

العلاج السلوكي المعرفي لخفض التسويف الأكاديمي: دراسة حالة عيادية

 La Thérapie Cognitive-Comportementale pour Réduire
 la Procrastination Académique : Étude de Cas Clinique

محززي مليكة*

meherzi.malika@univ-oran2.dz محمد بن أحمد مؤسسة جامعة وهران 2

تاريخ الاستلام : 2026/04/26؛ تاريخ القبول : 2026/05/11؛ تاريخ النشر : 2026/05/20

Abstract

الملخص

This scientific article examines academic procrastination from a clinical psychological perspective, focusing on the application of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) as an effective psychological intervention for reducing this widespread phenomenon in university settings. Academic procrastination is a multidimensional problematic behavior in which cognitive, emotional, and motivational components are intertwined, manifesting as repeated delays in completing academic tasks despite clear awareness of the negative consequences. The article is based on a clinical case study of an undergraduate university student experiencing chronic procrastination that negatively affected his academic trajectory and caused notable disruption to his psychological well-being. The therapeutic intervention adopted a structured CBT protocol spanning twelve sessions, incorporating cognitive restructuring of distorted thinking patterns, time management techniques, behavioral activation, and emotion regulation strategies. Findings revealed a significant reduction in procrastination levels alongside a meaningful improvement in academic self-efficacy and overall psychological well-being. The study offers theoretical and applied contributions to the field of university mental health within the Algerian and Arab context, while proposing future research and interventional directions.

يتناول هذا المقال العلمي ظاهرة التسويف الأكاديمي من منظور علم النفس العيادي، مع التركيز على تطبيق العلاج السلوكي المعرفي بوصفه تدخلاً نفسياً فعالاً لتقليل هذه الظاهرة المتفشية في الأوساط الجامعية. يُعدّ التسويف الأكاديمي سلوكاً إشكالياً متعدد الأبعاد يتشابك فيه المكون المعرفي والانفعالي والدافعي، ويتجلى في التأخير المتكرر في إنجاز المهام الدراسية رغم الإدراك الواضح للعواقب السلبية المترتبة على ذلك. ينطلق المقال من دراسة حالة عيادية لطالب جامعي في مرحلة الليسانس، تعرّض للتسويف المزمن الذي أثر سلباً على مساره الدراسي وأحدث اضطراباً واضحاً في توازنه النفسي. اعتمد التدخل العلاجي على بروتوكول معرفي سلوكي منظم امتد على اثني عشرة جلسة، شمل إعادة البناء المعرفي للأنماط الفكرية المشوّهة، وتقنيات إدارة الوقت، والتفعيل السلوكي، وتقنيات تنظيم الانفعالات. كشفت النتائج عن تراجع ملحوظ في مستوى التسويف وتحسن دالّ في الكفاءة الذاتية الأكاديمية والرفاه النفسي العام للمفحوص. تُقدّم الدراسة إسهاماً نظرياً وتطبيقياً في مجال الصحة النفسية الجامعية في السياق الجزائري والعربي، مع اقتراح آفاق بحثية وتدخلية مستقبلية.

Keywords: academic procrastination; cognitive-behavioral therapy; case study; self-efficacy; university student; mental health; clinical psychology

الكلمات المفتاحية: التسويف الأكاديمي؛ العلاج السلوكي المعرفي؛ دراسة الحالة؛ الكفاءة الذاتية؛ الطالب الجامعي؛ الصحة النفسية؛ علم النفس العيادي.

1. مقدمة

يُعدّ التسوييف الأكاديمي من أكثر الظواهر النفسية شيوعاً وإثارةً للقلق في البيئات الجامعية حول العالم، إذ تتقاطع فيه أبعاد معرفية وانفعالية ودافعية وسلوكية في تشابك دقيق يجعل فهمه والتعامل معه أمراً يستدعي عمقاً علمياً وحساسية إكلينيكية. وعلى الرغم من أن ظاهرة التأجيل والمماطلة في إنجاز المهام رافقت الإنسان منذ القَدَم، إلا أن السياق الجامعي بما يفرضه من ضغوط ومتطلبات وتوقعات عالية يجعل من التسوييف عاملاً مُقَعِّداً لمسيرة الطالب الأكاديمية والنفسية في آنٍ معاً. تشير الأرقام إلى أن ما بين 70% و 95% من الطلاب الجامعيين يُقرّون بتجربة التسوييف بصورة أو بأخرى، في حين يصل إلى مستوى إشكالي مزمن لدى ما يتراوح بين 15% و 25% منهم (Steel, 2007). وما يجعل هذه الأرقام أكثر إثارةً للقلق هو الارتباط الوثيق الذي كشفته الدراسات بين التسوييف الأكاديمي وجملة من التبعات السلبية، منها: تراجع المعدلات الأكاديمية، وارتفاع معدلات الانقطاع عن الدراسة، وتدهور الصحة النفسية للطلاب متمثلاً في القلق والاكتئاب وتآكل الثقة بالنفس.

في السياق الجزائري تحديداً، تظل ظاهرة التسوييف الأكاديمي في مرحلة بحثية أولية، إذ لا تزال الدراسات المحلية المنهجية التي تتناولها بأدوات قياس موثوقة وبروتوكولات تدخل مُقَنَّنة شحيحةً وغير كافية. ومع ذلك، تشير الملاحظات الإكلينيكية الميدانية وبعض الدراسات الاستكشافية إلى أن الظاهرة حاضرة بقوة في الجامعات الجزائرية وتستدعي اهتماماً أكاديمياً وتدخلياً جاداً. ينطلق هذا المقال من رغبة حقيقية في تقديم إسهام علمي متكامل يجمع بين العمق النظري والتطبيق الإكلينيكي، من خلال دراسة حالة فردية تكشف الديناميات المعقدة للتسوييف الأكاديمي وتُرصّد مسار التدخل بالعلاج السلوكي المعرفي خطوةً خطوة. يسعى المقال في مجمله إلى الإجابة عن السؤال الجوهرية الآتي: إلى أي مدى يُسهم العلاج السلوكي المعرفي في خفض مستوى التسوييف الأكاديمي لدى الطالب الجامعي، وما الآليات التي يعمل من خلالها لتحقيق هذا التحول؟

1. الإطار النظري والمفاهيمي

1.1. مفهوم التسوييف الأكاديمي : التطور والأبعاد

لم يبلغ مفهوم التسوييف الأكاديمي صيغته النظرية المتسقة دفعةً واحدة، بل مرّ بمسار تطوري متدرّج تشكّلت فيه الأبعاد والمستويات ببطء وعمق. ففي البدايات المبكرة للاهتمام النفسي بهذه الظاهرة،

كان ينظر إليها في أغلب الأحيان باعتبارها نقيصة إرادية أو خللاً في إدارة الوقت، قبل أن تتكشف أبعادها الأعمق في ضوء تراكم الأدلة الإكلينيكية والتجريبية. يُعرّف التسويف الأكاديمي في أدقّ صياغاته وأكثرها شيوعاً في الأدبيات المعاصرة على أنه "التأجيل الطوعي للمهام الأكاديمية المطلوبة رغم توقّع انخفاض الأداء جرّاء ذلك التأجيل" (Steel، 2007؛ Klingsieck، 2013).

يكمّن جوهر هذا التعريف في عنصرَيه الأساسيّين: الطوعية من جهة، والوعي بالعواقب من جهة أخرى. فالمتسوّف لا يؤجل لأنه جاهل بما ينبغي فعله، ولا لأن الفرصة لم تُتَح له؛ بل يؤجل مع إدراكه التام لما ينبغي إنجازه والوقت المتاح لذلك. وهذا بالذات ما يجعل التسويف أكثر تعقيداً من مجرد قصور في إدارة الوقت: إنه مشكلة تنظيم الانفعال في جوهرها، إذ يلجأ الفرد إلى التأجيل بوصفه استراتيجية آنية للتخلص من مشاعر القلق والملل والشك الذاتي المرتبطة بالمهمة (Sirois & Pychyl، 2013).

ميّز الباحثون بين نمطين رئيسيّين من التسويف: التسويف السلبي أو الإشكالي الذي يتمثّل في التأخير غير المُدار الذي يُقعد الأداء ويُنتج الضيق النفسي، والتسويف الفاعل الذي يصفه بعضهم باعتباره تأجيلاً استراتيجياً مقصوداً يُدع فيه بعض الأفراد تحت ضغط المواعيد النهائية. غير أن الدراسات المنهجية تكشف أن التسويف الإشكالي هو الأكثر شيوعاً، والأثقل وطأةً على الصحة النفسية والأداء الأكاديمي معاً (Choi & Moran، 2009).

2.1. النماذج النظرية المفسّرة للتسويف الأكاديمي

أ. النموذج المعرفي السلوكي

يُقدّم النموذج المعرفي السلوكي الإطارَ التفسيري الأوسع انتشاراً والأكثر تأثيراً في مجال دراسة التسويف وعلاجه. يُؤسّس هذا النموذج على المبدأ الجوهري القائل إن المشاعر والسلوكيات ليست نتاجاً مباشراً للأحداث الخارجية، بل هي في الحقيقة محكومة بالطريقة التي يُفسّر بها الفرد تلك الأحداث ويُعالجها معرفياً. وبناءً على ذلك، يرى النموذج أن التسويف يتجذّر في مجموعة من الأنماط الفكرية المشوّهة والمعتقدات اللاتكيفية التي تُغذي بعضها بعضاً في حلقة مفرغة: فالتفكير المفرط ("يجب أن أنجز هذا العمل بصورة مثالية")، والتقييم السلبي المسبق ("هذا العمل صعب جداً وسأفشل فيه")، والتسويفات المعقّنة ("لديّ وقت كافٍ غداً") تتضافر جميعها في إنتاج التأجيل والمماطلة وترسيخهما سلوكاً معتاداً (Ellis & Knaus، 1977؛ Beck et al.، 1979).

ب. نموذج تنظيم الانفعال

تُمثّل نظرية تنظيم الانفعال في التسوية توجهاً نظرياً أكثر حداثة وعمقاً، إذ تعيد تأطير التسوية باعتباره في جوهره استراتيجية تنظيمية سلبية يلجأ إليها الفرد للهروب من المشاعر السلبية الفورية المرتبطة بالمهمة. ووفقاً لهذا المنظور، فإن القلق من الفشل، والشعور بالإرهاق، والتوتر المرتبط بالمهام ذات الصعوبة المرتفعة يُشكّل محفزات انفعالية قوية تدفع الفرد إلى التأجيل طلباً للراحة الآتية، حتى لو كان يدرك تمام الإدراك أن ذلك التأجيل سيُكلفه ثمناً باهظاً على المدى البعيد (Sirois & Pychyl، 2013؛ Tice & Baumeister، 1997).

ج. نموذج الكفاءة الذاتية وتوقع النتائج

تكشف نظرية باندورا (Bandura، 1997) في الكفاءة الذاتية عن بُعد آخر لا يقل أهمية في فهم التسوية الأكاديمي. يُقصد بالكفاءة الذاتية معتقدات الفرد حول قدرته على أداء مهام بعينها وتحقيق نتائج مرجوة، وقد أثبتت الدراسات أن انخفاض الكفاءة الذاتية الأكاديمية يُعدّ من أبرز المنبئات بالتسوية الأكاديمي ومن أقوى محدّداته. فالطالب الذي لا يثق بقدرته على إتقان مهمة ما يُميل إلى تأجيلها دفعاً للمواجهة المؤلمة مع حدوده المتخيّلة، فيغدو التسوية نوعاً من الحماية المزينة للذات (Ferrari & Tice، 2000).

د. النموذج التكاملي متعدد الأبعاد

يرى عدد من الباحثين المعاصرين أن فهماً أشمل للتسوية الأكاديمي لا يتحقق إلا بتبني منظور تكاملي يجمع المستويات المعرفية والانفعالية والدافعية والسياقية في إطار موحد. ينظر هذا المنظور إلى التسوية باعتباره محصلة تفاعل ديناميكي بين الأنماط الفكرية اللاكتيكية، وضعف الكفاءة الذاتية، وصعوبات تنظيم الانفعال، وغياب المهارات الخططية والزمنية الملائمة، إضافة إلى المتغيرات السياقية المتمثلة في طبيعة البيئة التعليمية وأسلوب الأستاذ وجودة العلاقة مع المؤسسة التعليمية (Schraw et al.، 2003؛ Wolters، 2007).

3.1. التسوية الأكاديمي وارتباطاته بمتغيرات الصحة النفسية

لا يمكن قراءة التسوية الأكاديمي بمعزل عن منظومة الصحة النفسية للطالب، إذ تكشف الأدلة التجريبية المتراكمة عن شبكة علاقات وثيقة تربطه بمتغيرات نفسية متعددة. من أبرز هذه الارتباطات : ارتفاع مستويات قلق الأداء واجتياز الامتحانات، وشيوع أعراض الاكتئاب التفاعلي، وانخفاض الرضا عن الذات وتراجع تقدير الطالب لقيّمته الأكاديمية والشخصية. كما تشير دراسات متعددة إلى علاقة

ارتباطية موجبة بين التسويف الأكاديمي واضطرابات النوم وأعراض الإجهاد المزمن (Flett et al., 2016؛ Rémillard & Larivée، 2009).

وتكتسب هذه العلاقة أهميةً مضاعفةً حين ندرك أن الرابط بين التسويف والقلق ليس أحادي الاتجاه؛ فالقلق يُغذي التسويف بالدفع نحو التجنب، والتسويف بدوره يُضاعف القلق بتراكم المهام والشعور بفقدان السيطرة على الوقت والمسار الدراسي، فتتشكل بذلك حلقة مفرغة من الصعب الخروج منها دون تدخل منهجي مدروس.

2. العلاج السلوكي المعرفي وتطبيقاته في التسويف الأكاديمي

1.2. المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي

يستند العلاج السلوكي المعرفي في بنيانه النظري إلى الأعمال الرائدة لأرون بيك وألبرت إليس في منتصف القرن الماضي، وقد تطوّر منذ ذلك الحين ليغدو الأوسع انتشاراً والأقوى دليلاً تجريبياً في حقل العلاجات النفسية. ينطوي العلاج على مجموعة من المبادئ الجوهرية التي تُشكل إطاره المرجعي وتُحدّد أهدافه وأساليبه: أولها أن الأفكار والمشاعر والسلوكيات نظام تفاعلي متكامل لا يمكن فهم أيٍّ من عناصره بمعزل عن بقيتها؛ وثانيها أن تغيير الأنماط الفكرية المشوّهة يُفضي بالضرورة إلى تحولات في الاستجابات الانفعالية والسلوكية؛ وثالثها أن العلاج موجّه نحو الأهداف ومحدود بالزمن ومُهيكل بروتوكولات واضحة قابلة للقياس والتعديل (Beck، 2011).

تُميّز بعض الأدبيات بين ثلاثة أجيال من العلاجات السلوكية المعرفية: الجيل الأول الذي اهتم بالتعديل السلوكي الصرف، والجيل الثاني الذي دمج المكوّن المعرفي وهو ما يُعرّف به العلاج السلوكي المعرفي الكلاسيكي، والجيل الثالث الذي اتّسع ليشمل العلاجات القائمة على اليقظة الذهنية والقبول والتزام الفعل، كعلاج القبول والالتزام ACT وعلاج السلوك الجدلي DBT. وتندرج مقارنة هذا المقال أساساً ضمن الجيل الثاني مع بعض إثراءات من الجيل الثالث لا سيما في تقنيات تنظيم الانفعال.

2.2. فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة التسويف

أنتجت الأدبيات العلمية خلال العقود الأخيرة ثروةً تجريبية من الدراسات التي تُبرهن على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض التسويف الأكاديمي لدى مختلف الفئات العمرية. أظهرت

المراجعات المنهجية وتحليلات الميّا أن حجم الأثر المنسوب لبروتوكولات العلاج السلوكي المعرفي في هذا المجال يتراوح بين متوسط ومرتفع، وأنه يُحدث تحسّناً دالاً ليس فقط في مستوى التسويف بل أيضاً في المتغيرات المصاحبة كالكفاءة الذاتية والقلق الأكاديمي ومستوى الرضا عن المسار الدراسي (van Eerde، 2014، Rozental & Carlbiring، 2003).

كما أثبتت دراسات أخرى أن الجمع بين تقنيات إعادة البناء المعرفي من جهة، وبين تقنيات التفعيل السلوكي ومهارات إدارة الوقت من جهة أخرى يُنتج مفعولاً أقوى وأكثر استدامة مقارنةً بالبروتوكولات التي تقتصر على بُعد واحد. ويُشير هذا إلى أهمية التدخل المتكامل الذي يستهدف في آنٍ واحد البنى المعرفية والديناميات الانفعالية والأنماط السلوكية.

3. منهجية الدراسة

1.3. التصميم البحثي: دراسة الحالة الفردية

انتهجت هذه الدراسة منهجية دراسة الحالة الفردية المتممّة (Single-Subject Case Study) التي تُعدّ من أنجع المناهج في علم النفس الإكلينيكي حين يتعلق الأمر باستيعاب التعقيد الفريد لكل تجربة إنسانية وبرصد مسار التدخل بدقة ومتابعة التغيرات التي يحدثها عبر الزمن. لا تنشّد دراسة الحالة الإكلينيكية التعميم الإحصائي بالضرورة، غير أنها تُسهم بإسهام بالغ الأثر في بناء المعرفة الإكلينيكية من خلال التعميم التحليلي الذي يُكيّف النظريات ويختبرها في الواقع الفعلي للممارسة (Yin، 2014، Kazdin، 2011).

2.3. وصف الحالة

المريض م. ع. شاب في الثانية والعشرين من عمره، طالب في السنة الثالثة ليسانس بكلية العلوم الاجتماعية. أُحيل إلى المعالجة النفسية بتوجيه من مشرفه إثر تراجع ملحوظ في نتائجه الأكاديمية وتكرار تسليم أعماله المكتوبة في ما بعد المواعيد المقرّرة، وصولاً إلى نقطة بات فيها استمراره في الدراسة مهدّداً.

عبر م. ع. في جلسة الاستقبال الأولى بعفوية ووضوح عن معاناته، قائلاً ما معناه: "أعرف تماماً ما يجب عليّ فعله، لكنني لا أستطيع أن أبدأ. أجلس أمام الكمبيوتر وأجد نفسي أفعل أي شيء آخر غير ما يجب". هذه الجملة الصريحة تُلخّص بدقة شديدة جوهر الإشكال الذي يعيشه: الإدراك التام بالواجب مقروناً بالعجز الانفعالي عن المباشرة.

3.3. أدوات التقييم والقياس

اعتمدت الدراسة منظومة تقييمية متعددة الأدوات لضمان شمولية التشخيص وموضوعيته:

- **مقياس التسويف الأكاديمي (APS – Procrastination Assessment Scale – Students)** : يقيس نمط التأجيل في المهام الدراسية المختلفة ومدى الاستياء المرتبط به (Solomon & Rothblum، 1984).
- **مقياس التسويف العام (GPS – General Procrastination Scale)** : يقيس الميل نحو التسويف في السياقات العامة ويوفر مؤشراً مرجعياً مستقلاً (Lay، 1986).
- **مقياس الكفاءة الذاتية الأكاديمية (ASES)** : يقيس تقديرات الطالب لقدراته في إنجاز المهام الأكاديمية (Zimmerman et al.، 1992).
- **مقياس القلق من الامتحانات (TAI – Test Anxiety Inventory)** : يقيس مستوى القلق المعرفي والجسمي المرتبط بمواقف التقييم الأكاديمي (Spielberger، 1980).
- **المقابلة الإكلينيكية شبه المنظمة** : استخدمت لاستكشاف التاريخ الشخصي والمسار الدراسي والعوامل الأسرية والاجتماعية المؤثرة.
- **مذكرة السلوك اليومية** : سجّل فيها المفحوص يومياً الأنشطة المؤداة والأنشطة المؤجلة والحالة الانفعالية المصاحبة.

4. التصنيف الإكلينيكي وصياغة الحالة

1.4. نتائج التقييم التشخيصي

كشفت نتائج أدوات القياس المُطبَّقة قبل بدء التدخل عن صورة إكلينيكية ذات ملامح واضحة ومتماكة. أظهر المفحوص مستوى مرتفعاً جداً من التسويف الأكاديمي على مقياس APS (الدرجة الكلية = 100/82)، مع ارتفاع موازٍ على مقياس GPS يُشير إلى أن نمط التسويف ليس محصوراً في البيئة الأكاديمية وحدها بل يمتدّ إلى سياقات حياتية أوسع. في المقابل، سجّل مستوى منخفضاً بشكل لافت على مقياس الكفاءة الذاتية الأكاديمية، مع ارتفاع واضح على مقياس القلق من الامتحانات، مما يُرسم صورة نمطية متكررة في الإكلينيك النفسي: الشك الذاتي يولّد القلق، والقلق يدفع نحو التجنّب، والتجنّب يُعمّق الشعور بعدم الكفاءة.

2.4. الصياغة الإكلينيكية للحالة

الصياغة الإكلينيكية الشاملة : يُعاني م. ع. من نمط تسويفي مزمن جذوره الأولى في تجربة الفشل الأكاديمي في المرحلة الثانوية، والتي أرسَتْ اعتقاداً نواتياً راسخاً مفاده "لست قادراً على النجاح في أعمال جدية". هذا الاعتقاد يُنشئ في مواجهة المهام الأكاديمية مخططاً معرفياً يُطلق سلسلة من الأفكار التلقائية السلبية ("هذا العمل أصعب من طاقتي"، "ليس الوقت مناسباً الآن")، ينتج عنها قلق انتظار مُثل يدفعه إلى التأجيل بوصفه مسكناً انفعالياً أنياً. والأدهى أن التأجيل نفسه يُولّد لاحقاً ذنباً وخزياً يُزيد من وطأة القلق ويُضيّق دائرة الخيارات المتاحة، مُشكلاً حلقة مفرغة تُستدامها معززات بيئية متعددة كالعزلة الاجتماعية والتلوث الرقمي (الاستخدام المفرط لوسائل التواصل).

5. بروتوكول التدخل العلاجي السلوكي المعرفي

1.5. هيكل البروتوكول العلاجي العام

امتدّ التدخل العلاجي على اثنتي عشرة جلسة أسبوعية، تراوح كل منها بين خمس وأربعين دقيقة وساعة كاملة، وُزعت على ثلاث مراحل رئيسية : مرحلة التقييم وبناء العلاقة العلاجية (الجلسات 1-3)، ومرحلة التدخل الفعّال (الجلسات 4-10)، ومرحلة الختام والوقاية من الانتكاس (الجلسات 11-12). اتّسم البروتوكول بطابعه التعاوني الذي أُشرك فيه م. ع. بوصفه شريكاً فاعلاً في تحديد الأهداف وانتقاء الأولويات والتقييم المستمر للتقدم، تطبيقاً لمبدأ التجريبية التعاونية الذي يُعدّ من ركائز العلاج السلوكي المعرفي.

2.5. المرحلة الأولى: التقييم والتحفيز والتعليم النفسي (الجلسات 1-3)

اختصّت الجلسات الثلاث الأولى ببناء تحالف علاجي متين وتوفير بيئة آمنة خالية من الحكم والنقد، وهو ما يستدعي وقتاً وصبراً ومهارة في الاستماع الفاعل والتواضع الإكلينيكي. تضمّنت هذه المرحلة تطبيق أدوات القياس القبلية، وإجراء المقابلة شبه المنظمة، وبناء الصياغة الإكلينيكية للحالة. استُهلّت الجلسة الثانية بتطبيق مبدأ التعليم النفسي (Psychoeducation) ، وهو خطوة جوهرية كثيراً ما تُستهان بها في الممارسة الإكلينيكية السريعة. قُدِّم للمفحوص شرح وافٍ لطبيعة التسويف وآلياته المعرفية والانفعالية، مع التأكيد على أنه ليس عيباً في الشخصية ولا ضعفاً في الإرادة، بل هو نمط سلوكي مكتسب قابل للتعديل بأدوات مناسبة. خُصّصت الجلسة الثالثة للعمل على الدوافع

ورصد مستوى الاستعداد للتغيير باستخدام بعض مبادئ المقابلة التحفيزية لدعم الانخراط في العملية العلاجية.

3.5. المرحلة الثانية: التدخل الفعال (الجلسات 4-10)

أ. إعادة البناء المعرفي (الجلسات 4-6)

شكّلت تقنيات إعادة البناء المعرفي العمود الفقري للتدخل في مرحلته الأولى. بدأ العمل بتعليم المفحوص كيفية رصد الأفكار التلقائية السلبية وتسجيلها باستخدام سجلات الفكر اليومية، ثم الانتقال إلى تحديها منطقياً من خلال تقنية السقراطية الحوارية التي تستتق أدلة صحة الفكرة وتختبر بدائلها. مثلاً، حين يُفكر م. ع. "هذا البحث أصعب من طاقتي"، كان يُطلب منه تحديد الأدلة الداعمة لهذه الفكرة وتلك الناقضة لها، ثم صياغة فكرة أكثر توازناً ودقةً مثل: "هذا البحث صعب، لكنني نجحت في مهام صعبة من قبل، وأستطيع الاستعانة بمصادر إضافية".

عُمل كذلك في الجلسة السادسة على مفهوم الكمالية المعيقة (Maladaptive Perfectionism) التي كانت تُمثّل جذراً معرفياً أعمق للتسويف لدى م. ع. إذ كان يشترط لبدء أي مهمة توافر ظروف مثالية لن تتوافر في الغالب. جرى عبر نقاش مشترك صياغة اعتقاد بديل أكثر مرونة وواقعية: "عمل جيد الآن أفضل من عمل مثالي لن يُنجز أبداً".

ب. مهارات إدارة الوقت والتخطيط (الجلسات 5-7)

بالتوازي مع العمل المعرفي، تناولت الجلسات جانباً مهارياً عملياً لا يقل أهمية. تعلّم م. ع. تقنية تقسيم المهام الكبيرة إلى خطوات صغيرة قابلة للإنجاز (Task Chunking)، وهي من أكثر التقنيات أثراً في كسر عائق البداية الذي غالباً ما يكون العقبة الأولى والأعمق في مواجهة التسويف. كما تعلّم أسلوب "بومودورو" للعمل المُركّز (25 دقيقة عمل + 5 دقائق راحة)، الذي يُخفّف من رهبة الانخراط في مهمة طويلة ويُقلّل الحمل الإدراكي المرتبط بالتوقع.

صُمّمت في الجلسة السابعة خطة تدريبية أسبوعية مُهيكلّة لـ م. ع. تتضمن مواعيد دراسة محددة بدقة وأهدافاً أسبوعية واقعية قابلة للقياس والتحقق. وقد جرى الاتفاق على استخدام جدول تتبّع ذاتي يُسجّل فيه يومياً ما أنجزه وما أجّله، مع تقييم ذاتي للحالة الانفعالية التي رافقت كل قرار.

ج. التنفيل السلوكي وتعزيز الكفاءة الذاتية (الجلسات 7-9)

استهدفت تقنيات التفعيل السلوكي كسر نمط الخمول والإحجام عبر الانخراط التدريجي في أنشطة مُعززة للكفاءة الذاتية. اعتمد على مبدأ 'التعرض التدريجي للمهام' الذي يبدأ بالأقل إثارة للقلق ويتدرج نحو الأكثر تحدياً، مما يُتيح للمفحوص تجميع سجلّ من التجارب الناجحة يُعيد بناء إحساسه بالكفاءة تدريجياً. في الجلسة الثامنة، راجع المعالج مع م. ع. سجلاته اليومية ورصد معه التقدم المحقّق، مُحوّلاً كل إنجاز صغير إلى دليل ملموس على قدرته على الإنجاز، ومُستخدِماً تقنية السهم النازل لاستكشاف المعنى الأعمق لكل نجاح في ترميم صورته عن نفسه.

د. تنظيم الانفعالات ومواجهة الإحباط (الجلسات 8-10)

استكشفت الجلسات الأخيرة من هذه المرحلة الديناميات الانفعالية التي تُغذي التسويف، مع التركيز على تعليم م. ع. مهارات تحمّل الضيق وتقبّل الانزعاج المؤقت المرتبط بالبداية في المهام. تضمّن ذلك تقديم مفهوم "الانزعاج المُفيد" المتمثّل في القدرة على تحمّل الانزعاج الآني من أجل تحقيق أهداف ذات معنى على المدى البعيد، في مقابل "اليُسْر المُضِر" المتمثّل في الراحة الآنية للتأجيل التي تُراكم الأعباء وتُفاقم القلق. استُخدمت كذلك تقنيات التنفّس الواعي والتحضير الذهني قبيل الشروع في المهام لتهيئة الحالة الانفعالية وخفض مستوى القلق الاستباقي.

4.5. المرحلة الثالثة: الختام والوقاية من الانتكاس (الجلسات 11-12)

خُصّصت الجلستان الأخيرتان للمراجعة الشاملة لما تحقّق من تقدم، وإعداد م. ع. للحفاظ على المكتسبات العلاجية على المدى البعيد. جرى في هذه المرحلة توثيق استراتيجيات التكيف الفاعلة التي أثبتت نفعها خلال العلاج في 'خطة الوقاية من الانتكاس'، وتحديد إشارات الإنذار المبكر التي قد تُنبئ بعودة النمط التسويفي، مع رسم خطة عمل واضحة لمواجهة صعوبات موقّعة لا تعني فشل العلاج بل هي جزء طبيعي من مسيرة التغيير الحقيقي.

6. نتائج ما بعد التدخل والمتابعة

1.6. النتائج الكمية القبلية-البعدية

المقياس	القياس القبلي	القياس البعدي
مقياس التسويف الأكاديمي (APS)	100 / 82	100 / 34
مقياس الكفاءة الذاتية الأكاديمية	100 / 42	100 / 76
مقياس القلق من الامتحانات (TAI)	80 / 68	80 / 38
مقياس التسويف العام (GPS)	100 / 74	100 / 41

الجدول (1) : مقارنة نتائج القياس القبلي والبعدي على المقاييس المطبّقة

2.6. التحليل النوعي للتغيرات الملحوظة

تتجاوز قراءة الأرقام المجردة حدودها حين تُضيف إليها التحليل النوعي للتغيرات التي لاحظها م. ع. بنفسه وعبر عنها في جلسات المتابعة. ففضلاً عن التراجع الواضح في مستوى التسويف الذي كشفته المقاييس الكمية، وصف المفحوص شعوراً متنامياً بالسيطرة على وقته ومساره الدراسي، ونبذةً مختلفة في حديثه عن نفسه تخلو من الاستهانة والنقد الذاتي المفرط اللذين طبعاً جلساته الأولى. أفاد م. ع. بأنه بات يُفرّق بوضوح بين ما هو 'صعب فعلاً' وما هو 'مُستصعب' بفعل القلق والتوقعات المشوّهة، وأن هذا التمييز وحده منحه درجة ملحوظة من التحرّر. كذلك أفاد بأن علاقته بالأستاذة المشرفة تحسّنت إذ بات يُحصّر للقاءاتهما ويُشارك بإيجابية بعد أن كان يتجنّبها خشية الظهور بمظهر غير كفء.

3.6. نتائج المتابعة بعد شهرين

أجري قياس متابعة بعد شهرين من انتهاء البروتوكول العلاجي، وكشف عن ثبات ملحوظ للمكتسبات العلاجية مع تراجع طفيف عن نتائج القياس البعدي المباشر، وهو أمر متوقع ومقبول في أدبيات

العلاج النفسي .حافظ م .ع .على مستوى منخفض من التسويف، وأنهى بنجاح مذكرة التخرج التي كانت قد تحوّلت في ذهنه إلى شبح لا يُطاق، وعبر عن رغبة حقيقية في الاستمرار بتطبيق الأدوات التي اكتسبها.

7. المناقشة والتأمل الإكلينيكي

1.7. التفسير الإكلينيكي للنتائج

تؤكد نتائج هذه الدراسة ما خلصت إليه الأدبيات الدولية من فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة التسويف الأكاديمي، وتُضيف إليها بُعداً نوعياً يتمثل في الكشف عن الديناميات الداخلية الدقيقة التي أتاح التدخل تحريكها وتعديلها .يبدو جلياً من تحليل مسار العلاج أن المحور الأساس للتغيير لم يكن مجرد اكتساب مهارات جديدة في إدارة الوقت، بل كان في تحوّل عميق في الطريقة التي ينظر بها م .ع .إلى ذاته وإلى قدرته على مواجهة الصعوبات.

يُقدّم هذا التحوّل دليلاً عملياً على ما تطرحه النظريات الحديثة في الكفاءة الذاتية والبنية المعرفية : أن تغيير الاعتقادات النواتية حول الكفاءة والقدرة هو التغيير الأعماق والأكثر ديمومة، في حين قد تبقى تقنيات إدارة الوقت وحدها قاصرة إذا لم تُرفق بعمل معرفي يعيد بناء الصورة الذاتية.

2.7. حدود الدراسة وقيودها المنهجية

تُقرّ هذه الدراسة بجملة من القيود المنهجية الجوهرية التي ينبغي مراعاتها عند قراءة نتائجها :أولها محدودية التعميم الإحصائي المرتبطة بطبيعة منهج دراسة الحالة الفردية؛ وثانيها غياب مجموعة ضابطة يتعدّر معها عزل أثر التدخل بمعزل عن المتغيرات الخارجية؛ وثالثها احتمال تأثير التحيز الاجتماعي في الإجابات على المقاييس الذاتية التقرير .وعلى الرغم من هذه القيود، تُبقي الدراسة على قيمتها بوصفها نموذجاً إكلينيكياً مُرفقاً بأدوات قياس منهجية في سياق يفتر إلى مثل هذه التوثيقات الإكلينيكية المنضبطة.

8-الخاتمة والآفاق البحثية

قدّمت هذه الدراسة قراءة إكلينيكية معمّقة لظاهرة التسويف الأكاديمي من خلال مزج الإطار النظري المتكامل مع تجربة مسرودة سردياً لمسار تدخل فعلي وصف بأمانة مراحل وأدواته وتحولاته .أثبتت

النتائج أن التسويف الأكاديمي ليس قدراً محتوماً ولا صفةً لصيقة بالشخصية، بل هو نمط مكتسب قابل للتعديل حين يتوافر التدخل المناسب والبيئة العلاجية الداعمة والمحفزة. يستدعي تطوير هذا المجال في السياق الجزائري والعربي جملةً من المبادرات البحثية والتطبيقية العاجلة: تطوير أدوات قياس معرّبة ومُثَنَّة في السياق الجزائري لظاهرة التسويف الأكاديمي؛ وإجراء دراسات تدخلية مجموعاتية للمقارنة بين بروتوكولات علاجية مختلفة؛ وبناء برامج وقائية في إطار الصحة النفسية الجامعية تستهدف تحصيل الطلاب مبكراً في سنواتهم الأولى قبل أن تتجذر الأنماط التسويفية وتُعيق مسارهم الأكاديمي. وإن كانت ثمة رسالة جوهرية يحملها هذا المقال، فهي أن الجامعة ليست مجرد فضاء لتلقي المعرفة، بل هي أيضاً بيئة نفسية-اجتماعية تُشكّل الطالب وتؤثّر في ثقته بنفسه وكفاءته الذاتية ورؤيته للمستقبل. والاستثمار في الصحة النفسية للطلاب هو في حقيقته استثمار في ركيزة التنمية البشرية الأعمق والأكثر ديمومةً.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

1. بوقصبة، أ. (2020). التسويف الأكاديمي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى طلبة الجامعة. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(1)، 45-68.
2. حمداوي، ج. (2021). العلاج المعرفي السلوكي: المبادئ والتقنيات والتطبيقات الإكلينيكية. دار الكنوز للمعرفة.
3. رزيق، ف. (2019). التسويف والتأجيل الدراسي: الأسباب والمعالجة. المجلة الجزائرية للطب النفسي، 14(2)، 12-30.
4. سليمان، ك. أ. (2022). المهارات الدراسية والصحة النفسية للطلاب الجامعيين. دار الفكر العربي.
5. عبد الله، م. ح. (2018). الكفاءة الذاتية الأكاديمية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي. مجلة علم النفس الجزائرية، 10(1)، 5-22.

6. قاسمي، أ. (2023). التدخل النفسي المبني على الأدلة في البيئة الجامعية الجزائرية .
مجلة الصحة النفسية والتربية، 8(1)، 1-18.

المراجع باللغات الأجنبية

1. Aubin, H.-J., Dupont, P., & Lagrue, G. (2019). Les thérapies cognitives et comportementales en addictologie: Guide pratique (3e éd.). Dunod.
2. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
3. Beck, A. T. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). Guilford Press.
4. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.
5. Boudoukha, A. H. (2011). Burn-out et post-traumatique: Troubles psychologiques chez les professionnels de santé. Dunod.
6. Choi, J. N., & Moran, S. V. (2009). Why not procrastinate? Development and validation of a new active procrastination scale. Journal of Social Psychology, 149(2), 195–211. <https://doi.org/10.3200/SOCP.149.2.195-212>
7. Cottraux, J. (2017). Les thérapies comportementales et cognitives (5e éd.). Elsevier Masson.
8. Declercq, C. (2020). Procrastination et régulation émotionnelle: Apports des TCC. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 25(1), 12–28.
9. Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). Overcoming procrastination. Institute for Rational Living.
10. Ferrari, J. R., & Tice, D. M. (2000). Procrastination as a self-handicap for men and women: A task-avoidance strategy in a laboratory setting. Journal of Research in Personality, 34(1), 73–83.

11. Flett, A. L., Haghbin, M., & Pychyl, T. A. (2016). Procrastination and depression from a cognitive perspective. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 54-75.
12. Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.
13. Klingsieck, K. B. (2013). Procrastination: When good things don't come to those who wait. *European Psychologist*, 18(1), 24-34. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000138>
14. Lay, C. H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 474-495.
15. Mirabel-Sarron, C., & Vera, L. (2014). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive* (2e éd.). Dunod.
16. Pagnon, F. (2021). Procrastination académique chez les étudiants: Analyse cognitive et interventions. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 31(2), 78-91.
17. Rémillard, B., & Larivée, S. (2009). Procrastination et métacognition. *Bulletin de psychologie*, 502(4), 305-315.
18. Rusinek, S. (Ed.). (2014). *Apprendre à changer: Les thérapies cognitives et comportementales*. Presses Universitaires du Septentrion.
19. Rozental, A., & Carlbring, P. (2014). Understanding and treating procrastination: A review of a common self-regulatory failure. *Psychology*, 5(13), 1488-1502.
20. Schraw, G., Wadkins, T., & Olafson, L. (2007). Doing the things we do: A grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 12-25.
21. Sirois, F. M., & Pychyl, T. A. (2013). Procrastination and the priority of short-term mood regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(2), 115-127.

22. Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31(4), 503-509.
23. Spielberger, C. D. (1980). *Test anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press.
24. Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65-94.
25. Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health. *Psychological Science*, 8(6), 454-458.
26. van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1401-1418.
27. Wolters, C. A. (2003). Understanding procrastination from a self-regulated learning perspective. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 179-187.
28. Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). SAGE Publications.
29. Zimmerman, B. J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment. *American Educational Research Journal*, 29(3), 663-676.