد تجعل الفرد مستهدفا للإكتئاب (بشرى، 2007، ص: 25)

5-4- النظرية البيولوجية الكيميائية للإكتئاب:

كشفت الدراسات الحديثة عن الكيمياء الحديثة للمخ وأثر العقاقير عن رؤية جديدة في تفسير الإكتئاب وعلاجه، وعلى سبيل المثال بين أنه لا يوجد عمر يكون فيه الفرد محصن ضد الإكتئاب إلا أنه يبدو أن المسنين أكثر تعرضا له، وتلعب الخبرات الانفعالية على النشاط الكيميائي للمخ وتوجد البلايين من النيورونات التي ترسل الرسائل الكهربائية وتستقبلها عن طريق الموصلات العصبية، وقد يحدث بعضا لاضطرابات في الخلايا العصبية أو نقص في مقدار المنقول من المادة الكيميائية، أو خلل وظيفي في عمل نيورون الاستقبال والخلل في تلك الأمور يسبب في الإصابة بالإكتئاب ويفترض بعض المهتمين في هذا المجال أن الإكتئاب ناتج من نقصان بعض المواد الكيميائية للمخ.

(جلال، 1986، ص: 24)

وبذلك ترى النظرية البيولوجية أن أسباب نشوء مرض الإكتئاب يأتي نتيجة إصابة أو اضطراب في الوظائف الفسيولوجية والكيميائية للدماغ.

ويذكر هنا " ثيس " مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية

في الإكتئاب وهي:

(1)- دورة المرض الراسية والتي تتصف بفترات تحسن تبادليا مع نوبات من الاكتئاب

والهوس وهذه النوبات دليل على الاضطراب المرضي ذي الأساس البيولوجي.

(2)- وجود مجموعة من الأعراض والتي توجي إضطراب في العمليات الحيوية مثل

إضطراب النوم والشهية وتباين يومي في المزاج وإضطرابات في الحركات النفسية الحركية

(ب) - نظرية العلاقات الوالدية:

نتيجة الجهود والتطورات التي بذلها " باولي " وغيره قام الباحثون بجمع الأدلة التي

تهدف إلى الربط بين الخبرات الأسرية التي يكون فيها الطفل في المراحل المبكرة من عمره

وبين إكتئاب الطفل فتوصلوا إلى مجالين مهمين هما:

*- البحث في إصابة الوالدين أو أحدهما بالاكتئاب وعلاقة هذه الإصابة بالنسل

الذي يخلفهما.

*- دراسة الأسر التي تتضمن مكتئبين صغار وبحث العوامل المؤثرة في الإضطراب

والمسببة له ومن أهمها أساليب المعاملة الوالدية أو العلاقات الوالدية.

(عباس وعبد الخالق، 2005، ص ص: 207-208)

خلاصة

إنه من الأفضل الجمع بين أكثر من نظرية للوصول إلى النظرة التكاملية " قدر المستطاع " لمعرفة سبب الإكتئاب حيث أن على كل نظرية إنتقادات مختلفة بسبب عدم إهتمامها وإهمالها لجوانب عديدة.

وترى الباحثة أن الإكتئاب قد يكون سببه الخبرات القديمة والتي تعود إلى المرحلة الفمية وإنخفاض معدل التدعيم الايجابي وإرتفاع الخبرات غير السارة وبالتالي النظرة التشاؤمية للذات والعالم والمستقبل إضافة إلى دور الأفكار التي يعتقدها الناس حول الأحداث التي تقع عليهم أو من خلال علاقة متينة بين الوالدين والطفل التي على أساسها تمنح حياة الطفل الطمأنينة والثقة وخلوهم من الاضطرابات النفسية المختلفة.

وتتفق الباحثة بذلك مع أغلب ما ذكرته النظريات السابقة.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للجانب

التطبيقي

تمهيد:

سنتطرق في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية، سواء فيما يتعلق بالمنهج المستخدم، وبالعينة من حيث حجمها والعمر الزمني لها، وكذلك فيما يتعلق بالأدوات المستخدمة في الدراسة ووصف محتوياتها.

كما تطرقنا لكان وطريقة إجراء البحث والأساليب الإحصائية التي تم إستخدامها في الدراسة.

1- منهج البحث:

لا يمكن الاستغناء في كل البحوث العلمية عن تحديد المنهج، وتبرير أسس إختياره، لسبب بسيط هو أن نوعية البحث تقوم أساسا على النهج الذي تم إستخدامه في دراسة الحقائق.

وبعد اطلاع على الدراسات السابقة ودراسة مختلف جوانب البحث تم إستخدام " المنهج الوصفي " ويتجسد هذا المنهج في دراسة وتحليل الارتباط بين المتغيرات في إطار الظاهرة أو الموضوع مجال البحث.

فالدراسة الإرتباطية إذن هي الدراسة التي تبحث العلاقة بين المتغيرات ويعبر عن مقدار العلاقات أو درجتها بمعامل الإرتباط.

أما المقارنة فهي تمتاز بأنها تكسب الظاهرة مجال البحث معان أعمق وأوسع، ومن خلالها يمكن ملاحظة وإستنتاج أوجه التشابه والاختلاف وكذلك التقارير المتلازم في الحدوث والأسباب، كما تفسر عن محددات دقيقة تمكن من فهم الظاهرة على نحو أفضل (الرشيدي، 2000، ص: 67).

ومما سبق يتضح أن هذا المنهج هو أكثر المناهج ملائمة لطبيعة مشكلة البحث وأهدافه ومحدداته وتساؤلاته ومتغيراته، مما يساعد الباحث على وصف كافة أبعاد الموضوع ومن ثم التوصل إلى العلاقة الرابطة لمتغيرات تلك الأبعاد.

2- مجتمع وعينة البحث:

2-1- مجتمع البحث:

المقصود بمجتمع الدراسة كل العناصر المراد دراستها (الضامن، 2007، ص: 160) وتكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة العلوم الإنسانية والإجتماعية بجامعة الجزائر -2- وشمل مجتمع الدراسة كل السنوات كما هو موضح في الجدول التالي:

السنة	عدد الطلبة	نسبة التمثيل
السنة الأولى	1911	55%
السنة الثانية	418	12.02%
السنة الثالثة	260	7.47%
الأولى ماستر	517	14.87%
الثانية ماستر	314	9.03%
ماجستير	56	1.61%
المجموع	3476	100%

2-2- عينة البحث:

إن إختيار العينة هو عبارة عن تمثيل جزئي لمجتمع البحث وخاصة إذا كان هذا المجتمع كبير.

وتم إختيار العينة بالطريقة العشوائية بحيث يكون لكل عنصر وفرد من مجمع الدراسة نفس فرصة الإختيار، وإختيار أي فرد أو عنصر لا يرتبط بإختيار أي فرد أو

عنصر آخر ومن فوائدها أنها تكون ممثلة للمجتمع (امنيزل وغرايب، 2006، ص: 20).

وعليه تكونت عينة الدراسة من 534 طالب وطالبة بجامعة الجزائر -2- كلية العلوم الاجتماعية وتراوحت أعمارهم بين (18-25) سنة.

2-3- خصائص العينة:

* - الجنس:

جدول رقم (04): يبين توزيع عينة البحث حسب الجنس:

الجنس	عدد الأفراد	النسبة المئوية
إناث	321	60.11%
ذكور	213	39.89%
المجموع	534	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الإناث يقدر بـ 321 بنسبة 60.11% وهو

يفوق عدد الذكور الذي يقدر بـ 213 وبنسبة 39.89%.

* - الجنس:

جدول رقم (05): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن.

النسبة المئوية	عدد الأفراد	السن
%15.35	82	19-18
%47.37	253	21-20
%31.28	167	23-22
%6	32	25-24
%100	534	المجموع

نلاحظ أن غالبية الطلبة يتراوح أعمارهم في الفئة العمرية (20-21) بمجموع 253 بنسبة %47.37 ثم تليها الفئة العمرية (22-23) بتكرار 167 وبنسبة %31.28، ثم فئة (18-19) بنسبة %15.35 وأخيرا فئة (24-25) بتكرار 32 وبنسبة %6.

* - المستوى الدراسي:

جدول رقم (06): يبين توزيع العينة حسب المستوى الدراسي.

السن	عدد الأفراد	النسبة المئوية
السنة الأولى	78	14.60%
السنة الثانية	306	57.30%
السنة الثالثة	115	21.53%
الأولى ماستر	19	3.55%
الثانية ماستر	16	3%
المجموع	534	100%

يتبين من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة في السنة الثانية حيث بلغ العدد

306 وبنسبة 57.30%، تليها السنة الثالثة بتكرار 115 ونسبة 21.53% ثم السنة

الأولى بتكرار 78 ونسبة 14.60%.

بعدها الأولى ماستر بتكرار 19 ونسبة 3.55% وأخيرا الثانية ماستر بتكرار 16

ونسبة 3%.

3- أدوات البحث:

سوف نعرض فيما يلي أهم الأدوات المستخدمة في الدراسة كما يلي:

3-1- مقياس إدمان الإنترنت IAS : Internet Addiction Scale :

يقيس إدمان الإنترنت بأبعاده الستة (6) المتمثلة في بعد السيطرة أو البروز، بعد

تغيير المزاج، بعد التحمل، بعد الأعراض الانسحابية ، بعد الصراع. وبعد الإنكاس.

حرصت الباحثة على أن تكون العبارات قصيرة وسهلة ومفهومة، ولا تحمل أكثر

من معنى. وبناء على ذلك أصبح المقياس في صورته النهائية مكونا من (60) عبارة،

موزعة بالتساوي على ستة ابعاد لإدمان الإنترنت، وهي كالتالي:

جدول (07): أبعاد مقياس إدمان الإنترنت:

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

3-1-2- تصحيح المقياس وتفسير الدرجات:

يجيب الفرد على المقياس بإختيار أحد البدائل الثلاثة (تنطبق تماما، تنطبق إلى حد ما، لا تنطبق)، فإذا أجاب الفرد تنطبق تماما يحصل على درجتين (2)، ونطبق درجة واحدة (1)، ولا تنطبق (0) مع الاعتبار بأن جميع العبارات تصحح في إتجاه واحد حيث لا توجد عبارات عكسية (أرنوط، 2007، ص: 63). ووفقا لمفتاح التصحيح السابق فإن أقصى درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد على المقياس الكلي هو (120) درجة، وهي ما يطلق عليه (سقف المقياس)، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد هي (0) (أرضية المقياس)، وتشير إلى أن الفرد غير مدمن على الإنترنت.

وتمثل الدرجة المتوسطة (60)، ومن ثم تشير كل درجة أكبر من (60) إلى الإدمان على الإنترنت، وكل درجة أقل من (60) إلى عدم الإدمان على الإنترنت.

3-1-3- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة العصرية:

ثبات المقياس:

تكونت عينة التقيين من 225 (175 ذكور، 50 إناث) من طلبة جامعة الزقازيق تم استخدام ثبات مفردات المقياس (الإتساق الداخلي) بحساب معامل الارتباط بين درجة مجموعة كل بعد من الأبعاد الفرعية الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت ما بين (-0.79- 0.87)، وكذلك معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ومجموع درجات البعد الذي تنتمي

إليه، فقد تراوحت هذه المعاملات بين (0.68-0.81) وجميعها دالة عند مستوى

(0.01) مما يشير إلى إرتفاع الإتساق الداخلي للمقياس الكلي

جدول رقم (08): يبين معاملات افرتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي

تنتمي إليه.

رقم العبارة	رقم العبارة	رقم العبارة	رقم العبارة	قيمة معامل إرتباط	رقم العبارة
0.69	42	0.74	28	0.73	14
0.71	43	0.79	29	0.69	15
0.80	44	0.72	30	0.79	16
0.73	45	0.80	31	0.75	17
0.80	46	0.78	32	0.77	18
0.77	47	0.69	33	0.73	19
0.69	48	0.71	34	0.69	20
0.76	49	0.79	35	0.77	21
0.69	50	0.80	36	0.77	22

0.76	51	0.76	37	0.69	23	0.77	10
0.79	52	0.86	38	0.73	24	0.80	11
0.72	53	0.70	39	0.76	25	0.70	12
0.80	54	0.80	40	0.81	26	0.69	13

جدول رقم (09): يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.

معامل الارتباط	الأبعاد
0.87	السيطرة أو البروز
0.80	تغير المزاج
0.83	التحمل
0.79	الأعراض الإنسحابية
0.83	الصراع
0.85	الإنكاس

كذلك تم استخدام معامل ثبات ألفا، فقد تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية

ما بين (0.77 - 0.95) وبلغ معامل ثبات ألفا للمقياس الكلي (0.87) مما يعني دقة

المقياس وإتساقه و إطرادة فيما يزودنا به من معلومات عن إدمان الإنترنت.

كذلك استخدمت الباحثة التجزئة النصفية، وقد تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية للمقياس ما بين (0.77-0.95) وبلغ معامل ثبات ألفا للمقياس الكلي (0.87). مما يعني دقة المقياس وإتساقه واطراداه فيما يزودنا به من معلومات عن إدمان الإنترنت، كذلك استخدمت الباحثة التجزئة النصفية، فقد تراوحت قيمة معامل ثبات "جيثمان" للأبعاد الفرعية للمقاييس ما بين (0.73-0.91)، وتراوحت قيمة معامل ثبات سبيرمان براون ما بين (0.74-0.94)، وبلغ معامل ثبات " جيثمان " للمقياس الكلي 0.89، ومعامل ثبات سبيرمان براون (0.90)، وهذا يشير إلى إرتفاع معامل ثبات المقياس الكلي، وقد بلغ معامل ثبات إعادة الإختبار بعد أسبوعين (0.88)

جدول رقم (10): يبين ثبات مقياس إدمان الإنترنت.

أبعاد المقياس	معامل ثبات " ألفا "	معامل ثبات " جيثمان "	معامل ثبات " سبيرمان براون "	معامل ثبات إعادة التطبيق
السيطرة أو البروز	0.90	0.83	0.94	0.80
التغير المزاج	0.89	0.73	0.88	0.66
التحمل	0.77	0.88	0.74	0.78
الأعراض الانسحابية	0.95	0.91	0.94	0.82
الصراع	0.83	0.85	0.87	0.86
الإنتكاس	0.90	0.90	0.89	0.79
الدرجة الكلية	0.87	0.89	0.90	0.88

(أرنوط، 2007، ص: 67)

صدق المقياس:

تحققت الباحثة من صدق البناء الكامن للمقياس باستخدام التحليل العاملي وذلك بإختيار نموذج العامل الكامن العام، الذي حاز على مطابقة تامة. حيث $كا^2 = 0$ ومستوى دلالتها 0.01، وأسند التحليل العاملي على استخلاص ستة (6) عوامل كامنة تنتظم حولها الأبعاد.

ولقد استقطبت هذه العوامل 72.4% من التباين الإرتباطي للمصفوفة الإرتباطية (أرنوط، 2007، ص: 68).

3-1-4- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

تم إختيار عينة إستطلاعية قوامها 100 طالب وطالبة من جامعة الجزائر -2- والمسجلين في السنة الدراسية (2016-2017)، بهدف التقنين والتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.

* - ثبات المقياس:

تم إستخدام معامل ثبات ألفا، فقد تراوحت معاملات الثبات الأبعاد الفرعية ما بين (0.87-075) وبلغ معامل ثبات ألفا للمقياس الكلي 0.93، مما يعني ثبات المقياس وإتساقه.

جدول رقم (11): يبين ثبات مقياس إدمان الإنترنت.

أبعاد المقياس	معامل ثبات " الفا "
السيطرة أو البروز	075
التغير المزاج	082
التحمل	0.87
الأعراض الانسحابية	0.78
الصراع	0.77
الإنكاس	0.85
الدرجة الكلية	0.93

كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بعد 21 يوم، وقدر معامل

ثبات المقياس بـ 095 وهو مرتفع ودل على ثبات المقياس.

*** - صدق المقياس:**

تم حساب الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه،

وذلك لتقدير الإتساق الداخلي للأداة (الصدق البنائي).

وتراوحت هذه المعاملات بين (0.65-0.93) وجميع هذه المعاملات الارتباطية

دالة عند مستوى (0.01) مما يشير إلى ارتفاع معامل الإتساق الداخلي للمقياس الكلي.

جدول رقم (12): يبين الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي

تنتمي إليه.

التحمل		بعد تغيير المزاج		بعد السيطرة أو البروز	
معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة
0.70	3	0.72	2	0.70	1
0.82	9	0.93	8	0.69	7
0.94	15	0.87	14	0.82	13
0.91	21	0.80	20	0.69	19
0.87	27	0.67	26	0.65	25
0.69	33	0.83	32	0.82	31
0.85	39	0.71	38	0.69	37
0.67	45	0.69	44	0.71	43
0.75	51	0.90	50	0.81	59
0.79	57	0.83	56	0.75	55
الانتكاس		الصراع		الأعراض الإنسحابية	
معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة
0.74	6	0.65	5	0.72	4

0.69	12	0.71	11	0.69	10
0.81	18	0.83	17	0.80	16
0.75	24	0.68	23	0.75	22
0.70	30	0.70	29	0.83	28
0.68	36	0.75	35	0.90	34
0.91	42	0.68	41	0.93	40
0.73	48	0.90	47	0.82	46
0.69	54	0.85	53	0.75	52
0.85	60	0.73	59	0.93	58

كما تم التحقق من صدق المقياس أيضا عن طريق إستخدام الإتساق الداخلي

بحساب الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.85-0.93) وجميع هذه المعاملات دالة

عند مستوى (0.01) مما يعني صدق العبارات التي تعكس إيمان الإنترنت.

جدول رقم (13): يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية.

الأبعاد	معامل ثبات " الارتباط "
السيطرة أو البروز	0.90
التغير المزاج	0.85
التحمل	0.93
الأعراض الانسحابية	0.86
الصراع	0.91
الإنكاس	0.89

3-2-2- مقياس القلق للراشدين:

3-2-1- وصف المقياس:

تم إعداد هذا المقياس من طرف **جعفر محمد جمال الليل** (1995)، والمقياس في صورته النهائية يتكون من 56 عبارة موزعة على أربعة: البعد الانفعالي، البعد العقلي، البعد الجسمي (الفيزيولوجي)، البعد السلوكي (النزوعي)، ووضعت خمسة (5) بدائل إختيارات للإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس بطريقة ليكرت وهي (دائما - غالبا - أحيانا - نادرا - أبدا).

وقد صيغت العبارات على أن تكون معبرة للأعراض القلق، وقد تم حساب درجات

البدائل كالتالي:

دائماً = 4 درجات، أحيانا = 3 درجات، نادراً = 2، أبداً، درجة واحدة

وبذلك تكون الدرجة المرتفعة التي يبحصل عليها المفحوص من خلال إجابته على

العبرة الواحدة أو جميع العبارات مؤشراً على إرتفاع مستوى القلق لديه.

3-2-2- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

* - ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينة قوامها 100

طالبة وطالبة من جامعة الجزائر -2- حيث تم تقسيم بنود المقياس إلى نصفين (زوجي -

فردى) ثم حساب معامل الإرتباط بين مجموع 8 النصف الأول ومجموع النصف الثاني،

وبلغ معامل إرتباط بيرسون لدرجة المقياس 0.89 و بعد إستخدام معاملة سبيرمان براون

المعدلة أصبح معامل الثبات 0.94 وهذا يدل على ثبات المقياس.

كما تم حساب الثبات باستخدام ألفا كرومباخ لأبعاد المقياس، وتراوح معامل ألفا

بين (0.87-079) مما يدل على ثبات المقياس.

جدول رقم (14): معاملات ألفا كرومباخ لأبعاد مقياس القلق.

الأبعاد	معامل ألفا كرومباخ
البعد الإنفعالي	0.79
البعد العقلي	0.82
البعد الجسمي	085
البعد السلوكي	087

* - صدق المقياس:

تم حساب الصدق على نفس العينة عن طريق إستخدام الصدق الداخلي وذلك بحساب افرتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.33-0.43) للبعد الإنفعالي، وما بين (0.45-0.67) للبعد الجسمي، وما بين (0.53-0.71) للبعد السلوكي.

3-3- مقياس الإكتئاب BDI:

وهو من إعداد الدكتور غريب عبد الفتاح غريب (1990).

3-3-1- وصف المقياس:

يتكون المقياس الكامل من 21 مجموعة من العبارات، تتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الإكتئاب من 0-3 وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الإكلينيكية للأعراض، والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم إختيار أي هذه البنود اعتمادا على نظرية محددة في الإكتئاب.

والبنود الثلاثة عشر التي يتكون منها المقياس هي:

- 1- الحزن، 2- التشاؤم، 3- الشعور بالفشل، 4- عدم الرضا، 5- الشعور بالذنب، 6- عدم حب الذات، 7- إيذاء الذات، 8- الإنسحاب الإجتماعي، 9- التردد
- 10- تغير تصور الذات، 11- صعوبة النوم، 12- فقدان الشهية

3-3-2- تطبيق المقياس وتصحيحه:

يمكن إجراء مقياس الإكتئاب فرديا أو جماعيا.

وبالنسبة للتصحيح، فقد سبق الإشارة إلى أن المقياس يتكون من 13 مجموعة من العبارات، تتكون كل منها من أربع عبارات، متدرجة من (0-3) ويطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة من الأربع، بما فيها العبارة التي أمامها صفر (0) ويقوم المصحح بجمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص.

وتتراوح الدرجة على مقياس الإكتئاب الحالي ما بين 0 لا يوجد إكتئاب إلى 39 وهي الحد الأقصى الذي يمكن أن يصل إليه بإستخدام المقياس (تشير إلى شدة الإكتئاب).

33-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة العربية:

استخدم معد المقياس طريقتين في دراسة المقياس الإكتئاب وهما طريقة التجزئة النصفية وطريقة إعادة التطبيق.

بإستخدام طريقة التجزئة النصفية، تم تجزئة المقياس إلى جزئين، الأول يتضمن الفئات الفردية والثاني يتضمن الفئات الزوجية وذلك لعدد 50 فرد ووصل معامل الارتباط بين الجزئين إلى 0.77 وبإستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.87 وهو معامل دال عند مستوى 0.01.

وباستخدام طريقة إعادة التطبيق استخدمت درجات 33 شخص من البالغين، تم تطبيق المقياس عليهم مرتين بفصال زمني مقداره شهر ونصف ووصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى 0.77 وهو معامل دال عند مستوى 0.01.

* - صدق المقياس:

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الإكتئاب في البيئة العربية، وتم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الإكتئاب (د) ومقياس الإكتئاب من مقياس الشخصية متعدد الأوجه (MMPI) وقد استخدمت درجات 43 شخصا لهذا الغرض ووصل معامل الارتباط ببين درجات هؤلاء على المقياسين إلى 0.60 وهو معامل دال عند مستوى 0.01، كما أجريت 8 دراسات للصدق التلازمي لمقياس الإكتئاب، وذلك بإيجاد العلاقة بينه وبين مقياس يقيس القلق، حيث إتضح في هذه الدراسة أن الإكتئاب يرتبط بالقلق بمعامل مقداره 0.39.

3-3-4- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

* - ثبات المقياس:

تم استخدام الإتساق الداخلي بطريقة التجزئة النصفية، وصل معامل ارتباط " بيرسون " بين الفئات الفردية والزوجية إلى 0.86 وباستخدام معادلة سبيرمان بروان وصل هذا المعامل إلى 0.95.

* - صدق المقياس:

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الإكتئاب (د) ومقياس الإكتئاب من مقياس الشخصية متعدد الأوجه (MMPI)، ووصل معامل الارتباط بين درجات هؤلاء المقياسين إلى 0.75 وهو معامل دال عند مستوى 0.01.

3-4- مقياس العزلة الإجتماعية:

ترجمة وتعريب الدكتور عادل عبد الله محمد (2000).

3-4-1- وصف المقياس:

أعدت هذا المقياس في الأصل دي يونغ جيرفيد و فان تيلبورج (1990) وذلك لقياس العزلة الإجتماعية وفقا لما يدركه الأفراد وما يخبرونه من وحدة ومدى تقييمهم لعزلهم عن الآخرين، وإنخفاض معدل تواصلهم معهم.

ويتألف هذا المقياس من ثلاثين (30) عبارة يوجد أمامهم خمسة إختيارات، هي (موافق بشدة، موافق بدرجة معقولة، متردد، أرض إلى حد ما، أرفض تماما).

3-4-2- تصحيح المقياس:

تأخذ الدرجات (0-1-2-3-4) على التوالي بإستثناء العبارات التي تحمل أرقام (1-5-8-15-16-19-25-26-30) فتنبع عكس هذا التدرج، وبذلك تتراوح الدرجة

الكلية للمقياسين (0-120)، وتدل الدرجة المرتفعة على إرتفاع معدل إحساس الفرد بالعزلة الإجتماعية، والعكس صحيح.

3-4-3- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الأصلية:

بلغ معامل الثبات عن طريق إعادة الإختبار بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول على عينة من طلاب الجامعة ن = 48 بلغ 086 وباستخدام دالة KR-20 بلغ 0.73 وبطريقة ألفا كرومباخ بلغ 0.81 وبطريقة التجزئة النصفية 0.75 وهي جميعا دالة عند 0.01.

وتوضح نتائج الإتساق الداخلي أن معاملات الإرتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية تتراوح بين 0.35- 0.93 وهي أيضا دالة إحصائيا.

وبذلك يتضح أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مناسبة.

* - الصدق:

دلت نتائج الصدق التلازمي على وجود إرتباط دال إحصائيا عند 001 بين درجات أفراد العينة (ن = 48) في المقياس الحالي وبين درجاتهم في مقياس الوحدة النفسية الذي أعده " إبراهيم قشقوش 1979 " بلغت نسبة 0.70.

وأوضحت نتائج الصدق العاملي وجود خمسة عوامل تتشعب عليها عبارات المقياس، علما بأن قيمة (ر) بين درجة كل عبارة في العبارة الأولى قد تراوحت بين 021 و 0.82 وقد تمت تسمية هذه العوامل:

1-الحرمان الشديد؛

2-مشاعر الحرمان المرتبطة ببعض مواقف المشكلة؛

3-فقد الصحة؛

4-الإختلاط بالآخرين؛

5-إقامة علاقات ذات مغزى وهدف.

وبذلك يتضح أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات صدق مناسبة يمكن الاعتماد بها.

3-4-4- الخصائص السيكومترية في البيئة الجزائرية:

* - الثبات:

تم حساب المقياس عن طريق التجزئة النصفية على نفس العينة، حيث تم تقسيم المقياس إلى قسمين فردي وزوجي، ويتم حساب معامل الارتباط بين المفردات الفردية والزوجية، حيث بلغ معامل الثبات (0.89) وتم الإستعانة بمعادلة سبيرمان براون لتصحيح معامل الثبات والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (15):يبين ثبات مقياس العزلة الإجتماعية عن طريق التجزئة

النصفية.

الثبات	طريقة التجزئة النصفية	معادلة سبيرمان براون	مستوى الدلالة
العينة 100	0.89	0.94	0.01

* - صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس على نفس العينة عن طريق الإتساق الداخلي، وذلك بحساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.80-0.94) وجميعها دالة عند مستوى دلالة 0.001.

جدول رقم (16): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية

للمقياس:

معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة
0.82	21	0.89	11	0.87	1
0.90	22	0.93	12	0.90	2
0.85	23	0.91	13	0.80	3
0.91	24	0.87	14	0.82	4
0.89	25	0.84	15	0.82	5
0.90	26	0.80	16	0.93	6
0.87	27	0.87	17	0.90	7
0.84	28	0.82	18	0.81	8
0.82	29	0.90	19	0.92	9
0.80	30	0.94	20	0.85	10

4- أساليب المعالجة الإحصائية:

تم استخدام في البحث الحالي عدة أساليب إحصائية لمعالجة البيانات والإجابة عن فرضيات البحث وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون واختبار (T. Test) لعينتين مستقلتين.

وتم حساب ذلك عن طريق برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS.

الفصل السابع

عرض ومناقشة نتائج البحث:

1- عرض ومناقشة نتائج البحث:

1-1- عرض ومناقشة نتائج الفرض:

ينص هذا الفرض على أن هناك فروق في درجة العزلة الاجتماعية بين الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

وللتحقق من صحة هذا الغرض تم استخدام T لعينتين مستقلتين بين مجموعتين المدمنين وغير المدمنين في درجة العزلة الاجتماعية وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول:

جدول رقم (17): يوضح الفروق بين الطلبة المدمنين وغير المدمنين على

الإنترنت في درجة العزلة الاجتماعية.

المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مدمنين على الإنترنت	390	72.88	21.67	26.34	532	0.01
غير المدمنين على الإنترنت	144	22.71	11.83-			

تبين من خلال نتائج الجدول أن قيمة (T) المحسوبة بلغت (26.34) وهي أكبر من قيمة (T) المجدولة التي تساوي (2.57) عند مستوى دلالة (0.01)، ويشير ذلك إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات العزلة الإجتماعية لدى الطلبة المدمنين على الإنترنت وبين متوسط درجات العزلة الإجتماعية لدى الطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

والفروق كانت لصالح الطلبة المدمنين على الإنترنت، وهذا يدل أن الطلبة المدمنين كانت درجات عزلتهم الإجتماعية أعلى من درجات العزلة لدى الطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

حيث بلغ متوسط درجات العزلة الإجتماعية لدى الطلبة المدمنين 72.88 وبإنحراف معياري 21.67 في حين بلغ متوسط درجات العزلة الإجتماعية لدى الطلبة غير المدمنين 22.71 وبإنحراف معياري 11.83.

وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الأول للبحث الحالي.

وإتفقت نتائج الدراسة مع دراسة ساندرز **Sanders 2000** بدراسة لبحث الفروق

بين مرتفعي ومنخفضي استخدام الإنترنت في الإكتئاب والعزلة الإجتماعية.

1-2- عرض ومناقشة نتائج الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على أن هناك فروق في درجة العزلة الاجتماعية بين الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

وللتحقق من صحة هذا الغرض تم استخدام T للمقارنة بين متوسطات درجات الطلبة المدمنين على الإنترنت ومتوسط درجات الطلبة غير المدمنين على الإنترنت على مقياس الإكتئاب، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (18): يوضح الفروق بين الطلبة المدمنين وغير المدمنين على الإنترنت في درجة الإكتئاب.

المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مدمنين على الإنترنت	390	30.03	6.09	32.76	5.32	0.01
غير المدمنين على الإنترنت	144	12.83	2.57			

تبين من خلال نتائج الجدول أن قيمة (T) المحسوبة بلغت (32.76) أكبر من قيمة (T) الجدولة (2.57) عند مستوى دلالة (0.01)، ويشير ذلك إلى وجود فروق

جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجة الإكتئاب لدى الطلبة المدمنين على الإنترنت وبين متوسط درجة الإكتئاب لدى الطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

والفروق كانت لصالح الطلبة المدمنين على الإنترنت، وهذا يدل أن الطلبة المدمنين كانت درجات الإكتئاب لديهم أعلى من درجات الإكتئاب لدى الطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

حيث بلغ متوسط درجات الإكتئاب لدى الطلبة المدمنين 30.03 وبانحراف معياري 6.09 في حين بلغ متوسط درجات الإكتئاب لدى الطلبة غير المدمنين 12.83 وبانحراف معياري 2.57. وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الثاني للبحث الحالي.

وإتفقت نتائج الدراسة مع دراسة ياوشو وآخرون (Yao- Gua et All, 2006)

وهي بعنوان " دراسة نفسية لطلبة المدارس الثانوية الذين لديهم اضطراب إدمان الإنترنت "

وقدكان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن اضطرابات السلوكية لدى مدمني

الإنترنت، وقد كان قوام العينة يتكون من 476 طالبا، أما عن الأدوات المستخدمة في

الدراسة فقد استخدم الباحثون المقاييس التالية: مقياس الاضطرابات العصابية المتعلقة بالقلق

(SCARED) ومقياس الإكتئاب الرئيسي (DSRCS) وإختبار إيزنك الشخصية (EQQ)

وقد إفترض الباحثون أن هناك فروقا بين المجموعة الأولى ممن يعانون من اضطراب إدمان

الإنترنت والمجموعة الثانية من غير المصابين بإدمان الإنترنت كمجموعة ضابطة، أما

فيما يتعلق بنتائج الدراسة فقد توصل الباحثون إلى أن 1134% من طلاب المرحلة الثانوية

يعانون من قلق مستمر، وإنطوائية، والميل إلى الإكتئاب ممن يعانون اضطراب إدمان الإنترنت مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما إتفضت مع دراسة سميرة بنت عبد الله (2009) بعنوان: " الإكتئاب والذكاء الانفعالي لدى عينة من المدمنات على الإنترنت " دراسة وصفية مقارنة، وقد هدفت إلى التعرف على الفروق بين طالبات الجامعة (بالطائف) مدمنات على الإنترنت وغير مدمنات في الإكتئاب، والذكاء الانفعالي. وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الطالبات مدمنات على الإنترنت وغير المدمنات في الإكتئاب لصالح مدمنات الإنترنت.

1-3- عرض ومناقشة نتائج الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أن هناك فروق في درجة القلق بين الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

وللتحقق من صحة هذا الغرض تم استخدام T لعينتين مستقلتين بين مجموعتين المدمنين وغير المدمنين في درجة القلق وكانت النتائج كما هي موضحة من الجدول التالي:

جدول رقم (19): يوضح الفروق بين الطلبة المدمنين وغير المدمنين على

الإنترنت في درجة القلق.

المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مدمنين على الإنترنت	390	184.53	34.82	49.04	532	0.01
غير المدمنين على الإنترنت	144	3748	1478			

تبين من خلال نتائج الجدول أن قيمة (T) المحسوبة بلغت (49.04) وهي أكبر من قيمة (T) الجدولة التي تساوي (2.57) عند مستوى دلالة (0.01)، ويشير ذلك إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القلق لدى الطلبة المدمنين على الإنترنت وبين متوسط درجات القلق لدى الطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

والفروق كانت لصالح الطلبة المدمنين على الإنترنت، وهذا يدل أن الطلبة المدمنين كانت درجات قلقهم أعلى من درجات القلق لدى الطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

حيث بلغ متوسط درجات القلق لدى الطلبة المدمنين 184.53 وبانحراف معياري

34.82 وبالمقابل بلغ متوسط درجات القلق لدى الطلبة غير المدمنين 3748 وبانحراف

معياري 14.78.

وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الثالث للبحث الحالي.

وتتفق النتائج مع دراسة عن الصحة النفسية لإضطراب إدمان الإنترنت لطلاب الجامعة، إهتم شين وآخرون (Chen et All, 2007) بإجراء هذه الدراسة على عينة تتكون من 360 من طلاب الجامعة وذلك بإستخدام مقاييس للإكتئاب والمساندة الإجتماعية وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروقا إحصائية دالة بين مدمني الإنترنت وغير المدمنين بالنسبة للقلق وضعف المساندة الإجتماعية وذلك لصالح مدمني الإنترنت. وفي مناقشة النتائج أوضح الباحثون أن إدمان الإنترنت يؤثر بشكل خطير على الصحة النفسية للطلاب

كما إتفقت مع دراسة (Liu , 2007) التي أجريت على عينة 580 طالبا، استخدم الباحث عدة مقاييس الإكتئاب والقلق، وأوضحت نتائج الدراسة أن الطلاب المدمنون حصلوا على درجات عالية في القلق وذلك بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

1-4- عرض ومناقشة نتائج الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض الرابع الحالي على ما يلي:

هناك علاقة ارتباط موجبة دالة إحصائياً بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة القلق لدى

الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

وللتحقق من صحة هذا الغرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات

الطلبة على مقياس إدمان الإنترنت ودرجاتهم في مقياس القلق، وكانت النتائج كما هي

موضحة في الجدول:

جدول رقم (20): يبين معامل الارتباط بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة القلق

لدى الطلبة الجامعيين.

المتغيرات	المجموعات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدمان الإنترنت والقلق	المدمنين على الإنترنت	390	0.86	0.01
	غير المدمنين على الإنترنت	144	0.63	0.01

تشير نتائج الجدول إلى أنه:

- هناك علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات إدمان الإنترنت ودرجات القلق لدى الطلبة الجامعيين المدمنين على الإنترنت أي كلما ارتفعت درجة الإدمان على الإنترنت ارتفعت درجة القلق لدى الطالب الجامعي.

- هناك علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات إدمان الإنترنت ودرجات القلق لدى الطلبة الجامعيين المدمنين على الإنترنت أي كلما إنخفضت درجة الإدمان على الإنترنت إنخفضت درجة القلق لدى الطلبة الجامعيين.

وتتفق النتيجة مع دراسة زيدان (2008) بعنوان " إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق والإكتئاب و الوحدة النفسية والثقة بالنفس " وتكونت عينة الدراسة من 156 من الطلاب الذكور بجامعة المنصورة بمصر، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود إرتباطية موجبة دالة إحصائياً بين إدمان الإنترنت وكل من القلق والإكتئاب.

1-5- عرض ومناقشة نتائج الفرض الخامس:

ينص هذا الفرض الخامس الحالي على ما يلي:

هناك علاقة إرتباط موجبة دالة إحصائياً بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة الإكتئاب لدى الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

وللتحقق من صحة هذا الغرض تم حساب معامل إرتباط بيرسون بين درجات الطلبة على مقياس إيمان الإنترنت ودرجاتهم في مقياس الإكتئاب، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول:

جدول رقم (21): يبين معامل الإرتباط بين درجة إيمان الإنترنت ودرجة الإكتئاب

لدى الطلبة الجامعيين.

المتغيرات	المجموعات	العينة	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
إيمان الإنترنت والإكتئاب	المدمنين على الإنترنت	390	0.14	0.01
	غير المدمنين على الإنترنت	144	0.35	0.01

تشير نتائج الجدول إلى أنه:

- هناك علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات إيمان

الإنترنت ودرجات الإكتئاب لدى الطلبة الجامعيين المدمنين على الإنترنت أي كلما ارتفعت

درجة الإدمان إرتفعت درجة الإكتئاب لدى الطلبة.

- هناك علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات إدمان الإنترنت ودرجات الإكتئاب لدى الطلبة الجامعيين المدمنين على الإنترنت أي كلما إنخفضت درجة الإدمان إنخفضت درجة الإكتئاب لدى الطلبة الجامعيين. وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الخامس.

وإنفقت نتائج الدراسة مع دراسة كيم زملاؤه (Kim et All, 2005) بعنوان " الإكتئاب وإدمان الإنترنت لدى المراهقين " والتي هدفت إلى تقييم العلاقة بين الإكتئاب وإدمان الإنترنت بين المراهقين وتكونت عينة الدراسة من 452 مراهقاً، واستخدم الباحثون الأدوات التالية: مقياس إدمان الإنترنت، مقياس الإكتئاب، ومقياس الوسواس القهري بهدف تقدير درجة إدمان الإنترنت.

بين هؤلاء المراهقين، وتم بعد فحص العلاقة بين إدمان الإنترنت والإكتئاب والاعتماد على الكحوليات، وقد أسفرت النتائج إلى ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين إدمان المراهقين للإنترنت، وبين إرتفاع معدلات الإصابة بالإكتئاب.

كما إنفقت النتائج مع دراسة محمد بن سالم محمد القرني (2011) بعنوان " إدمان الإنترنت وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز "، وتكونت عينة الدراسة من 290 طالبا تراوحت أعمارهم بين 19-24 سنة. وبعد

تطبيق أدوات الدراسة على العينة أسفرت النتائج على وجود علاقة إرتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين إدمان الإنترنت والإكتئاب.

1-6- عرض ومناقشة نتائج الفرض السادس:

ينص هذا الفرض السادس الحالي على ما يلي:

هناك علاقة إرتباط موجبة دالة إحصائياً بين درجة الإدمان على الإنترنت ودرجة

العزلة الإجتماعية لدى الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت.

وللتحقق من صحة هذا الغرض تم حساب معامل إرتباط بيرسون بين درجات

الطلبة على مقياس إدمان الإنترنت ودرجاتهم في مقياس العزلة الإجتماعية، وكانت النتائج

كما هي موضحة في الجدول:

جدول رقم (22): يبين معامل الارتباط بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة العزلة

الإجتماعية لدى الطلبة الجامعيين.

المتغيرات	المجموعات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدمان الإنترنت والعزلة الإجتماعية	المدمنين على الإنترنت	390	0.46	0.01
	غير المدمنين على الإنترنت	144	0.37	0.01

تشير نتائج الجدول إلى أنه:

- هناك علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات إدمان

الإنترنت ودرجات العزلة الإجتماعية لدى الطلبة الجامعيين المدمنين على الإنترنت أي

كلما ارتفعت درجة الإدمان على الإنترنت إرتفعت درجة العزلة الإجتماعية لدى الطلبة

الجامعيين.

- هناك علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات إدمان

الإنترنت ودرجات العزلة الإجتماعية لدى الطلبة الجامعيين غير المدمنين على الإنترنت

أي كلما انخفضت درجة الإدمان على الإنترنت انخفضت درجة العزلة الإجتماعية لدى الطلبة الجامعيين.

وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض السادس.

وإتفقت النتائج مع دراسة لي منق (Li Mig, 2006) حيث هدفت إلى التعرف على

العلاقة بين وظيفة الإنترنت وسلوك الإنترنت الإدماني. حيث أنها أجريت على عينة قوامها

76 طالبا، وأثبتت الدراسة أن هناك علاقة إفراط الإنترنت والانسحاب من المجتمع، ومن

مظاهر هذه العلاقة ظهور مشكلة مثل: العزلة الإجتماعية ومشكلات في العلاقات.

كما إتفقت الدراسة مع نتائج دراسة ساندرز وزملاؤه (Sanders, 2000) وهدفت

إلى التعرف على العلاقة بين إستخدام الإنترنت والإكتئاب والعزلة الإجتماعية لدى

المراهقين، وتكونت عينة الدراة من 98 مراهقا، واستخدم الباحثون مقياس إستخدام الانترنت

ومقياس العلاقة مع الأم والأب والأقران ومقياس الإكتئاب. وأسفرت النتائج على أن إدمان

الإنترنت إرتبط مع العزلة الإجتماعية لدى المراهقين.

الإستنتاج العام:

يشهد العالم في السنوات الأخيرة نموا هائلا في استخدام الإنترنت، كما أصبح الوصول إليها أكثر يسرا في المنازل والمدارس والمكتبات إلا أن على إستخدامها يمكن أن تظهر عليها أعراض يجب عدم تجاهلها.

وهذا ما تتولناه في الدراسة الحالية التي هدفت لإبراز أهم الأعراض النفسية الناتجة عن إدمان الإنترنت والتمثلة في القلق، الإكتئاب والعزلة الإجتماعية لدى فئة مهمة من المجتمع والتمثلة في الطلبة الجامعيين.

وتحقق ذلك بتطبيق مجموعة من المقاييس والتمثلة في مقياس الإدمان على الإنترنت، مقياس القلق، مقياس الإكتئاب ومقياس العزلة الإجتماعية.

واستخدمنا في تحليل النتائج النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات

المعيارية، وإختبار **T. Test**.

وعليه تمثلت نتائج البحث فيما يلي:

① - هناك فروق في درجة العزلة الإجتماعية بني الطلبة المدمنين والطلبة غير

المدمنين على الإنترنت.

② - هناك فروق في درجة الإكتئاب بين الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين

على الإنترنت.

③- هناك فروق في درجة القلق بين الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على

الإنترنت.

④- وجود علاقة موجبة بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة القلق لدى الطلبة

المدمنين وغير المدمنين على الإنترنت.

⑤- وجود علاقة موجبة بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة العزلة الإجتماعية لدى

الطلبة المدمنين وغير المدمنين على الإنترنت.

⑥- وجود علاقة موجبة بين درجة إدمان الإنترنت ودرجة الإكتئاب لدى الطلبة

المدمنين وغير المدمنين على الإنترنت.

وإتفقت نتائج الدراسة مع نتائج عدة دراسات سابقة والتي حاولت التعرف على أعراض

إدمان الإنترنت.

ويمكن القول في الأخير من خلال نتائج البحث الحالي أن كل من القلق و الإكتئاب

والعزلة الإجتماعية أعراض تظهر على الأفراد المدمنين على الإنترنت.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- الحفاظ على مستوى متوازن من السيطرة على استخدام الطالب للإنترنت.
- محاولة استثمار وقت فراغ الطالب بهواية تكون بديلة عن الساعات التي يقضيها على الإنترنت.
- إبراز دور وسائل الإعلام في نشر الوعي بين أفراد المجتمع حول وجود سلبيات الإنترنت واثرها على الفرد والمجتمع.
- إجراء المزيد من البحوث المسحية والإرتباطية للتحقق من إنتشار ظاهرة إدمان الإنترنت بين فئات معينة كالطلبة والمراهقين، بالإضافة إلى تقصي العلاقة بين إدمان الإنترنت وبعض المتغيرات الأخرى كسمات الشخصية، والخجل.

الاستنتاج العام:

يشهد العالم في السنوات الأخيرة نمواً هائلاً في استخدام الإنترنت كما أصبح الوصول إليه أكثر يسراً في المنازل والمدارس والمكتبات وحتى في الهواتف النقالة. إلا أن الإفراط في استخدامها ينتج عنه اضطراب إدمان الإنترنت وتظهر على الشخص المدمن أعراض نفسية لا يمكن تجاهلها. وهذا ما حاولنا تناوله في الدراسة الحالية التي هدفت لإبراز بعض الأعراض النفسية للإدمان الإنترنت والمتمثلة في القلق ، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية لدى فئة مهمة من المجتمع والمتمثلة في الطلبة الجامعيين. وللتحقق من ذلك قمنا بدراسة العلاقة بين إدمان الإنترنت وكل من القلق ، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية ، والفروق بين الطلبة المدمنين والطلبة غير المدمنين على الإنترنت في كل من القلق ، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية.

وقمنا بتطبيق مجموعة من المقاييس والمتمثلة في مقياس الإدمان على الإنترنت، مقياس القلق، مقياس الاكتئاب ومقياس العزلة الاجتماعية ، واستخدمنا في تحليل النتائج المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معاملات الارتباط واختبارات **T.Test**.

- 1-** هناك مستوى مرتفع لإدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة.
- 2-** توجد فروق بين الجنسين في مستوى إدمان الإنترنت لصالح الإناث.
- 3-** توجد فروق بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت وطلاب الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة القلق.
- 4-** توجد فروق بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت وطلاب الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة الاكتئاب.
- 5-** توجد فروق بين طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت وطلاب الجامعة غير المدمنين على الإنترنت في درجة العزلة الاجتماعية.
- 6-** توجد علاقة موجبة بين مستوى إدمان الإنترنت ودرجة القلق لدى طلاب الجامعة.

7- توجد علاقة موجبة بين مستوى إدمان الإنترنت ودرجة الاكتئاب لدى طلاب الجامعة.

8- توجد علاقة موجبة بين مستوى إدمان الإنترنت ودرجة العزلة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة.

وانتقلت نتائج الدراسة مع نتائج عدة دراسات سابقة والتي حاولت البحث في أعراض إدمان الإنترنت من خلال دراسة العلاقة بين الإدمان وهذه الأعراض. ويمكن القول في الأخير ومن خلال نتائج البحث الحالي أن كل من القلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية أعراض تظهر على الأفراد المدمنين على الإنترنت.

الإقتراحات:

بناء على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج تتعلق بإدمان الإنترنت بين طلاب الجامعة، وما كشفت عنه أيضا من معاناة أفراد هذه العينة من ارتفاع مستوى كل من القلق، الإكتئاب، والعزلة الاجتماعية بين مدمني الإنترنت فإن الباحثة تقترح ما يلي:

← نشر الوعي النفسي بمخاطر إنتشار إدمان الإنترنت كونه لا يختلف تماما عن الأنواع الأخرى من الإدمانات، وما يحمله من أضرار نفسية وصحية وإجتماعية وأسرية وأكاديمية.

← إعداد المطويات والبرامج الثقافية التي تعمل على توعية الشباب بعدم الإنسياق وراء برامج الإنترنت غير الهادفة.

← تفعيل دور الوحدات الإرشادية والعيادات النفسية بالجامعات لتوعية الشباب بمخاطر الإدمان على الإنترنت.

← إعداد برامج إرشادية وعلاجية لتخفيف المعاناة النفسية لدى مدمني الإنترنت.

← إجراء المزيد من الدراسات النفسية لإلقاء الضوء على ظاهرة إدمان الإنترنت بين فئات أخرى من المجتمع للتعرف على مدى تفشي هذه الظاهرة المرضية في المجتمع الجزائري لاتخاذ التدابير اللازمة للوقاية والعلاج.

← ضرورة توعية الأسر بمخاطر إدمان الإنترنت وما يجب عليهم القيام به إتجاه أبناءهم وكيفية الوقاية من الوقوع في فخ هذه الظاهرة.

← التنسيق بين مؤسسات المجتمع المختلفة وخاصة الإعلامية كنشر الوعي وبيان مخاطر الإنترنت وعرض بعض الحالات وما تعانيه من ضياع نفسي وصحي وإجتماعي، قصد التوعية.

خاتمة:

يشهد العالم في السنوات الأخيرة نموا هائلا في استخدام الإنترنت ويتوقع أن يستمر هذا النمو، وأن يكون جزءا لا يتجزأ من حياة الفرد اليومية، فالإنترنت يوفر فوائد تعليمية وخدمية وترفيهية هائلة. ومع الزيادة المطردة في استخدام الإنترنت ظهر مصطلح " إدمان الإنترنت "، وبدأت مناقشته من قبل علماء النفس والطب النفسي، وعلى الرغم من وجود خلاف حول صلاحية هذا المصطلح إلا أن الخطر قائم بالفعل؛

فقد أصبحت الإنترنت مصدرا مهما من مصادر المعرفة، وكل فرد يستطيع استخدامها لكن بدرجات مختلفة، حيث تحدد درجة استخدام الفرد للإنترنت ما إذا كان هذا الاستخدام نافع أم ضار.

إن الإنترنت كأي نشاط إنساني آخر، قد يجد فيه الأشخاص المتعة والأهمية والإنتاجية، وعليه فإنه لا يمكن أن نتحقق من الفهم الكامل لآفة إدمان الإنترنت إلا من خلال الوصول إلى وعي تام لجوانب السلوك الشخصي على الإنترنت.

ويعد هذا البحث محاولة لرصد بعض جوانب ظاهرة إدمان الإنترنت في المجتمع الجزائري وذلك من خلال دراسة العلاقة بين هذه الظاهرة وظهور كل من القلق، الإكتئاب والعزلة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. ومن أهم النتائج التي توصلنا إليها هي أنه هناك نسبة مرتفعة للإدمان على الإنترنت لدى فئة طلاب الجامعة، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين الإدمان على الإنترنت وارتفاع مستوى القلق والإكتئاب والعزلة الاجتماعية.

وختاما إنه لمن المهم أن تقضي الوقت في فهم وإختبار مزايا وعيوب استخدام الإنترنت وكيفية تقديم المساعدة لمن وقع ضحية استخدامه المفرط للإنترنت.

ومن يدري لعل الجدول حول إدمان الإنترنت سيصبح في المستقبل المنظور مثيرا للسخرية عندما تصبح التقنية في متناول الجميع، ويصبح إتصالهم بالإنترنت متاحا طوال الوقت، ولكن بالتأكيد سيكون جدلاً مثيراً للإنتباه في الوقت نفسه حينما تتبدل نظرتنا لما هو " عادي " يوما بعد يوم.

قائمة المراجع

1- المراجع باللغة العربية:

أ/ - الكتب والمعاجم:

- 1- أباطة أمال عبد السميع (2003)، " مقياس السلوك العدواني والعدائية للمراهقين والشباب "، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة العربية المصرية، القاهرة، مصر.
- 2- إبراهيم عبد الستار (1993)، " العلاج السلوكي للطفل، معالمه ونماذج من حالاته "، الطبعة بالاشتراك مع عبد العزيز الدخيل ورضوي إبراهيم - عالم المعرفة - الكويت.
- 3- أبو الحسن منال (2003)، " دوافع استخدام الأطفال للحاسبات الآلية وعلاقتها الجوانب المعرفية "، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات، مصر.
- 4- أبو قورة خليل قطب (1997)، " سيكولوجية العدوان "، مكتبة الشباب، القاهرة، مصر
- 5- أحمد إبراهيم وشحاتة محمد الرماعي (1999)، " عناصر إدارة الفصل ولتحصيل الدراسي "، مكتبة المعارف الحديثة، الإسكندرية، مصر.
- 6- أسعد ميخائيل إبراهيم (1998)، " مشكلات الطفولة والمراهقة "، الطبعة الثانية، دار الجيل، بيروت - لبنان -.
- 7- إسماعيل أحمد السيد (1996)، " مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين "، الطبعة الثانية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
- 8- إسماعيل محمد عماد الدين (1989)، " الطفل من الحمل إلى الرشد "، الطبعة الأولى، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.

9- أفنان نظيرة رزة (2000)، " النظرية في التدريس "، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر-.

10- أوزي أحمد (1993)، " المراهق والعلاقات المدرسية "، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، المغرب

11- الأشول عادل عزالدين (1989)، " سيكولوجية الشخصية "، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

12- البغدادي محمد رضا (1999)، " تكنولوجيا التعليم والتعلم "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، - مصر-.

13- البهي فؤاد (1981)، " علم النفس الإجتماعي "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة - مصر -

14- الحافظ نوري (1990)، " المراهق "، الطبعة الأولى، المؤسسة العربية للدراسات والنشر القاهرة- مصر -.

15- الحامد محمد بن معجب (1996)، " التحصيل الدراسي دراساته، نظرياته، واقعه العوامل المؤثرة فيه "، دار الصولتية، الرياض

16- الحنفي عبد المنعم (1995)، " موسوعة الطب النفسي "، الطبعة الثانية، مكتبة مدبولي، القاهرة - مصر-.

- 17- الحيلة محمد محمود (2004)، " تكنولوجيا التعليم بين النظرية والتطبيق "، الطبعة الرابعة، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة - مصر -.
- 18- الخالدي عطا الله فؤاد (2007)، " قضايا إرشادية معاصرة "، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن -.
- 19- الداهري صالح أحمد حسن (2005)، " مبادئ الصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان - الأردن -.
- 20- الديدي عبد الغني (1995)، " التحليل النفسي للمراهقة "، الطبعة الأولى، دار الفكر اللبناني، بيروت - لبنان -.
- 21- الراشدي بشير صالح (2000)، " مناهج البحث التربوي "، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث - الكويت -.
- 22- الزعبلوي محمد السيد محمد (1998)، " المراهق المسلم، حاجات المراهق والمشكلات التي تنشأ عنها "، الطبعة الأولى، الجزء السادس، مؤسسة الكتب الثقافية، بيروت - لبنان -.
- 23- الزعبي أحمد محمد (2001)، " علم نفس النمو "، دار زهران للنشر ولتوزيع، عمان - الأردن -.

24- السالمي علي (1998)، " تطوير أداء وتجديد المنظمات "، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة - مصر-.

25- السيد عبید ماجدة بهاء الدين (2008)، " الضغط النفسي ومشكلات وأثره على الصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان- الأردن-.

26- السيد فؤاد البهي (175)، " الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة "، الطبعة الرابعة، دار الفكر العربي، القاهرة - مصر-.

27- السيد مصطفى (2000)، " دليلك الشامل إلى شبكة الإنترنت "، الطبعة الثالثة، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة - مصر-.

28- الشايب وآخرون (2006).

29- الشربيني أحمد زكريا (1994)، " المشكلات النفسية عند الأطفال "، دار الفكر العربي، القاهرة- مصر-.

30- الشربيني أحمد زكريا و منصور عبد الحميد سيد أحمد (2003)، " سلوك الإنسان بين الجريمة، العدوان والإرهاب"، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة - مصر-.

31- الضامن منذر عبد الحميد (2007)، " أساسيات البحث العلمي "، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الأردن-.

32- الطيب أحمد محمد (1999)، " التقويم والقياس النفسي- التربوي "، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية - مصر-.

33- العجاي عمر موفق بشير (2007)، " الإدمان والإنترنت "، الطبعة الأولى، دار المجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان- الأردن-.

34- العزاوي رحيم يونس كرو (2008)، " مقدمة في منهج العلمي "، الطبعة الأولى، دار دجلة، عمان- الأردن-.

35- العقاد عصام عبد اللطيف (2001)، " سيكولوجية العدوانية وترويضها "، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة - مصر-.

36- العيسوي عبد الرحمن (2005)، " المراهق والمراهقة "، مؤسسة شباب الجامعة، بيروت- لبنان-.

37- الغبرة نبيه (1992)، " المشكلات السلوكية عند الأطفال "، المكتب الإسلامي، بيروت - لبنان-.

38- الفتلاوي سهيلة و حسن كاظم (2004)، " تفريد التعليم في إعداد وتأهيل المعلم "، دار الشروق للنشر والتوزيع، مصر.

39- الفسفوس عدنان أحمد (2006)، " الدليل الإرشادي لمواجهة السلوك العدواني لدى

طلبة المدارس "، الطبعة الأولى، المكتبة الإلكترونية الشاملة، عمان - الأردن -.

40- القاضي يوسف مصطفى (1981)، " الإرشاد النفسي والتربوي "، الطبعة الأولى،

دار المؤرخ، المملكة العربية السعودية، الرياض.

41- القليني فاطمة، " علم الاجتماع الإعلامي "، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق،

القاهرة

42- القوسي عبد العزيز (1989)، " أسس الصحة النفسية "، الطبعة السابعة،

دار النهضة العربية - مصر -.

43- الليفاني أحمد حسن و فراعة حسن محمد (1995)، " التدريس الفعال "، الطبعة

الأولى عالم الكتب، القاهرة - مصر -.

44- المعجم الوجيز (1992)، دار الشباب، تونس.

45- المعجم الوسيط (1985)، مجمع اللغة العربية، الطبعة الثانية، الجزء الأول، القاهرة،

مصر.

46- المختار عزة (1990)، " طرق دراسة الطفل "، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان -

الأردن -.

47- المغربي سعد زغلول (1993)، " الإنسان وقضاياها النفسية "، الهيئة العامة المصرية للكتاب - مصر -.

48- المنيزل عبد الله فلاح وغرايب عايش موسى (2006)، " الإحصاء التربوي، تطبيقات الرزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية "، الطبعة الأولى، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الأردن -.

49- الميلادي عبد القادر عبد المنعم (2004)، " سيكولوجية المراهقة "، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية - مصر -.

50- الناصر وآخرون (1997).

51- الهمشري محمد علي قطب و عبد الجواد وفاء محمد (2000)، " عدوان الأطفال "، الطبعة الثانية، مكتبة العبيكان، الرياض - السعودية -.

52- الوردى زكي حسين والمالكي جميل لازم (2006)، " المعلمات والمجتمع "، الوراق للنشر والتوزيع - الأردن -.

53- العيسوي عبد الرحمان (2005)، " المراهق والمراهقين "، مؤسسة شباب الجامعة، بيروت - لبنان -.

54- بسيوني عبد الحميد (2007)، " التعليم الإلكتروني والتعليم الجوال "، الطبعة الأولى، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة - مصر -.

55- بهادر سعدية محمد علي (1977)، " علم نفس النمو "، الطبعة الأولى، دار البحوث العلمية- الكويت-.

56- بن كرو وفياض (2004)،.

57- بوحفص عبد الكريم (2005)، " الإحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والإنسانية "، ديوان المطبوعات الجامعية - الجزائر -.

58- بودخيلي محمد مولاي (2004)، " نطق التحفيز المختلفة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي " ديوان المطبوعات الجامعية - الجزائر -

59- جابر جابر عبد الحميد (1982)، " علم النفس التربوي "، دار النهضة العربية، القاهرة- مصر-.

60- جادو أهمة منير عبد الحميد (2005)، " العنف المدرسي بين الأسرة والمدرسة والإعلام "، الطبعة الأولى، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة - مصر -.

61- جلجل نصره عبد المجيد (2001)، " التعليم المدرسي "، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة- مصر-.

62- جمعة عبلة بساط (2002)، " مهارات في التربية النفسية "، الطبعة الأولى، دار المعرفة، بيروت- لبنان-.

63- جودة أحمد سعادة و عادل فايز السرطاوي (2003)، " استخدام الحاسوب والانترنت " الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن-

64- حسين طه عبد العظيم (2007)، " سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي "، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية- مصر-.

65- حسين محي الدين أحمد (1987) (2000)، " التنشئة الأسرية والأبناء الصغار "، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.

66- حمام فاديا كامل (2002)، " مشكلات الأطفال السلوكية والتربوية "، الطبعة الأولى، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض- السعودية-.

67- حمدان محمد زياد (1996)، " تقييم التحصيل وإختياراته "، دار النهضة العربية، بيروت- لبنان-.

68- حمدان محمد زياد (1996)، " التحصيل الدراسي، مفاهيم، مشاكل وحلول "، دار التربية الحديثة، دمشق - سوريا-.

69- حويتي أحمد (2004)، " العنف المدرسي، الأسباب والمظاهر "، تقديم: مصطفى خياطي، فورام للنشر، الجزائر.

70- خليفة محمد عبد اللطيف (1998)، " دراسات في علم النفس الاجتماعي "، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة - مصر.-

71- خليل عمر عبد الله (1999)، " تكنولوجيا التعليم "، الطبعة الأولى، مركز الكتاب للنشر، القاهرة - مصر.-

72- درويش زين العابدين (1994)، " علم النفس الاجتماعي: أسس ، تطبيقاته "، الطبعة الثالثة، جامعة القاهرة.

73- دويدار عبد الفتاح محمد (1999)، " العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات "، دار الفكر العربي، القاهرة - مصر-

74- ذياب يوسف عواد (2007)، " سيكولوجية التأخر الدراسي، نظرة تحليلي علاجية "، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان - الأردن-

75- راح أحمد عزت (1993)، " أصول علم النفس "، دار المعارف، القاهرة - مصر.-

76- زهران حامد عبد السلام (1995)، " علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة "، الطبعة الخامسة، عالم الكتب، القاهرة - مصر.-

77- سرعة عصام نور (2004)، " سيكولوجية المراهقة "، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية- مصر-.

78- سمبسون آلان (1999)، " الإنترنت، استعداد وانطلق "، مركز التعريب والترجمة، الدار العربية للعلوم، بيروت- لبنان-.

79- سيد صبحي (1988)، " الإنسان وصحته النفسية "، مكتبة إبراهيم حلي، المدينة المنورة.

80- شاعر سوسن مجيد (2008)، " العنف والطفولة، دراسات نفسية "، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان- الأردن-.

81- شحيمي محمد أيوب (1997)، " الإرشاد النفسي، التربوي الاجتماعي لدى الأطفال "، الطبعة الأولى، دار الفكر اللبناني، بيروت- لبنان-.

82- شرادي نادية (2006)، " التكيف المدرسي للطفل والمراهق على ضوء التنظيم العقلي "، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر

83- شروخ صلاح الدين (2003)، " منهجية البحث العلمي "، دار العلوم للنشر والتوزيع
عنابة- الجزائر-

84- صادق آمال و أبو حطب فؤاد (1999)، " نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين "، المكتبة الأنجلو مصرية- القاهرة.

85- صبحي محمد أبو صالح (2009)، " الطرق الإحصائية "، الطبعة الثانية، دار اليازوري العلمية، عمان- الأردن-.

86- صلاح الدين محمود علام (1998)، " القيم والتقويم التربوي والنفسي: أساسياته وتطبيقاته "، دار الفكر العربي، مصر.

87- طلبة محمد فهمي، عبد المعطي جمال، فهمي علاء الدين وبن عثمان (1998)، " الإنترنت والاستخدامات المتطورة "، الطبعة الأولى، مجموعة دلتا لتكنولوجيا وعلوم الحاسب، القاهرة - مصر-.

88- عاقل فاخر (1984)، " علم النفس التربوي "، دار العالم للملايين، بيروت- لبنان-.

89- عبد الرحمن سعيد (1989)، " الإحصاء الوصفي "، دار الفكر العربي، القاهرة- مصر-

90- عقل محمود عطا حسين (1997)، " النمو الإنساني، الطفولة والمراهقة "، الطبعة الثامنة، دار المعارف، القاهرة - مصر-.

91- عكاشة أحمد (1986)، " علم النفس الفسيولوجي "، الطبعة الثامنة، دار المعارف،

القاهرة، - مصر -

92- علام صلاح الدين (1999)، " دليل المعلم في تقويم الطلبة في الدراسات الاجتماعية

دار الفكر العربية، القاهرة - مصر -.

93- عمارة محمد علي (2008)، " برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدوانى لدى

المراهقين "، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

94- عوليس خير الدين (1999)، " دليل البحث العلمي "، دار الفكر العربي،

القاهرة- مصر -

95- غالب مصطفى (1983)، " في سبيل موسوعة نفسية "، دار مكتب الهلال، بيروت -

لبنان -

96- فايد حسين (2001)، " العدوان والإكتئاب، نظرة تكاملية "، الطبعة الأولى، المكتب

العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

97- قطب رشيدة وعبد الرؤوف رمضان (1993)، " آفاق معاصرة في الصحة النفسية

للأبناء "، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة - مصر.

98- قناوي هدى محمد (1992)، " سيكولوجية المراهقة "، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة - مصر-.

99- قناوي هدى محمد (1993)، " الطفل وتنشئته وحاجاته "، الطبعة الأولى، دار الشروق، القاهرة - مصر-.

100- كيمبرلي يونغ (1998)، ترجمة: هاني أحمد ثلجي " الإدمان على الإنترنت "، الطبعة الأولى، بيت الأفكار الدولية، عمان - الأردن-.

101- مايصة أحمد النيال (2002)، " التنشئة الإجتماعية "، دار المعرفة الجامعية، الأزرابطية - مصر-.

102- مجيد سوسن شاكر (2008)، " العنف والطفولة، دراسات نفسية "، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن-.

103- مسن وآخرون (1982)، " أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة "، ترجمة: أحمد سلامة، مكتبة الفلاح - الكويت- .

104- معتز سيد عبد الله (1997)، " بحوث في علم النفس الإجتماعي "، الطبعة الثانية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة - مصر-.

105- معوض خليل معوض (1994)، " سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة "، الطبعة الثالثة، دار الفكر العربي، القاهرة - مصر-.

106- معوض خليل معوض(1994)، " القدرات العقلية "، دار الفكر الجامعي، القاهرة- مصر-

107- مقدم عبد الحفيظ (2003)، " الإحصاء والقياس النفسي والتربوي "، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية - الجزائر-

108- منصور حسين و زيدان محمد مصطفى (1982)، " الطفل والمراهق "، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة - مصر-

109- ناصر محمد حامد و درويش خولة (1998)، " تربية المراهق في رحاب الإسلام "، رمادي للنشر.

110- نور سريه عصام (2004)، " سيكولوجية المراهقة "، مؤسسة شاب الجامعة، الإسكندرية- مصر-

111- واطسون روبرت وهنري كلاي ليدجرين (2004)،ترجمة: فرج أحمد فرج داليا، عزت مؤمن ومحمد عزمت مؤمن " سيكولوجية الطفل والمراهق "، الطبعة الأولى، مكتبة مدبولي، القاهرة - مصر-.

112- يعقوبي محمد (1997)، " علم نفس الطفل للطلبة والمعلمين والمساعدین في المدارس"، دار المعرفة الجامعية، القاهرة - مصر-.

الرسائل الجامعية:

113- إبراهيم رانيا حاكم كمال محمد (2009)، " إستخدام المراهقين للإنترنت و أثره على التنشئة الاجتماعية في الأسرة الحضرية"، دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ

المدارس الإعدادية"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس - مصر -

114- إبراهيم طيبي (1990)، " أثر مشكلات المراهقين على التحصيل الدراسي"،

رسالة ماجستير - الجزائر -.

115- أبو طالب تيسير الحسن (2002)، " العلاقة بين السلوك العدواني والتحصيل

الدراسي وبعض المتغيرات المدرسية لدى عينة من تلاميذ الصف الثالث ثانوي للبنين في

الإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة جازان"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية،

جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

116- الحنتوشي مشهور ناصر (2010)، " إدمان الإنترنت بين طلاب المدارس الثانوية

في مدينة الرياض، مدى إنتشاره، ومحدداته وعلاقته بالإكتئاب"، ملخص رسالة للحصول

على شهادة الزمالة السعودية في طب الأسرة والمجتمع، الهيئة السعودية للتخصصات

الصحية - السعودية -.

117- السيد فوزي أحمد سعيد (2008)، " أهم المشكلات النفسية والاجتماعية الناجمة

عن إدمان المراهقين للإنترنت، دراسة وصفية تحليلية مقارنة،

رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس - مصر.

118- الضيدان الحميدي محمد (2003)، " تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى

طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات

العليا، قسم العلوم الاجتماعية- السعودية.

119- الغامدي عبد الله بن أحمد (2009)، " تردد المراهقين على مقاهى الإنترنت

وعلاقته ببعض المشكلات النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمكة المكرمة،

رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى - السعودية.

120- المسعودي خالد بن محمد (2005)، " مدى رضا طلاب المرحلة الثانوية عن دور

المرشد الطلابي وعلاقته بالسلوك العدوانى"، رسالة ماجستير غير مشورة، قسم العلوم

الاجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض - المملكة العربية

السعودية.

121- عزة حسين زكي (1989)، " برنامج غرشادي لمواجهة السلوك العدواني لدى

المراهقين الجانحين "، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة

عين الشمس، مصر.

الجرائد:

122- بقاسم حواء " جريدة الشروق "، العدد 2360، الأربعاء 23 جويلية 2008، الجزائر.

123- زين العابدين بن جبارة " جريدة الشروق " ن العدد 2547، الثلاثاء 3 مارس 2009،

الجزائر.

124- لكحل نسيم " جريدة القبس "، العدد 12229، الإثنين 18 جوان 2007، الكويت.

125- حسين جمال " جريدة القبس "، " الآثار الخطيرة للإدمان على الكمبيوتر"،

" جريدة القبس "، العدد: 13157، الكويت- www.algabs-com.kw.

المجلات:

126- أرنوط إسماعيل (2007)، " إدمان الإنترنت وعلاقته بكل من أبعاد الشخصية

والإضطرابات النفسية لدى المراهقين، دراسة مقارنة بين عينة مصرية وعينة سعودية،

مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق، العدد 25، جامعة الزقازيق - مصر - ص: 33-96.

127- الأنصاري سامية لطفي (1989)، " تقدير الذات "، مجلة التربية المعاصرة، العدد

12، الإسكندرية، القاهرة، ص ص: 54-76.

128- الفرع عدنان (2004)، " الإدمان على الإنترنت لدى مرتادي مقاهي الإنترنت في

الأردن "، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 5، العدد 3، كلية التربية جامعة البحرين-

الأردن - ص ص: 179-212.

129- الفقهاء عصام (2001)، " مستويات الميل إلى العنف والسلوك العدواني لدى طلبة

جامعة فيلادلفيا وعلاقتها الإرتباطية بمتغيرات الجنس والكلية والمستوى التحصيلي وعدد

أفراد الأسرة ودخلها "، مجلة دراسات علوم التربية، العدد 28، جزء 2، ص ص: 01-480.

130- آل ناجي محمد عبد الله (2002)، " دراسة إستكشافية لبعض العوامل المؤثرة في

التحصيل الدراسي لطلاب الجامعة "، مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، كلية

التربية، جامعة دمشق، المجلد الأول، العدد الأول، ص ص: 09-44

- 131- الهرش عابد محمد مفلح، زياد عبابنية أسامة الدلالة (2010)، " الآثار النفسية والصحية والإجتماعية لاستخدام الإنترنت من وجهة المعلمين "، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 11، العدد 3، كلية التربية، جامعة التربية، ص ص: 287-314.
- 132- المغربي سعد (1987)، " في سيكولوجية العدوان والعنف "، مجلة النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة - مصر - العدد الأول، ص ص: 25-35.
- 133- بن لادن سامية محمد (2001)، " المناخ المدرسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي والطمأنينة النفسية لدى طالبات كلية التربية للبنات بالرياض "، مجلة كلية التربية وعلم النفس، العدد 25، الجزء الأول، الرياض - السعودية-، ص ص: 207-230.
- 134- حمودة محمود عبد الرحمن (1993)، " دراسة تحليلية عن العدوان "، مجلة علم النفس، العدد 27، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة- مصر-، ص ص: 20-25.
- 135- ذياب الجراح عبد الناصر وفراس أحمد الحموري (2008)، " دوافع العدوان لدى عينة من الطلبة المراهقين في محافظ أريد "، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 3، المجلد 5، ص ص: 281-308.
- 136- فريح عويذ العنزي (2004)، " العدوانية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية في مرحلة المراهقة "، المجلة التربوية، العدد 73، المجلد 19، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ص ص: 11-58.

137- محمود محمد مهدي (1990)، " أثر السلطة على ظهور الاستجابة العدوانية عند

الأفراد وعلاقة ذلك بسماتهم الشخصية "، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 2، المجلد 18،

الكويت، ص ص:

138- مرسي كمال إبراهيم (1984)، " سيكولوجية العدوان"، مجلة العلم الاجتماعية،

العدد 2، المجلد، الكويت، ص ص: 45-67.

139- معتز عبد الله (1998)، " علاقة السلوك العدواني ببعض متغيرات الشخصية"،

مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 47..

140- مقدادي مؤيد و قاسم سمور (1990)، " الإدمان على الإنترنت وعلاقته

بالاستجابات العصبية لدى عينة من مرتادي الإنترنت "، المجلة الأردنية في العلوم

التربوية، العدد 1، المجلد الرابع، الأردن، ص ص: 15-36.

141- مركز البحث العلمي والتقني لتطوير اللغة العربية (2008)، " الكتاب المدرسي

في المنظومة التربوية الجزائرية "، مطبعة دار هومة، الجزائر.

II – المراجع باللغة الفرنسية:

Livres :

142– American psychiatric Association (2001): “ Internet addiction disorder”, Washington, U.S.

143– Averill (1993): “Encyclopedia of human behavior”, Anger in N Romanchandran (ed), Academic press, New York.

144– Bandurca, (1973): A.Agression: A social learning analysis engle wood cliffs”, Prentice hall, New jersey.

145– Bento. H (1985): “Aggressive behavior”, Britannica Chicago publishers nicropedie.

146– Deshryver B &Rufant F (2005): “internet rend –t– il accro”, Edition Labor, Bruxelles.

147– Dorbush. S (1999): “Learning to cope: Developing Asa erson in complex societies”, Oxfordd university press.

148– English, H. English A, (1983): “A comprehensive”, Dictionary of psychological and psychoanalytical terms, New York, Longmans

149– Kaufman J.M. (1985): “ Tiara ceramics of children’s behaviour disorder third edition, A bell and Howell company, Charles Marvell publishing company.

150– Michel (1991): “Introduction to personality (3th ed). New York, Holt, Rinehart & Winston, New York.

151– Moor. T & Pepler. D (1998): “correlation of adjustment in children at risk” children exposed to violence , Theory, research and applied issues, American psychological association, Washington.

152– Nayebi Jeans Charles (2007): “ lacyberdependence en 60 question”, édition RETZ, Paris , France

153– Research.V (1980) :’ A survey of social psychology”, 2ed holt Rinehart & Winston, New York.

154– Vaillant M (1996): “L’adolescence ou quotidien “, La découverte et syros, Paris.

155– Wortman & Loftus. E (1992) : “Psychology”, 4th ed, M.C Graw Hille, VS America .

156– Young K & Deabreu C (2010): “internet addiction, A hand book and guide to evaluation and treatment” , Library of congress cataloguing, Canada.

Reviews:

157– Berkowitz. L (1964): “ Aggression cues in aggressive behaviour and hostility catharsis, Psychological Review, Vol 71, pp 104–122.

158– Bommarito. B & Buraster. S (2000): Effects of vertical viewing angle on eye blink rate during computer work, human factors and ergonomics a society, Annals of the New York Academy of Sciences, Proceedings 3 Visual performance 3, pp 494–498.

159– Bounrouska Teresa (2009): “The internet addiction versus aggressive behaviour among the youth”, The New Education Review, Vol 19, N°=3–4, University of Silesia, Poland , pp 171–181.

160– Boubkeur Farida (2001): “Echec scolaire dans le système éducatif Algérien”, Université Mentouri Constantine et le centre de recherche anthropologie sociale et culturelle, pp 7–29.

161– Elisheva, A, & Landmak, & Sausner, R (2002), The relationship between internet use and psychological well-being at adolescents. *Journal of Cyber Psychology and Behavior*, Vol 12, N°8, pp 22–31

162– Gardner, M (2000): “Technology remarks the school”, *The Futurist*, Vol 34, pp 30–32.

163– Hardy, M (2004): “Life beyond the screen, Embodiment and identity through the internet, the sociological, reviews, vol 50, n°4, pp 570–585.

164– Kim, K & Rye, Eschon, M (2004): “Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation”, *International journal of nursing studies*, Vol 43, N°2, pp 185–192.

165– Nalwa, K & Anand A (2003) : “ Internet addiction in students, a case of on cem “, Cyber psychology and behaviour, Vol 8, pp 653–656.

166– Pawlak. C (2002): 3 Correlation of internet use and addiction in adolescent” ,Dissertation abstracts internation section (A), Humanities &Social science, Vol 63, N°5, pp 17–27.

167– Peterson G.J &Pihl.R (1996): “Charteristics and putative mechanisme in boys at risk drug abuse and aggression “, Understanding aggressive behaviour in children, Annals of the New York Academy of sciences, Vol 794–p 24.

168– Rizzuto A &Buie D & Messner W &Sashim j (1993) : “ Arevised theory og aggression “PsychonalyticRevien, vol 80, Spring, p p 33–34.

169– Scherer. K (1997) : “College life on, Line: Healthy and unhealthy internet use” , Journal of college student Developement, vol 38, N°6, pp 655–665.

170– SeysBertrans (2003) : ‘ Place et role des usages des jeux video et d’internet dans la souffrance psychologique’’, LCN, vol 4, N°2, pp 117–134.

171– Shapira N & Golds, &Kecher, R (1999) : “ Psychiatri features of individual with problematic internet use ‘’, journal of affective disorder , Vol 57, N° 1–2–3, pp 67–272.

172– Skinner. E & Belmont. M (1993): “ Motivation in the classroom, Reciprocal effects of teacher behaviour and student engagement Across the school year ‘’, Journal of psychology, Vol 85, N°4, pp 571–581.

173– Soli. S& Devine. V (1976): ‘ Behavioral correlate of achievements: A look at high and low achievers ‘’, Journal of educational psychology, Vol 68, pp 335–341.

174– Young. K (1996): “ Internet addiction: The emergence of new clinica disorder’’, Cyber psychology and behaviour, Vol 1, N°1, pp 237–244.

175– Young. K & Rogers. R (1998): “The relation ships beteen depression and internet addiction”, Cyber psychology and behavur, Vol 1, N°3, pp25–28.

176– Young. K&Omara. J & Buchman (2000): “Cyber disorders the mental health concern for millennium”, Cyber psychology and behaviour, Vol 3, N°5, pp 475–479.

مواقع الإنترنت:

177- الخمشي سارة صالح عيادة (2010)، " الآثار الاجتماعية السلبية لاستخدام الفتاة ي مرحلة المراهقة للإنترنت "، مجلة علوم إنسانية، العدد 45، المملكة العربية السعودية

www.ULUM.NL

178– Deangellas, I (2000) : is internet addiction real P More REsearch is Being conducted to escplore the way people use ans misuse the internet

<http://www.apa.org/monitor/aproo/addiction.html/>

179– Duran, M (1999): internet addiction guide, more opinion internet addiction disorder <http://www.psychcentral.com/resources>, last revised 2003.

180– Grohel, J, (1999): Internet addition guide More Opinion internet addition disorder, <http://www.psychcentral.com/resources>. last revised 2003

181– Row,n (2000) : Internet use stunts social growth, the Stanford Daily, REctived March 16, 2008 from <http://www.studentavantage.com>

الملاحق

استمارة :

التعليمة:

عزيزي الطالب(ة) نحن بصدد تحضير بحث بعنوان : " أعراض إدمان الإنترنت : القلق،الاكتئاب،العزلة الاجتماعية".

و لتحقيق هذا الهدف نقدم إليك مجموعة من المقاييس، و عليه نرجو منك أن تقرأ كل عبارة من هذه المقاييس بعناية و الإجابة عنها بوضع علامة (X) في الخانة التي تتاسبك و نعدك بضمان السرية التامة لكل المعلومات.

أحرص على الإجابة على كل الأسئلة ، كما أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و لكم منا جزيل الشكر و الاحترام.

بيانات أولية:

.....: الجنس:

.....: السن:

..... : المستوى الدراسي :

.....: التخصص:

.....: الحالة الاجتماعية :

هل تستخدم الإنترنت: نعم () / لا ()

.....؟(بالساعات) ما هو معدل استخدامك الإنترنت يوميا

أين تستخدم الإنترنت: البيت () / مقهى الإنترنت ()

ملحق (1): مقياس إدمان الإنترنت

م	العبارة	تطبيق تماما	تطبيق على الحد ما	لا تطبيق على إطلاقاً
1	أقوم بفتح الانترنت بعد أن أستيقظ من النوم مباشرة.			
2	أكثر من مرة نمت لمدة أقل من أربع ساعات بسبب استخدام الانترنت.			
3	استخدم الانترنت لوقت طويل أكثر مما كنت أتويه.			
4	أشعر بالانكتئاب عندما لا أستخدم الانترنت.			
5	لا أستطيع التركيز في دراستي بسبب انشغالي بالانترنت.			
6	استمر في استخدام الانترنت بشكل كبير رغم ما يسببه لي من مشكلات في حياتي .			
7	استخدام الانترنت أحب الانشطة التي أقوم بها في حياتي .			
8	عندما توجد ضوضاء أو ضجيج من حولي عند استخدام الانترنت تجعلني أوتر و أشعر بالعصبية.			
9	أزيد من استخدام الانترنت للحصول على الشعور بالسعادة و الرضا الذي كنت أشعر به من قبل عند استخدام الانترنت.			
10	بينابني الفلق لعدم استدامي الانترنت .			
11	استدامي للانترنت بشكل كبير جعلني لا أزور أقاربي و أنقطع عنهم .			
12	رغم أن استخدام الانترنت مكلف ماديا الا أنني ما زلت أستخدمه كثيراً .			
13	أفضل استخدام الانترنت عن الخروج مع أصدقائي			
14	أتأخر في النوم كثيرا من الأحيان بسبب سهري أمام الانترنت.			
15	أشعر بالسعادة الغامرة عندما أستخدم الانترنت.			
16	أشعر بارتعاش في يداي و بخاصة أصابعي عندما أتوقف عن استخدام الانترنت.			
17	توجد خلافات كثيرة بيني و بين اصدقائي بسبب استدامي الكثير للانترنت			
18	رغم شعوري بالإرهاق من استخدام الانترنت بشكل كبير الا أنني أستمر في استخدامه.			
19	أهرب من المشكلات و الصعوبات التي تواجهني باستخدام الانترنت.			
20	أكذب و أخفي عن أصدقائي الوقت الذي أقضيه في استخدام الانترنت .			
21	أشعر بتغيرات تضطرنني لزيادة الوقت الذي أقضيه في استخدام الانترنت.			
22	اذا لم أقض وقت أمام الانترنت فأنني لا أشعر بالمتعة طوال اليوم.			
23	استدامي للانترنت باستمرار جعلني أفقد الكثير من أصدقائي.			
24	أستمر في استخدام الانترنت و بشكل كبير رغم تعرضي للعقاب من والدي .			
25	تعرفت على أصدقاء كثيرون من الانترنت.			
26	في كثير من الأحيان ألجأ للكذب على والدي حتى أستخدم الانترنت .			
27	الوقت الذي أقضيه أمام الانترنت غير كاف .			

28	من شدة حبي للانترنت كثيرا ما أحلم أثناء نومي اننى أقوم باستخدامه .
29	أذهب لاستخدام الانترنت في أحد النوادي بسبب تحريم والدي على بعدم استخدام الانترنت.
30	ليس لي أصدقاء كثيرون خارج نطاق الانترنت.
31	فى كثير من الأحيان أتناول بعض وجباتي أمام الانترنت حتى لا أتوقف عن استخدامه .
32	أختار الانشطة و الألعاب التى تحتاج منى لوقت طويل فى استخدام الانترنت .
33	فى الوقت الذى لا استخدم فيه الانترنت أكون مشغولا جدا بالتفكير فيه.
34	تسربت من الدراسة بسبب حبي الشديد للانترنت .
35	رغم ما يسببه لي استخدام الانترنت بشكل كبير من مشكلات أسرية الا اننى لا أستطيع أن أمتنع نفسي من استخدامه مرة أخرى .
36	اذا خيروني بين مكان فيه أصدقائي و لكن ليس به انترنت و بين مكان آخر به أصدقاء لي فأننى أختار الذى به إنترنت.
37	أنقص دائما من عدد ساعات نومي لكى أفضى أكبر وقت ممكن فى استخدام الانترنت.
38	كثيرا ما أقوم بفرقة الأصابع أو هزهة الأرجل بسبب شعوري بالضيق من عدم استخدام الانترنت.
39	قمت بمحاولات عديدة لتقليل عدد الساعات التى أفضيها فى استخدام الانترنت.
40	استمر فى استخدام الانترنت رغم ما يسببه لي من مشكلات جسمية بسبب الحرمان من النوم.
41	كثيرا ما أعود لاستخدام الانترنت بعد أن عزمتم على التوقف عنه.
42	توقفي عن استخدام الانترنت بسبب عطل مؤقت بالشبكة يجعلني أشعر بالتوتر و العصبية.
43	استخدامي للانترنت يسبب لي الشعور بالصداع .
44	أهمل ممارسة أى موهبة لدى بسبب حبي الشديد للانترنت.
45	أجد فى الانترنت المتعة و الاثارة التى لا أجدها فى أى شىء آخر.
46	الأصدقاء المخلصين هم أصدقاء الانترنت.
47	الحياة الحقيقية هى حياة الانترنت.
48	أجد متعة شديدة فى محادثة الآخرين على الانترنت (الشات) أكثر من محادثتهم وجها لوجه .
49	الانترنت هو المكان الوحيد الذى أشعر فيه بالأمان .
50	عندما أتوقف عن استخدام الانترنت أشعر و كأن صفحة الويب أراها أمام عيني
51	استخدامي للانترنت جعلني أشعر بأنني إنسان مرغوب من الآخرين .
52	الانترنت يتيح لي المعرفة فى أى مجال أكثر بكثير من الكتب

			53	كنت أتمنى ان يكون عدد ساعات اليوم أكبر من 24 ساعة لأمارس هواية تصفح الانترنت .
			54	استخدامي للانترنت يسيطر على تفكيري بدرجة كبيرة .
			55	أهمية الانترنت لدى تماما مثل أهمية الماء والهواء.
			56	أشعر و كأنني مكبل اليدين و الساقين من كثرة استخدام الانترنت.
			57	أشعر بأنني أصبحت أسير للانترنت و لم أستطع مفارقتة.
			58	رغم حرصي التام على الدوام فى الدراسة الا أن تأخري فى النوم بسبب تصفح الانترنت يمنعني من ذلك.
			59	استخدامي للانترنت يجعلني أشعر بأنني عظيم .
			60	الانترنت ملاذا أمتا لي اذا ضاقت بي الحياة.

ملحق(2): مقياس الاكتئاب

- 1- (.) أنا لا أشعر بالحزن.
- (1) أنا أشعر بالحزن و الكآبة.
- (2) أنا مكتئب أو حزين طول الوقت و لا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.
- (3) أنا حزين أو غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.
- 2 - (.) أنا لست متشائما على وجه الخصوص أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.
- (1) أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.
- (2) أنا أشعر بأنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.
- (3) أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.
- 3- (.) أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل .
- (1) أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.
- (2) كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء، كلما أستطيع أن أراه في حياتي... الكثير من الفشل
- (3) أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد ، والدة ، ولد ، ابنة، زوج، زوجة)
- 4- (.) أنا لست غير راضي.
- (1) أنا أشعر باللل أغلب الوقت.
- (2) أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن.
- (3) أنا غير راضي عن كل شيء.
- 5- (.) أنا لا أشعر بأنني أثم أو مذنب.
- (1) أنا أشعر أنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت.
- (2) أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.
- (3) أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

6- (.) أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

(1) أنا فاقد الأمل في نفسي.

(2) أنا مشمئز من نفسي.

(3) أنا أكره نفسي.

7- (.) أنا ليست لي أي أفكار للإضرار بنفسي.

(1) أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنفذها.

(2) أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أمت.

(3) لو استطعت لقتلت نفسي.

8- (.) أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.

(1) أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.

(2) أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس، و لدي مشاعر قليلة تجاههم.

(3) أنا فقدت كل اهتماماتي بالناس، و لا أهتم بهم على الإطلاق.

9- (.) أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن اتخذها من قبل.

(1) أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات.

(2) أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

(3) أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن.

10- (.) أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوء مما اعتدت أن أظهر به من قبل.

(1) أنا مشغول و قلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.

(2) أنا أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة

(3) أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر.

11- (.) أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

(1) أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

(2) يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

(3) أنا لا أستطيع القيام بأي شيء على الإطلاق.

12- (.) أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل .

(1) أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

(2) أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.

(3) أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

13- (.) شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد.

(1) شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.

(2) شهيتي أصبحت أسوأ الآن.

(3) أنا ليست لي شهية للأكل نهائياً.

ملحق 3 : مقياس العزلة الاجتماعية

م	العبارة	موافق ق بشدة	موافق بدرجة معقولة	متردد	أرفض إلى حد ما	أرفض تماما
1	يقف عدد لا بأس به من الأصدقاء معي في وقت الشدة					
2	لا يوجد هناك اتصال مباشر بيني و بين كثير من جيراني					
3	انقطعت علاقتي بكل أصحابي منذ وقت طويل					
4	لا يوجد سوى القليل من الأفراد فقط هم اللذين يمكنني أن أتحدث معهم في مختلف الأمور					
5	أتحدث مع عدد كبير من الأفراد ممن يسكنون في نفس الشارع الذي أسكنه و كأننا أعضاء في أسرة واحدة					
6	لا يوجد لي صديق حميم					
7	يقبلني عدد كبير من الأفراد بما أنا عليه					
8	أشعر بالحنن لعدم وجود صحبة من الأصدقاء لي					
9	أرى أن الآخرين بما فيهم أفراد أسرتي يسيئون فهمي					
10	أتشكك من موقف كثير من أصدقائي مني و في علاقتهم بي					
11	يبيدي الآخرون درجة عالية من الفتور و اللامبالاة تجاهي					
12	غالبا ما أشعر أنني مرفوض من الآخرين					
13	عدد الأفراد الذين أشعر بالسعادة لوجود علاقة مباشرة بيني و بينهم قليل للغاية					
14	حينما أكون في حالة جيدة أشعر أنني مرغوبا من الآخرين لكن والأمر يختلف تماما إذا ما كنت أشعر بالحنن أو الكآبة					
15	لا يوجد هناك من يشغل نفسه بي و بأموري					
16	يوجد عدد كبير من الأصدقاء أتبادل معهم الزيارات والآراء					
17	أشعر كأنني أعيش في فراغ اجتماعي دون وجود أي إنسان من حولي					
18	أشعر بالتجاهل من جيراني					
19	يمكنني الاعتماد على عدد كبير من الأفراد اعتمادا كليا في تصريف الأمور					
20	أشعر بأنني سجين في منزلي					
21	ليس لدي في الواقع أي أصدقاء حقيقيين بمعنى الكلمة					
22	لا يوجد سوى القليلون فقط هم اللذين يتحملون المشقة من أجلي					

					23	لم أعد أتوقع أن أنال أي اهتمام حتى من أفراد أسرتي
					24	لا أجد أفراد مخلصين من حولي
					25	عادة ما يوجد شخص ما قريب مني يمكنني أن أتحدث معه عن مشاكلي اليومية
					26	هناك العديد من الأفراد يمكنني اللجوء إليهم و طلب مساعدتهم إذا ما صادفتني أي مشكلة
					27	يرى الكثيرون أن أسلوبني في التعامل غير مريح بالنسبة لهم مما يجعلهم يبتعدون عني
					28	لا أجد في الواقع الشخص المناسب الذي أرغب أن يشاركني أفراحي و أحزاني
					29	أعرف أن دائرة معارفي و أصحابي محدودة للغاية
					30	أشعر أنني قريب من عدد كبير من الأفراد

ملحق 4 : مقياس النقل العام للراشدين

الرقم	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أرى أحلاما مزعجة عندما أكون نائما					
2	لا أستطيع التركيز على شيء أقوم بعمله					
3	أحس بأن ضربات قلبي تدق بسرعة					
4	أخشى أن أقوم بعمل أشياء ثم أندم على فعلها					
5	أخشى ألا أرضي أصدقائي عندما أتعامل معهم					
6	أرى أنني شخص لا أفكر بشكل سليم					
7	أجد صعوبة عندما أنتفض					
8	أكون مشغول البال على الأشياء التي أعملها و أتمنى أن أكون قد أنجزتها بشكل سليم					
9	أخاف من أي شيء يحدث لي و لو كان بسيطا					
10	أنسى كثيرا من الأشياء التي أريد أن أقوم بها					
11	يذي تصبح رطبة و يخرج العرق منها					
12	أتمنى أن يعمل الآخرون كل شيء أقوم به نيابة عني.					
13	أحس بتكاثر الأفكار في ذهني في وقت واحد					
14	اشعر برغبة في الذهاب إلى الحمام					
15	لا أشعر بفائدة ما أقوم به من أعمال في حياتي					
16	أشعر بأنني مشغول الذهن في شيء لا أعرفه					
17	لا أستطيع بلع الطعام بسهولة					
18	أشعر أنني احتاج أشياء كثيرة في حياتي					
19	تنتابني كثيرا من الأفكار المزعجة					
20	اشعر بألم في معدتي					
21	أرتبك عندما أقوم بشيء معين					
22	أحس أن الأشياء حولي ملخبطة و ليست كما ينبغي					
23	أشعر بصداع					
24	أخاف وأتوتر بسرعة حتى و لو كان السبب نافها					
25	أبالغ في تخيلاتي					
26	لا أستطيع أن أسمع الأصوات الشديدة					
27	يصيبني الإمساك					
28	أفعل أشياء سخيفة تجعل الآخرون يسخرون مني					
29	أشعر بالخوف من وجود مشكلة في المنزل عندما أكون بعيدا عنه					
30	أكون خائفا حذرا					

				أصاب بالقلق إذا شعرت بعدم قدرتي على انجاز العمل الذي أقوم به	31
				أحس بالتعب بسرعة	32
				أعاني من الإسهال	33
				حركتي كثيرة	34
				أحس بأن أعضاء جسمي تهتز و ترتجف	35
				أتكلم بسرعة	36
				أنا كثير الصراخ	37
				تأثرتي تنهدات غير طبيعية	38
				أحس بالاضطراب عندما أتتافس مع الآخرين و أتحدثهم في عمل شيء من الأشياء	39
				أحس بالدوران و الغثيان	40
				أحس بأنني عصبي عندما أقوم بعمل مهم	41
				أحس بجفاف و حرقة في حلقي	42
				أحس بأنني أخاف أكثر من الآخرين	43
				ألاحظ بأن لون جلدي يتغير	44
				أحس أن فتحة عيني تتسع	45
				إذا مرض أحد في منزلنا يأتيني احساس بأنه سيموت	46
				عند مشاهدتي لأي ازدحام أشعر أن هناك خطر قد وقع	47
				أحس بالتمويل في أطراف جسمي	48
				عندما اضطرب أخشى أن أصبح إنسانا مجنوناً	49
				أحس بحكة في جلدي	50
				أصاب بالإغماء	51
				أصاب بالتقيؤ	52
				أشعر أنني لا أستطيع التحكم في نفسي و السيطرة عليها	53
				أحس بسخونة في جسمي	54
				أكون هادئاً و فجأة ينتابني الغضب	55
				ارتبك عندما أتحدث أمام الآخرين	56