



**الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج  
الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض  
اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة  
الاجتماعية الناجمة عنه لدى طالبات الجامعة**

**د. محمد فتحي علي سليمان**

مدرس بقسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة الفيوم

**DOI: 10.21608/QARTS.2022.161121.1509**

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - العدد (٥٧) أكتوبر ٢٠٢٢

ISSN: 1110-614X الترخيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة

ISSN: 1110-709X الترخيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية

موقع المجلة الإلكتروني: <https://qarts.journals.ekb.eg>



## الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى طالبات الجامعة

### الملخص:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والعلاج الجدلي السلوكي (DBT) في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى عينة من طالبات كلية الآداب جامعة الفيوم، وكذلك التعرف على مدى استمرار فعالية العلاج بعد فترة المتابعة التي وصلت إلى شهر لدى المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة. وتكونت عينة الدراسة: من (١٨) طالبة، تراوحت أعمارهم بين (٢٠ - ٢٣ سنة) بمتوسط عمري (٢١.١١) سنة وانحراف معياري قدره (١.٧١١)، وتم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلى ثلاث مجموعات تجريبية قوام كل مجموعة (٦) طالبات، بالإضافة للمجموعة الضابطة قوامها أيضًا (٦) طالبات ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري. وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس اضطراب الوسواس القهري (إعداد/أبو هندی، مؤمن، ٢٠٠٦)، مقياس الوصمة الاجتماعية (إعداد: مسموح، ٢٠١٨)، و(استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦)، قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية) (DSM-5) ترجمة: الباحث)، البرنامج المعرفي السلوكي، البرنامج السلوكي الجدلي، إعداد/ الباحث. وأسفرت نتائج الدراسة عن: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعات التجريبية الثلاث، والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرامج العلاجية، ووجود فروق ذات

دلالة إحصائية بينهما بعد تطبيق البرامج العلاجية، وجود فروق دالة إحصائية في متوسطى أداء المجموعات التجريبية الثلاث بين القياسين القبلي والبعدي، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية، وعدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي، عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية الكلمات المفتاحية: العلاج الجدلي السلوكي، العلاج المعرفى السلوكي، اضطراب الوسواس القهري، الوصمة الاجتماعية.

## مقدمة:

### يُعد اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder

(OCD) أحد اضطرابات القلق التي تتسم بوجود وساوس وأفعال قهرية، وهو عبارة عن أفكار متكررة يدركها الفرد على إنها غير ملائمة، أما الأفعال القهرية فهي أفعال عقلية أو سلوكيات متكررة يقوم الفرد بأدائها استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد خاصة، والتي يجب أن تطبق بشكل صارم (Antony&Swinson,2001,53)

وقد أظهرت نتائج كل من دراسة الخضير (٢٠٠٩)، بدرى (٢٠٠٩)، السيد (٢٠٠٧)، محمد (٢٠١٠)، محمود (٢٠١٠)، عبد الخالق وآخرون (٢٠١٢)، الريموى والريموى (٢٠١٤)، إلي ارتفاع انتشار اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة.

ويمكن الاستدلال على هذا الاضطراب، من خلال ملاحظة سلوك المريض، أو ما يذكره التقرير الذاتى، ويظهر هذا الاضطراب على شكل وساوس وأفعال قهرية، وقد توجد الوسواس دون الأفعال، ولكن وجود الأفعال يُحتم أن يوجد معها الوسواس، والسبب فى ذلك تسلط الفكرة على الفرد ويصاحبها الشعور الدائم بالقلق (سعفان، ٢٠٠٣-أ، ٧).

فقد اتضح أن حوالى ٨٠٪ من مرضى الوسواس لديهم وساوس وقهر، وتعانى قلة منهم من الوسواس وحدها، ومن النادر أن نجد الطقوس القهرية الخالصة، دون أن يصاحبها أفكار وسواسية، والوسواس تسبق الطقوس القهرية عادة، ولكن يحدث أحياناً أن يلى الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس وبخاصة مع الشك الوسواسى (عيد والنيال وعبد الخالق، ٢٠٠٩، ١١٧)

كما وجد أن حوالي ٦٩٪ من الحالات تكون مختلطة بين الوسواس والأفعال القهرية، و ٢٥٪ من الحالات تكون عبارة عن وسواس فقط، وفي ٦٪ من الحالات تكون الطقوس والأفعال القهرية فقط (عبد الخالق، ورضوان، ٢٠٠٢، ٤٦). وكان عامل "التردد وعدم الاكتراث" مرتفعاً لدى جميع أفراد العينة بنسبة (١٢.٣٣٪)، في حين أن "التكرار والشك" جاء نسبة (١١.٦٩٪) من إجمالي عينة الدراسة التي بلغت (١٢١) طالباً و(١٠٧) طالبة (كاظم، وآل سعيد، ٢٠٠٨). كما أظهرت دراسة البناني (٢٠١٠) عن وجود علاقة موجبة بين التجميع والتخزين القهرى واضطراب الوسواس القهرى لدى طلاب الجامعة لدي العينة الكلية (الكلينيكية وغير الاكلينيكية) وانتشار التجميع والتخزين القهرى بين أفراد العينة الإكلينيكية بنسبة ٤١.٥٪، وبين العينة غير الإكلينيكية بنسبة ١٥.٥٪.

وبرغم اختلاف انتشار أنواع اضطراب الوسواس القهرى إلا أنه يحتل المرتبة الرابعة بين الاضطرابات النفسية بعد المخاوف والاكتئاب والاضطرابات المتعلقة بالمخدرات، حيث تتراوح نسبة انتشاره بين الاضطرابات النفسية من ١٠٪-٥٠٪، ويتراوح نسبة انتشاره فى المجتمع بصفة عامة بين ٠.٥٪ إلى ٣٪ ويختلف انتشاره باختلاف المرحلة العمرية حيث يزداد في مرحلة المراهقة عن المراحل الأخرى (Ricks, George, 1991). وكذلك يختلف انتشاره باختلاف الجنس، فالإناث أكثر معاناة من هذا الاضطراب بالمقارنة بالذكور كما أشارت دراسة (CilliÇilli, Telcioglu, Aşkın, Kaya, Bodur & Kucur, 2004)، وذلك على عكس نتائج دراسة بدرى (٢٠٠٩) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين طلاب وطالبات الجامعة فى مستويات الوسواس القهرى.

ومن ناحية أخرى، فوصم الفرد بالمرض النفسي يجعله يشعر بالنقص، العزلة، اليأس، ويمنعه من القيام بدوره في المجتمع (Weiss,1999,51). كما ارتبطت الوصمة الذاتية بمجموعة متنوعة من النتائج السلبية، حيثُ وجد أن الوصمة الذاتية المرتبطة بالنساء كانت مرتبطة بتدني احترام الذات، واليأس، وانخفاض الفعالية الذاتية وعدم التمكين، ويمكن أن يؤدي ذلك أيضًا إلى تفاقم مشاكل الصحة النفسية والعقلية، وزيادة التجنب الاجتماعي وتأخير عملية التعافي (Corrigan,2004,614-625). وفي بعض الأحيان قد يكون تأثير الوصمة الاجتماعية على مرضى الاضطرابات النفسية مدمرًا مما قد يؤدي إلى تدني احترام الذات وضعف العلاقات الاجتماعية، مما يدفعه إلى إيذاء نفسه أو إلى انحراف سلوكه (Mason, Carlisle & Watkins,2012,122). وكذلك الشعور بالإحباط وعدم تقدير الذات والإحساس بالألم النفسي والشعور بالخجل والعار نحو الذات (رماح، ٢٠٢٠، ٣٥)

فعلى الرغم من زيادة المعرفة العامة بالاضطرابات النفسية وأسبابها وعلاجها، يستمر وصم الأشخاص الذين يُعانون من اضطراب نفسي بطرق تُحد من مشاركتهم الاجتماعية في كافة شئون الحياة (Stuart,2012,184). فالأشخاص المصابون بالمرض النفسي يُعانون من وصمة أثناء مسار مرضهم وعلاجهم، ويشعرون أيضًا بالرفض من المحيطين بهم وهو مؤشر مهم لانكاس الأعراض وعدم الامتثال للعلاج (Shrivastava,2012,165) (في: فرغلي، ٢٠٢١، ٢١٠). ومن ضمن آثار الوصمة الاجتماعية أنها تؤدي بالفرد للعزلة عن أفراد المجتمع، وقد تؤدي أيضًا إلى صمت الوالدين، فلا يبحثان عن علاج لابنهما، ولا يشكوان لأحد؛ خوفًا وخجلًا من نظرة المجتمع (عيسى، ٢٠٠٥، ١٥٣-١٨٩) كما أشارت نتائج دراسة (فرغلي، ٢٠٢١،

(٢١٨)، أن الآثار النفسية للوصمة الاجتماعية لدى مرضى الاضطرابات النفسية جاءت بقوة نسبية قدرها (٦١.٣٪)

وكما هو معلوم بأن النظريات السلوكية تعنى بتعديل السلوك المضطرب، والتعامل مع عديد من الاضطرابات النفسية وعلاجها بنجاح فى مراحلها المتعددة (Corey, Corey & Corey, 2013, 55). وفى فترة الثمانينات من القرن الماضى التى تميزت بالبحث عن آفاق جديدة بعيداً عن نظريات التعلم التقليدية، لاهتمامها بدور الانفعالات والعواطف فى العلاج لإحداث التغيير، ومن هنا ظهر العلاج المعرفى السلوكى كقوة رئيسية فى علاج الاضطرابات النفسية (باترسون، ١٩٩٠، ٥٣٩).

ونتيجة لذلك ظهرت العديد من المداخل الإرشادية والعلاجية قائمة على العلاج المعرفى السلوكى اهتمت بعلاج اضطراب الوسواس القهرى من خلال أسلوب التعرض ومنع الاستجابة مثل دراسات (سعفان، ١٩٩٦؛ Marks, 1997؛ البشر وفرج، ٢٠٠٢؛ Wagner, 2003؛ رزق، ٢٠٠٣؛ Anderson & Rees, 2007؛ Turner, Mataix-Cols, Lovell, Krebs, Lang, Byford & Heyman, 2014؛ حنور، ٢٠١٦) والبعض منها قائم على الإرشاد الانتقائى (سعفان، ٢٠٠٣ ب؛ مبارك، ٢٠٠٣)، وأخرى قائمة على العلاج النفسى الدينى (فضة والفقى وسيد، ٢٠١٠؛ الرشيد، ٢٠١٥).

كما أشارت كل من دراسة (Bolton, Perrin, 2008)، ودراسة (Rowa, Antony, Summerfeldt, Purdon, Young & Swinson, 2007)، والأغا (Jones, Wootto & Vaccaro, 2012)، ودراسة (Golden, Holaway, 2013)، ودراسة (Nakanishi, Oshita, Tanaka, Inoue،



Kawashima, Okamoto & Akiyoshi, 2014) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري.

كما أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوصمة الذاتية والاجتماعية الناتجة عن الاضطرابات النفسية ومنها دراسة (Shimotsu, Horikawa, Emura, Ishikawa, Nagao, Ogata & Hosomi, 2014)، ودراسة (Kim & Jun, 2016)، ودراسة (Murray, Augustinavicius, Kaysen, Rao, Murray, Wachter, Bass, 2018) ودراسة (Zarei & Roohafza, 2018)، ودراسة (Tong, Bu, Yang, Dong, Sun & Shi, 2020)

ومع استمرار تطور النظرية المعرفية السلوكية أدى ذلك إلى ظهور الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي وهو العلاج السلوكي الجدلي، والذي قد تم تطويره من جنب مارثا لينهان وزملائها، فذكر بارلو (٢٠٠٢، ٩٥٥-٩٥٦) أن لينهان طورته لعلاج الشخصية الحدية، وهو منحنى يمزج بين المناحي النفسية الدينامية ونظم التفاعل بين الأفراد والعلاج المعرفي السلوكي، وقد انطلق العلاج الجدلي السلوكي من محاولة علاج حالات الانتحار المزمنة ولأفراد المتطرفين في سوء توافقهم.

وهو نهج أثبت فعاليته في علاج الشخصية الحدية، والتعامل مع عدم الاستقرار العاطفي والمعرفي واضطرابات سلوك إيذاء النفس، والمشاعر المزمنة، والمشكلات الشخصية، وضعف السيطرة على الانفعالات، وإدارة الغضب (Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty & Kivlahan, 2002, 14). وتُعد عملية الإقناع الجدلي التعليمي أحد المكونات الرئيسية في هذا العلاج، حيث يسعى

المعالج لمساعدة العميل على التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية الخاطئة، وإعادة البناء المعرفي من خلال الإقناع اللفظي (محمد، ٢٠٠٠، ٤٦-٤٧).

كما أثبتت فعاليته في مساعدة الأفراد على تعديل انفعالاتهم الشديدة المتطرفة وخفض السلوكيات الاندفاعية والتخريبية، وهذا ما جعله علاجًا جذابًا خاصة لمن يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط أو الانفعالات الشديدة (Matta,2012,3-4)

كما أن التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي تساعد على التحكم في اضطراب الوسواس القهري، فمن خلال ملاحظة الأفكار كأفكار فقط، وأنها ليست هناك حاجة للعمل بها واليقظة العقلية لكل ما يقوم به الفرد والتواصل مع اللحظة الحالية كل ذلك يساعد في خفض الأفكار الوسواسية؛ كما أن التدريب على تحديد الرغبة في العمل، وإدراك الوسواس على إنها إنذارات كاذبة، واستخدام الفعل المعاكس، واستخدام الإلهاء، واستخدام تدريبات اليقظة العقلية في أداء الأنشطة، كل ذلك يساعد في التحكم في السلوكيات القهرية (Chapman, Gratz & Tull,2011,187)

كما أثبت العلاج الجدلي السلوكي فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية مثل: اضطراب الاندفاعية، واضطراب القلق، اضطراب العناد الشارد، الغضب والعدوان، سلوكيات إيذاء الذات، اضطرابات الأكل، اضطراب ما بعد الصدمة، الميل للانتحار، اضطراب الشخصية الحدية (Safer, Telch& Chen,2009; Shelton, Sampl, Kesten, Zhang & Trestman,2009; Chapman, Gratz & Tull,2011; Marco, García-Palacios & Botella,2013; Harned, Korslund & Linehan,2014; Tomlinson,2015; Kells,Joyce, Flynn, Spillane & Hayes,2020; Harned, Schmidt, Korslund &Gallop,2021; Flynn, Kells & Joyce,2021)

وقد أجريت مؤخرًا بحوث قدمت أدلة على فعالية العلاج السلوكي الجدلي مع الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري كدراسات (Miller&Kraus,2007;Fairfax,2008; Ahovan, Balali, Shargh & Doostian,2016). ودراسة (Lynch&Cheavens,2008) التي هدفت إلى استخدام العلاج السلوكي الجدلي لحالة مرضية تعاني من البارانويا واضطراب الوسواس القهري. وفي المقابل لم يجد الباحث دراسات تناولت فعالية العلاج الجدلي السلوكي في خفض الوصمة الاجتماعية لدى المضطربين نفسيًا وذلك في حدود علم الباحث.

ويتضح مما سبق؛ أن العلاج السلوكي الجدلي والعلاج المعرفي السلوكي علاجات فعالة بنتائج واعدة للاستخدام مع الاضطرابات والمشكلات النفسية المختلفة التي تعوق توافق الفرد وتؤثر على مختلف جوانب حياته، ولكن هناك من يؤكد على فعالية العلاج الجدلي بالمقارنة مع غيره من العلاجات، حيث أكد كثير من الباحثين على فعالية العلاج الجدلي السلوكي في علاج بعض الاضطرابات النفسية المتعددة مقارنة بالمداخل العلاجية المعرفية السلوكية الأخرى، والمداخل العلاجية النفسية والطبية (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler & Pantalone,,2015,3). وله دور فعال في التخلص من الأفكار السلبية وتحقيق التغيير والوصول إلى معاني جديدة؛ وذلك من خلال الإقناع الجدلي واستثمار التعارض في العلاقة العلاجية (بارلو، ٢٠٠٢، ٩٦٦).

ولما لاضطراب الوسواس القهري من تأثيرت سلبية على شخصية الأفراد؛ الأمر الذي يتطلب العمل على التخفيف من حدته من خلال التدريب على مهارات كلا العلاجين للتعديل من طريقة الفرد المتناقضة والخاطئة في التفكير ومساعدته على تغيير السلوكيات المشككة، وتدريبه على كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات

غير المرغوبة، وأيضًا التعامل مع الأحداث التي تسبب له الشعور بالتعاسة والتوتر، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث، والمساعدة على تنظيم الانفعالات، وتعلم استراتيجيات أفضل لإدارة الضغوط الحياتية؛ ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية لتشكل خطوة في الاتجاه العلمي لمعرفة الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى طالبات الجامعات، وكذلك كفاءة الجمع ما بين الأسلوبين في علاج اضطراب الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه، والذي قد يكون أكثر فعالية عن استخدام كل أسلوب علاجي على حده، فالعلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على تعديل السلوك والتخلص من الطقوس الحركية والأفعال القهرية. والعلاج الجدلي السلوكي له دور فعال في التخلص من الأفكار السلبية والوصول إلى معان جديدة من خلال الإقناع الجدلي.

#### مشكلة الدراسة:

انتشرت في الأونة الأخيرة بعض الاضطرابات النفسية في المجتمع العربي بمعدل مرتفع ولا يوجد أسباب كافية لهذا الانتشار (عيسوي، ١٩٩٤، ١٥٨). ويُعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية ألمًا، حيث يُصيب هذا الاضطراب عدداً من الأفراد يبلغ ١ في كل ٢٠٠٠ فرد (Antony & Swinson, 2001, 55). وقد أشار (عكاشة، ٢٠١٨) إلى أن معظم مرضى الوسواس القهري يأتون بين سن ٢٠-٣٠ سنة بعد فترة من المرض تتراوح من شهور إلى خمس سنوات، وأن طلاب الجامعة أكثر معاناة عن الطلاب في المراحل التعليمية الأخرى من هذا الاضطراب (عكاشة، ٢٠١٨، ١٧٠). أما الدليل الإحصائي والتصنيفي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية DSM-5

أوضح أن نسبة هذا الاضطراب تتراوح ما بين ١-٣٪ من البشر، وتتأثر الإناث بمعدل أعلى من الذكور في مرحلة البلوغ، كما أن متوسط العمر بالنسبة للأفراد عند بداية الوسواس القهري هو ١٩.٥ عامًا، كما أن ٢٥٪ من الحالات تبدأ بعد عمر ١٤ عامًا، (American Psychiatric Association, 2013, 239)، وهذا ما أكدته **عكاشة** (٢٠١٨، ١٦٥) من أن هذا الاضطراب يمثل حوالي ٤٪ من الاضطرابات العصابية، حيثُ وجد أن هذا الإضطراب بين المترددين على عيادة الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس بلغ حوالي ٢.٦٪.

كما أن نسبة من ١٠٪-١٥٪ من طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك التكرار، وأن هذا السلوك يكفى لإدراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس القهري (غانم، ٢٠٠٦، ٧١). كما أشارت نتائج دراسة **محمد** (٢٠١٠) أن اضطراب الوسواس القهري ينتشر بنسب مختلفة لدى طلاب جامعة البحر الأحمر بالسودان وكانت النسبة المتوسطة والحادة بنسبة ١٩.٢٪، فى حين أظهرت نتائج دراسة **البنانى** (٢٠١٠) انتشار التجميع والتخزين القهري بين أفراد العينة الاكلينيكية بنسبة ٤١.٥٪، وبين العينة غير الاكلينيكية بنسبة ١٥.٥٪ من طلاب جامعة أم القرى.

ويسبب اضطراب الوسواس القهري كثيرًا من المتاعب لكل المرضى بصفة عامة وطلاب الجامعة بصفة خاصة، حيثُ يؤدي إلى القلق العالى والكدر والتوتر بالإضافة إلى ضياع الوقت والجهد نتيجة للقيام بالطقوس الحركية والأفعال القهرية، كما يؤدي إلى الفشل الدراسى حيث يؤثر سلبياً على الأداء الأكاديمى لطلاب الجامعة (Mrdjenovich & Bischof, 2003, 147). كما أنه يؤثر سلبياً على تفكير الطلاب وقدرتهم الابتكارية كما أشارت دراسة (أحمد، ١٩٩٦). وكذلك الذاكرة اللفظية طويلة المدى والذاكرة المباشرة والذاكرة المكانية كما أشارت دراسة (الجمل، ٢٠٠٥)، ودراسة

(Singh, Mukundan,2003). كذلك يؤدي الاضطراب إلى تدهور الوظائف المعرفية والاجتماعية، كما فى دراسة (Gawad,2001). بالإضافة إلى أن الاضطراب قد يكون سبباً فى المعاناة من اضطرابات الأكل واضطرابات النوم خاصة الأرق لدى طلاب الجامعة كما أشارت دراسة كلّ من (عبد الخالق والنيال، ١٩٩٢)، (إبراهيم والنيال، ١٩٩٣).

وتعتبر الوصمة ظاهرة اجتماعية معقدة، قد تبرز فى حياة أى شخص مصاب باضطراب عقلى أو نفسى وتكمن بردود الفعل العاطفية السائدة تجاه الأفراد المضطربين وهى عادة ما تشير إلى مجموعة من المواقف والمعتقدات السلبية التى تحفز الخوف من الأشخاص المضطربين والابتعاد عنهم ورفضهم وتجنبهم والتمييز ضد هؤلاء الأشخاص مما يدفعهم لتجنب التعامل معهم ونبذهم، فالوصمة الاجتماعية تكون نتيجة المقارنة الاجتماعية (أبو ليفة، ٢٠١٧، ٢٨). وقد أشارت دراسة على (٢٠٢١) أن الوصمة الاجتماعية للمرض النفسى وسط طلاب الطب بالجامعات الخاصة بولاية الخرطوم تتسم بالارتفاع، كما أشارت دراسة أبو القاسم (٢٠١٨) أن الوصمة الاجتماعية لدى أسر المرضى النفسيين مرتفعة. فبرغم أن الأمريكان قد حققوا إنجازاً عظيماً فى فهم المرض النفسى، ولكن زيادة المعرفة لم تؤد إلى تعطيل الوصمة الاجتماعية (عيسى، ٢٠٠٥، ٤٢)، فقد أشارت كل من دراسة على (٢٠٢١)، ودراسة محمد (١٩٩٢) إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين اتجاهات طلاب الطب نحو المرض النفسى والوصمة الاجتماعية.

فالخوف من الوصمة الاجتماعية فى المجتمع العربى مازال قائماً، وقد يتأثر البعض بأن الأسرة سيقال أن لديها مريضا نفسيا (سرحان، ٢٠١١، ٧٥).

وقد بدأ إحساس الباحث بمشكلة الدراسة من خلال عمله الأكاديمي والتفاعلي مع طلاب المرحلة الجامعية، فقد لاحظ على بعض الطالبات ظهور علامات التشكك والتردد المستمر في الإجابة على الأسئلة المختلفة وجلوسهن دوماً في مؤخرة القاعة الدراسية، بل وطلب بعضهن طريقة للعلاج، خاصة بعد ملاحظة الآخرين لتصرفاتهن وإلقاء اللوم عليهن، ومن ثم الشعور بالذنب، والتي سرعان ما تحول للشعور بالوصمة الاجتماعية.

وتظهر أعراض الوسواس والأفعال القهرية لدى أفراد عينة الدراسة في طقوس الشك المختلفة؛ مثل الشك في كتابة الإسم في كشوف الحضور، وإعادة النظر فيها مرات عديدة للتأكد، وذكرت بعضهن أنها كانت تحاول التأكد من وجود اسمها أكثر من مره، ومهما نظرت (على حد قولها) لا تتأكد، واتفق أفراد عينة الدراسة في تكرار طقوس الاغتسال والطهارة مثل غسل اليدين المتكرر بالصابون، وإعادة الوضوء أكثر من مرة والشك في الطهارة مما يدفعها للإسراف في المياه، وثقل الصلوات عليهن بسبب تكرار وإعادة الصلاة أكثر من مرة، وعدم القدرة على إنجاز الأعمال اليومية، واستحواذ بعض الأفكار عليهن وعدم القدرة على مقاومتها؛ كما صاحب الحالات بعض التدهور الدراسي ووجود بعض الأفكار الانتحارية لديهن وإيذاء الذات في أكثر من مرة، حتى أن بعض الحالات ذكرن أنهم حاولن الانتحار ولكنها لم تقوَ على تنفيذ الفكرة، وبعضهن ذكرت أنها قامت بقص شعرها بالكامل، وليس ذلك فحسب، بل كانت تراودها أفكار إيذاء الآخرين والذات. كما صاحب الوسواس والأفعال القهرية بعض الاضطرابات والمشكلات الانفعالية الأخرى المتمثلة في القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية والخوف من المستقبل، كما أدت هذه الوسواس إلى تدنى مفهوم الذات لديهن،

فضلاً عن تدهور المستوى الأكاديمي بشكل ملاحظ، والتي كان نتيجته الشعور الدائم بالوصمة الاجتماعية.

ومن خلال ما سبق؛ يتضح لنا مدى خطورة تطور أعراض ذلك الاضطراب على اختلافها وتنوعها من أعراض جسدية ونفسية وسلوكية، مما يؤثر على الفرد المصاب به بالسلب، فضلاً عن تدهور العلاقات الاجتماعية والميل نحو العزلة والانسحاب من المجتمع ومن مزاوله الأنشطة الحياتية المعتادة، نتيجة الافتقار إلى مهارات التنظيم الانفعالي، ونقص مهارات تهدئة الذات، وعدم القدرة على التعايش مع الواقع، مما يدعم الحاجة إلى وضع برامج علاجية مناسبة لخفض آثار أعراض هذا الاضطراب التي تؤثر على مجمل شخصية الحالة المصابة بها.

وعليه؛ ظهرت الحاجة إلى التدخل التجريبي بتصميم برامج علاجية لتخفيف أعراض الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى طلبة الجامعة، ولمساعدة هؤلاء الطلبة الذين يمرون بمرحلة عمرية مهمة في التغلب على ما يواجههم من مشكلات سلوكية. لذلك جاءت فكرة الدراسة الحالية في محاولة للكشف عن مدى فعالية كل من العلاج السلوكي المعرفي والعلاج السلوكي الجدلي والجمع بينهما في مقارنة علاجية في كفاءتهما في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري، وتغيير أو التخفيف من الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى عينة من مريضات الوسواس القهري من طالبات الجامعة.

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:



- إلى أي مدى يختلف العلاج السلوكي المعرفي عن العلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى طالبات الجامعة؟. ويتفرع منه الأسئلة التالية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (التجريبية الأولى)، ومجموعة العلاج الجدلي السلوكي (التجريبية الثانية)، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي (التجريبية الثالثة) والمجموعة الضابطة على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية قبل تطبيق البرامج العلاجية؟.

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (التجريبية الأولى)، ومجموعة العلاج الجدلي السلوكي (التجريبية الثانية)، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي (التجريبية الثالثة) والمجموعة الضابطة على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية بعد تطبيق البرامج العلاجية؟.

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في المجموعات التجريبية الثلاث في القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية؟.

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في المجموعة الضابطة في القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية؟.

## أهداف الدراسة:

١. التعرف على مستوى اضطراب الوسواس القهري ودرجة الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى طالبات الجامعة أفراد عينة الدراسة.
٢. المقارنة بين كل من العلاج السلوكي الجدلي والعلاج السلوكي المعرفي والجمع بينهما فى تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج، وبعد فترة المتابعة التى تصل إلى شهر.

## أهمية الدراسة:

## الأهمية النظرية:

١. معرفة بعض أعراض الوسواس القهري لدى طالبات الجامعة، وذلك من خلال نتائج الدراسة السيكومترية.
٢. معرفة مدى تأثير الوصمة الاجتماعية نفسيًا واجتماعيًا على مرضى الوسواس القهري
٣. الاهتمام بفئة من أهم فئات المجتمع وهم طلاب الجامعة، فهم نواة الباحثين والعلماء والمهنيين، ويعتمد عليهم فى تقدم وتطور المجتمع، وذلك من خلال تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري والذي يُعد أكثر الاضطرابات النفسية تأثيرًا على حياة الفرد، وكذلك الشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه.
٤. أهمية عينة الدراسة، وهن الطالبات والمجال التعليمى الذى تم أخذ العينة منه والذي يُعد أحد المجالات الأساسية التى تؤدى فيه المرأة دورًا واضحًا وملموًا باعتباره من أهم العوامل الأساسية للنهوض بالمجتمعات الإنسانية وتقدمها، لأنه يرفع من مكانة

الإنسان في البناء الاجتماعي، ويرقى بدوره الوظيفي داخل المجتمع (عناقرة،  
والخوالدة، ٢٠٠٧، ٣١٢)

### الأهمية التطبيقية:

١- خفض حدة اضطراب الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى طالبات الجامعة من خلال برنامج معرفي سلوكي، وبرنامج جدلي سلوكي والجمع بينهما مما يكون له أثر إيجابي على تحسين حياة الطالبات الدراسية والاجتماعية والنفسية الناتجة عن تخفيف هذا الاضطراب.

٢- التحقق من كفاءة وفعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي من خلال المقارنة بينهم، والجمع بينهم في خفض مستوى اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى طالبات الجامعة.

٣- إلقاء الضوء على مزيد من فنيات ومهارات العلاج السلوكي الجدلي والسلوكي المعرفي التي يمكن توظيفها في برامج علاجية مشابهة، قد تسهم في خفض كثير من المشكلات والاضطرابات النفسية.

### حدود الدراسة:

١. المحددات الموضوعية الأكاديمية: تحددت هذه الدراسة موضوعيًا بدراسة فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية المصاحب لهذا الاضطراب، لدى عينة من طالبات الجامعة. حيث تم تطبيق استمارة المقابلة الشخصية، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، والبرنامج

العلاجى السلوكى الجدلى، والبرنامج العلاجى المعرفى السلوكى، مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية (إعداد/ عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦)، مقياس الوسواس القهرى (إعداد/ أبو هندى، مؤمن، ٢٠٠٦)، مقياس الوصمة الاجتماعية (إعداد/ مسمح، ٢٠١٨)

٢. **المحددات الإحصائية:** اقتصرت الدراسة على استخدام الأساليب الإحصائية التى تمثلت فى (المتوسط والانحراف المعيارى، اختبار كروسكال واليس، اختبار فريدمان للقياسات المتكررة).

٣. **المحددات المنهجية:** اعتمد الباحث فى الدراسة الحالية فى ضوء أهدافها على المنهج التجريبي بطريقة القياس (القبلى - البعدى - التبعى) لمتغيرات الدراسة، والذى يعتمد على أربع مجموعات، ثلاث مجموعات تجريبية: مجموعة العلاج المعرفى السلوكى (التجريبية الأولى)، ومجموعة العلاج الجدلى السلوكى (التجريبية الثانية)، ومجموعة العلاج المعرفى السلوكى والجدلى السلوكى (التجريبية الثالثة) بالإضافة إلى المجموعة الضابطة.

٤. **المحددات البشرية والمكانية:** اقتصرت الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (٦٠) طالبة جامعية وقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٩-٢٣) سنة بمتوسط عمر زمني قدره (٢٠.١٣) سنة، وانحراف معياري (٠.٩٢٩). وقد تم اختيارهم من كلية الآداب بجامعة الفيوم. وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٨) طالبة، من طلاب كلية الآداب، تم اختيارهم بطريقة قصدية من طلاب وطالبات السنة الأولى والثانية والثالثة والرابعة مريضات الوسواس القهرى بناء على التشخيص الاكلينيكي ونتائج المقابلة التشخيصية مع الباحث. وقد راعى الباحث التجانس فى العُمُر بين أفراد عينة الدراسة فى المجموعات الأربعة، فقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٩-٢٣) سنة، وبمتوسط عمري (٢١.١١) سنة وانحراف معياري

قدره (١.٧١١). المجموعة التجريبية الأولى تكونت من (٦) طالبات طُبق عليهم برنامج العلاج المعرفى السلوكى بمتوسط عمري (٢٠.٦٦٦) سنة وانحراف معياري قدره (١.٦٣٢)، و(٦) طالبات طُبق عليهم البرنامج الجدلى السلوكى بمتوسط عمري (٢٠.٨٣٣) سنة وانحراف معياري قدره (٢.٠٤١)، و(٦) طالبات طُبق عليهم كلّ من البرنامج المعرفى السلوكى والبرنامج الجدلى السلوكى بمتوسط عمري (٢١.٨٣٣) سنة وانحراف معياري قدره (١.٤٧١). بالإضافة إلى مجموعة ضابطة تكونت من (٦) طالبات بمتوسط عمري (٢١.٥٠٠) سنة وانحراف معياري قدره (١.٥١٦). كما تم التكافؤ بين أفراد المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث المستوى الاجتماعى والاقتصادى (إعداد/ عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦)، وتم استبعاد الحالات الطرفية (ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المرتفع- ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المنخفض)، واقتصرت الدراسة على العينة ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المتوسط.

٥. المحددات الزمنية: تم إجراء الدراسة فى الفترة الزمنية من العام الدراسى ٢٠٢٢.

## الإطار النظرى والدراسات السابقة:

### ١. العلاج المعرفى السلوكى: Cognitive Behavioral therapy

العلاج المعرفى السلوكى هو أحد أنواع العلاج النفسى الذى يهدف إلى تصحيح المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالسلوك اللاتواؤمى والانفعالات (Beck, Davis & Freeman, 2015, 59). وهذا يتفق مع محاور البرنامج (تعديل الأفكار اللاعقلانية، تعديل السلوكية اللاتواؤمية والانفعالات السلبية المرتبطة بالضغوط النفسية).

وعرفه هوفمان اس جى (٢٠١٢، ٧): "بأنه بديل فعال عن العلاجات الدوائية وهو نوع من العلاج البسيط، حدسى، وواضح، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تتقاسم نفس الأفكار الرئيسية تحديداً المعارف التي تؤثر بشكل سلبي، وقوى في الوجدانيات والسلوكيات، ومن ثم تسهم في الإبقاء على المشكلات النفسية".

ويعرفه الغامدى (٢٠١٠، ٢١) بأنه: "وسيلة من وسائل العلاج النفسى الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف اضطرابات القلق ومساعدة هؤلاء المرضى على التكيف داخل البيئة من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة، وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك من خلال استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية".

وعرفه "بيك" بأنه برنامج مخطط ومنظم يستند على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص من مشاعر الضيق الناتجة عن الاكتئاب والتقليل من حدة الاضطراب الانفعالي لدى أفراد العينة وتدعيم مشاركتهم الفعالة في المواقف الاجتماعية المختلفة، والعمل على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي (بيك، ٢٠٠٠، ٦٢)

كما يُعرف بأنه: أسلوب يحاول تصحيح وتعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية، من خلال تعديل أسلوب تفكير المنتفع وإدراكاته وبيئته (إبراهيم، عسكر، ١٩٩٣، ٣٤٢)

ويعرفه الباحث في الدراسة الحالية بأنه: التدخل العلاجي المراد قياس أثره والذي يجمع بين تحديد الأفكار السلبية وإعادة صياغة الأفكار معرفياً والعلاج بالتعريض ومنع الانتكاسة كأساليب معرفية سلوكية لتخفيف أعراض الوسواس القهري وعلاج الوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى عينة من المنتفعين، بهدف دفع الفئة المستهدفة نحو

التركيز على الأفكار التي تحملها ومحاولة تعديلها من خلال مجموعة من الأنشطة اليومية والخبرات والممارسات المعرفية والسلوكية.

ويتضمن البرنامج هنا مجموعة من المثيرات المتضمنة في المواقف والإجراءات والأنشطة والخبرات التي توصف بأنها: مخططة، متنوعة، منظمة، متكاملة، ذات مغزي سيكولوجي معين، تُستخدم أدوات وأساليب وفنيات معينة مختارة بدقة في البناء والتنفيذ والتقييم، وتجري في جلسات محددة ومنظمة تحكمها شروط علمية وعملية، تهدف إلي إحداث تغيير مقصود في سلوك المشاركين في البرنامج وبعد انتهائه سواء كان هذا التغيير راجعاً إلي التعلم أو التدريب أو التنمية أو الإرشاد أو العلاج النفسى بصورة عامة (الدريني، وكامل، ٢٠٠٦، ٥).

### أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

١. لقد أصبح الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها من خلال أساليب وتدريبات وتكنيكات متعددة تُركز علي السلوكيات اللاتكيفية (طاهات، ٢٠١٧، ٢٣-٢٤).
٢. تبديل ما لدي الأفراد من أفكار سلبية وإبدالها بأفكار إيجابية.
٣. تدريب الأفراد علي استراتيجيات وفنيات سلوكية معرفية لتطبيقها علي أرض الواقع في مواقف الحياة المختلفة لتلاشي الوقوع في اضطرابات نفسية أو سلوكية وتلاشي حدوثها والتخفيف منها.
٤. إدراك العلاقة ما بين المشاعر والأفكار والسلوك لدي الفرد.
٥. تعليم الأفراد أساليب حل المشكلات والمهارات الاجتماعية الناجحة.
٦. تعليم الأفراد استخدام الحوار الداخلي لتعديل السلوكيات وتوجيه الذات (Corey,2017,239)

٧. تغيير طرائق التفكير والسلوك اللاتكيفية من أجل تحسين السعادة النفسية (هوفمان، ٢٠١٢، ٢١)

٨. مساعدة الأفراد في حل المشكلات وتحديد وتقييم وتتبع السلوك: من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على مهارات المواجهة والتدريب على حل المشكلة والتعلم الذاتي. (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006, 17-31)

### أهمية العلاج المعرفي السلوكي:

قد أشار حبيب ومحمد ورضوان (٢٠١٥، ٤٦٣) إلى أهمية العلاج المعرفي السلوكي كأسلوب تداخلي في خفض الاضطرابات النفسية، حيث يعمل علي إعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة، والتي تظهر من خلال سيورة العمل الإرشادي والعلاجي.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية وأهمية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري، منها دراسة (Bolten, Perrin, 2008)، والتي تناولت العلاج المعرفي السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة لعلاج اضطراب الوسواس القهري على عينة قوامها "٢٠" من الأطفال والمراهقين البريطانيين وأسفرت النتائج عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري للأطفال والمراهقين، واستمرار فعالية العلاج خلال فترة المتابعة التي تصل إلى ثلاثة شهور. وكذلك دراسة (Fisher & Wells, 2005) والتي أظهرت النتائج فعالية كلٍ من العلاج المعرفي والعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد العلاج وخلال فترة المتابعة على عينة من (٣٠ مريضاً)، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٦٥ سنة).



وكذلك دراسة (Rowa, Antony, Summerfeldt, Purdon, Young & Swinson, 2007) والتي أظهرت فعالية العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة في تخفيف اضطراب الوسواس القهري بعد العلاج واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة التي تصل إلى ٦ شهور وذلك على عينة مكونة من (٢٨) مريضًا. كما كشفت دراسة الدفاعي (٢٠٠٩) عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي المختصر في خفض اضطراب الوسواس القهري على عينة من (٢٠) مريضًا) منهم (١٤ ذكور - ٦ إناث)، وتوصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر قد أحدث تغييرًا واضحًا في أعراض الوسواس القهري لدى العينة التجريبية، وقام (Jones, Wootto & Vaccaro, 2012)، بعلاج مريض بالوسواس القهري بالغ من العمر ٨٠ سنة لديه تاريخ مرضي من ٢٠ سنة بالتعرض ومنع الاستجابة، وانخفضت أعراض الوسواس القهري لدى المريض بعد العلاج. في حين عالج (Golden & Holaway, 2013) مريض بالوسواس القهري والفصام بالغ من العمر ٤٧ سنة من المحاربين القدامى، وتوصلت النتائج إلى فعالية العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة في خفض أعراض الوسواس القهري لدى المريض. واستخدم (Nakanishi, Oshita, Tanaka, Inoue, Kawashima, Okamoto & Akiyoshi, 2014) العلاج السلوكي بالتعرض بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير المثبطة لامتصاص السيروتونين (إسيتالوبرام) في علاج مريضة بالوسواس القهري بالغة من العمر (٢٨) سنة، وأسفرت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج بالعقاقير أدى إلى خفض أعراض الوسواس القهري لدى المريض خلال ٦ شهور.

كما أسفرت نتائج دراسة الحويشي (٢٠١٩) عن: وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري لصالح المجموعة

التجريبية، وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري، عدم وجود فروق في القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور شهر من نهاية الدراسة الأساسية وذلك لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية في مدينة بنغازي.

كما أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوصمة الذاتية والاجتماعية الناتجة عن الاضطرابات النفسية ومنها دراسة (Shimotsu, Horikawa, Emura, Ishikawa, Nagao, Ogata & Hosomi,2014) والتي توصلت إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوصمة الذاتية وكذلك الأعراض المرضية المتعلقة بالقلق والاكتئاب. كما أشارت دراسة (Kim & Jun,2016) إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة وصمة العار الداخلية وتنمية تقدير الذات لدى العينة التجريبية من مرضى الفصام مقارنة بالعينة الضابطة. كما أشارت نتائج دراسة (Murray, Augustinavicius, Kaysen, Rao, Murray, Wachter, Bass,2018) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى الناجيات من الاعتداء الجنسي. كما أشارت دراسة (Zarei & Roohafza,2018) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الوصمة الاجتماعية لأسر الأطفال المصابين بمرض فقر الدم المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. كما أشارت نتائج دراسة (Tong, Bu, Yang, Dong, Sun & Shi,2020) إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض حدة وصمة الاضطرابات النفسية لدى مرضى الاكتئاب الشديد، وزيادة الرغبة في الامتثال للعلاج.

## ٢. العلاج السلوكي الجدلي: (DBT) Dialectical Behavior Therapy

تُعتبر المدرسة السلوكية الجدلية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، ويرتبط البناء النظري لهذا العلاج على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات والقضايا المتناقضة، فهو طريقة حديثة من طرق العلاج النفسي ارتبط بإسم "مارثا لينهان **Marsha Linehan**" التي صاغت أسس ومبادئ واستراتيجيات تلك النظرية في أكثر من مؤلف لها بناءً على خبراتها الاكلينيكية مع النساء المشخصات باضطراب الشخصية الحدية (Linehan & Wilks,2015). ويُعد العلاج السلوكي الجدلي تعديلاً للعلاج المعرفي السلوكي (سليمان، ٢٠١٠، ٨).

وهو أحد علاجات الموجة الثالثة للعلاج السلوكي؛ حيث تركز تلك الموجة على القبول وتغيير السلوك والتأكيد على أهمية الوعي بالعمليات المعرفية، والتأكيد على اليقظة العقلية والجدل بصورة أكبر من الموجة الأولى والثانية، والتأكيد على وظيفة الخبرة النفسية بدلاً من التركيز بشكل فريد على الملامح السطحية للسلوك (Blenkiron,2010,281؛ نينا ودرادين، ٢٠١٨، ٢٤٣).

ويُعرف بأنه منهج علاجي يعتمد على فكرة الجدلية عن طريق إحداث نوع من التوازن بين التقبل والرغبة في التغيير، كما أنه طريقة في العلاج تجمع بين فنيات العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء والمهارات المساعدة، وتعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، وإدارة الطوارئ، وتعديل المعارف (Linehan,1993,19)

ويعرفه راجا (٢٠١٩، ٢٥-٢٦) بأنه: يمثل مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية التي تنطلق من مبادئ النظرية المعرفية فى الجدل والتفكير الجدلى لحل المشكلات والقضايا المتناقضة، ومبادئ الفلسفة الجدلية الحديثة ونظرية الترابط والتكامل داخل السياق (الخارجى الاجتماعى والداخلى المعرفى الانفعالى) لحياة المرضى والمنحرفين الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية، واضطرابات تعاطى المخدرات ومختلف أنماط السلوكيات الإدمانية ومشكلات الانتحار وإيذاء الآخرين (المشكلات المهددة لحياتهم وحياة الآخرين)، والمشكلات المهددة لنوعية الحياة بكافة أشكالها.

#### أهداف العلاج السلوكى الجدلى:

- يهدف العلاج الجدلى السلوكى إلى التركيز على استقرار العميل وتحقيق السيطرة السلوكية، خفض السلوكيات التي تهدد الحياة، زيادة المهارات السلوكية الفعالة (مهارات تنظيم المشاعر والفعالية الذاتية)، خفض الأنماط السلوكية الخطرة (Dimeff & Linehan, 2001, 11)
- التدريب على مهارات تساعد على زيادة القدرة على المرونة وبناء حياة خاصة ذات قيمة ومعنى، من خلال تعلم الجمع بين إمكانية التغيير وتقبل الأشياء.
- تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، والتعامل مع الأحداث التي تسبب لنا الشعور بالتعاسة والتوتر (Linehan & Wilks, 2015, 2)
- تحسين القدرات السلوكية للعميل فى مختلف المواقف الحياتية، مع تنمية دافعيته للتغيير، وذلك بتعديل بعض عاداته السلوكية وتعزيزه، وكذلك مساعدته على تعميم

ما تعلمه من مهارات سلوكية جديدة خلال العملية العلاجية في المواقف الحياتية المختلفة (Dimeff & Linehan,2001,10).

- تعليم الأفراد تعديل العواطف المتطرفة أو الزائدة عن الحد وخفض السلوكيات الناتجة عن هذه الانفعالات المتطرفة، ويهدف أيضًا إلى تعليمهم الثقة في انفعالاتهم الخاصة، وفي أفكارهم وفي سلوكياتهم، معتمدًا في ذلك على العلاج الفردي، والتدريب على المهارات (اليقظة العقلية، الفاعلية البيئشخصية، تحمل الضغوط، تنظيم الانفعالات) (Swales & Heard,2007,190)

### مبادئ العلاج السلوك الجدلي:

يستند العلاج السلوكي الجدلي إلى ثلاثة أمور أساسية، وهي: تعديل السلوك، ودعم السلوكيات الحيوية الاجتماعية، والتركيز على الممارسات التأملية ومهارات اليقظة العقلية وقبول الواقع؛ ويركز العلاج في المقام الأول على دمج الذهن ومهارات اليقظة العقلية بوصفها عناصر أساسية، وما يميز العلاج السلوكي الجدلي عن التدخلات السلوكية هو تركيزه على التناقضات مع محافظته على المرونة، ويمثل العلاج السلوكي الجدلي أحد المكونات ذات الفعالية، حيث يعتمد بدرجة كبيرة على الإقناع المنطقي الذي يستطيع من خلال مساعدة المسترشد في التعرف على الدور التي تلعبه الأفكار اللاعقلانية والأفكار الآلية التلقائية النفسية في حدوث الضيق والكرب في تطوير المعتقدات اللاعقلانية، وتغييرها واستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية تُساهم في خفض الاضطراب (Linehan,1993,37) .

## مراحل العلاج الجدلي السلوكي:

يتلقى المرضى فى العلاج السلوكى الجدلى ثلاثة أنماط رئيسية من العلاج وهى: النمط الأول العلاج الفردى، النمط الثانى مجموعة المهارات، النمط الثالث التدريب عبر الهاتف (التدريب الهاتفى)، ففى العلاج الفردى يتلقى المرضى جلسات فردية مرة واحدة أسبوعياً يتراوح الزمن النموذجى لكل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف، وبالنسبة لمجموعة المهارات يتم التدريب على مهارات اليقظة العقلية والفاعلية البنشخصية وتنظيم الانفعال وتحمل التوتر، ثم يطلب من المرضى الاتصال هاتفياً بمعالجهم للتدريب على المهارات قبل إيذاء أنفسهم ويشرح عليهم المعالج البدائل لسلوك إيذاء الذات أو بدائل السلوك الانتحارى (سليمان، ٢٠١٠، ٩-١٠). ولكل مرحلة من مراحل العلاج الجدلى السلوكى عدة أهداف، وهذه المراحل هى:

١. المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل العلاج: وتهدف إلى: كسب وتنمية التحالف العلاجى، وإمداد العميل بالإطار الذى يستند عليه العلاج، وتوجيه العميل نحو العلاج والالتزام، فضلاً عن الموافقة على الخطة والأهداف العلاجية الموضوعية، وتحديد مواعيد الجلسات، وسؤال العميل عن الخبرات العلاجية السابقة له (Safer, Telch & Chen, 2009, 31)
٢. المرحلة الثانية: وتهدف إلى التركيز على مشكلات العميل وخفض الاضطرابات والمشكلات الحياتية، وفيها يتعلم العميل كيفية مواجهة الصعوبات التى يعانى منها عن طريق تطبيق المهارات السلوكية التى يهتم العلاج بتعليمها للعميل (Robins & Chapman, 2004, 76)
٣. المرحلة الثالثة: وتهدف إلى زيادة احترام الذات والامتثال للعلاج، وتحقيق الكفاءة الذاتية، فضلاً عن رفع الروح المعنوية وتقبل نوعية الحياة (Dimeff & Linehan, 2001, 11)

٤. المرحلة الرابعة: وتهدف إلى التأكيد على تلاشى الشعور بالنقص والذي قد يشعر به العميل حتى بعد حل المشكلات، وكذلك بلوغ الشعور بالبهجة، والمرح، وزيادة الشعور بالحرية والرفاهية (Koerner & Dimeff,2007,6).

#### تعقيب:

مما سبق يتضح أن برنامج العلاج السلوكي الجدلي يعتمد على مجموعة من الأساليب العلاجية التي تنطلق من مبادئ النظرية المعرفية السلوكية، ويتميز بكفاءته في مساعدة الأفراد في كيفية التغلب والتعامل مع الانفعالات والمشاعر المؤلمة والأفكار السلبية، وذلك من خلال بعض المهارات الأساسية التي يقوم المعالج بتدريب الأفراد عليها خلال الجلسات العلاجية، وهي: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات الفاعلية البيئية، ومهارات تنظيم الانفعالات، ومهارات تحمل الضغوط، وقد اعتمد الباحث على أسس هذه المهارات في بناء البرنامج العلاج المستخدم في هذه الدراسة لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري وأعراض الوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى أفراد عينة الدراسة

ويُعرف الباحث العلاج السلوكي الجدلي في الدراسة الحالية بأنه: نوع من العلاج النفسي يقوم على وجهة نظر لينهان في العلاج السلوكي الجدلي ويتكون من (٣٥) جلسة علاجية على أساس فنيات العلاج السلوكي الجدلي، مثل: التدريب على مهارات اليقظة العقلية، والفصل بين المتناقضات، واستخدام المجاز، وأسلوب دفاع الشيطان، والتدريب على التأمل والاسترخاء، والاستشارة عبر الهاتف، بالإضافة إلى مجموعة من الأنشطة والمهارات التي تم تطبيقها بهدف تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه.

وعن الدراسات التي تناولت فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري، جاءت دراسة (Miller&Kraus,2007)، بهدف استخدام العلاج السلوكي الجدلي لحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري، عمرها (٥٤) عامًا، ويعمل مديرًا لمدرسة، ويسعى للعلاج، ويعاني من مشكل في العمل، ويُعرف على أنه أكثر الأشخاص التزامًا داخل تلك المؤسسة، فعلى الرغم من أنه يعمل (١٨) ساعة فدائمًا يلازمه الشعور بأنه لا يعمل بما فيه الكفاية، وأسفرت النتائج عن انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة، وتنمية مفهوم الذات وتعديل الجمود الفكري واستخدام أساليب مواجهة إيجابية للضغوط. وقدمت دراسة (Lynch&Cheavens,2008) تصميمًا علاجيًا لحالة تعاني من البارانويا واضطراب الوسواس القهري، تبلغ من العمر (٥٨) عامًا ولم يتزوج، ولديه تاريخ مزمن من الاكتئاب واضطرابات الشخصية المختلفة، ونشأ في أسرة مضطربة مع أب عدائي ومدمن للكحوليات وأم مكتئبة وسلبية، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض السلوكيات التجنبية مثل الخوف أو الابتعاد عن زيارة الأماكن الجديدة، وخفض الشك والإستياء وعدم الثقة، وخفض التنشيط الإنفعالي والجمود الفكري. وهدفت دراسة (Ahovan, Balali, Shargh & Doostian,2016) إلى تحديد فعالية العلاج السلوكي الجدلي للعلامات السريرية وتنظيم الانفعال لدى لمرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري، وذلك على مجموعتين تجريبية وضابطة قوام كل منها (١٥) مريضة من المريضات بالوسواس القهري لدى بعض المراكز الطبية، تراوحت أعمارهن الزمنية بين (٢٠-٤٥) عامًا، وأسفرت النتائج أن العلاج السلوكي الجدلي ساعد في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال تعديل الاستجابات الانفعالية للمريضات، وتحسين مهارات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية. كما أظهرت نتائج دراسة أبو بكر (٢٠٢١) فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف



أعراض الوسواس القهري لدى إحدى طالبات الفرقة الثالثة بكلية التربية جامعة المنيا، واستمرار فعالية هذا البرنامج بعد فترتي المتابعة الأولى والثانية المقدرة بستة أشهر.

### تعقيب:

من خلال ما سبق؛ يُمكن ملاحظة قلة الدراسات التي تناولت تشخيص اضطراب الوسواس القهري، كما تنوعت أدوات التشخيص ما بين أدوات تشخيص سيكومترية وإكلينيكية، وأنه لا يوجد- في حدود علم الباحث- سوى دراسة عربية تناولت فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض أعراض الوسواس القهري، وهي دراسة (أبو بكر، ٢٠٢١)، كما تم تصميم برنامج العلاج السلوكي الجدلي كعلاج قائم على دراسة الحالة لحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري كما في دراستي (Miller&Kraus,2007)؛ ودراسة (Lynch&Cheavens,2008)، أما دراسة (Ahovanet,et.al,2016) فكشفت عن فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لمجموعة من المريضات، وقد تم الاستفادة من تلك الدراسات في إثراء الإطار النظري للبحث وتصميم البرنامج العلاجي من حيث تحديد الأهداف والأسس والفنيات العلاجية الملائمة. كما لم يجد الباحث دراسات تناولت المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي والجمع بينهم لعلاج اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتج عنه (في حدود علم الباحث).

### ٣. اضطراب الوسواس القهري: (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD

يُعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) اضطراب الوسواس القهري على أنه اعتقاد الفرد بفكرة معينة تلازمه دائماً وتحتل جزءاً من وعيه وشعوره، ورغم اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير، إلا أن هذه الفكرة تكون

قهرية، أى أنه لا يستطيع إزالتها أو الانفكاك منها، وذلك مثل تكرار وترديد جمل نابية فى ذهن المريض، أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية تظل تلاحقه وتقطع عليه تفكيره بما قد يُتعب المصاب، وأحياناً قد يؤذى المصاب بها نفسه بصورة جسدية كالمصابين بمرض "هوس نتف الشعر"، وقد تحدث درجة خفيفة من هذه الأفكار عند كل إنسان خلال فترة من فترات حياته، إلا أن الوسواس يتدخل ويؤثر فى حياة الفرد وأعماله الاعتيادية، والذى قد يعيقه تماماً عن العمل (American Psychiatric Association, 2013, 235)، ويُقاس إجرائياً من خلال الدرجة التى يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهرى المستخدم فى الدراسة الحالية.

ويتميز اضطراب الوسواس القهرى بوساوس وأفعال قهرية، وبطبيعة الحال فكثير منا ينتابه أفكار غير مطلوبة من وقت لآخر، مثل جلجلة إحدى الإعلانات التى تلتصق بذهننا، كما أن كثيراً منا تنتابه إلحاحات بين الحين والآخر لتصريفها بطريقة مربكة أو خطيرة، فالوساوس هى أفكار أو صور أو نبضات متكررة تطفلية ملحة غير مرغوبة، والأفعال القهرية هى سلوكيات أو أفعال متكررة متكاثرة بوضوح حتى أن الفرد يشعر بأنه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذى تسببه الأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث مصيبة ما (الحويلة، عياد، شويخ، والحمدان، ٢٠١٥، ٤٠٠). والقهر سلوك جبرى يظهر بقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعيه واستبصاره بغرابة هذا السلوك، وسخفه، وعدم فائدته (زهران، ٢٠٠٥، ٥٠٩).

والفرد الذى يعانى من اضطراب الوسواس القهرى يدرك بصفة عامة لامعقولية هذه الوساوس والأفعال ويمارسها كإحدى أفعال الأنا، ويمكن أن يكون هذا الاضطراب

معطلاً أو معجزاً لأنه يستهلك الوقت ويتدخل بصفة ملحوظة في روتين الشخص العادى ويؤثر على الأداء المهني وعلى الأنشطة الاجتماعية والعلاقة مع أفراد الأسرة والأصدقاء (Boland & Verduin ,2021,206)

ويتم تقسيم اضطراب الوسواس القهري إلى ثلاثة أنواع ؛ الأول: أعراض وسواسية فقط بدون أفعال قهرية ونادراً ما يفتن إليه الآخرون لعدم تواجد الطقوس الحركية والأفعال القهرية، أما النوع الثاني: فتكون فيه الأفعال القهرية هي السائدة والظاهرة للآخرين ويسهل التعرف عليها واكتشافها وهم أكثر تأثراً بهذه الأفعال القهرية، أما النوع الثالث: فتظهر فيه الوسواس مع الطقوس والأفعال القهرية معاً، وهذا النوع هو أكثر الأنواع الثلاثة انتشاراً وطلباً للعلاج لتأثره بالوسواس والأفعال معاً (حنور، ٢٠١٦، ٢٢٢).

محكات تشخيص اضطراب الوسواس القهري طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية لـ DSM-5:

أ. وجود الوسواس أو الأفعال أو كليهما، وتتحدد الوسواس بواسطة المحكين (١)، و(٢):

(١) أفكار واندفاعات أو صور مستديمة ومتكررة يخبرها الفرد في فترة ما أثناء الاضطراب، على أنها احتمامية وغير مناسبة وتسبب قلقاً أو كدراً أو تازماً ملحوظاً.

(٢) يحاول الفرد أن يتجاهل تلك الأفكار أو الاندفاعات أو الصور، أو أن يقمعها أو أن يحايدها مع بعض الأفكار أو الأفعال القهرية الأخرى.

وتتحدد الأفعال القهرية وفقاً للمحكين (١)، (٢):

(١) السلوكيات المتكررة (مثال: تكرار غسل اليدين، والمحافظة على الترتيب والنظام، والتحقق والمراجعة) أو أفعال عقلية (مثال: العد، أو تكرار كلمات بشكل صامت) يشعر إزاءها الفرد بأنه مسوق إلى أن يزول الفعل القهري استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بجمود.

(٢) يكون الهدف من هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية أبعاد الضيق أو الكدر أو خفضه، أو الحيلولة دون وقوع حدث أو موقف مفزع، ومع ذلك، فإن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أن تكون غير مترابطة بطريقة واقعية مع السلوكيات أو الأفعال الأخرى التي يريد الفرد أن يحايد بها السلوكيات أو الأفعال العقلية أو أن تكون مفرطة بشكل زائد.

ب. تسبب الوسواس أو الأفعال القهرية ضيقاً أو كدرًا أو تأزماً ملحوظاً و تستنفذ وقتاً كبيراً (تأخذ أكثر من ساعة في اليوم) أو تعطل أو تعوق بشكل جوهري النظام اليومي لدى الفرد، أو أداءه لوظائفه المهنية أو الأكاديمية، أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية العادية.

ت. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة من مواد العقاقير أو المخدرات (مثال: العقاقير أو المخدرات التي يُساء استخدامها، أو العقاقير الطبية العلاجية) أو لحالة طبيعة عامة.

ث. لا يُفضل تفسير هذا الاضطراب من خلال أعراض اضطراب نفسى آخر (مثال: الهموم والمخاوف المفرطة كما فى اضطراب القلق العام، أو الانشغالات والهموم بالمظهر فى حالة " اضطرب تشوه شكل الجسم"، أو الانشغالات والهموم بشد الشعر فى حالة "هوس تقطيع الشعر" (عبد الفهيم، ٢٠١٦، ٢٢٠-٢٢١).

## النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

- ترى نظرية التحليل النفسي أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي، من جراء الصراع بين الطفل والوالدين حول التدريب على عادات الإخراج، كما ركز فرويد على الطبيعة المتصلبة لأننا الأعلى في هذا الاضطراب، ولكن الوقائع على ذلك غير مقنعة، كما أن التحليل النفسي أخفق في علاج هذا الاضطراب، بينما ترى النظرية المعرفية أن بعض مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة معطلة أو ممزقة، وهي بدورها تؤدي إلى مداومة المرضى على سياق وأفعال معينة (Stein & Young, 1992, 11-12)

- وبالنسبة للنظرية السلوكية، فترى أنه في البداية يوجد حادث محايد بالخوف اقترن بمنبه بطبيعته مثيراً للقلق وعن طريق الاشتراط التقليدي تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق، وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تطورت استجابات التجنب لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحه في تخفيف القلق، ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسيين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر، ويُعد السلوك التجنبي السلبي غير فعال في السيطرة على القلق فتتطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صور طقوس معينة (بارلو، ٢٠٠٢، ٤٨١؛ عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٧٣-٢٧٤).

## تعقيب:

يتضح مما سبق ذكره أن اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية ألباً وتأثيراً على حياة الأفراد، وأن نسبة انتشار هذا الاضطراب فى المرحلة الجامعية أكثر من غيرها من المراحل وخاصة لدى الإناث. كما يأتى هذا الإضطراب فى صورة أفكار وسواسية اقتحامية وسلوكيات قهرية متكررة، الأمر الذى يترك أثراً على جوانب شخصية الفرد مستتفداً وقتاً كبيراً ليعوق بشكل جوهري النظام اليومى لديها. ومن هنا كانت هناك حاجة ماسة لعلاج هذا الإضطراب بأكثر من طريقة علاجية للتوصل إلى أكثر الطرق فعالية.

## ٤. الوصمة الاجتماعية:

قد أكد كل من (Arboleda-Flórez & Sartorius,2008,69) وقاموس ويبستر (Merriam-Webster Dictionary,1990,506) أن الوصمة Stigma كلمة يونانية تُعنى علامة وأصلها كلمة Stizein التى تعنى الوخز أو الوشم أو الشعور بالعار الذى يؤدى بالفرد للشعور بالتمييز عن غيره، كما أنه مفهوم معقد ويحمل عدة أوجه.

وتعرفها منظمة الصحة العالمية "WHO" ١٩٨٤م بأنها: علامة خزى، أو عار، أو رفض تلصق بالأفراد من خلال رفض الآخرين وازدراؤهم لهم، وقد ينتج عنها عزلة الفرد وهى تسبب الإجحاف والتمييز لهم (عيسى، ٢٠٠٥، ٣٧). ويعرفها (O'Connor & Earnest,2011,33) على أنها: العلامات التى تحدد الأفراد الذين يجب تجنبهم من قبل الآخرين، مثل صفة أو علامة المجرم. ويعرفها (Goffman,1963,3): بأنها: صفة تقلص مكانة الشخص، من شخص طبيعى

وكامل إلى شخص ذو نقص معيب، كما تشير كلمة الوصم إلى أن الشخص يتسم بعلامة اجتماعية تجعله غير مرغوب فيه، أو متقبلاً كونه شخص مختلف عن الآخرين (Varas-Díaz, Serrano-García & Toro-Alfonso,2005,172)

**وتُعرف الوصمة إجرائياً:** بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس وصمة المرض النفسي المستخدم في الدراسة الحالية.

### النظريات المفسرة لظاهرة الوصمة الاجتماعية:

- **نظرية التفاعل الاجتماعي:** أشارت للوصمة من خلال ما يعتقد الموصومون من المفاهيم الذاتية السلبية أثناء التفاعلات الاجتماعية، بينما هم حقاً على طبيعتهم وما يتوقعه المجتمع منهم، ومن هنا تنشأ الوصمة نتيجة لعدم القدرة على تلبية توقعات المجتمع وتجربة القلق والخوف من رفض المجتمع، حيث ركزت هذه النظرية على التوقعات من الآخرين أكثر من سلوك الفرد ذاته، فيرى الفرد ذاته من منظور الآخرين، وتقييمهم لسلوكه (Gofman,1963,49). ووجد **جوفمان** أن الوصمة لها علاقة بالبناء الاجتماعي الذي يحيط بالفرد ونظرته للأمراض وهوية الفرد، كما أن الوصمة يمكن أن يكون لها دور في التغيير المجتمعي (Campbell &Deacon,2006,414)

- **نظرية الوصمة الاجتماعية:** لقد كان بيكر ضمن مؤسسي نظرية الوصمة، وتعتمد هذه النظرية على فكرة أن الاختلاف الاجتماعي ليس فرداً مختلفاً بطبيعته، بل يصبح مختلفاً لأنه صُنف على هذا النحو. ويوضح "بيكر" أن الجماعة الاجتماعية تخلق مفهوم الاختلاف من خلال وضع قواعد ينتج عن مخالفتها التمييز، وبالتالي يتم تصنيفهم بأنهم غرباء. كما أشارت هذه النظرية للوصمة كظاهرة ضد أولئك الذين يتم تصنيفهم على أنهم مختلفين بناءً على سماتهم المحددة أو سلوكياتهم

التي يُنظر إليها على أنها تتعارض مع المعايير المقبولة في إطار إجتماعي ثقافي معين. (Becker,1963,132). فتصنيف المجتمع لسلوك شخص ما بأنه مضطرب نفسي، يؤدي إلى انزلاقه في عالم من الوحدة والعزلة رافضاً تماماً مواجهة المجتمع والتعامل معه. إذن فعدم قبول المجتمع للمريض النفسي ربما وحده يكون سبباً في زيادة المرض النفسي وارتفاع معدلات المرض النفسي في المجتمع (ممدوح، ٢٠١٩، ١٦٥)

- **نظرية الهوية الاجتماعية:** مستمدة من نظرية التصنيف الذاتي (Turner,1979)، ووفقاً لهذه النظرية يستمد مفهوم الهوية الاجتماعية كجزء من الذات ومدى انتماء الأفراد إلى مجموعات اجتماعية، وتهدف نظرية الهوية الاجتماعية إلى التنبؤ بالظروف والشروط التي يفكر بموجبها الأفراد في أنفسهم كأفراد أو كأعضاء في جماعة.

كما وصف كوريغان، وواتسن (Corrigan & Watson,2002,219) وصمة الذات بأنها وصمة عار يُقلل فيها الفرد من ذاته ويشعر بالخزي والخجل المصحوب بانخفاض تقدير الذات، الأمر الذي يتسبب في تشككه بأنه يستطيع العيش مثل باقي الأفراد كأن يتزوج أو يشغل وظيفة أو يكسب رزقاً، إلى غيرها من الأمور.

- **النظرية الهيكلية أو البنائية Structural Theory:** وهي تُشبه نظرية جوفمان إلى حد كبير، فالوصمة الهيكلية تنظر إلى المجتمع الذي ينكر حقوق المرضى العقلين على أنه أمر صحي وسوى، وبالتالي يجد هؤلاء المرضى صعوبة في الالتحاق بوظيفة أو العيش في مكان لائق أو العثور على علاقات داعمة أو التمتع بالسعادة وراحة البال مثل أي شخص آخر (Johnstone,2001,202-203)



وقد أشار (Johnston,2001,201) إلى أن من أكثر الأشخاص المعرضين للوصم هم المرضى النفسيون والعقليون، ويصاحب ذلك تمييز ضدهم وعدم الشعور بالقيمة نحوهم، كما يشعروا بالتهميش والحرمان والضعف المجتمعي، وقد يكون سبب هذا طبيعة الاضطراب نفسه مثل مرضى الفصام، فقد يؤذى المريض نفسه أو مجتمعه، وقد يكون المريض يُفكر في الانتحار ولكن مما لا شك فيه أن الوصمة تزيد من المشاعر السلبية لديه.

ويتبنى الباحث نظرية الوصمة الاجتماعية لما لها من اسهامات في علم الاجتماع ولأنها قائمة على فكرة الاختلاف وبأن كل ما يخالف معايير المجتمع يعرض أفراده للنز والرفض، ويحرمه من التقبل الإجتماعي نتيجة اختلافه عن الآخرين، وإعطاء وصم وسمة و خاصة معين تجعله غير مرغوب به، وهنا تنشأ الوصمة الاجتماعية وردود الفعل السلبية، منتجًا سلوكًا تمييزيًا ضد الأفراد وقلق اجتماعي، إذ لا يترك الوصم آثاره فقط على الصحة الجسدية والنفسية، ولكن أيضًا على الطريقة التي يتفاعل بها الناس مع الآخرين. كما أن آثار الوصمة والمواقف السلبية يمكن أن تؤدي إلى ضعف التماسك الاجتماعي وإلى إمكانية عزل الفئات الموصومة.

### أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس اضطراب الوسواس القهري: (أبو هندی، مؤمن، ٢٠٠٦)

- يتكون مقياس "أعراض الوسواس القهري" من (٨٣) فقرة موزعة على أربعة عشر مقياسًا فرعيًا، ويتناول المقياس ثلاثة جوانب أساسية وهي:
١. أولاً: الوسواس وتشمل اجترار الأفكار والأفكار الوسواسية بأنواعها (جنسية، عدوانية، دينية، طهارة ونظافة) صور وسواسية، اندفاعات وسواسية.

٢. **ثانياً:** الأفعال القهرية وتتضمن قياس الأفعال القهرية العامة، والأفعال القهرية الدينية، وطقوس الطهارة والنظافة، والبطء، والمراجعة، وطقوس اللمس.
٣. **ثالثاً:** تأثير الوسواس والأفعال القهرية على الأنشطة اليومية والأداء.

### وفيما يلي وصف المقاييس الفرعية:

١. **اجترار الأفكار (٧ بنود):** وتقيس إعادة التفكير في نفس الموضوع وفي تفاصيل كثيرة بطريقة تسبب الكرب وأرقام البنود هي: ١-١٥-٢٩-٤٣-٥٧-٦٥-٧٢.
٢. **الوسواس الجنسية (٤ بنود):** ويتضمن التفكير في أمور جنسية غير مرغوبة وغير مقبولة للشخص نفسه، والبنود هي أرقام (٢-١٦-٣٠-٤٤).
٣. **الوسواس العدوانية (٥ بنود):** وتشمل الخوف من التسبب في ارتكاب أشياء فظيعة ورهيبة، والبنود هي: (٣-١٧-٣١-٤٥-٥٨).
٤. **الوسواس الدينية (٩ بنود):** تشمل أفكاراً مزعجة عن الوقوع في الكفر، وتصور أشياء فظيعة عن الذات الإلهية لا يمكن دفعها، والتفكير في أشياء مقدسة مع العجز عن وقف هذا السبب أو الشك في تلك المقدسات، والتفكير في الخطأ والصواب (٤-١٨-٣٢-٤٦-٥٩-٦٦-٧٣-٧٨-٨٢).
٥. **وساوس الطهارة والنظافة والخوف من المرض (٩ بنود):** الشك في النظافة والطهارة والتفكير في الطهارة والنجاسة، والخوف من التعرض للجراثيم، وبنوده هي: (٥-١٩-٣٣-٤٧-٦٠-٦٧-٧٤-٧٩-٨٣).
٦. **الاندفاعات الوسواسية (٨ بنود):** ويقيس أفكاراً تتضمن أن الشخص على وشك القيام بفعل مزعج وهو غير قادر على التحكم فيه، والخوف من تنفيذ

- ٦- أفكار عدوانية باستعمال سلاح أو بالضرب والسب القهري، والبنود هي: (٦-٢٠-٣٤-٤٨-٦١-٦٨-٧٥-٨٠).
٧. الصور الوسواسية (٤ بنود): يتضمن صورًا مزعجة تفرض نفسها على الشخص، وأرقام البنود هي: (٧-٢١-٣٥-٤٩).
٨. أفعال قهرية عامة ومتباينة (٥ بنود): أفعال متكررة يشعر الشخص أنه مجبر على تأديتها، كالرغبة في تكرار أسئلة حول موضوع ما، أو عد أشياء معينة وأرقام البنود هي: (٨-٢٢-٣٦-٥٠-٦٩).
٩. الأفعال القهرية الدينية (٤ بنود): تشمل سبًا قهريًا للمقدسات وتكرار الصلوات أو الأذكار، والبنود هي أرقام (٩-٢٣-٣٧-٥١).
١٠. الطهارة والنظافة القهرية (٧ بنود): تكرار الأفعال المتعلقة بالنظافة، والطهارة بدون أسباب منطقية، وبنوده هي: (١٠-٢٤-٣٨-٥٢-٦٢-٧٠-٧٦).
١١. البطء (٤ بنود): ويشمل البطء في تنفيذ الأعمال والواجبات حتى البسيط منها، وبنوده هي: (١١-٢٥-٣٩-٥٣).
١٢. المراجعة (٤ بنود): وتشمل مراجعة الأشياء بغرض التحقق من القيام بها، والبنود هي: (١٢-٢٦-٤٠-٥٤).
١٣. طقوس اللمس (٥ بنود): العمل على تجنب لمس أشياء معينة، أو أن تلمس أشياء معينة مثل ملابس الشخص والبنود هي: (١٣-٢٧-٤١-٥٥-٦٣).
١٤. تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية (٨ بنود): أى استهلاك الوسواس والأفعال القهرية للوقت، وإعاقتها بدرجة كبيرة لنظام الشخص اليومي أو أدائه الوظيفي أو الأكاديمي أو الأنشطة الاجتماعية (١٤-٢٨-٤٢-٥٦-٧١-٧٧-٨١).

## حساب الدرجة على المقياس:

- تتم الإجابة عن كل فقرة باختيار بديل من خمسة بدائل (يحدث دائماً، يحدث كثيراً، يحدث أحياناً، يحدث نادراً، يحدث مطلقاً)، وتأخذ الدرجات على حسب مقياس ليكرت الخماسي (١-٢-٣-٤-٥)

- للحصول على درجات المقاييس الفرعية نقوم بالتصحيح ثم جمع درجات كل مقياس فرعى، ثم تحول إلى درجات معيارية معدلة، وللحصول على الدرجة الكلية تجمع الدرجات الخام للمقاييس الفرعية، ثم يحول المجموع إلى درجة تائية، وتتراوح الدرجة الكلية التائية بين ٣١-٨٥.

- **صدق الاتساق الداخلى:** تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل من الدرجة على البند ومقياسها الفرعى، وقد كانت جميع الارتباطات دالة عند مستوى ٠.٠٠٠١، كما تم حساب الارتباطات بين درجة كل مقياس من المقاييس الفرعية وبين الدرجة الكلية لمقياس أعراض الوسواس القهرى، وكانت معاملات الارتباط جميعها دالة عند (٠.٠٠٠١).

- **ثبات المقياس:** تم حساب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلى بحساب معامل ألفا كرونباخ وكان (٠.٩٦)، وثبات التجزئة النصفية (٠.٩٤)، ويشير كلا المعاملين إلى ثبات مرتفع للمقياس (أبو هندی، مؤمن، ٢٠٠٦، ٥٢٤)

## الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الوسواس القهرى فى الدراسة الحالية:

- **الاتساق الداخلى:** تم حساب الاتساق الداخلى باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين كل بند و أبعاد المقياس والبعد الذى تنتمى إليه، وقد كانت جميع الارتباطات دالة عند مستوى ٠.٠٠١، وجاءت قيم معاملات الارتباط كالتالى: بالنسبة لبُعد (اجترار

الأفكار)، انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٧٧)، و(٠.٨٢٣) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الوساوس الجنسية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٢١)، و(٠.٧٨٩) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الوساوس العدوانية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٥٠)، و(٠.٨٢٥) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الوساوس الدينية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٧٠)، و(٠.٧٩٠) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (وساوس الطهارة والنظافة والخوف من المرض) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٣٠)، و(٠.٧٨٤) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الاندفاعات الوسواسية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٣٩)، و(٠.٨٠٠) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الصور الوسواسية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٥١)، و(٠.٨١٢) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (أفعال قهرية عامة ومتباينة) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٦٣٣)، و(٠.٧٢٣) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الأفعال القهرية الدينية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٦٨٠)، و(٠.٧٤٨) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (الطهارة والنظافة القهرية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٦١)، و(٠.٨٢٥) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (البطم) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٦٦٩)، و(٠.٧٤٢) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (المراجعة) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٦٧٩)، و(٠.٧٢٩) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لُبُعد (طقوس اللمس) انحصرت قيم معاملات

الارتباط ما بين (٠.٦٨٠)، و(٠.٧٨٢) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة لبُعد (تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٨٨)، و(٠.٨٩٢) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) - **ثبات المقياس:** قد تم حساب قيمة الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha) لمقياس اضطراب الوسواس القهري في الدراسة الحالية، فبلغت قيمة ألفا (٠.٩٤٥)، وهي قيمة تعبر عن تناسق داخلي (ثبات بدرجة مناسبة ومرتفعة). كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وقد بلغت قيمة معامل سبيرمان براون (٠.٩٦٤)، وبلغت قيمة جتمان للتجزئة النصفية (٠.٩٤٨)، وتم اعتماد قيمة جتمان هنا دون قيمة سبيرمان براون نظرًا لعدم لتساوى تباين الدرجات على نصفى الاختبار.

**ثانيًا: مقياس الوصمة الاجتماعية: (إعداد: مسمح، ٢٠١٨)**

يتكون المقياس من (٤٥) فقرة، وينقسم إلى أربعة أبعاد، وهي:

- تأثير المريض بالوصم من الأسرة، ويتكون من (٩) فقرات.
- تأثير المريض بالوصم من المجتمع، ويتكون من (١٤) فقرة.
- تأثير المريض بالوصم من المعالج، ويتكون من (٩) فقرات
- تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصى، ويتكون من (١٣) فقرة.

وقد أعطى المقياس تدرج (أقل من ٣٦% منخفضة جدًا، ٣٦% - ٥٢% منخفضة، ٥٢% - ٦٨% متوسطة، ٦٨% - ٨٤% مرتفعة، ٨٤% فأعلى مرتفعة جدًا). وكانت جميع الفقرات سلبية.

- **صدق مقياس الوصمة:** قام الباحث معد المقياس بعرضه على مجموعة من المحكمين فى الوطن العربى وخارجه من المختصين فى المجال النفسى وعددهم (٩)، وقد أعطى المحكمون ملاحظات ذات قيمة وفى ضوءها تم تعديل صياغة بعض المواقف لعدم تناسب اللغة مع مستوى المفحوصين، وبناءً على تعديلات المحكمين تم تعديل المقياس لتتناسب لغته ومراعاة للفروق الفردية بين المفحوصين.
- **صدق الاتساق الداخلى:** تم حساب صدق الاتساق الداخلى على عينة استطلاعية مكونة من ٣٠ فرد، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه. وجاءت جميع العبارات موجبة ودالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) باستثناء الفقرات (٩-٢٩-٤٨) كانت غير دالة مع البعد الذى تنتمى اليه، مما قام الباحث بحذفها لكى يكون هناك اتساق داخلى بين جميع الفقرات والبعد التابعة له.
- **الصدق البنائى:** تم حساب الصدق البنائى من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من ابعاد المقياس وبين الدرجة الكلية، وذلك بعد حذف العبارات التى لم تحقق ارتباط ذات دلالة احصائية مع بعدها، وجاءت جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) مما يشير إلى أن هناك اتساق بنائى للمقياس.
- **ثبات مقياس الوصمة:** تم حساب الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، وجاءت قيمة ألفا (٠.٩٦٤)، وقيمة التجزئة النصفية (٠.٨٧٣)، مما يدل على معامل ثبات مرتفع.

## الخصائص السيكومترية لمقياس الوصمة فى الدراسة الحالية:

- **الاتساق الداخلى:** تم حساب الاتساق الداخلى باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين كل بند أبعاد المقياس والبعد الذى تنتمى إليه، وقد كانت جميع الارتباطات دالة عند مستوى ٠.٠١، وجاءت قيم معاملات الارتباط كالتالى: بالنسبة للبُعد الأول: (تأثير المريض بالوصم من الأسرة) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٨٩٧)، و(٠.٩٢٣) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة للبُعد الثانى: (تأثير المريض بالوصم من المجتمع) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٨٢٣)، و(٠.٩٠٩) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة للبُعد الثالث: (تأثير المريض بالوصم من المعالج) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٧٠)، و(٠.٩٢٥) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). وبالنسبة للبُعد الرابع: (تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصى) انحصرت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٤٠)، و(٠.٩١٠) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١).

- **ثبات المقياس:** تم حساب قيمة الثبات باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ لمقياس الوصمة فى الدراسة الحالية، فبلغت قيمة ألفا (٠.٩٠٠)، وهى قيمة تعبر عن تناسق داخلى (ثبات بدرجة مناسبة ومرتفعة). كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وقد بلغت قيمة معامل سبيرمان براون (٠.٨٩٩)، وبلغت قيمة جتمان للتجزئة النصفية (٠.٩١٥)، وتم اعتماد قيمة جتمان هنا دون قيمة سبيرمان براون نظراً لعدم لتساوى تباين الدرجات على نصفى الاختبار.



## ثالثاً: البرنامج المعرفى السلوكى فى تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهرى والشعور بالوصمة الناتجة عنه:

يبنى العلاج المعرفى السلوكي علي افتراض أن معظم أنماط السلوك غير المرغوب والانفعالات متعلمة، والقيمة الحقيقية للعلاج المعرفى السلوكى تتمثل فى أنه يوفر للمريض استبصارًا جيدًا بطبيعة الاضطراب ويزوده بآليات ومهارات يتعامل بها مستقبلاً مع احتمالات الانتكاسة، ويشعره بالإيجابية والمشاركة الإرادية الواعية فى الخطة العلاجية (البشر، وفرج، ٢٠٠٢، ٢٢٤). لذا يعتمد هذا البرنامج على فنيات العلاج المعرفى السلوكى المتمثل فى (الاسترخاء العضلى العصبى والتعرض ومنع الاستجابة) فى تخفيف حدة أفعال الطقوس الحركية القهرية مما يساهم فى تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهرى والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه لدى العينة.

### • الهدف من بناء البرنامج:

- يهدف البرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية إلى تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهرى لدى عينة من طالبات الجامعة، وذلك من خلال تعديل السلوك الطقسى من خلال العلاج المعرفى السلوكى بالاسترخاء العضلى العصبى وأسلوب التعرض ومنع الاستجابة. كما يهدف البرنامج إلى التخفيف من الشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عن اضطراب الوسواس القهرى

### • مصادر إعداد البرنامج المعرفى السلوكى:

اعتمد البحث الحالى على كثير من الدراسات والتى أكدت على فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب الوسواس القهرى ومنها دراسة كل من: البشر وفرج (٢٠٠٢)؛ ودراسة (Bolton, Perrin, 2008)، ودراسة (Fisher & Wells, 2005)، ودراسة

(Rowa, Antony, Summerfeldt, Purdon, Young & Jones, Wootto & Swinson, 2007)، الأغا (٢٠٠٩)، (Vaccaro, 2012)، (Golden, Holaway, 2013)، (Nakanishi, Oshita, Tanaka, Inoue, Kawashima, Okamoto & Akiyoshi, 2014)

### الإطار النظري وأسس بناء البرنامج المعرفى السلوكى:

يعتمد البرنامج الحالى على النظرية السلوكية والعلاج السلوكى. فالأمر الأساسى فى المدخل السلوكى العلاجى هو التأكيد على الأحداث والمركبات العقلية المستتجة.. وفيه يحاول الباحث فهم المريض ومشكلاته من خلال الربط بين المشكلات والأحداث القابلة للملاحظات سواء كانت ذات طابع فسيولوجى أو بيئى، وعلى ذلك فإن عملية التحليل السلوكى تمثل خطوة حاسمة فى تصميم البرنامج العلاجى للمريض (مليكه، ١٩٩٠، ١١). كما اعتمد البرنامج على نظرية بيك فى العلاج المعرفى والذى تركز على الدور السببى للتفكير، ودور تغيير السلوك فى تغيير الانفعالات والتفكير (Greer, 2005, 60-66). كما استند هذا البرنامج على النموذج الذى قدمه بيك **Beck** والذى يركز على طريقة المريض فى التفكير ويشمل ذلك:

- استنتاجات خاطئة لا يقوم عليها دليل.
  - تصنف كل الأفكار من جانب المسترشد داخل فئتين فقط ابيض وأسود.
  - تضخيم الأحداث وتهويلها أو تهملها.
  - خلل معرفى أو عدم الاهتمام بعناصر الموقف المهمة.
  - إصباغ الذاتية فى النظر والحكم على الموقف.
- حيث يرى بيك، أنه:** "ما يفكر فيه الفرد وما يقوله لنفسه وكذلك اتجاهاته وآراءه ومثله تُعد جميعًا بمثابة أمور هامه وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض،

وأن ما يكسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم، يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته. (محمد، ٢٠٠٠، ٦٧)، ولذلك يري "بيك" أن الاضطرابات السيكلوجية تتبع من أخطاء في عادات التفكير أو المعارف وهناك علاقة وثيقة بين المعتقدات Believes والمشاعر Emotion، والسلوك Behavior (Beck,1979,300-320). ومن ثم كانت أهداف العلاج من وجهة نظر أليس تتمثل في خفض حدة الاضطرابات إلي أقل حد ممكن، ومساعدة المرضى علي التحليل المنطقي لإضطراباتهم بما يساعد علي تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية للفرد كي يتوافق، ولذا فإن العملية الإرشادية تتمثل في أربع خطوات علي النحو التالي:

١. أنه يوضح للمريض أن تفكيره لاعقلاني، ويوضح العلاقة بين التفكير اللاعقلاني و حدوث الإضطراب النفسي.
٢. يوضح المعالج للمريض أن استمراره في التفكير اللاعقلاني مرهون بإعتناقه للأفكار اللاعقلانية.
٣. مساعدة المريض علي استبدال الأفكار اللاعقلانية بأخري عقلانية.
٤. مساعدة المريض علي تبني فلسفة للحياة أكثر واقعية (محمد، ٢٠٠٠، ٧٣).

كما استند البرنامج على فنية إعادة البناء المعرفى التى وضعها ميكنبوم (Meichenbaum,1975)، ودخلت حيز التنفيذ على يد أليس فى نظرية العلاج العقلانى الانفعالى، وذلك بالرجوع إلى الأبحاث والدراسات المتاحة فى مجال العلاج المعرفى بشكل عام، وتعديل السلوك المعرفى لميكنبوم بشكل خاص، الذى يُعرف بالتعديل المعرفى السلوكى Cognitive behavior modification، ويعتمد علي دمج نوعي من العلاج النفسي معا (محمد، ٢٠٠٠، ٦٧)

وقد اهتم مايكنبوم (Donald Meichenbaum,1996) فى الحديث الذاتى؛ أى ما يقوله الشخص لنفسه، وركز على التعليمات الذاتية التى يعطيها الشخص لذاته فى معالجة مشكلاته ويتضمن أسلوب مايكنبوم فى العلاج المكونات الآتية:

- ١- تثقيف المريض حول الاضطراب الذى يعانى منه.
- ٢- تدريب المريض على كيفية التقليل من الآثار الانفعالية الناتجة عن هذا الإضطراب من خلال تمارين التنفس من أجل السيطرة على التوتر النفسى.
- ٣- تحديد العبارات الذاتية والتعليمات الذاتية الخاطئة.
- ٤- التدريب على استخدام عبارات ذاتية وتعليمات ذاتية إيجابية للتخلص من المشكلة.
- ٥- متابعة استخدام العبارات الإيجابية فى مواقف الحياة الفعلية.

وتتضمن نظرية مايكنبوم لتعديل السلوك المعرفى استخدام الألعاب والمعضلات لتعليم استراتيجيات التعليم الذاتى المعرفى Cognitive Self –Instruction لضبط السلوك، والمساعدة على خفض القهرية فى الأداء، والتشجيع على استخدام التغذية الراجعة لضبط وتعديل السلوك المتعلم (Donald Meichenbaum,2001)

كما قام البرنامج المعرفى على مجموعة من الأسس العامة، الفلسفية، الوجدانية، الأخلاقية، الاجتماعية، السلوكية، من أهمها ما يلي (الطلاع، علوان، ٢٠١٤، ١٧٩-١٩٨).

وقد تم بناء البرنامج وفق مجموعة من الأسس:

أولاً: الأسس العامة: وتشتمل على مراعاة مرونة السلوك الإنسانى وإمكانية التنبؤ به، وحق الفرد واستعداده للإرشاد والتوجيه، وكذلك تقبل أفراد المجموعة التجريبية بدون شرط أو قيد، وحثهم فى تقرير مصيرهم، كما أن السلوك الإنسانى بصورة عامة سلوك

يتم تعلمه بطرق التعلم المختلفة، والسلوكيات غير العقلانية عبارة عن سلوكيات متعلمة قابلة للتغيير، وبالتالي يمكن تعديلها وتغييرها.

• **ثانيًا: الأسس الاجتماعية:** فالإنسان كائن اجتماعي، يعيش وسط بيئة اجتماعية يتأثر بها ويؤثر فيها سلبيًا وإيجابيًا، ويتعلم ويتأثر بالقدوة والنموذج، كما أن وجود الإنسان ضمن جماعة ضروري لصحته النفسية، فحاجاته النفسية لا تتحقق إلا بوجوده ضمن جماعة، فالجماعة لها دور في ضبط وتوجيه الإنسان، وقد تم استخدام برنامج الإرشاد الجمعي المعرفي هنا وذلك لأهميته في تطوير وتحسين مهارات الفرد الاجتماعية في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.

• **ثالثًا: الأسس النفسية والتربوية:** يراعى البرنامج مجموعة من الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة وكذلك مراعاة الفروق الفردية بين أفراد العينة وذلك عن طريق (إثارة التشويق لدى المستفيدين من البرنامج من خلال الأنشطة ويسهل مهمة الباحث في تنفيذ البرنامج) كما اشتملت مكونات البرنامج على أنشطة وأساليب ورسائل تعمل على زيادة الثقة بالنفس وتنمية تقدير الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية.

• **رابعًا: الأسس الأخلاقية:** حيث تم التأكيد على سرية المعلومات المتداولة أثناء الجلسات والإخلاص في العمل والحرص على بذل أكبر قدر ممكن من الجهد، وأيضًا الحرص على اظهار الاحترام والحب لجميع أفراد العينة المطبق عليها البرنامج، واحترام كرامتهم والاحتفاظ بسرية المعلومات التي تم الحصول عليها خلال جلسات البرنامج.

• **خامسًا: الأسس الفلسفية:** وتشتمل على النظرية المعرفية والسلوكية بشكل عام. وذلك من أجل خفض احتمالية الانتكاسة النفسية مرة أخرى للإضطرابات

النفسية، مما يؤثر إيجابياً على شخصية أفراد المجموعة التجريبية فى القدرة على التعامل مع ضغوطات الحياة.

• **سادساً: الأسس السلوكية:**

- السلوك الإنسانى متعلم.
- السلوك الإنسانى هادف.
- السلوك الإنسانى مرن.
- السلوك الإنسانى قابل للتعديل.
- السلوك الإنسانى فردى وجماعى.
- السلوك الإنسانى يشمل الإنسان كوحدة متكاملة.
- السلوك الإنسانى مرتبط بالتوازن.

**سابعاً: الأسس الوجدانية:**

- العواطف جزء من تكوين الإنسان.
- للعواطف انعكاسات على الإنسان، ومكوناته كالسلوكية والمعرفية.
- لابد للعواطف أن تضبط كمًا وكيفًا وفق قواعد العقل الملتزم بضوابط الشرع (العقل المؤمن).

**الفنيات التى يتضمنها البرنامج المعرفى السلوكى:**

٤. **الاسترخاء العضلى:** ويُعرف بأنه: "توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر" (إبراهيم، ١٩٨٣، ٨٩). وأفضل إجراء لتحقيق الاسترخاء فى كثير من المواقف الضاغطة هو اكتساب تعلم شخص مهارة الاسترخاء بنفسه حتى لو حصل الشخص على بعض الخدمات أو المساعدات

التي تحقق له الاسترخاء (الشرقاوى، ١٩٩٨، ٣٧١). وهذا الأسلوب يُعتبر من أشهر أساليب العلاج السلوكي ويؤدي إلى فوائد ملموسة بين المرضى القلقين (إبراهيم وإبراهيم، ٢٠٠٣، ٥٧٠). ويعتمد الإسترخاء العضلى على إدراك الفرق بين حالات التوتر وحالات الاسترخاء، حيث يقوم المتدرب بقبض العضلات على جانبي الجسم فى نفس الوقت وبعد الاستمرار فى هذا لمدة من خمس إلى عشر دقائق يبدأ فى إزالة التوتر وإرخاء العضلات التى توترت لمدة ٤٥ ثانية. ويقوم المتدرب بملاحظة الاختلاف بين أحاسيس الاسترخاء وأحاسيس التوتر، وإذا كانت هذه الطريقة تعمل على مجموعة واحدة فى نفس الوقت فإنها تتطور عن طريق التجاور إلى العضلات المجاورة والجسم كله (الرشيدى، ١٩٩٩، ١٦٤).

٥. **التعرض: Exposure:** ويُشير التعرض إلى مواجهة الموقف والموضوعات التى

تثير المخاوف الوسواسية والأفكار والصور الوسواسية وتتضمن التحدى المستمر للمخاوف واختبار حقيقتها، ببساطة يمكن القول أنه لكى تتغلب على مخاوفك، لابد أن تواجه مخاوفك (Wagner,2002,12). والهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإضعافها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذى يعزز القلق من ناحية أخرى، وتعتبر هذه الفنية من أكثر الفنيات السلوكية استخدامًا فى علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية (سعفان، ٢٠٠٣، ١٤١). وللتعرض نوعان: الأول **التعرض الفعلى (الميدانى)** وفيه يتم التعرض بمواجهة المثيرات الطبيعية الموجودة فى الواقع بلمسها والإحساس بها، أى مواجهة المواقف والأشياء فى حقيقتها (Wagner,2002,127). والثانى: **التعرض التخيلى:** ويستخدم فى حالة التعرض لمثيرات لا يمكن التعرض لها فى الواقع وإنما يمكن التعرض لها على مستوى التخيل عن طريق تخيلها وبالتالي الشعور بالقلق، ويستخدم هذا الأسلوب

فى الحالات التى يصعب فيها ترتيب مواقف تعرض حية لأسباب عملية، كما يستخدم أيضاً كخطوة أولية فى الحزمة العلاجية (س. ليندزى وج.بول، ٢٠٠٠، ٨٦). ولقد ظهر أن التعرض التخيلى من الناحية الإكلينيكية مفيد بالدرجة الأولى للمرضى الذى تتركز مخاوفهم الوسواسية على العواقب الكارثية ومن لديهم مخاوف لا يسهل ترجمتها إلى تمرينات تعرض فى البيئة الفعلية، كما أن إضافة التعرض التخيلى للتعرض فى الواقع الفعلى يمكن أن يتغلب عن طريق التجنب المرضى التى يستخدمها الذين يتهربون من التفكير فى عواقب التعرض بينما يواجهون المواقف المخيفة فى الواقع الفعلى (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٤).

٦. **منع الاستجابة: Response Prevention:** فنية تستخدم فى العلاج النفسى للعصابيين القهريين، بوضعهم فى مواقف تثير فيهم الطقوس السلوكية القهرية، ثم منعهم من إتقانها (جابر، كفاى، ١٩٩٥، ٣٢٦٧). وتتضمن طريقة منع الاستجابة إيقاف السلوك القهرى أو منعه بشكل واقعى عملى، وذلك فى أثناء تعرض المريض للمواقف المثيرة للوساوس، ويعتمد المعاصر للمرضى أساساً على اختيار المرضى ألا يقوموا بطقوسهم ومن ثم فإن منع الاستجابة يستلزم نوعاً من الامتناع الاختيارى من الطقوس الذى يميز برامج العلاج بالتعرض لاضطراب الوسواس القهرى للمرضى الخارجين (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٥). وبالتالي فإن منع الاستجابة يتضمن إعادة الإحجام عن الطقوس والأفعال القهرية التى تؤكد على انخفاض القلق الناتج عن التعرض للوساوس.

ويساعد استخدام التعرض ومنع الاستجابة معاً المصابين باضطراب الوسواس القهرى على أن يتعلمون تحمل القلق الذى يشعرون به عندما يتم منعهم من تنفيذ طقوسهم القهرية. وفى النهاية يخمد القلق وينخفض نتيجة للتعرض المتكرر ويشعر



الفرد بإجبار أقل للقيام بالطقوس التي كان يقوم بها، ويعتقد بعض الباحثين أن مبدأ الإنطفاء Extinction أو إضعاف استجابة القلق بعد التقديم المتكرر للهاويات الوسواسية في غياب أى عواقب أو نتائج منفردة وهو الذى يكمن وراء التأثير العلاجي لهذه الطريقة (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٤). والهدف من التعرض ومنع الاستجابة هو أن يتعلم المريض أن القلق الناتج سوف يقل تدريجياً بمفرده دون القيام بالأفعال القهرية أو السلوك التجنبى، وتعرف هذه العملية على أنها تعود، وعندما تتواجد فإن المواقف المرتبطة باضطراب الوسواس القهرى تؤدي إلى التخفيف من القلق والتقليل من الطقوس الخاصة بالاضطراب (Bram & Björgvinsson, 2004, 307). لذلك كان لابد من استخدام التعرض ومنع الاستجابة معاً في علاج اضطراب الوسواس القهرى، فهما يؤثران في الأعراض الوسواسية القهرية، فالتعرض يساعد المريض على التخلص من القلق والضيق والكره المصاحب للوسواس، ومنع الاستجابة، يساعد المريض على التقليل من القيام بالأفعال والطقوس الحركية.

**ويتم التعرض ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهرى على أربعة خطوات كالاتى:**

- ١) تعريف وتحديد الأشياء والأنشطة التي قد تدفع المريض للأفعال القهرية مثل غسل اليدين.
- ٢) تقديم شرح كامل للفنية العلاجية والمنطقية التي تقوم عليه.
- ٣) تشجيع المريض على لمس (التعرض) الأشياء أو ممارسة السلوك الذى يثير لديه الرغبة فى غسل الأيدي (الأفعال القهرية).

٤) بعد لمس المريض للشيء الذى يشعره بعد الراحة يتم حثه للإحجام أو الامتناع عن غسل يديه (القيام بالأفعال القهرية) منع الاستجابة من الظهور (عبد الرحمن، ٢٠٠٠، ٢٨٢).

٥) **الواجب المنزلى:** وهو ما يكلف به المسترشد فى الجلسة الإرشادية من كتابة أو ممارسة لينفذه خارج الجلسة ليتم مناقشته فى الجلسة أو الجلسات الإرشادية التالية، وذلك بهدف استمرارية ممارسة واكتساب المهارات (العطية، ٢٠٠٨، ٩٤). حيث يكلف المعالج المنتفع ببعض المهام المنزلية (كتدوين الأفكار - قراءة بعض الكتب) (الشناوى، ١٩٩٨، ١١٦) وتُعد فنية الواجب المنزلى من أحد الفنيات الهامة فى أى برنامج علاجى، حيث تُعتبر مقياس لمدى تطبيق التوصيات العلاجية والإرشادية فى بيئة المريض خارج نطاق الجلسات، وبالتالي نجاح البرنامج العلاجى مع الحالة (عبد الغنى، ٢٠١٦، ٢٠٢). وللواجبات المنزلية دور كبير فى زيادة فاعلية العلاج المعرفى خصوصاً، فهى الفنية التى يبدأ ويختم بها المعالج جلسته، وهى تستخدم لتحسين إدراك الأفكار، كما تساعد على تقدم العلاج المعرفى سريعاً وتعطى فرصة للفرد لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره غير العقلانية ومحاولة تعديلها (الشناوى، محمد، ٢٠١٠، ١١١-١١٢). وقد تم استخدام الواجب المنزلى فى البرنامج الحالى: فى ممارسة الفنيات والأساليب السلوكية والمعرفية المكتسبة فى الجلسات العلاجية من قبل أعضاء المجموعات التجريبية من أجل استمرارهم فى تحقيق هدف البرنامج العلاجى.

### خطوات تطبيق وتنفيذ البرنامج

مر البرنامج بخمس مراحل وهى :

١- **مرحلة البدء:** وهى المرحلة التى تمَّ من خلالها التعارف بين الباحث وأفراد البرنامج وشرح أهداف البرنامج ومدى فائدة البرنامج بالنسبة لهم وتوقعات

المشاركين نحوه. ومن ثم التحضير للدخول إلى عمق جلسات البرنامج وملئ استمارة التعارف، ومعرفة عدد الجلسات وضرورة الالتزام بالمواعيد من قبل أفراد البرنامج وتوضيح أنه سيكون هناك بعض الواجبات المنزلية يجب الالتزام بها من أجل نجاح الخطة العلاجية .

٢- **مرحلة الانتقال:** يتم فيها التركيز على الهدف الأساسي في البرنامج وهو تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري وتخفيف وعلاج الشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عن هذا الاضطراب لدى عينة البرنامج عن طريق تدريب الطالبات على بعض الفنيات الخاصة بالبرنامج المعرفي السلوكي.

### ٣- **مرحلة العمل والبناء :**

- يتم في هذه المرحلة مساعدة الأفراد (أعضاء البرنامج) على الوعي بالذات ومعرفة عيوبهم ومميزاتهم وتقبلها، وزيادة وعيهم أن لديهم أشياء مفضلة خاصة بهم، وزيادة حبهم لمن حولهم وإدراك سعادتهم معهم. **وتم ذلك من خلال تنمية تعديل الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية وتعديل السلوك، ومن ثم توضيح ما يحتويه البرنامج من فنيات لتنميتها.** وذلك من خلال جلسات البرنامج المعرفي السلوكي الذي تكون من (١٧) جلسة علاجية (ملحق: ١)

٤- **مرحلة الإنهاء:** وهي مرحلة تقييم البرنامج ويتم فيها التعرف على الأهداف التي حققها البرنامج ومدى فعاليته في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري وعلاج الوصمة الاجتماعية الناتجة عنه، وتهيئة أفراد البرنامج لانتهاء البرنامج العلاجي وإعادة تطبيق القياس البعدي ومقارنته بدرجات القياس القبلي.

٥- **مرحلة المتابعة:** وتشمل مرحلة المتابعة والتأكد من مدى استمرار فعالية البرنامج المعرفى السلوكى لدى أفراد عينة الدراسة بعد فترة زمنية بلغت شهر من إنهاء البرنامج حيث يتم القياس التتبعى.

رابعاً: **برنامج العلاج السلوكى الجدلى فى تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهرى والشعور بالوصمة الناتجة عنه:**

أ. أهداف البرنامج:

- الهدف العام للبرنامج: يهدف إلى تخفيف أعراض الوسواس القهرى والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه.

الأهداف الإجرائية:

- تحديد المواقف التى تتمركز حول الوسواس والأفعال القهرية والوصمة الاجتماعية
- التعرف على مفهوم العلاج السلوكى الجدلى وبعض فنياته.
- زيادة الوعى بوجود علاقة وثيقة بين الفكر المتسلط والفعل القهرى الذى يقوم به المريض دون التفكير فيه ودون ربط بين (الفكر والفعل).
- تدريب الطالبات على معرفة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- تدريب الطالبات على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير.
- تعلم طريقة جديدة للتفكير بعد الابتعاد عن الأفكار السلبية، والمنطق الخاطيء الذى أوجدته.
- القيام بتدريبات اليقظة العقلية المتنوعة فى مختلف الأمور الشخصية والحياتية للأفكار والسلوكيات والانفعالات.
- التركيز على اللحظة الراهنة، ومواجهة الميل نحو الاجترار والأفكار الوسواسية

- تدريب الطالبات على تعلم بعض المهارات الحياتية الجديدة التي تسهم في خفض بعض الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية من خلال تحقيق الثبات الانفعالي والتفكير المنطقي والاندماج العاطفي.
- تدريب الطالبات على خطوات ومراحل حل المشكلات المختلفة
- تدريب الطالبات على ممارسة تمارين الاسترخاء المختلفة لصرف التفكير ومواجهة الأفعال القهرية.
- تدريب الطالبات على التغلب على الأفكار الاضطهادية والشك بالآخرين.
- تدريب الطالبات على مهارات العلاقات البينشخصية الفعالة من خلال تحديد الأولويات وملاحظة تغييرها عند التفاعل مع الآخرين، بالإضافة إلى مساعدتهن في البحث عما ينبغي فعله أو الإجابة بـ "لا" للأشياء والمطالب التي لا يستطيعن القيام بها.
- تعريف الطالبات بمهارات اليقظة الذهنية
- إكساب الطالبات مهارة ممارسة العقل الحكيم
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارة تحكم في عقلك: (ما هي).
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارات التحكم في العقل: مهارات (كيف)
- إكساب الطالبات مهارات الفاعلية البينشخصية
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارة الحصول على ما تريد (DEAR MAN)
- تعريف الطالبات وتدريبهم مهارة على الحفاظ على العلاقة (GIVE)، ومهارة حافظ على احترام نفسك (FAST)
- إكساب الطالبات مهارات بناء العلاقات وإنهاء المدمر منهم.
- تعريف وتدريب الطالبات على مهارات تحمل الضغط، ومهارة توقف (STOP) ومهارة الإيجابيات والسلبيات

- تعريف الطالبات بمهارات تغيير كيمياء الجسم ومهارات تحسين اللحظة، وتدريبهم عليها.
- تعريف الطالبات بمهارات تقبل الواقع، مهارة القبول المطلق والتحويل الذهني، ومهارة نصف الابتسامة والايادي الهادئة، وتدريبهم عليها.
- تعريف الطالبات على مهارات تنظيم المشاعر، ومهارات فهم وتسمية المشاعر، ومهارات تغيير الاستجابات العاطفية، مهارة التحقق من الحقائق، وتدريبهم عليها.
- تعريف الطالبات على مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي، مهارة تراكم المشاعر الإيجابية، ومهارة المحافظة على التفكير من خلال العناية بالجسم، وتدريبهم عليها.
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارة الوعي بالمشاعر الحالية، ومهارة التحكم بالمشاعر الحادة
- مساعدة الطالبات على تعلم كيفية استخدام مهارات العلاج الجدلي السلوكي فى الحياة اليومية.

#### ب. مصادر بناء البرنامج:

- تم الاطلاع على العديد من البحوث والمؤلفات والأطر النظرية الخاصة بالعلاج السلوكي الجدلي، للوقوف على أهم الفنيات التي تم استخدامها ومنها:  
(Dimeff & Linehan,2001;Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois,Welch, Heagerty & Kivlahan,2002;Robins & Koerner & Dimeff,2007; Lynch & ٢٠٠٦؛ Chapman,2004؛ فايد، ٢٠٠٦؛ Lynch & ٢٠٠٦؛ Cheavens;2008; Safer, Telch & Chen,2009؛ سليمان، ٢٠١٠؛ Matta,2012; Linehan & Wilks,2015; Linhean,2015; Ahovan,

؛ ٢٠١٩؛ Balali, Shargh & Doostian,2016; Linehan,2018

Flynn, Kells & Joyce,2021)

- تم الاطلاع على عديد من البحوث والمؤلفات والأطر النظرية المتعلقة باضطراب

الوسواس القهري، ومنها: (سيفان، ١٩٩٦؛ خضر، ٢٠٠٠؛ Anthony &

Swinson ,2001; Anthony& Swinson,2001؛ بارلو، ٢٠٠٢؛ البشر،

وفرّج، ٢٠٠٢؛ سيفان، ٢٠٠٣.أ؛ سيفان، ٢٠٠٣.ب؛ Wagner,2003؛ باظة،

٢٠٠٥؛ زهران، ٢٠٠٥؛ Miller & Kraus,2007; Anderson& Rees

Sadock& Sadock,2008;2007؛ Fairfax,2008؛ بشرى، وعبد الظاهر،

٢٠٠٩؛ فضة، والفقى؛ وسيد، ٢٠١٠؛ APA,2013;; Turner, Mataix-

Cols, Lovell, Krebs, Lang, Byford & Heyman,2014

وعبدالهادى، ٢٠١٤؛ الرشيد، ٢٠١٥؛ الحويلة، وعياد، وشويخ، والرشيد،

والحمدان، ٢٠١٥؛ حنور، ٢٠١٦).

أسس ومبادئ البرنامج العلاجي:

اعتمد بناء البرنامج وتنفيذه على ما يلي:

- الاعتماد على بعض الأسس والمبادئ العامة للعلاج النفسي، والتي تتمثل في:

الثبات النسبي للسلوك الإنساني، وإمكانية التنبؤ به، ومرونته، واستعداد الفرد وحقه

في العلاج النفسي، واستمرارية عملية العلاج.

- الاعتماد على الأسس الفلسفية والتي تتمثل في: مراعاة طبيعة الفرد، والاهتمام

بكينونته، والاهتمام بأخلاقيات العلاج النفسي، بالإضافة إلى اعتماد البرنامج على

الأسس النفسية، والمتمثلة في: مراعاة الحالة النفسية للحالة، ومطالب النمو للمرحلة

العمرية التي توجد بها.

- بناء برنامج العلاج السلوكى الجدلى لتخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهرى والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه بناءً على أسس ومبادئ العلاج السلوكى الجدلى.
- تم الاعتماد فى تنفيذ البرنامج على فنيات العلاج السلوكى الجدلى.
- تم تقديم كل مرحلة من مراحل العلاج السلوكى الجدلى من خلال مجموعة من المهارات والأنشطة والواجبات المنزلية.

### الفنيات المستخدمة فى برنامج العلاج السلوكى الجدلى:

اعتمد الباحث بصفة أساسية عند بناء جلسات برنامج العلاج الجدلى السلوكى على عدد من الفنيات التى يقوم عليها العلاج السلوكى الجدلى، مثل: التدريب على اليقظة العقلية، مهارة الإقناع الجدلى، أسلوب التسلسل وتحليل السلوك، التخيل أو التصور، التنظيم والتحكم بالانفعالات، التفكير الجدلى، التحويل، النمذجة التقليدية الحية، المناقشة الجدلية واسلوب المجاز، فنيات حل المشكلات، مثل التعديل المعرفى، صرف الانتباه، الاسترخاء العضلى، فنيات العلاقات الشخصية الفعالة، الاستشارة عبر الهاتف؛ إلى جانب بعض الفنيات المساعدة، وهى: المناقشة والحوار، التحصين التدريجى، الواجب المنزلى.

### إجراءات تنفيذ البرنامج السلوكى الجدلى:

طبّق البرنامج على الطالبات اللاتى يعانين من اضطراب الوسواس القهرى، والوصمة الاجتماعية من الإضطراب، حيث تكون البرنامج من أربعة مراحل أساسية، كل مرحلة تضم عددًا من الجلسات لتحقيق أهداف معينة خاصة بكل جلسة على حده، وتتجمع تلك الأهداف معًا لتحقيق الهدف النهائى للبرنامج، وبالتالي تكون البرنامج من (٣٥) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًا، وزمن كل



جلسة تراوح من (٦٠-٩٠) دقيقة، ويوضح ملحق (٢) المخطط التفصيلي

للبرنامج

فروض الدراسة:

**ينص الفرض الأول على:** "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الأولى)، ومجموعة العلاج الجدلي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية)، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي (المجموعة التجريبية الثالثة) والمجموعة الضابطة على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة التجريبية الثالثة والمجموعة الضابطة على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية باستخدام اختبار كروسكال واليس "Kruskal-Wallis Test" لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات الأربعة قبل تطبيق البرامج كما يلي:

جدول (١): نتائج اختبار "كروسكال واليس" لدلالة الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاثة والمجموعة الضابطة على مقاييس الدراسة في القياس القبلي

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الأولى	٦	١٠.٧٥	١.٠٣٣	٣	٠.٧٩٣
	المجموعة الثانية	٦	١٢.٣٣			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.١٧			
	المجموعة الضابطة	٦	١٢.٧٥			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير المريض بالوصم من المجتمع	المجموعة الأولى	٦	١٣.٦٧	٢.٠٦٩	٣	٠.٥٥٨
	المجموعة الثانية	٦	١١.٥٨			
	المجموعة الثالثة	٦	١٠.١٧			
	المجموعة الضابطة	٦	١٤.٥٨			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الأولى	٦	١٣.١٧	٠.٧٩٤	٣	٠.٨٥١
	المجموعة الثانية	٦	١١.٠٨			
	المجموعة الثالثة	٦	١١.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	١٣.٩٢			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصى	المجموعة الأولى	٦	١٢.٦٧	٣.٠٤٤	٣	٠.٣٨٥
	المجموعة الثانية	٦	١٣.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٩.١٧			
	المجموعة الضابطة	٦	١٤.٣٣			
	العينة الكلية	٢٤				

مستوى الدلالة	درجة الحرية	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	ن	المجموعات	الأبعاد
٠.٠٧٣	٣	٦.٩٥٦	١٢.١٧	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
			١٧.٨٣	٦	المجموعة الثانية	
			١١.١٧	٦	المجموعة الثالثة	
			٨.٨٣	٦	المجموعة الضابطة	
				٢٤	العينة الكلية	
٠.٣٩٨	٣	٢.٩٦٢	١٤.٦٧	٦	المجموعة الأولى	اجترار الأفكار
			٨.٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			١٣.٥٨	٦	المجموعة الثالثة	
			١٣.٠٨	٦	المجموعة الضابطة	
				٢٤	العينة الكلية	
٠.٥٧٩	٣	١.٩٧٠	١١.٣٣	٦	المجموعة الأولى	الوساوس الجنسية
			١٠.٤٢	٦	المجموعة الثانية	
			١٥.٣٣	٦	المجموعة الثالثة	
			١٢.٩٢	٦	المجموعة الضابطة	
				٢٤	العينة الكلية	
٠.٤١٧	٣	٢.٨٣٩	١٠.٠٠	٦	المجموعة الأولى	الوساوس العدوانية
			١٢.٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			١٦.٠٠	٦	المجموعة الثالثة	
			١١.٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				٢٤	العينة الكلية	
٠.٤١٧	٣	٢.٨٣٩	١٠.٠٠	٦	المجموعة الأولى	الوساوس الدينية
			١٢.٥٠	٦	المجموعة الثانية	

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المجموعة الثالثة	٦	١٦.٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الأولى	٦	١٠.٨٣	٣.٧٩٣	٣	٠.٢٨٥
	المجموعة الثانية	٦	١٠.٠٨			
	المجموعة الثالثة	٦	١٦.٦٧			
	المجموعة الضابطة	٦	١٢.٤٢			
	العينة الكلية	٢٤				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الأولى	٦	١٠.٥٠	١.٣٢١	٣	٠.٧٢٤
	المجموعة الثانية	٦	١٢.٧٥			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٧٥			
	المجموعة الضابطة	٦	١٢.٠٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الصور الوسوسية	المجموعة الأولى	٦	١٠.٠٠	١.٨٥٦	٣	٠.٦٠٣
	المجموعة الثانية	٦	١٤.٢٥			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٢٥			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
أفعال قهرية عامة ومتباينة	المجموعة الأولى	٦	٩.٥٠	٣.١٩٤	٣	٠.٣٦٣
	المجموعة الثانية	٦	١٥.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٠٠			

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	العينة الكلية	٢٤				
الأفعال القهرية الدينية	المجموعة الأولى	٦	٩.٥٠	٣.١٩٤	٣	٠.٣٦٣
	المجموعة الثانية	٦	١٥.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٠٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الطهارة والنظافة القهرية	المجموعة الأولى	٦	١٠.٠٠	١.٨٥٦	٣	٠.٦٠٣
	المجموعة الثانية	٦	١٤.٢٥			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٢٥			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
البطء	المجموعة الأولى	٦	٩.٥٠	٣.١٩٤	٣	٠.٣٦٣
	المجموعة الثانية	٦	١٥.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٠٠			
	العينة الكلية	٢٤				
المراجعة	المجموعة الأولى	٦	١٠.٠٠	١.٨٥٦	٣	٠.٦٠٣
	المجموعة الثانية	٦	١٤.٢٥			
	المجموعة الثالثة	٦	١٤.٢٥			
	المجموعة الضابطة	٦	١١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
طقوس اللمس	المجموعة الأولى	٦	١٤.٣٣	٢.٣٠٠	٣	٠.٥١٣

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المجموعة الثانية	٦	٩.٧٥	١.٤٤٥	٣	٠.٦٩٥
	المجموعة الثالثة	٦	١١.٥٨			
	المجموعة الضابطة	٦	١٤.٣٣			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الأولى	٦	١٤.٠٠	١.٥٣٠	٣	٠.٦٧٥
	المجموعة الثانية	٦	١١.٤٢			
	المجموعة الثالثة	٦	١٠.٥٨			
	المجموعة الضابطة	٦	١٤.٠٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الأولى	٦	١٢.٣٣	١.٥٣٠	٣	٠.٦٧٥
	المجموعة الثانية	٦	١٥.١٧			
	المجموعة الثالثة	٦	١٠.٥٠			
	المجموعة الضابطة	٦	١٢.٠٠			
	العينة الكلية	٢٤				

يتضح من جدول (١) السابق؛ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات عينة الدراسة من طالبات الجامعة في المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة على كل من مقياس الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية قبل تطبيق البرامج العلاجية، فمن خلال حساب قيمة "كا<sup>٢</sup>" في كل أبعاد مقياسي الدراسة، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة إحصائياً، أي أنه لا يوجد فروق بين المجموعات الأربعة (التجريبية الأولى - التجريبية الثانية- التجريبية

الثالثة- المجموعة الضابطة) فى القياس القبلى، وهذه نتيجة منطقية نظرًا لعدم تطبيق أى برامج علاجية على أفراد المجموعات.

**ينص الفرض الثانى على:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج المعرفي السلوكى (التجريبية الأولى)، ومجموعة العلاجى الجدلى السلوكى (التجريبية الثانية)، ومجموعة العلاج المعرفى السلوكى والجدلى السلوكى (التجريبية الثالثة) والمجموعة الضابطة على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية بعد تطبيق البرامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة التجريبية الثالثة والمجموعة الضابطة على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية باستخدام اختبار كروسكال واليس لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات الأربعة كما يلى:

**جدول (٢): نتائج اختبار "كروسكال واليس" لدلالة الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاثة والمجموعة الضابطة على مقاييس الدراسة فى القياس البعدى**

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	ك <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الأولى	٦	١٥.١٧	٢٠٠.٢٦	٣	.٠٠١
	المجموعة الثانية	٦	٨.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تأثير المريض بالوصم من المجتمع	المجموعة الأولى	٦	١٣.٥٠	٢٠.٠٠٢	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	١١.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	٣.٥٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الأولى	٦	١٤.٣٣	١٨.٢٨٢	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٨.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٥.٣٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي	المجموعة الأولى	٦	١١.٥٠	١٩.٢٩٥	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	١٣.٠٠			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الأولى	٦	١٥.٥٠	٢١.٦٩٤	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	٣.٥٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
اجترار الأفكار	المجموعة الأولى	٦	١٥.٥٠	٢٠.٦٥١	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٨.٥٠			



الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٥٠	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الوساوس الجنسية	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الوساوس العدوانية	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الوساوس الدينية	المجموعة الأولى	٦	١٢.١٧	١٨.٦٣١	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	١٢.١٧			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.١٧			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	العينة الكلية	٢٤				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٧.١١٣	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٨.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	٦.١٧			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الصور الوسوسية	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
أفعال قهرية عامة ومتباينة	المجموعة الأولى	٦	١١.٨٣	١٨.٥٩٢	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	١٢.٥٠			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.١٧			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الأفعال القهرية الدينية	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الطهارة والنظافة	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
القهرية	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
البطء	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
المراجعة	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
طقوس اللمس	المجموعة الأولى	٦	١٤.٨٣	١٨.٩٣٥	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٨.١٧			
	المجموعة الثالثة	٦	٥.٥٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الأولى	٦	١٣.٨٣	١٨.٣١٨	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	٩.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٤.٨٣			

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الأولى	٦	١٤.١٧	٢٠.٧١٩	٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٦	١٠.٨٣			
	المجموعة الثالثة	٦	٣.٥٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٢١.٥٠			
	العينة الكلية	٢٤				

يتضح من جدول (٢) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات عينة الدراسة من طالبات الجامعة في المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة على كل من مقياس الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية بعد تطبيق البرامج العلاجية، فمن خلال حساب قيمة "كا<sup>٢</sup>" في كل أبعاد مقياسي الدراسة، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، أي أن الفروق بين المجموعات الأربعة (التجريبية الأولى - التجريبية الثانية- التجريبية الثالثة- المجموعة الضابطة) فروق جوهرية على كل من مقياس الوسواس القهري، ومقياس الوصمة الاجتماعية، لذا تم استخدام اختبار مان ويتي "Mann-Whitney U" لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة للكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات الأربعة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٣): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتنى) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية فى القياس البعدى

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
اجترار الأفكار	المجموعة الأولى	١٠.٣٤٠٠	٠.٦٩٦٧	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الثانية	٤.٤٠٣٣	١.٩٨٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
الوساوس الجنسية	المجموعة الأولى	١٧.٢١٣٣	١.١٤٠	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
	المجموعة الثانية	١٣.٣٨٣٣	٤.٩٧٧	٤.٨٣	٢٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
الوساوس العدوانية	المجموعة الأولى	١٢.٧٢٠٠	٠.٨١٣٩	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
	المجموعة الثانية	١٠.٠٠٠	٣.٥٣٢	٤.٨٣	٢٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
الوساوس الدينية	المجموعة الأولى	٧.٧٥٠٠	٠.٤٢٠٣	٦.٥٠	٣٩.٠٠	١٨.٠٠	٣٩.٠٠	٠.٠٠٠	١.٠٠٠
	المجموعة الثانية	٧.٧٥٠٠	٠.٤٢٠٣	٦.٥٠	٣٩.٠٠	١٨.٠٠	٣٩.٠٠	٠.٠٠٠	١.٠٠٠
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من	المجموعة الأولى	٦.٩٩٠٠	٠.٤٨٢٩	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
المرض	المجموعة الثانية	٥.٨١٠٠	١.٤٣٠	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
	المجموعة الأولى	١١.٧٦٠٠	٠.٨٣١٨	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الثانية	٨.٦٠٦٧	٤.١٨٥٤	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
	المجموعة الأولى	١٨.٩٥٣٣	١.٤١٧٦	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
الصور الوسوسية	المجموعة الثانية	١٤.١٧٣٣	٦.٢١٦٤	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
	المجموعة الأولى	٦.٧٥٠٠	٠.٥٧٢٤	٦.١٧	٣٧.٠٠	١٦.٠٠	٣٧.٠٠	٠.٣٣٣	٠.٧٣٩
أفعال قهريّة عامة ومتباينة	المجموعة الثانية	٧.٤٣٠٠	١.٥٧٥	٦.٨٣	٤١.٠٠				
	المجموعة الأولى	٩.٦٥٣٣	٠.٨٨١٠	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
الأفعال القهريّة الدينية	المجموعة الثانية	٨.٦٦٦٧	٠.٨٨١٠	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
	المجموعة الأولى	١١.٠٢٠٠	٠.٩٩٢٨	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
الطهارة والنظافة القهريّة	المجموعة الثانية	٩.٥٤٠٠	١.٥١٦٥	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
	المجموعة الأولى	١١.٠٢٠٠	٠.٩٩٢٨	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
البطء	المجموعة الأولى	٩.٣٦٠٠	٠.٩٦٥٩	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
	المجموعة الثانية	٧.٩١٦٧	١.٤٨٠٤	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
المراجعة	المجموعة الأولى	٨.٧٥٣٣	٠.٧٢٨٩	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
	المجموعة الثانية	٧.٦٦٦٧	١.١١١٥	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
طقوس اللمس	المجموعة الأولى	٧.٣٣٦٧	٠.٦٣٠٥٨	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثانية	٥.٩٦٠٠	٠.٥٨٦٣	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الأولى	٦.٣١٠٠	٠.٣٦٦٧٢	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
	المجموعة الثانية	٥.٧٦٠٠	٠.٥٦٥٠	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الأولى	٣٦.٠٠	٠.٨٩٤٤	٨.١٧	٤٩.٠٠	٨.٠٠٠	٢٩.٠٠	١.٦٦٧	٠.٠٩٦
	المجموعة الثانية	٣٤.٣٣	١.٨٦١	٤.٨٣	٢٩.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الأولى	٢١.٣٣	٢.٠٦٥٥	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠	٣.٠٠٠	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
	المجموعة الثانية	١٤.٦٦٧	١.٠٣٢	٣.٥٠	٢١.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من المجتمع	المجموعة الأولى	٢٤.٠٠	٠.٨٩٤	٧.٥٠	٤٥.٠٠	١٢.٠٠	٣٣.٠٠	٠.٩٨٥	٠.٣٢٥
	المجموعة الثانية	٢٥.٦٦٧	٨.٧٧٨	٥.٥٠	٣٣.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الأولى	٢١.٠٠	٠.٨٩٤٤	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثانية	١٤.٦٦٦	٤.١٣١١	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي	المجموعة الأولى	١٨.٦٦٦	١.٠٣٢٨	٥.٨٣	٣٥.٠٠	١٤.٠٠	٣٥.٠٠	٠.٦٩٩	٠.٤٨٤
	المجموعة الثانية	١٩.٠٠	٠.٨٩٤٤٣	٧.١٧	٤٣.٠٠				
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الأولى	٨٥.٠٠	١.٧٨٨٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠	٢١.٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الثانية	٧٤.٦٦٦	٥.٧٥٠٣	٣.٥٠	٢١.٠٠				



يتضح من جدول (٣) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفى السلوكى)، والتجريبية الثانية (العلاج الجدلى السلوكي) على كل من أبعاد (اجترار الأفكار- طقوس اللمس)، من مقياس اضطراب الوسواس القهري، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج الجدلى السلوكى "الأقل انخفاضاً في درجات اضطراب الوسواس القهري"). وعدم وجود فروق بين المجموعتين في باقى الأبعاد بعد تطبيق البرامج العلاجية. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفى السلوكى)، والتجريبية الثانية (العلاج الجدلى السلوكي) على كل من أبعاد (تأثير المريض بالوصم من الأسرة- تأثير المريض بالوصم من المعالج- والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الاجتماعية) من مقياس الوصمة الاجتماعية، وذلك لصالح المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكى الجدلى)، المجموعة الأقل انخفاضاً في درجات اضطراب الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من (Miller&Kraus,2007;Fairfax,2008; Ahovan, Balali, Shargh & Doostian,2016). ودراسة (Lynch&Cheavens,2008)، والتي أشاروا إلى فعالية العلاج الجدلى السلوكي مع الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج ما أشارت إليه دراسة (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler & Pantalone,,2015,3)، والتي أكدت على فعالية العلاج الجدلى السلوكي بالمقارنة مع غيره من العلاجات في علاج بعض الاضطرابات النفسية، وذلك من خلال دوره الفعال في التخلص من الأفكار السلبية وتحقيق التغيير والوصول إلى معانى جديدة من خلال الاقناع الجدلى واستثمار التعارض في العلاقة العلاجية (بارلو، ٢٠٠٢، ٩٦٦).

جدول (٤): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتنى) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثالثة فى القياس البعدى

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
اجترار الأفكار	المجموعة الأولى	١٠٠.٣٤٠٠	٠.٦٩٦٧	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٢.٧١٣٣	٢.٠٩٦٥	٣.٥٠	٢١.٠٠				
الوساوس الجنسية	المجموعة الأولى	١٧.٢١٣٣	١.١٤٠	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٩.١٢٦٧	٥.٢٧٧٥	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
الوساوس العدوانية	المجموعة الأولى	١٢.٧٢٠٠	٠.٨١٣٩	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٦.٩٧٦٧	٣.٧٤٣٨	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
الوساوس الدينية	المجموعة الأولى	٧.٧٥٠٠	٠.٤٢٠٣	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٤.٧٧٣٣	١.٩٤١٦	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الأولى	٦.٩٩٠٠	٠.٤٨٢٩	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٣.٥٨٣٣	٢.٢٢٠٥	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الأولى	١١.٧٦٠٠	٠.٨٣١٨	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٥.٨٩٦٧	٣.٨٢١٣	٣.٨٣	٢٣.٠٠				

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
الصور الوسوسية	المجموعة الأولى	١٨.٩٥٣٣	١.٤١٧٦	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٨.٩٠٣٣	٦.٥٥٨٢	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
أفعال قهرية عامة ومتباينة	المجموعة الأولى	٦.٧٥٠٠	٠.٥٧٢٤	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٤.٤٠٣٣	١.٣٢١٩	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
الأفعال القهرية الدينية	المجموعة الأولى	٩.٦٥٣٣	٠.٨٨١٠	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٦.٠٣٦٧	٢.٠٣٩٧	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
الطهارة والنظافة القهرية	المجموعة الأولى	١١.٠٢٠٠	٠.٩٩٢٨	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٦.٩٥٠٠	٢.٢٩٢٨	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
البطء	المجموعة الأولى	٩.٣٦٠٠	٠.٩٦٥٩	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٥.٣٩٣٣	٢.٢٣٦٠	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
المراجعة	المجموعة الأولى	٨.٧٥٣٣	٠.٧٢٨٩	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٥.٧٦٦٧	١.٦٨٣٤	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
طقوس اللمس	المجموعة الأولى	٧.٣٣٦٧	٠.٦٣٠٥	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٤.٧٥٦	١.٤٥١٠	٣.٨٣	٢٣.٠٠				

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الأولى	٦.٣١٠٠	٠.٣٦٦٧	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٤.٨٠٠	٠.٨٥٢٠	٣.٨٣	٢٣.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الأولى	٣٦.٠٠	٠.٨٩٤٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٢.٠٠	٢١.٠٠	٣.٠٩٥	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٣١.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	٩.١٧	٢١.٠٠	٢.٠٠	٢١.٠٠	٣.٠٩٥	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الأولى	٢١.٣٣	٢.٠٦٥٥	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٧٦٨	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	١١.٦٦٦	٤.٠٨٢٤	٣.٨٣	٢٣.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٧٦٨	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من المجتمع	المجموعة الأولى	٢٤.٠٠	٠.٨٩٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠	٢١.٠٠	٣.٠٠٦	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	١٤.٥٠٠	١.٢٢٤٧	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠	٢١.٠٠	٣.٠٠٦	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الأولى	٢١.٠٠	٠.٨٩٤٤	٨.٦٧	٥٢.٠٠	٥.٠٠	٢٦.٠٠	٢.١٨٣	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	١٢.٠٠٠	٤.٨٩٨٩	٤.٣٣	٢٦.٠٠	٥.٠٠	٢٦.٠٠	٢.١٨٣	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي	المجموعة الأولى	١٨.٦٦٦	١.٠٣٢٨	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٧٦٨	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	١٤.٦٦٦٦	١.٦٣٢٩	٣.٨٣	٢٣.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٧٦٨	٠.٠١
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الأولى	٨٥.٠٠	١.٧٨٨٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠	٢١.٠٠	٢.٩٠٣	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٥٢.٨٣٣٣	٥.٠٧٦٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠	٢١.٠٠	٢.٩٠٣	٠.٠١

يتضح من جدول (٤) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة فى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفى السلوكى)، والمجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الجدلى السلوكى+العلاج المعرفى السلوكى) على كل من أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهرى والدرجة الكلية، وأبعاد مقياس الوصمة الاجتماعية، والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الاجتماعية، وذلك لصالح المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج السلوكى الجدلى+ العلاج المعرفى السلوكى)، المجموعة الأقل انخفاضًا فى درجات اضطراب الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية.

جدول (٥): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتنى) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة فى القياس البعدى

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
اجترار الأفكار	المجموعة الأولى	١٠.٣٤٠٠	٠.٦٩٦٧	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	١٧.١٢٠	٠.٤٥٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس الجنسية	المجموعة الأولى	١٧.٢١٣٣	١.١٤٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٦.١٥٠	١.١٤٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس العدوانية	المجموعة الأولى	١٢.٧٢٠٠	٠.٨١٣٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٣.٥٩	٠.٨٠٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس الدينية	المجموعة الأولى	٧.٧٥٠٠	٠.٤٢٠٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
	المجموعة الضابطة	٢٢.٧٩	٠.٤٢٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الأولى	٦.٩٩٠٠	٠.٤٨٢٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٤.١٩	٠.٤٧٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الأولى	١١.٧٦٠٠	٠.٨٣١٨	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٢.٨٧	٠.٨٣١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الصور الوسوسية	المجموعة الأولى	١٨.٩٥٣٣	١.٤١٧٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٣٠.٢١	١.٤٠٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
أفعال قهرية عامة	المجموعة الأولى	٦.٧٥٠٠	٠.٥٧٢٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
ومتباينة	المجموعة الضابطة	٢٣.٣٨	٠.٥٧٢	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الأفعال القهرية الدينية	المجموعة الأولى	٩.٦٥٣٣	٠.٨٨١٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٢٠.٥١	٠.٨٨٥	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الطهارة والنظافة القهرية	المجموعة الأولى	١١.٠٢٠٠	٠.٩٩٢٨	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٢٣.٢٤	٠.٩٩٧	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
البطء	المجموعة الأولى	٩.٣٦٠٠	٠.٩٦٥٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٢١.٢٧	٠.٩٧٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
المراجعة	المجموعة الأولى	٨.٧٥٣٣	٠.٧٢٨٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٢١.٧٩	٠.٧٢٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				



المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
طقوس اللمس	المجموعة الأولى	٧.٣٣٦٧	٠.٦٣٠٥٨	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٢٩.٢٢	٠.٥٥١	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الأولى	٦.٣١٠٠	٠.٣٦٦٧٢	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	١٩.٠٠٨	٠.٣٦٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الأولى	٣٦.٠٠	٠.٨٩٤٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٨٤.٣٣	٠.٥١٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الأولى	٢١.٣٣	٢.٠٦٥٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٤٥.٠٠	٤.٠٩٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
تأثير المريض	المجموعة الأولى	٢٤.٠٠	٠.٨٩٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
بالوصم من المجتمع	المجموعة الضابطة	٥٣.٠٠٠	٧.٦٤١	٩.٥٠	٥٧.٠٠٠				
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الأولى	٢١.٠٠٠	٠.٨٩٤٤	٣.٥٠	٢١.٠٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٣٥.٠٠٠	٧.٩٤٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠٠				
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي	المجموعة الأولى	١٨.٦٦٦	١.٠٣٢٨	٣.٥٠	٢١.٠٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٥٨.٠٠٠	٥.٤٤٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠٠				
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الأولى	٨٥.٠٠٠	١.٧٨٨٨	٣.٥٠	٢١.٠٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	١٩١.٠٠٠	٢٣.١٣٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠٠				

يتضح من جدول (٥) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة فى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفى السلوكى)، والمجموعة الضابطة على كل من أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهرى والدرجة الكلية، وأبعاد مقياس الوصمة الاجتماعية، والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الاجتماعية، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفى السلوكى)، والذي تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفى السلوكى عليها فى مقابل عدم تطبيق أى برامج علاجية على المجموعة الضابطة.

وترجع هذه النتيجة بشكل عام إلى ما أحدثه العلاج المعرفى السلوكى كأسلوب تداخلي فى خفض الاضطرابات النفسية، من حيث العمل على إعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة، والتي ظهرت على أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (Bolten,Perrin,2008)، ودراسة (Fisher & Wells,2005)، ودراسة (Rowa,Anthony,Summerfeldt,Purdon,Young& Swinson,2007)، ودراسة الدفاعى (٢٠٠٩)، ودراسة (Jones, Wootto & Vaccaro,2012)، ودراسة (Nakanishi, Oshita, Golden&Holaway,2013)، ودراسة (Tanaka, Inoue, Kawashima, Okamoto& Akiyoshi,2014) والتي أشاروا إلى فعالية العلاج السلوكى فى علاج اضطراب الوسواس القهرى. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة الحويشى (٢٠١٩) والتي أشارت إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على مقياس الوسواس القهرى لصالح

المجموعة التجريبية، وذلك لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية فى مدينة بنغازى.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Shimotsu, Horikawa, Emura, 2014) (Tong, Bu, Ishikawa, Nagao, Ogata & Hosomi, 2014) ودراسة (Yang, Dong, Sun & Shi, 2020) والتي توصلوا إلى فعالية البرنامج المعرفى السلوكى الجمعى فى خفض الوصمة الذاتية والاجتماعية الناتجة عن الاضطرابات النفسية، كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Kim & Jun, 2016) والتي أشارت إلى فعالية البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض حدة وصمة العار الداخيلة وتنمية تقدير الذات لدى العينة التجريبية من مرضى الفصام مقارنة بالعينة الضابطة. كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نتائج كل من دراسة (Murray, Augustinavicius, Kaysen, Rao, Murray, Wachter, Bass, 2018) ودراسة (Zarei & Roohafza, 2018) والتي أشاروا إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض حدة الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

ويمكن مناقشة نتيجة هذا الفرض فى ضوء الإطار النظرى للدراسة الحالية وهو أن الوصمة عبارة عن مجموعة من المعتقدات والأفكار المشوهة والتي يدركها الفرد عن نفسه ويتبناها أو ينسبها إليه الآخرون بسبب فعل منحرف قام به وغير مقبول اجتماعيًا، ولكن فى بعض الأحيان تكون هذه الأفكار والمعتقدات المشوهة ليس لها أساس من الصحة وخصوصًا المتعلقة بالمرض النفسى، فالتدخل العلاجى من خلال العلاج المعرفى السلوكى يهدف إلى اقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية، هى التى تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف

جدول (٦): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتنى) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية

الثانية والمجموعة التجريبية الثالثة

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
اجترار الأفكار	المجموعة الثانية	٤.٤٠٣٣	١.٩٨٣	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٢.٧١٣٣	٢.٠٩٦٥	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
الوساوس الجنسية	المجموعة الثانية	١٣.٣٨٣٣	٤.٩٧٧	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٩.١٢٦٧	٥.٢٧٧٥	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
الوساوس العدوانية	المجموعة الثانية	١٠.٠٠٠	٣.٥٣٢	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
	المجموعة الثالثة	٦.٩٧٦٧	٣.٧٤٣٨	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
الوساوس الدينية	المجموعة الثانية	٧.٧٥٠٠	٠.٤٢٠٣	٩.١٧	٥٥.٠٠	٢.٠٠	٢٣.٠٠	٢.٦٦٧	٠.٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
	المجموعة الثالثة	٤.٧٧٣٣	١.٩٤١٦	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الثانية	٥.٨١٠٠	١.٤٣٠	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٣.٥٨٣٣	٢.٢٢٠٥	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الثانية	٨.٦٠٦٧	٤.١٨٥٤	٧.١٧	٤٣.٠٠	١٤.٠٠	٣٥.٠٠	٠.٦٦٧	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٥.٨٩٦٧	٣.٨٢١٣	٥.٨٣	٣٥.٠٠				
الصور الوسوسية	المجموعة الثانية	١٤.١٧٣٣	٦.٢١٦٤	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٨.٩٠٣٣	٦.٥٥٨٢	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
أفعال قهرية عامة	المجموعة الثانية	٧.٤٣٠٠	١.٥٧٥	٩.١٧	٥٥.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
ومتباينة	المجموعة الثالثة	٤.٤٠٣٣	١.٣٢١٩	٣.٨٣	٢٣.٠٠				
	المجموعة الثانية	٨.٦٦٦٧	٠.٨٨١٠	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
الأفعال القهرية الدينية	المجموعة الثالثة	٦.٠٣٦٧	٢.٠٣٩٧	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٩.٥٤٠٠	١.٥١٦٥	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
الطهارة والنظافة القهرية	المجموعة الثالثة	٦.٩٥٠٠	٢.٢٩٢٨	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧.٩١٦٧	١.٤٨٠٤	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
البطء	المجموعة الثالثة	٥.٣٩٣٣	٢.٢٣٦٠	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧.٦٦٦٧	١.١١١٥	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١
المراجعة	المجموعة الثالثة	٥.٧٦٦٧	١.٦٨٣٤٦	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧.٦٦٦٧	١.١١١٥	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
طقوس اللمس	المجموعة الثانية	٥.٩٦٠٠	٠.٥٨٦٣	٧.٨٣	٤٧.٠٠	١٠.٠٠٠	٣١.٠٠٠	١.٣٣٣	٠.١٨٢
	المجموعة الثالثة	٤.٧٥٦	١.٤٥١٠	٥.١٧	٣١.٠٠				
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الثانية	٥.٧٦٠٠	٠.٥٦٥٠	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠٠	٢٧.٠٠٠	٢.٠٠٠	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٤.٨٠٠	٠.٨٥٢٠	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الثانية	٣٤.٣٣	١.٨٦١	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣.٠٩٥	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	٣١.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	٣.٥٠	٢١.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الثانية	١٤.٦٦٧	١.٠٣٢	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠٠	٢٧.٠٠٠	٢.٠٣٥	٠.٠٠١
	المجموعة الثالثة	١١.٦٦٦	٤.٠٨٢٤٨	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم	المجموعة الثانية	٢٥.٦٦٧	٨.٧٧٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣.٠٥٢	٠.٠٠١



المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
من المجتمع	المجموعة الثالثة	١٤.٥٠٠	١.٢٢٤٧	٣.٥٠	٢١.٠٠				
	المجموعة الثانية	١٤.٦٦٦	٤.١٣١١	٨.٥٠	٥١.٠٠	٦.٠٠	٢٧.٠٠	٢.٠٣٥	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الثالثة	١٢.٠٠٠	٤.٨٩٨٩	٤.٥٠	٢٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	١٩.٠٠٠	٠.٨٩٤٤٣	٩.٣٣	٥٦.٠٠	١.٠٠	٢٢.٠٠	٢.٨٥٥	٠.٠١
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصى	المجموعة الثالثة	١٤.٦٦٦٦	١.٦٣٢٩	٣.٦٧	٢٢.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧٤.٦٦٦	٥.٧٥٠٣	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠	٢١.٠٠	٢.٩٠٣	٠.٠١
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الثالثة	٥٢.٨٣٣٣	٥.٠٧٦٠	٣.٥٠	٢١.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧٤.٦٦٦	٥.٧٥٠٣	٩.٥٠	٥٧.٠٠				

يتضح من جدول (٦) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الثانية (العلاج الجدلي السلوكي)، والتجريبية الثالثة (العلاج الجدلي السلوكي+العلاج المعرفي السلوكي) على كل من أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهري والدرجة الكلية، فيما عدا بُعدى (الاندفاعات الوسواسية- طقوس اللمس) وذلك لصالح المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج السلوكي الجدلي+ العلاج المعرفي السلوكي)، المجموعة الأقل انخفاضًا في درجات اضطراب الوسواس القهري. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الثانية (العلاج الجدلي السلوكي)، والتجريبية الثالثة (العلاج الجدلي السلوكي+العلاج المعرفي السلوكي) على كل من أبعاد مقياس الوصمة الاجتماعية، والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الاجتماعية، وذلك لصالح المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج السلوكي الجدلي+ العلاج المعرفي السلوكي)، المجموعة الأقل انخفاضًا في درجات الوصمة الاجتماعية.

جدول (٧): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتنى) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة فى القياس البعدى

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
اجترار الأفكار	المجموعة الثانية	٤.٤٠٣٣	١.٩٨٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	١٧.١٢٠	٠.٤٥٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس الجنسية	المجموعة الثانية	١٣.٣٨٣٣	٤.٩٧٧	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٦.١٥٠	١.١٤٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس العدوانية	المجموعة الثانية	١٠.٠٠٠	٣.٥٣٢	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٣.٥٩	٠.٨٠٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس الدينية	المجموعة الثانية	٧.٧٥٠٠	٠.٤٢٠٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
	المجموعة الضابطة	٢٢.٧٩	٠.٤٢٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الثانية	٥.٨١٠٠	١.٤٣٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٤.١٩	٠.٤٧٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الثانية	٨.٦٠٦٧	٤.١٨٥٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٢٢.٨٧	٠.٨٣١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الصور الوسواسية	المجموعة الثانية	١٤.١٧٣٣	٦.٢١٦٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٣٠.٢١	١.٤٠٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
أفعال قهرية عامة	المجموعة الثانية	٧.٤٣٠٠	١.٥٧٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
ومتباينة	المجموعة الضابطة	٢٣.٣٨	٠.٥٧٢	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٨.٦٦٦٧	٠.٨٨١٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
الأفعال القهرية الدينية	المجموعة الضابطة	٢٠.٥١	٠.٨٨٥	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٩.٥٤٠٠	١.٥١٦٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
الطهارة والنظافة القهرية	المجموعة الضابطة	٢٣.٢٤	٠.٩٩٧	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧.٩١٦٧	١.٤٨٠٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
البطء	المجموعة الضابطة	٢١.٢٧	٠.٩٧٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧.٦٦٦٧	١.١١١٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
المراجعة	المجموعة الضابطة	٢١.٧٩	٠.٧٢٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثانية	٧.٦٦٦٧	١.١١١٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
طقوس اللمس	المجموعة الثانية	٥.٩٦٠٠	٠.٥٨٦٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٢٩.٢٢	٠.٥٥١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الثانية	٥.٧٦٠٠	٠.٥٦٥٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	١٩.٠٠٨	٠.٣٦٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الثانية	٣٤.٣٣	١.٨٦١	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٨٤.٣٣	٠.٥١٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الثانية	١٤.٦٦٧	١.٠٣٢	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٤٥.٠٠	٤.٠٩٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض	المجموعة الثانية	٢٥.٦٦٧	٨.٧٧٨	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
بالوصم من المجتمع	المجموعة الضابطة	٥٣.٠٠	٧.٦٤١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الثانية	١٤.٦٦٦	٤.١٣١١	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩٥٦	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٣٥.٠٠	٧.٩٤٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي	المجموعة الثانية	١٩.٠٠	٠.٨٩٤٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	٥٨.٠٠	٥.٤٤٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الثانية	٧٤.٦٦٦	٥.٧٥٠٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢.٩١٣	٠.٠٠١
	المجموعة الضابطة	١٩١.٠٠	٢٣.١٣٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠				

يتضح من جدول (٧) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج الجدلي السلوكي)، والمجموعة الضابطة على كل من أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهري والدرجة الكلية، وأبعاد مقياس الوصمة الاجتماعية، والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الاجتماعية، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثانية، والذي تم تطبيق البرنامج العلاجي الجدلي السلوكي عليها في مقابل عدم تطبيق أى برامج علاجية على المجموعة الضابطة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Miller&Kraus,2007)، والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري لحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري وانخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة، وتنمية مفهوم الذات وتعديل الجمود الفكري واستخدام أساليب مواجهة إيجابية للضغوط. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Lynch&Cheavens,2008) والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض السلوكيات التجنبية مثل الخوف أو الابتعاد عن زيارة الأماكن الجديدة، وخفض الشك والإستياء وعدم الثقة، وخفض التثبيط الإنفعالي والجمود الفكري. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Ahovan, Balali, Shargh & Doostian,2016) والتي أشارت إلى أن العلاج السلوكي الجدلي ساعد في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال تعديل الاستجابات الانفعالية للمريضات، وتحسين مهارات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أبو بكر (٢٠٢١) والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى إحدى طالبات الفرقة الثالثة بكلية التربية جامعة المنيا.

كما تتفق هذه النتيجة بشكل عام مع ما أشارت إليه نتائج كل من دراسة (Safer, Telch& Chen,2009; Shelton, Sampl, Kesten, Zhang & Trestman,2009; Chapman, Gratz & Tull,2011; Marco, García-Palacios & Botella,2013; Harned, Korslund & Linehan,2014; Tomlinson,2015; Kells,Joyce, Flynn, Spillane & Hayes,2020; Harned, Schmidt, Korslund &Gallop,2021; Flynn, Kells & Joyce,2021) والتي أشاروا إلى فعالية العلاج الجدلي السلوكي علاج العديد من الاضطرابات النفسية.



جدول (٨): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتنى) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية

الثالثة والمجموعة الضابطة

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
اجترار الأفكار	المجموعة الثالثة	٢,٧١٣٣	٢,٠٩٦٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٧.١٢٠	٠,٤٥٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس الجنسية	المجموعة الثالثة	٩,١٢٦٧	٥,٢٧٧٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٢٦.١٥٠	١,١٤٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس العدوانية	المجموعة الثالثة	٦,٩٧٦٧	٣,٧٤٣٨	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٢٣.٥٩	٠,٨٠٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الوساوس الدينية	المجموعة الثالثة	٤,٧٧٣٣	١,٩٤١٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
	المجموعة الضابطة	٢٢.٧٩	٠,٤٢٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض	المجموعة الثالثة	٣,٥٨٣٣	٢,٢٢٠٥	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٢٤.١٩	٠,٤٧٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	المجموعة الثالثة	٥,٨٩٦٧	٣,٨٢١٣	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٢٢.٨٧	٠,٨٣١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الصور الوسوسية	المجموعة الثالثة	٨,٩٠٣٣	٦,٥٥٨٢	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٣٠.٢١	١,٤٠٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
أفعال قهرية عامة	المجموعة الثالثة	٤,٤٠٣٣	١,٣٢١٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
ومتباينة	المجموعة الضابطة	٢٣.٣٨	٠,٥٧٢	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثالثة	٦,٠٣٦٧	٢,٠٣٩٧	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
الأنفعال القهرية الدينية	المجموعة الضابطة	٢٠.٥١	٠,٨٨٥	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثالثة	٦,٩٥٠٠	٢,٢٩٢٨	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
الطهارة والنظافة القهرية	المجموعة الضابطة	٢٣.٢٤	٠,٩٩٧	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثالثة	٥,٣٩٣٣	٢,٢٣٦٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
البطء	المجموعة الضابطة	٢١.٢٧	٠,٩٧٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثالثة	٥,٧٦٦٧	١,٦٨٣٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
المراجعة	المجموعة الضابطة	٢١.٧٩	٠,٧٢٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
	المجموعة الثالثة	٥,٧٦٦٧	١,٦٨٣٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
طقوس اللمس	المجموعة الثالثة	٤,٧٥٦	١,٤٥١٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,١٨٢
	المجموعة الضابطة	٢٩.٢٢	٠,٥٥١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير الوسواس على الأنشطة	المجموعة الثالثة	٤,٨٠٠	٠,٨٥٢٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٥٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٩.٠٠٨	٠,٣٦٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الدرجة الكلية للوسواس القهري	المجموعة الثالثة	٣١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣,١٤٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٨٤.٣٣	٠,٥١٦	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من الأسرة	المجموعة الثالثة	١١,٦٦٦	٤,٠٨٢٤	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣,٠٠٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٤٥.٠٠٠	٤,٠٩٨	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض	المجموعة الثالثة	١٤,٥٠٠	١,٢٢٤٧	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣,٠٠٦	٠,٠١

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
بالوصم من المجتمع	المجموعة الضابطة	٥٣.٠٠	٧,٦٤١	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من المعالج	المجموعة الثالثة	١٢,٠٠٠	٤,٨٩٨٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣,٠٠٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٣٥.٠٠	٧,٩٤٩	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي	المجموعة الثالثة	١٤,٦٦٦	١,٦٣٢٩	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٣,٠٠٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	٥٨.٠٠	٥,٤٤٠	٩.٥٠	٥٧.٠٠				
الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية	المجموعة الثالثة	٥٢,٨٣٣	٥,٠٧٦٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	٠.٠٠٠	٢١.٠٠٠	٢,٩٠٣	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٩١.٠٠	٢٣,١٣٤	٩.٥٠	٥٧.٠٠				

يتضح من جدول (٨) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الجدلي السلوكي)، والمجموعة الضابطة على كل من أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهري والدرجة الكلية، وأبعاد مقياس الوصمة الاجتماعية، والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الاجتماعية، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثالثة والذي تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي الجدلي السلوكي عليها في مقابل عدم تطبيق أى برامج علاجية على المجموعة الضابطة.

#### مناقشة نتائج الفرض الثانى:

يتضح من خلال النتائج السابقة تفوق العلاج الجدلي السلوكي لدى المجموعة التجريبية الثانية على العلاج المعرفي السلوكي لدى المجموعة التجريبية الأولى وذلك كما أوضحت تلك النتيجة في جدول (٣) السابق. حيث أوضحت النتائج فعالية العلاج الجدلي السلوكي عن العلاج المعرفي السلوكي فى خفض كل من اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه.

بينما أوضحت النتائج كذلك فى جدول (٦)، تفوق المجموعة الثالثة عن المجموعة الثانية، وتفوق المجموعة الثالثة عن المجموعة الأولى كما أوضحت نتائج جدول (٤)، حيث طُبق على المجموعة الثالثة كل من البرنامج المعرفي السلوكي والبرنامج الجدلي السلوكي، وتلك النتائج توضح مدى فعالية البرنامجين معًا عن البرنامج الجدلي فقط، أو البرنامج المعرفي السلوكي فقط. وترجع هذه النتيجة إلى العوامل الآتية:

١. أن العلاج المعرفي السلوكي قد ركز على عمليات التغيير الإيجابي والتحسين والشفاء بطرق وأساليب التعديل وإعادة البناء لمعرفى أو تبديل الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية من دون الانشغال بقضية تقبل المرضى لذواتهم على ما هي عليه أثناء

العلاج، والقيام بعمليات التغيير الإيجابي من دون إصدار أحكام سلبية على أنفسهم أو على ما يشعرون به أو على سلوكهم أو على واقعهم المرير الذى يعيشون فيه، كما أنه لم يتم استخدام الجدل للخروج من التناقض، والإقرار بمصادقية أو صدق Validation الآلام والمعاناة من الكرب النفسى وإمكانية مواجهتها بأساليب علاجية تحكمها، أو على الأقل، يمكنهم التعايش معها.

٢. كذلك أن أساليب العلاج المعرفى السلوكى ليس من الكفاءة والتأثير لمساعدة مرضى اضطراب الوسواس القهرى، الذين يعانون من كراهية الذات ولومها المستمر، بالإضافة إلى عدم تقبل الذات، والمعاناة المزمنة من الكرب النفسى، ولهذا لسبب وجدت "مارشا لينهان" أنه أذ استطاع العلاج الجدلى السلوكى، التركيز على تعليم مرضى الاضطرابات النفسية بكافة أنواعها كلاً من أساليب تقبل الذات أثناء العلاج بكل ما فيها، وأساليب القابلية للتغيير الإيجابى، فإن هؤلاء المرضى سيصبحون أشد ميلاً للتعاون مع المعالج، وعدم التسرب حتى ينتهى العلاج بنجاح، كما سيكونون أقل غضباً واكتئاباً وانسحاباً وأقل إيذاءً للذات.

٣. يفترض العلاج المعرفى السلوكى أن تغيير المعتقدات والأفكار السلبية سينتج عنه بالضرورة أنواع من التنظيم الانفعالى، وكذلك يتم تعديل أنماط السلوك بكافة أنواعها، وهذا غير صحيح فى عدد غير قليل من الاضطرابات النفسية (الصبوة، ٢٠٠٩). وهذا بالفعل ما حدث فى نتيجة هذا الفرض الذى أوضح فعالية العلاج الجدلى لدى المجموعة الثانية عن العلاج المعرفى السلوكى لدى المجموعة الأولى.

وهنا يتفق الباحث من خلال توصله لهذه النتيجة مع ما أشار إليه كل من (Linehan & Dexter-Mazza, 2008, 305-372) من أن الحل الأفضل لعلاج مرضى اضطراب الوسواس القهرى هى العمل فى اتجاه الوصول إلى موقف متوازن يمثل مؤلفاً جديداً من الأقطاب المتناقضة، وهو ما يسمى بالعلاج الجدلى السلوكى، الذى سيوازن بين

جعل المريض يفهم واقعه المرير وأسبابه بحيث يتقبله وبين خطط وأساليب التغيير الإيجابي في سياق مفاده المصادقية وتحمل الضغط النفسى حتى يحدث التحسن وبعض الشفاء فى كل قطاع من القطاعات الأربعة (التعقل الواعى، والتأثير بين الشخصى، ومهارات تحمل الضغوط، ومهارات التنظيم الإنفعالى)، بالإضافة إلى التحليل الوظيفى للسلوك والحوار الجدلى، أو التدريب على أساليب العلاج الجدلى، والإقرار بالواقع، ومعاونة المريض بقدر كبير من المصادقية.

**ينص الفرض الثالث على:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة فى المجموعات التجريبية الثلاث فى القياسات (القبلى- البعدى- التتبعى) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية، ويتفرع من هذا الفرض الفروض الستة التالية:

أ-توجد فروق دالة إحصائية فى متوسطى أداء المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى) بين القياسين القبلى والبعدى، والقياسين القبلى والتتبعى على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية  
ب-لا توجد فروق دالة إحصائية فى متوسطى أداء المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى) بين القياس البعدى والتتبعى على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية

للتحقق من صحة هذين الفرضين استخدم الباحث تحليل فريدمان للقياسات المتكررة نظراً لصغر حجم العينة ولوجوب استخدام تحليل القياسات المتكررة في حالة وجود أكثر من قياسين متكررين لضمان دقة النتائج (Elliott & Woodward, 2007,49)



جدول (٩): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في مقاييس الدراسة لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الأولى

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري			متوسط
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٦٠	٤٦.١٦٦	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من الأسرة
		١.٣٣	٢.٠٦٥	٢١.٣٣	قياس بعدي	
		١.٦٧	٢.٤٠	٢٢.١٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.١٤٣	٣.٠٠	٤.٦٤	٦٤.٠٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المجتمع
		١.٢٥	٠.٨٩٤	٢٤.٠٠	قياس بعدي	
		١.٧٥	١.٠٣٢	٢٤.٦٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٥٤	٤٣.٠٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المعالج
		١.٣٣	٠.٨٩٤	٢١.٠٠	قياس بعدي	
		١.٦٧	٠.٨١٦	٢١.٣٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٢.٠٦٥	٦٣.٦٦	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي
		١.٥٠	١.٠٣٢	١٨.٦٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	٠.٨٣٦	١٨.٥٠	قياس تتبعي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
٠.٠١	١١.١٤٣	٣.٠٠	١.٠٣٢	٢١٣.٣٣	قياس قبلي	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
		١.٢٥	١.٧٨٨	٨٥.٠٠	قياس بعدي	
		١.٧٥	٢.٩٤٣	٨٦.٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٢٦٣	١٧.٢٩٠	قياس قبلي	اجترار الأفكار
		١.٣٣	٠.٦٩٦	١٠.٣٤٠	قياس بعدي	
		١.٦٧	٠.٦٩٦	١٠.٦٨٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٦٦٠	٢٥.٧٢	قياس قبلي	الوساوس الجنسية
		١.٦٧	١.١٤٠	١٧.٢١	قياس بعدي	
		١.٣٣	١.٣٣٧	١٦.٥٧	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٤٦٩	٢٣.٢٩	قياس قبلي	الوساوس العدوانية
		١.٦٧	٠.٨١٣	١٢.٧٢	قياس بعدي	
		١.٣٣	٠.٩٥١	١٢.٢٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٢٤٢	٢٢.٦٣٣	قياس قبلي	الوساوس الدينية

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٦٧	٠.٤٢٠	٧.٧٥٠	قياس بعدى	
		١.٣٣	٠.٤٩٢	٧.٥١٥	قياس تتبعى	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٢٧٣	٢٤.٠١٣	قياس قبلى	وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض
		١.٦٧	٠.٤٨٢	٦.٩٩٠	قياس بعدى	
		١.٣٣	٠.٥٦٦	٦.٧٢٠	قياس تتبعى	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٤٨٠	٢٢.٥٦٠	قياس قبلى	الاندفاعات الوسواسية
		١.٦٧	٠.٨٣١	١١.٧٦٠	قياس بعدى	
		١.٣٣	٠.٩٧٢	١١.٢٩٦	قياس تتبعى	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٠٩٤	٢٩.٨٩	قياس قبلى	الصور الوسواسية
		١.٦٧	١.٤١٧	١٨.٩٥	قياس بعدى	
		١.٣٣	١.٦٦٢	١٨.١٦	قياس تتبعى	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٣٣٠	٢٣.١٦٦	قياس قبلى	أفعال قهرية عامة ومتباينة
		١.٥٠	٠.٥٧٢	٦.٧٥٠	قياس بعدى	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كأ	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٥٠	٠.٧٤٨	٦.٨٥٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٥١١	٢٠.١٨٠	قياس قبلي	الأفعال القهرية الدينية
		١.٥٠	٠.٨٨١	٩.٦٥٣	قياس بعدي	
		١.٥٠	١.١٥٣	٩.٨١٨	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٥٧٣	٢٢.٨٧٠	قياس قبلي	الطهارة والنظافة القهرية
		١.٥٠	٠.٩٩٢	١١.٠٢٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	١.٢٩٧	١١.٢٠٥	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٥٥٧	٢٠.٩١٠	قياس قبلي	البطء
		١.٥٠	٠.٩٦٥	٩.٣٦٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	١.٢٦٥	٩.٥٤١	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٤٢٣	٢١.٥٢٦	قياس قبلي	المراجعة
		١.٥٠	٠.٧٢٨	٨.٧٥٣	قياس بعدي	
		١.٥٠	٠.٩٥١	٨.٨٨٨	قياس تتبعي	

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري			متوسط
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٣٦١	٢٩.٦٣٦	قياس قبلي	طقوس اللمس
		١.٥٠	٠.٦٣٠	٧.٣٣٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	٠.٨٢٥	٧.٤٥٥	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٢١١	١٩.٣٥٣	قياس قبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
		١.٥٠	٠.٣٦٦	٦.٣١٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	٠.٦١٧	٦.٤٤٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٢.٣٤٥	٨٣.٥٠٠	قياس قبلي	الدرجة الكلية للوسواس القهري
		١.٣٣	٠.٨٩٤	٣٦.٠٠٠	قياس بعدي	
		١.٦٧	١.٠٤٨	٣٦.٥٠٠	قياس تتبعي	

يتضح من خلال جدول (٩) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائية في متوسطى أداء المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى) بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدي والتتبعي) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية، ولمعرفة اتجاه الفروق لصالح أى قياس منهم قام الباحث بعمل المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث، والجدول التالى رقم (١٠) يوضح تلك النتيجة:

جدول (١٠): المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث في كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الأولى

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من الأسرة
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٣٠	١.٢٥٠	↑*٠.٠٠٠٢	١.٧٥٠			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من المجتمع
٠.٣٨٦	٠.٥٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	المعالج
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٣٠	١.٢٥٠	↑*٠.٠٠٠٢	١.٧٥٠			القياس القبلي	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
٠.٣٨٦	٠.٥٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	اجترار الأفكار

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الوساوس الجنسية
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الوساوس العدوانية
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الوساوس الدينية



المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٦٦٧	↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٦٦٧	↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الاندفاعات الوسواسية
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٦٦٧	↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الصور الوسواسية

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	أفعال قهرية عامة ومتباينة
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الأفعال القهرية الدينية
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الطهارة والنظافة القهرية

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	البطء
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	المراجعة
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	طقوس اللمس

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الدرجة الكلية للوسواس القهري
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

يتضح من جدول (١٠) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الأولى فى كافة أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهرى والدرجة الكلية للمقياس ومقياس الوصمة الاجتماعية الأبعاد والدرجة الكلية وذلك بين أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى (القياس الأقل انخفاضًا فى درجات الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية). كما أشارت نتائج جدول (١٠) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدى والتبعي فى كل من مقياس الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية الأبعاد والدرجة الكلية، وتدل هذه النتيجة على فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيض اضطراب الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه واستمرار هذا التحسن بعد توقف جلسات البرنامج. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (Bolten,Perrin,2008)، والتي أشارت إلى فعالية وأهمية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب الوسواس القهرى واستمرار فعالية العلاج خلال فترة المتابعة التى تصل إلى ثلاثة شهور. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Fisher & Wells,2005) والتي أظهرت فعالية العلاج المعرفى فى تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهرى بعد العلاج وخلال فترة المتابعة. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Rowa,Antony,Summerfeldt,Purdon,Young& Swinson,2007) والتي أظهرت فعالية العلاج السلوكى بالتعرض ومنع الاستجابة فى تخفيف اضطراب الوسواس القهرى بعد العلاج واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة التى تصل إلى ٦ شهور. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Jones, Wootto & Vaccaro,2012)، والتي أشارت إلى انخفاض أعراض الوسواس القهرى لدى المريض بعد العلاج المعرفى السلوكى. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Golden&Holaway,2013) والتي توصلت إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى

بالتعرض ومنع الاستجابة في خفض أعراض الوسواس القهري لدى المريض. كما تتفق هذه النتيجة مع (Nakanishi, Oshita, Tanaka, Inoue, Kawashima, Okamoto& Akiyoshi,2014) والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكي بالتعرض في علاج مريضة بالوسواس القهري خلال ٦ شهور. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة الحويشي (٢٠١٩) والتي أشارت إلى وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري، وعدم وجود فروق في القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور شهر من نهاية الدراسة الأساسية وذلك لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية في مدينة بنغازي.

وبالنسبة للوصمة الاجتماعية تتفق هذه النتيجة مع كل من نتائج دراسة (Shimotsu, Horikawa, Emura, Ishikawa, Nagao, Ogata & Hosomi,2014) ، ودراسة (Kim &Jun,2016)، ودراسة (Murray, Augustinavicius, Kaysen, Rao,Murray, Wachter, Bass,2018) ودراسة (Zarei& Roohafza,2018) ، ودراسة (Tong, Bu, Yang, Dong, Sun & Shi,2020)، والتي أشاروا إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوصمة الذاتية والاجتماعية الناتجة عن الاضطرابات النفسية ومنها الوسواس القهري.

وقد ترجع فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض وعلاج اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج، حيثُ استخدم الباحث في البرنامج مجموعة من الفنيات السلوكية التي كان لها تأثير فعال في تعديل الجانب السلوكي لدى العينة، فتم التدريب على فنية التعرض لمصدر القلق المسبب للأفكار الوسواسية، مما يؤدي إلى ارتفاع القلق إلى أعلى درجة،

ثم ينخفض تدريجياً مع استمرار التعرض، مما يساعد على فك الارتباط والإقتران بين التعرض لمصدر القلق والأفكار الوسواسية وإثارة القلق، فينخفض القلق برغم استمرار التعرض لمصدره، بالإضافة إلى التدريب على "منع الاستجابة"، وهو منع المضطرب من القيام بالسلوكيات والأفعال القهرية التي قد يلجئ إليها لخفض القلق الناتج عن التعرض لمصدر القلق والوساوس، ومن هنا فالتدريب على فنية التعرض ومنع الاستجابة ساعدت على التخلص من الأفعال والطقوس القهرية التي يقوم بها مضطرب الوسواس القهرى للتخلص من القلق الناتج عن الأفكار الوسواسية.

وكذلك التدريب على الاسترخاء العضلى العصبى ساعد الطالبات على التحكم فى التوتر والقلق والتخلص منه، والمساعدة على الشعور بالاسترخاء العضلى والتخلص من التوتر والشد العضلى والذي يُعد من أهم أعراض الوسواس القهرى نتيجة لإستثارة الأفكار الوسواسية القهرية. ومن هنا فإن فنيات البرنامج المعرفى السلوكى كانت تدور حول التخلص من الأعراض الجسمية الناتجة عن القلق من خلال التدريب على الاسترخاء العضلى مما يُساعد على الاسترخاء والتخلص من الشد والتوتر، وكذلك التخلص من الطقوس والأفعال القهرية الناتجة عن خفض القلق الناتج من الأفكار الوسواسية من خلال التدريب على فنية التعرض ومنع الاستجابة.

كما أن للعينة وطبيعتها دورًا كبيرًا فى فعالية البرنامج، حيثُ أن طالبات الجامعة فى حاجة ماسة للتخلص من أعراض الوسواس القهرى الذى سبب لهم كثير من المتاعب والمشكلات الاجتماعية والنفسية والمعرفية، والتي إنعكست على سوء مستواهم الدراسى وانخفاض التحصيل وسوء التوافق الدراسى، الأمر الذى زاد من رغبة الطالبات فى التخلص من هذا الإضطراب، والذى انعكس بدوره على الاستجابة العالية للبرنامج، وبالتالي فعاليته فى خفض حدة اضطراب الوسواس القهرى لديهم.

كما أشار (الضامن، ٢٠١٧، ١٧٣) إلى أن العلاج المعرفى السلوكى يتسم بقدرته الفائقة على مساعدة المرضى والمسترشدين فى خفض حدة الصراعات الداخلية، وتحقيق الأهداف المطلوبة، وتقليل التصادم مع الآخرين المحيطين بالفرد.

وكذلك فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض حدة الاضطرابات النفسية مثل القلق بأنواعه، الاكتئاب، الضغوط النفسية، الألم النفسى، العدوان، الغضب.. الخ (صالح، ٢٠١٦، ١٥)

ت-توجد فروق دالة إحصائية فى متوسطى أداء المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج الجدلى السلوكى) بين القياسين القبلي والبعدى، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية

ث-لا توجد فروق دالة إحصائية فى متوسطى أداء المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج الجدلى السلوكى) بين القياس البعدى والتتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية



جدول (١١): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في مقاييس الدراسة لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثانية

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري			متوسط
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٢٢	٤٦.٥٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من الأسرة
		١.٣٣	١.٠٣	١٤.٦٦	قياس بعدي	
		١.٦٧	٢.٥٠	١٦.٥٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٣.٦٧	٦٢.٥٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المجتمع
		١.٥٠	٨.٧٧	٢٥.٦٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	٩.٤٨	٢٦.٥٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٢٢	٤٢.٥٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المعالج
		١.٣٣	٤.١٣	١٤.٦٦	قياس بعدي	
		١.٦٧	١٠.١٦	٢٠.١٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٤.٠٨	٦٣.٣٣	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي
		١.٦٧	٠.٨٩٤	١٩.٠٠	قياس بعدي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٣٣	١.٩٤٠	١٧.٨٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٧٣	٣.٠٠	١.٠٣٢	٢١٤.٦٦	قياس قبلي	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
		١.١٧	٥.٧٥٠	٧٤.٦٦	قياس بعدي	
		١.٨٣	٧.٣١٢	٨١.٣٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٥٣٤	١٦.٨٦٥	قياس قبلي	اجترار الأفكار
		١.٣٣	١.٩٨٣	٤.٤٠٤	قياس بعدي	
		١.٦٧	١.٨٤٢	٤.٦٣٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	١.٣٣٩	٢٥.٥١١	قياس قبلي	الوساوس الجنسية
		١.٥٠	٤.٩٧٧	١٣.٣٨٣	قياس بعدي	
		١.٥٠	٥.١٦٨	١٢.١٠٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	١.٣٦٢	٢٣.٢٩٥	قياس قبلي	الوساوس العدوانية
		١.٥٠	٣.٥٣٢	١٠.٠٠٠	قياس بعدي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٥٠	٣.٦١٩	٩.١٥٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	١.٢٤٠	٢٢.٣٩٨	قياس قبلي	الوساوس الدينية
		١.٥٠	٠.٤٢٠٣	٧.٧٥٠٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	١.٤٢٥	٧.٢٨٠٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٥٦١	٢٣.٩٢٥	قياس قبلي	وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض
		١.٦٧	١.٤٣٠	٥.٨١٠	قياس بعدي	
		١.٣٣	١.٧١٧	٥.٢٧٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	١.٣٩٦	٢٢.٥٦١	قياس قبلي	الاندفاعات الوسواسية
		١.٥٠	٤.١٨٥	٨.٦٠٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	٤.١٥٢	٧.٧٧١	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	١.٥١٢	٣٠.٣٧٣	قياس قبلي	الصور الوسواسية
		١.٥٠	٦.٢١٦	١٤.١٧٣	قياس بعدي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٥٠	٦.٤٤٩	١٢.٥٨٥	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٥٢٢	٢٣.٥٩٣	قياس قبلي	أفعال قهرية عامة ومتباينة
		١.٥٠	١.٥٧٥	٧.٤٣٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	١.٨٥٢	٧.٢١٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٨٠٨	٢٠.٨٤٠	قياس قبلي	الأفعال القهرية الدينية
		١.٦٧	٠.٨٨١	٨.٦٦٦	قياس بعدي	
		١.٣٣	١.١٩٤	٨.٣٣٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٤٧٤	٣.٠٠	١.٠٩٦	٢٣.٤٣٠	قياس قبلي	الطهارة والنظافة القهرية
		١.٥٨	١.٥١٦	٩.٥٤٠	قياس بعدي	
		١.٤٢	١.٦٧١	٩.١٧٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٨٨٦	٢١.٦٣٥	قياس قبلي	البطء
		١.٥٠	١.٤٨٠	٧.٩١٦	قياس بعدي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٥٠	١.٤٩٣	٧.٧٣٥	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٨٠١١	٢١.٩٣١	قياس قبلي	المراجعة
		١.٥٠	١.١١١	٧.٦٦٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	١.١٢١	٧.٥٣٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٤٧٦	٢٩.٣١٥	قياس قبلي	طقوس اللمس
		١.٥٠	٠.٥٨٦	٥.٩٦٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	٠.٧٧٢	٥.٩٧٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٠.٣٣٤	١٩.٢١٦	قياس قبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
		١.٥٠	٠.٥٦٥	٥.٧٦٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	٠.٧٦٨	٥.٧٥٨	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٦٠٢	٨٥.١٦٦	قياس قبلي	الدرجة الكلية للوسواس القهري
		١.٦٧	١.٨٦١	٣٤.٣٣٣	قياس بعدي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كأ	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٣٣	١.٨٣٤	٣٣.١٦٦	قياس تنبعي	

يتضح من خلال جدول (١١) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائية في متوسطى أداء المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج الجدلى السلوكى) بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدى والتنبعى) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية، ولمعرفة اتجاه الفروق لصالح أى قياس منهم قام الباحث بعمل المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث، والجدول التالى رقم (١٢) يوضح تلك النتيجة:

جدول (١٢): المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث في مقاييس الدراسة لدى عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثانية

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من الأسرة
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من المجتمع
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من المعالج
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٤٣	١.١٦٧	↑*٠.٠٠٠١	١.٨٣٣			القياس القبلي	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
٠.٢٤٨	٠.٦٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	اجترار الأفكار
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الوساوس



المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	الجنسية
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الوساوس العدوانية
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الوساوس الدينية
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	وساوس الطهارة والنضافة والخوف من
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
							المرض
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الاندفاعات الوسواسية
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	الصور الوسواسية
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	أفعال قهريّة عامة ومتباينة
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الأفعال القهريّة

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	الدينية
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٦	١.٥٨٣	↑*٠.٠٠١٤	١.٤١٧			القياس القبلي	الطهارة والنظافة القهرية
٠.٧٧٣	٠.١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	البطء
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	المراجعة
١.٠٠٠	٠.٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	طقوس للمس
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الدرجة الكلية للوسواس القهري
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

يتضح من جدول (١٢) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثانية فى كافة أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهرى والدرجة الكلية للمقياس ومقياس الوصمة الاجتماعية الأبعاد والدرجة الكلية، وذلك بين أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى (القياس الأقل انخفاضًا فى درجات الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية). كما أشارت نتائج جدول (١٢) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدى والتبعى فى كل من مقياس الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية الأبعاد والدرجة الكلية، وتدل هذه النتيجة على فعالية العلاج الجدلى السلوكى فى تخفيض اضطراب الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه واستمرار هذا التحسن بعد توقف جلسات البرنامج. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (Miller&Kraus,2007)، والتي أشارت إلى انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهرى، وتنمية مفهوم الذات وتعديل الجمود الفكرى بعد استخدام العلاج السلوكى الجدلى وحل المشكلات. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Lynch&Cheavens,2008) والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكى الجدلى فى خفض السلوكيات التجنبية مثل الخوف أو الابتعاد عن زيارة الأماكن الجديدة، وخفض الشك والإستياء وعدم الثقة، وخفض التثبيط الانفعالى والجمود الفكرى. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Fairfax,2008) والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكى الجدلى مع الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهرى. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Ahovan, Balali, Shargh & Doostian,2016) والتي أشارت إلى أن العلاج السلوكى الجدلى ساعد فى التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهرى من خلال تعديل الاستجابات الانفعالية للمريضات، وتحسين مهارات التنظيم الانفعالى واليقظة العقلية. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أبو

بكر (٢٠٢١) والتي أشارت إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى إحدى طالبات الفرقة الثالثة بكلية التربية جامعة المنيا، واستمرار فعالية هذا البرنامج بعد فترتي المتابعة الأولى والثانية المقدرتين بستة أشهر. ويرى الباحث أن التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي ساعدت على التحكم في اضطراب الوسواس القهري، فمن خلال ملاحظة الأفكار كأفكار فقط، وأنها ليست هناك حاجة للعمل بها واليقظة العقلية لكل ما يقوم به الفرد والتواصل مع اللحظة الحالية كل ذلك ساعد في خفض الأفكار الوسواسية؛ كما أن التدريب على تحديد الرغبة في العمل، وإدراك الوسواس على إنها إنذارات كاذبة، واستخدام الفعل المعاكس، واستخدام الإلهاء، واستخدام تدريبات اليقظة العقلية في أداء الأنشطة، كل ذلك ساعد في التحكم في السلوكيات القهرية.

كما أن الإقناع الجدلي له دور فعال في التخلص من الأفكار السلبية وتحقيق التغيير والوصول إلى معاني جديدة؛ وذلك من خلال استثمار التعارض في العلاقة العلاجية. كما ركز هذا العلاج على تعليم الأفراد تعديل العواطف المتطرفة أو الزائدة عن الحد وخفض السلوكيات الناتجة عن هذه الانفعالات المتطرفة، وكذلك التدريب على المهارات (اليقظة العقلية، الفاعلية بينشخصية، تحمل الضغوط، تنظيم الانفعالات).

ويتسق هذا التحسن كذلك مع ما أكدته "لينهان" على أن العلاج السلوكي الجدلي يعمل على تنظيم الاستجابات الانفعالية، وتحسين العلاقات الاجتماعية للأفراد، ويمتاز هذا الأسلوب العلاجي بأنه يمزج بين جوانب في التحليل النفسي والعلاج المتمركز حول العميل والعلاج السلوكي والمعرفي لمواجهة الأزمات في إطار متكامل ومتلاحم منطقيًا، وكذلك تعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، كما ينطوي العلاج السلوكي الجدلي على

مهارات أساسية متنوعة، مثل: مهارات التعقل، وفعالية العلاقات البينشخصية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط والكرب النفسى (Linehan,2015,25)؛ وهذا ما تم مراعاته عند وضع وتطبيق البرنامج العلاجي

كما قد تفسر هذه النتيجة أنه أثناء الإعداد للبرنامج والقيام بتنفيذه كان الباحث حريصًا للوصول لمرحلة الاتقان مع الحالات فى تطبيق كل ما يتم أخذه فى الجلسات وتطبيقه فى الواجبات المنزلية، وهذا اتفاقًا مع "لينهان"، حيثُ أوضحت أن فعالية التدريبات المهارية قد ترجع إلى إتقان العميل لتلك المهارات (Linehan,2015,16)، وهذا ما تم الأخذ به حيثُ تم تدريب الحالات على مهارات العلاج السلوكى الجدلى بعدة طرق، بدءًا من التعرف على المهارات (مهارات الوعى الذاتى وتحليل السلوك- مهارات اليقظة العقلية - مهارات العلاقات البين شخصية- مهارات تنظيم المشاعر- مهارات تحمل الضغط)، ثم التدريب على الممارسة العملية لتلك المهارات أثناء الجلسات من خلال مجموعة من الأدلة والنشرات وأوراق العمل المختلفة، وأيضًا الممارسة خلال أنشطة الحياة اليومية من خلال الواجب المنزلى، فالتدريب على المهارات تم بشكل كافي وبتمارين متعددة وفى مواقف متكررة، مما جعل درجة الاتقان للمهارة عالية جدًا من قبل الطالبات؛ ويتفق ذلك مع ما أكده (O'Brien, Larson & Murrell,2008,19) على أن العلاج السلوكى الجدلى يعتمد على الموقف الجدلى لإحداث التوازن بين الرغبة فى التغيير وقبول المعاناة الحتمية، وذلك لخفض الألم قدر الإمكان، وقد يكون الهدف النهائى هو خلق الوعى لحظة بلحظة لخبرات الفرد، بالإضافة إلى ممارسته تمارين اليقظة العقلية للاستفادة منها فى أى وقت.

ج- توجد فروق دالة إحصائيًا فى متوسطى أداء المجموعة التجريبية الثالثة (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى+ العلاج الجدلى السلوكى) بين القياسين القبلي

والبعدي، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية

ح-لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطى أداء المجموعة التجريبية الثالثة (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى+ العلاج الجدلى السلوكى) بين القياس البعدي والتتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية

جدول (١٣): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في مقياس الدراسة لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثالثة

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
٠.٠٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	١.٥٤٩	٤٧.٠٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من الأسرة
		١.٥٠	٤.٠٨٢	١١.٦٦٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	٤.٣٢٠	١٢.٦٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٥.٠٨٥	٦١.٣٣٣	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المجتمع
		١.٥٠	١.٢٢٤	١٤.٥٠٠	قياس بعدي	
		١.٥٠	٣.٩٣٢	١٤.٦٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٩٦٦	٤٢.٦٦٦	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من
		١.٣٣	٤.٨٩٨	١٢.٠٠٠	قياس بعدي	
		١.٦٧	٤.٨٣٣	١٣.٨٣٣	قياس تتبعي	



اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
						المعالج
٠.٠١	١٠.٨٠٠	٣.٠٠	٦.٦٤٥	٥٩.١٦٦	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي
		١.٥٠	١.٦٣٢	١٤.٦٦٦	قياس بعدي	
		١.٥٠	٢.٦٥٨	١٤.٣٣٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١٠.١٨٢	٣.٠٠	٥.٩٤٦	٢١٠.١٦٦	قياس قبلي	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
		١.٣٣	٥.٠٧٦	٥٢.٨٣٣	قياس بعدي	
		١.٦٧	٦.٥٢٤	٥٣.٨٣٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٥٠١	١٧.٢٠٥	قياس قبلي	اجترار الأفكار
		١.٣٣	٢.٠٩٦	٢.٧١٣	قياس بعدي	
		١.٦٧	٢.٠٩٦	٤.٠٦٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.١٤٣	٣.٠٠	١.٢٥٨	٢٦.٣٦٣	قياس قبلي	الوساوس الجنسية
		١.٢٥	٥.٢٧٧	٩.١٢٦	قياس بعدي	
		١.٧٥	٤.١٧٢	١٤.٢٣٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٧٣٨	٢٣.٨٩٨	قياس قبلي	الوساوس العدوانية
		١.٣٣	٣.٧٤٣	٦.٩٧٦	قياس بعدي	
		١.٦٧	٣.٧٤٣	٩.٣٩٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٣٨٣	٢٢.٩٤٦	قياس قبلي	الوساوس الدينية
		١.٣٣	١.٩٤١	٤.٧٧٣	قياس بعدي	

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٦٧	١.٩٤١	٦.٠٢٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٤٣٧	٢٤.٣٧١	قياس قبلي	وساوس
		١.٣٣	٢.٢٢٠	٣.٥٨٣	قياس بعدي	الطهارة
		١.٦٧	٢.٢٢٠	٥.٠١٦	قياس تتبعي	والنضافة والخوف من المرض
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٩١٤	٢٣.٠٢٥	قياس قبلي	الاندفاعات
		١.٣٣	٣.٨٢١	٥.٨٩٦	قياس بعدي	الوسواسية
		١.٦٧	٣.٨٢١	٨.٣٦٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٥١٢	٣٠.٣٧٣	قياس قبلي	الصور
		١.٣٣	٦.٥٥٨	٨.٩٠٣	قياس بعدي	الوسواسية
		١.٦٧	٦.٥٥٨	١٣.١٣٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٦٢٩	٢٣.٤٨٦	قياس قبلي	أفعال
		١.٣٣	١.٣٢١	٤.٤٠٣	قياس بعدي	قهريّة
		١.٦٧	١.٣٢١	٥.٢٥٦	قياس تتبعي	عامّة ومتباينة
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٩٧٣	٢٠.٦٧٥	قياس قبلي	الأفعال
		١.٣٣	٢.٠٣٩	٦.٠٣٦	قياس بعدي	القهريّة
		١.٦٧	٢.٠٣٩	٧.٣٥٣	قياس تتبعي	الدينيّة
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٠٩٦	٢٣.٤٣٠	قياس قبلي	الطهارة
		١.٣٣	٢.٢٩٢	٦.٩٥٠	قياس بعدي	والنظافة
		١.٦٧	٢.٢٩٢	٨.٤٣٠	قياس تتبعي	القهريّة

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	١.٠٦٦	٢١.٤٥٥	قياس قبلي	البطء
		١.٣٣	٢.٢٣٦	٥.٣٩٣	قياس بعدي	
		١.٦٧	٢.٢٣٦	٦.٨٣٦	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٨٠١	٢١.٩٣١	قياس قبلي	المراجعة
		١.٣٣	١.٦٨٣	٥.٧٦٦	قياس بعدي	
		١.٦٧	١.٦٨٣	٦.٨٥٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٥١٧	٢٩.٤٣١	قياس قبلي	طقوس اللمس
		١.٣٣	١.٤٥١	٤.٧٥٦	قياس بعدي	
		١.٦٧	١.٤٥١	٥.٦٩٣	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٤٠٣	١٩.١٤٨	قياس قبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
		١.٣٣	٠.٨٥٢	٤.٨٠٠	قياس بعدي	
		١.٦٧	٠.٨٥٢	٥.٣٥٠	قياس تتبعي	
٠.٠١	١١.٢٠٠	٣.٠٠	٠.٨٩٤	٨٤.٠٠	قياس قبلي	الدرجة الكلية للسواس القهرى
		١.٦٧	٠.٠٠٠	٣١.٠٠	قياس بعدي	
		١.٣٣	٠.٥١٦	٣٠.٦٦٦	قياس تتبعي	

يتضح من خلال جدول (١٣) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائية في متوسطى أداء المجموعة التجريبية الثالثة (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى + العلاج الجدلى السلوكى) بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدي والتتبعي) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية، ولمعرفة اتجاه الفروق لصالح

أى قياس منهم قام الباحث بعمل المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث،  
والجدول التالي رقم (١٤) يوضح تلك النتيجة:

جدول (١٤): المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث في مقاييس الدراسة  
لدى عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثالثة

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	المريض
						القياس التتبعي	بالوصم من الأسرة
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	المريض
						القياس التتبعي	بالوصم من المجتمع
↑*٠.٠٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	تأثير
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	المريض
						القياس التتبعي	بالوصم من المعالج
↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠	↑*٠.٠٠٠٩	١.٥٠٠			القياس القبلي	تأثير
١.٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠					القياس البعدي	المريض

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
						القياس التتبعي	بالوصم من مرضه البعد الشخصي
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الدرجة
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	الكلية
						القياس التتبعي	للوصفة الاجتماعية
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	اجترار الأفكار
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٣٠	١.٢٥٠	↑*٠.٠٠٢	١.٧٥٠			القياس القبلي	الوساوس الجنسية
٠.٣٨٦	٠.٥٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الوساوس العدوانية
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الوساوس الدينية
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	وساوس
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	الطهارة
						القياس التتبعي	والنضافة والخوف من المرض
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الاندفاعات
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	الوسواسية
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الصور
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	الوسواسية
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	أفعال
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	قهرية
						القياس التتبعي	عامة ومتباينة
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الأفعال
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	القهرية
						القياس التتبعي	الدينية
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	الطهارة
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	والنظافة

المقارنات الثنائية بين القياسات						القياسات	الأبعاد
القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس القبلي			
الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين		
						القياس التتبعي	القهرية
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	البطء
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	المراجعة
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	طقوس اللمس
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣	↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧			القياس القبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠.٠٠٤	١.٦٦٧	↑*٠.٠٢١	١.٣٣٣			القياس القبلي	الدرجة الكلية للوسواس القهري
٠.٥٦٤	٠.٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

يتضح من جدول (١٤) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثالثة (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى + العلاج الجدلى السلوكى) فى كافة أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهرى والدرجة الكلية للمقياس ومقياس الوصمة الاجتماعية الأبعاد والدرجة الكلية وذلك بين أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى (القياس الأقل انخفاضًا فى درجات الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية). كما أشارت نتائج جدول (١٤) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدى والتتبعى فى كل من مقياس الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية الأبعاد والدرجة الكلية، وتدل هذه النتيجة على فعالية (العلاج الجدلى السلوكى + العلاج المعرفى السلوكى) فى تخفيض اضطراب الوسواس القهرى والوصمة الاجتماعية الناتجة عنه واستمرار هذا التحسن بعد توقف جلسات البرنامج.

**ينص الفرض الرابع على:** "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة فى المجموعة الضابطة فى القياسات (القبلى - البعدى - التتبعى) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهرى ومقياس الوصمة الاجتماعية.



جدول (١٥): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في مقاييس الدراسة لدى عينة

الدراسة من المجموعة الضابطة

اختبار فريدمان		الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد	
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري			متوسط
٠.٣٦٨	٢.٠٠٠	١.٨٣	٣.٧١٠	٤٣.٨٣٣	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من الأسرة
		٢.١٧	٤.٠٩٨	٤٥.٠٠	قياس بعدي	
		٢.٠٠	٣.٦٠٠	٤٤.١٦٦	قياس تتبعي	
٠.٣٦٨	٢.٠٠٠	١.٨٣	٦.٥٨٥	٥١.١٦٦	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المجتمع
		٢.٠٨	٧.٦٤١	٥٣.٠٠٠	قياس بعدي	
		٢.٠٨	٧.٦٤١	٥٣.٠٠	قياس تتبعي	
٠.٣٦٨	٢.٠٠٠	٢.١٧	٦.٨٨٢	٣٥.٨٣٣	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من المعالج
		١.٨٣	٧.٩٤٩	٣٥.٠٠	قياس بعدي	
		٢.٠٠	٧.٧٠٤	٣٥.١٦٦	قياس تتبعي	
٠.٢٢٣	٣.٠٠٠	١.٧٥	٥.٩٩١	٥٧.٥٠٠	قياس قبلي	تأثير المريض بالوصم من مرضه البعد الشخصي
		٢.٠٠	٥.٤٤٠	٥٨.٠٠٠	قياس بعدي	
		٢.٢٥	٥.٣٠٧	٥٨.١٦٦	قياس تتبعي	
٠.٩٢٦	٠.١٥٤	١.٩٢	١٩.٧٣٢	١٨٩.١٦٦	قياس قبلي	الدرجة الكلية للوصمة الاجتماعية
		٢.٠٨	٢٣.١٣٤	١٩١.٠٠	قياس بعدي	
		٢.٠٠	٢٣.٦٥٣	١٩٠.٦٦٦	قياس تتبعي	
٠.٧٧٩	٠.٥٠٠	٢.٠٨	٠.٢٠٨	١٧.٢٠٥	قياس قبلي	اجترار الأفكار
		٢.٠٨	٠.٤٥٦	١٧.١٢٠	قياس بعدي	
		١.٨٣	٠.٣٨٣	١٧.٠٣٥	قياس تتبعي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
٠.٧١٧	٠.٦٦٧	١.٨٣	٠.٥٢٢	٢٥.٩٣٦	قياس قبلي	الوساوس الجنسية
		٢.٠٨	١.١٤٤	٢٦.١٥٠٠	قياس بعدي	
		٢.٠٨	١.١٤٤	٢٦.١٥٠٠	قياس تتبعي	
٠.٧٧٩	٠.٥٠٠	١.٩٢	٠.٣٧١	٢٣.٤٤٨	قياس قبلي	الوساوس العدوانية
		٢.١٧	٠.٨٠٩	٢٣.٥٩٦	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٨٨٩	٢٣.٤٤٥	قياس تتبعي	
٠.٧٠٩	٠.٤٧٢	١.٥٠٠	٠.٢٤٢	٢٢.٦٣٣	قياس قبلي	الوساوس الدينية
			٠.٤٢٠	٢٢.٧٩٠	قياس بعدي	
			٠.٤٦٢	٢٢.٧١١	قياس تتبعي	
٠.٦٧٠	٠.٨٠٠	١.٨٣	٠.٢٧٣	٢٤.٠١٣	قياس قبلي	وساوس الطهارة والنضافة والخوف من المرض
		٢.١٧	٠.٤٧٨	٢٤.١٩٣	قياس بعدي	
		٢.٠٠	٠.٤٠٢	٢٤.١٠٣	قياس تتبعي	
٠.٧٧٩	٠.٥٠٠	١.٩٢	٠.٤٨٠	٢٢.٥٦٠	قياس قبلي	الاندفاعات الوسواسية
		٢.١٧	٠.٨٣١	٢٢.٨٧٠	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٩١٤	٢٢.٧١٥	قياس تتبعي	
٠.٧٧٩	٠.٥٠٠	٢.٠٨	١.٠١٨	٣٠.٤٠٦	قياس قبلي	الصور الوسوسية
		٢.٠٨	١.٤٠٩	٣٠.٢١٣	قياس بعدي	
		١.٨٣	١.٢٧٤	٣٠.٠٥٣	قياس تتبعي	
٠.٧١٧	٠.٦٦٧	١.٩٢	٠.٢٦١	٢٣.٢٧٣	قياس قبلي	أفعال قهرية عامة ومتبانية
		٢.١٧	٠.٥٧٢	٢٣.٣٨٠	قياس بعدي	

اختبار فريدمان			الإحصاء الوصفي		القياس	الأبعاد
الدلالة	كا <sup>٢</sup>	متوسط الرتب	انحراف معياري	متوسط		
		١.٩٢	٠.٤٨١	٢٣.٢٧٣	قياس تتبعي	
٠.٧١٧	٠.٦٦٧	١.٩٢	٠.٤٠٤	٢٠.٣٤٥	قياس قبلي	الأفعال القهرية الدينية
		٢.١٧	٠.٨٨٥	٢٠.٥١٠	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٧٤٥	٢٠.٣٤٥	قياس تتبعي	
٠.٧١٧	٠.٦٦٧	١.٩٢	٠.٤٥٣	٢٣.٠٥٥	قياس قبلي	الطهارة والنظافة القهرية
		٢.١٧	٠.٩٩٧	٢٣.٢٤٣	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٨٣٨	٢٣.٠٥٦	قياس تتبعي	
٠.٧١٧	٠.٦٦٧	١.٩٢	٠.٤٤٠	٢١.٠٩٠	قياس قبلي	البطء
		٢.١٧	٠.٩٧٠	٢١.٢٧٣	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٨١٦	٢١.٠٩١	قياس تتبعي	
٠.٧١٧	٠.٦٦٧	١.٩٢	٠.٣٣٤	٢١.٦٦٣	قياس قبلي	المراجعة
		٢.١٧	٠.٧٢٨	٢١.٧٩٦	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٦١٤	٢١.٦٦١	قياس تتبعي	
٠.٠٩٧	٤.٦٦٧	٢.٤٢	٠.٣٦١	٢٩.٦٣٦	قياس قبلي	طقوس اللمس
		١.٩٢	٠.٥٥١	٢٩.٢٢٦	قياس بعدي	
		١.٦٧	٠.٤٥٣	٢٩.١١٠	قياس تتبعي	
٠.١٥٦	٣.٧١٤	٢.٣٣	٠.٢١١	١٩.٣٥٣	قياس قبلي	تأثير الوسواس على الأنشطة
		١.٧٥	٠.٣٦٦	١٩.٠٨٠	قياس بعدي	
		١.٩٢	٠.٣٠٨	١٩.١٤٨	قياس تتبعي	
٠.٥٤٩	١.٢٠٠	٢.٢٥	٢.٥٨١	٨٣.٣٣٣	قياس قبلي	الدرجة الكلية للسواس القهرى
		٢.٠٠	٠.٥١٦	٨٤.٣٣٣	قياس بعدي	
		١.٧٥	١.٨٦١	٨٣.٦٦٦	قياس تتبعي	

يتضح من خلال جدول (١٥) السابق؛ عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطى أداء المجموعة الضابطة بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدي والتتبعي) على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية. وهذه النتيجة يفسرها الباحث إلى استمرار وجود اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه مقارنة بنتائج الفرض الثالث وهو وجود تحسن لدى كل من أفراد المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية والمجموعة التجريبية الثالثة، والذي يرجع إلى التدخل بالبرامج العلاجية في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناتجة عنه، وهذه النتيجة تؤكد فعالية كل من العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الجدلى السلوكى في خفض حدة الوسواس القهري والوصمة الاجتماعية، لذا يُعد عدم تعرض المجموعة الضابطة للبرامج العلاجية هو السبب في عدم وجود فروق دالة بين متوسطت القياس القبلي والبعدي والتتبعي

#### توصيات الدراسة:

١. عمل ندوات توعوية لطلبات الجامعة وأسره من أجل التوعية بمرض الوسواس القهري وكيفية التعامل معهم.
٢. التركيز على علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفى السلوكى في علاج الاضطرابات النفسية.
٣. إجراء مزيد من الدراسات للتعرف على حجم انتشار اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة وكذلك لدى فئات عمرية مختلفة.
٤. إجراء المزيد من الدراسات للتحقق من فعالية العلاج السلوكى المعرفى والعلاج السلوكى الجدلى والجمع بينهما في علاج حالات اضطراب الوسواس القهري وكذلك اضطرابات نفسية أخرى.

## المراجع:

### أولاً: المراجع العربية:

إبراهيم، عبد الستار. (١٩٨٣). *العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان*، القاهرة، مكتبة مدبولي.

إبراهيم، عبد الستار؛ عسكر، عبدالله. (١٩٩٣). *علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي*، دار المريخ للنشر، السعودية.

إبراهيم، عبد الستار؛ وإبراهيم، رضوى. (٢٠٠٣). *علم النفس أسسه ومعالم درساته*، ط٢، القاهرة، مكتبة الموسكى.

إبراهيم، على إبراهيم؛ والنيال، مایسة أحمد. (١٩٩٣). *مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية*، دراسة إمبريقية لدى عينة من جامعة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، (٢)، ٧٧-١٠٥.

أبو القاسم، إحسان محمد. (٢٠١٨). *العلاقة بين الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي والإحجام عن العلاج بالمستشفيات*، رسالة ماجستير، جامعة النيلين، الخرطوم.

أبو بكر، أحمد سمير صديق. (٢٠٢١). *فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة*

الجامعة، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، ١٥(٦)،  
٧٠-١.

أبو ليفة، مروة ناهض. (٢٠١٧). الوصمة وعلاقتها بالمشكلات النفسية والاجتماعية  
لأمهات أطفال التوحد فى قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة  
الإسلامية، غزة.

أحمد، أحمد هارون وغانم، محمد حامد، وعبد الهادى، سوسن إسماعيل. (٢٠١٤).  
فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتعديل التشوهات المعرفية  
المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، مجلة البحث العلمي فى  
الآداب، جامعة عين شمس، (١٥)، ١٩٥-٢٢٠.

أحمد، جمال شفيق. (١٩٩٦). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين  
وعلاقته بمستوى قدراتهم الابتكارية، كلية الآداب، جامعة المنوفية،  
(٢٧)، ١٢٥-١٦٨.

الأغا، بشارة جبارة جبارة. (٢٠٠٩). دراسة سمات شخصية الوسواس القهري فى البيئة  
الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، رسالة ماجستير،  
كلية التربية، جامعة غزة، فلسطين.

باترسون، س. ه. (١٩٩٠). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، ترجمة: حامد عبد  
العزیز الفقى، دار القلم للنشر والتوزيع.

بارلو، ديفيد. (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية دليل علاجي  
تفصيلي، ترجمة: صفوت فرج ومحمد نجيب الصبوة ومصطفى

أحمد تركى وجمعة سيد يوسف وهبة إبراهيم القشيشى وحصه عبد  
الرحمن الناصر وهدى حسن جعفر، مكتبة الأنجلو المصرية.

باظة، آمال عبد السميع. (٢٠٠٥). اضطراب الوسواس القهرى: كراسة التعليمات،  
مكتبة الأنجلو المصرية.

بدرى، حسن بدرى محمد. (٢٠٠٩). الوسواس القهرى وعلاقته بأساليب التفكير  
وبعض سمات الشخصية (دراسة ميدانية على طلاب جامعة البحر  
الأحمر بمدينة بورتسودان)، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة أم  
درمان الإسلامية، السودان.

البشر، سعاد بنت عبدالله؛ وفرج، صفوت. (٢٠٠٢). المقارنة بين كل من العلاج  
السلوكى بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائى  
لمرضى الوسواس القهرى، مجلة دراسات نفسية، جمعية رابطة  
الأخصائيين النفسيين المصرية، ١٢(٢)، ٢٠٧-٢٢٧.

بشرى، صمويل تامر؛ وعبد الظاهر، عبدالله محمد. (٢٠٠٩). اضطراب الوسواس  
القهرى: دراسة حالة، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية،  
١٩(٣)، ٢٧٤-٣٢٣.

البنانى، أروى بنت فيصل حسن. (٢٠١٠). التجميع والتخزين القهرى وعلاقته  
بالوسواس القهرى فى ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى  
عينة اكلينيكية وغير اكلينيكية، رسالة ماجستير، كلية التربية،  
جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

بيك، أرون. (٢٠٠٠). *العلاج المعرفى السلوكى والاضطرابات الإنفعالية*. ترجمة: عادل مصطفى، ط١، القاهرة، دار الأفاق العربية.

جابر، عبد الحميد جابر؛ وكفافي، علاء الدين. (١٩٩٥). *معجم علم النفس والطب لِنفسى، الجزء ٢، القاهرة، دار النهضة العربية*.

الجمال، محمد مخير مخير. (٢٠٠٥). *التدهور العقلى واضطراب الذاكرة والتفكير التجريدى لدى مرضى الوسواس القهرى، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة*.

حبيب، أحمد أمين؛ ومحمد، عبد الصبور منصور؛ ورضوان، مايفيل مصطفى. (٢٠١٥). *فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المعرفى السلوكى لخفض سلوك العنف لدى الأطفال الصم، مجلة كلية التربية جامعة بورسعيد، ع (١٨)، ٤٥٥-٤٩٢*.

حنور، قطب عبده. (٢٠١٦). *فعالية العلاج السلوكى وعلاج ما وراء المعرفى فى تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهرى لدى عينة من طلاب الجامعة، المجلة التربوية، كلية التربية، جامعة سوهاج، (٤٦)، ٢١٩-٢٩٩*.

الحويشى، فاطمة يوسف صالح. (٢٠١٩). *الوسواس القهرى لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة بنغازى*.

الحويلى، أمثال هادى وعياد، فاطمة سلامة وشويخ، هناء والرشيد، مالك جاسم والحمدان، نادية عبدالله. (٢٠١٥). *علم النفس المرضى: الدليل*



التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية- الإصدار الخامس،  
مكتبة الأنجلو المصرية.

خضر، عادل كمال. (٢٠٠٠). الدلالات الإكلينيكية المميزة لاستجابات مريض  
بعصاب الوسواس القهرى لاختبار تفهم الموضوع (T.A.T):  
دراسة حالة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٤  
(٥٥)، ٧٨-١٣٩.

الخضير، ميسون أحمد بن حسن. (٢٠٠٩). فقدان الشهية العصبى وعلاقته  
باطضطراب الوسواس القهرى والتحريرات المعرفية لدى طالبات  
جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك  
سعود، الرياض.

الدريني، حسين وكامل، محمد. (٢٠٠٦). معايير تقييم جودة تصميم برامج التدخل  
السيكولوجي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٦ (٥٢)، ١-  
٢٤.

الدفاعى، كاظم على هادى. (٢٠٠٩). أثر برنامج علاجى سلوكى مختصر فى  
خفض اضطراب الوسواس القهرى، مجلة كلية التربية، جامعة  
المستنصرية، (٤)، ١٨٨-٢٢٨.

راجا، شيلا. (٢٠١٩). دليل علمى تكاملى لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما  
بعد الصدمة: العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الجدلى السلوكى  
والتقبل والالتزام والعلاج بمعالجة المعلومات الصدمية والعلاج

النفسى السلوكى، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، مكتبة الأنجلو  
المصرية.

رزق، السعيد الغازي. (٢٠٠٣). فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة في علاج

اضطراب الوسواس القهري: العلاج السلوكي المعرفي، مجلة

التربية، جامعة الأزهر، (١١٩)، ٣-٨١.

الرشيد، لولوة بنت صالح. (٢٠١٥). فعالية برنامج علاج نفسى دينى لتخفيف

الأمراض المصاحبة لحالة تعانى من الوسواس القهري، مجلة

العلوم التربوية والنفسية، جامعة القصيم، ٩(١)، ١٤٣-١٨٦.

الرشيدى، هارون توفيق. (١٩٩٩). الضغوط النفسية طبيعتها- نظرياتها برنامج

لمساعدة الذات فى علاجها، القاهرة، الأنجلو المصرية.

رماح، مخلص عبد السلام. (٢٠٢٠). الخدمة الاجتماعية فى رعاية المعاقين، ط١،

دار اليازورى للنشر والتوزيع.

الريماوى، عمر والريماوى، أميرة. (٢٠١٤). الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد

الشخصية العصابية والإنبساطية لدى طلبة جامعة القدس، المجلة

الدولية التربوية المتخصصة، ٣(٥)، ٨٩-١٠٣.

زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط٤، عالم

الكتب.

س. ليندزاي، ج. بول. (٢٠٠٠). مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة

صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو المصرية.

سرحان، وليد. (٢٠١١). محاضرات نفسية، ط٢، دار المجدلاوى، عمان.

سغفان، محمد أحمد. (١٩٩٦). فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي

والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة فى علاج الوسواس والأفعال

القهرية "دراسة حالة"، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، (٢٧)،

ج ١، ٩٥-١٣٦

سعفان، محمد أحمد. (٢٠٠٣ ب). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، (٤٧)، ٣٩٣-٤٤٩.

سعفان، محمد أحمد. (٢٠٠٣ أ). اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية: الخلفية النظرية، التشخيص، العلاج، مكتبة زهراء الشرق.

سليمان، عبد الرحمن سيد. (٢٠١٠). العلاج السلوكي الجدلي (الديالكتيكي) كعلاج لسلوك تدمير الذات: إطار نظري، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٣ (٨٤، ٨٥، ٨٦، ٨٧)، ٦-٢٧.

السيد، محمود على أحمد. (٢٠٠٧). علاقة الوسواس القهري ببعض مكونات الذاكرة العاملة (اللوحة البصرية، المكانية، الضبط التنفيذي المركزي)، سلسلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس (ASEP)، ١ (٤)، ١٧٩-٢٢٠.

الشرقاوي، أنور محمد. (١٩٩٨). التعلم ونظرياته وتطبيقاته، ط٥، القاهرة، الأنجلو المصرية.

الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

الشناوى، محمد محروس؛ محمد، عبد الرحمن السيد. (٢٠١٠). *العلاج السلوكى الحديث، أسسه وتطبيقاته*. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

صالح، هداية. (٢٠١٦). *فعالية برنامج علاجي معرفى سلوكى فى خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس، (رسالة دكتوراه)*، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر

الصبوة، محمد نجيب. (٢٠٠٩). *العلاج النفسى الجنسى متعدد الأبعاد لرجل مصرى يعانى من ضعف الانتصاب: دراسة حالة وصفية علاجية*. *دراسات نفسية*، ١٩ (٣)، ٦٢٥-٦٧٢.

الضامن. صلاح الدين. (٢٠١٧). *فاعلية برنامج ارشادى معرفى سلوكى لخفض العجز المتعلم وتحسين المرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم فى المدارس الحكومية فى لواء بنى كنانة، المجلة الأردنية فى العلوم التربوية*، ١٣ (٢)، ١٧١-١٩١.

طاهات، أحمد قاسم منصور. (٢٠١٧). *أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض عينة من المراهقين اللاجئين السوريين، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الهاشمية*.

الطلاع، عبد الرؤوف؛ وعلوان، نعمات شعبان. (٢٠١٤). *فاعلية برنامج إرشادى لتنمية الثقة بالنفس وأثره فى زيادة المرونة الإيجابية "دراسة على*

عينة من أفراد الشرطة الفلسطينية"، مجلة جامعة الأقصى، المجلد  
الثامن عشر، يونيو ٢٠١٤.

عبد الخالق، أحمد محمد. (٢٠٠٢). الوسواس القهري التشخيص والعلاج، الكويت،  
مجلس النشر العلمي.

عبد الخالق، أحمد محمد؛ والنيال، مایسة أحمد. (١٩٩٠). الوسواس القهري وعلاقتها  
بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب، مجلة كلية الآداب، جامعة  
الإسكندرية، ٣٨، ٥٤-٧٥.

عبد الخالق، أحمد محمد؛ ورضوان، سامر جميل. (٢٠٠٢). مدى صلاحية المقياس  
العربي للوسواس القهري على عينات سورية، مجلة الدراسات  
النفسية، الصادر عن رابطة الأخصائيين النفسيين، ١(١٢)، ٤٣-  
٦١.

عبد الخالق، أحمد ورضا؛ هراء وكريمى، سارة والعدوانى، فجر والفردري، نور.  
(٢٠١٢). إيمان الإنترنت وعلاقته بتقدير الذات والوسواس القهري  
والأرق، مجلة الدراسات النفسية الصادرة عن رابطة الأخصائيين  
النفسيين، ٢٣(١)، ٨٥-١١٢.

عبد الرحمن، محمد السيد. (٢٠٠٠). عالم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب-  
الأعراض- التشخيص- العلاج)، القاهرة، دار قباء للطباعة  
والنشر.



عبد الغنى، عبد العزيز. (٢٠١٦). برنامج تدريبي لتحسين الإدراك الفونولوجي وأثره على علاج اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال المعاقين عقلياً

القابلين للتعلم، القاهرة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس.

عبد الفهيم، أحمد مجاور. (٢٠١٦). المحكات التشخيصية: الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، دار الزهراء.

العطية، أسماء عبدالله. (٢٠٠٨). الإرشاد السلوكي المعرفي لإضطرابات القلق لدى الأطفال، ط١، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية.

عكاشة، أحمد محمود. (٢٠١٨). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

على، ياسر حسين محمد. (٢٠٢١). اتجاهات طلاب الطب نحو المرضى النفسيين بالجامعات الخاصة لولاية الخرطوم وعلاقتها بالوصمة الاجتماعية، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

عناقرة، فاطمة؛ والخوالدة، محمد. (٢٠٠٧). دور التعليم في الحراك الاجتماعي للمرأة العاملة من وجهة نظر عينة من النساء العاملات في المجتمع الأردني وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، ٢٣ (١).

عيد، غادة خالد؛ والنيال، مایسة أحمد؛ وعبد الخالق، أحمد محمد. (٢٠٠٩). الخصائص السيكومترية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة



الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، ١٠(٣)،  
١١١-١٤٠.

عيسوى، عبد الرحمن. (١٩٩٤). الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، دار المعرفة  
الجامعية، الإسكندرية.

عيسى، علاء الدين. (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج مقترح فى الإرشاد النفسى لتخفيف  
وصمة المرض النفسى المرتبطة بالعلاج النفسى، رسالة ماجستير،  
الجامعة الإسلامية، غزة.

الغامدى، حامد (٢٠١٠). فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض اضطراب القلق  
لدى عينة من المترددى على العيادات النفسية بمستشفى الصحة  
النفسية بالطائف، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، ٢(١)،  
١٢-١٥، السعودية.

غانم، محمد حسن. (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات-  
التعريف- محكات التشخيص- الأسباب والعلاج- المآل  
والمسار)، مكتبة الأنجلو المصرية.

فايد، حسين على. (٢٠٠٦). العلاج النفسى أصوله- تطبيقاته- أخلاقياته، مؤسسة  
طبية.

فرغلى، سارة حفظى أحمد. (٢٠٢١). التخفيف من الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى  
مرضى الاضطرابات النفسية، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية،  
١(١٤)، ٢٠٨-٢٢٢.

فضة، حمدان محمود؛ والفقى، أمال إبراهيم؛ وسيد، سليمان رجب. (٢٠١٠). *فعالية العلاج النفسى الدينى فى تخفيف أعراض الوسواس القهرى لدى عينة من طالبات الجامعة، ندوة التعليم العالى للفتاة: الأبعاد والتطلعات، الفترة من ٤-٦ يناير، ٤٢٤-٤٦١*.

كاظم، على مهدى؛ وآل سعيد، تغريد بنت تركى. (٢٠٠٨). *الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين العمانيين، مجلة الطفولة العربية (الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية)، (٣٧)، ٨-٣٣*.

مبارك، خلف أحمد. (٢٠٠٣). *العلاج السلوكى الشمولى الأسرى المكثف لاضطراب الوسواس القهرى المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى فى الطفولة المتأخرة "دراسة حالة"، مجلة البحث فى التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة المنيا، ١٧(٢)، ١٠٤-١٥٣*.

محمد، حسن بدرى. (٢٠١٠). *الوسواس القهرى لدى طلاب الجامعات فى ضوء متغيرى النوع والفرقة: جامعة البحر الأحمر، مجلة كلية الآداب- جامعة أم درمان الإسلامية - السودان، (٣)، ٣٩-٧٠*.

محمد، خليفة عبد اللطيف. (١٩٩٢). *الإتجاهات الاجتماعية نحو المريض النفسى فى مستشفيات عقلية داخل مصر، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة*.

محمد، عادل عبدالله. (٢٠٠٠). *العلاج المعرفى السلوكى، القاهرة، دار الرشاد*.

محمود، عبد المنعم عرفة. (٢٠١٠). الكمالية التوافقية واللاتوافقية وعلاقتها ببعض أعراض الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، الجزء ٤ (٤٤)، ٢٤-٧٤.

مسمح، حاتم سليمان محمد. (٢٠١٨). وصمة المرض النفسي وعلاقتها بالتوكيدية في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية التربية.

مليقة، لويس كامل. (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط٢، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.

ممدوح، غادة. (٢٠١٩). العنف العدوانى سيكولوجية العدوان نفسياً واجتماعياً، ط١، العربى للنشر والتوزيع، القاهرة.

مؤمن، داليا محمد عزت، وأبو هندی، وائل محمد أحمد. (٢٠٠٦). اعداد مقياس لأعراض اضطراب الوسواس القهري، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، ١٦ (٣)، ٤٧٥-٥٢٤.

نيناء، مايكل ودرايدن، ويندى. (٢٠١٨). العلاج المعرفى السلوكى: ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك، ترجمة: عبد الجواد خليفة أبو زيد، مكتبة الأنجلو المصرية.

هوفمان اس جى. (٢٠١٢). العلاج المعرفى السلوكى المعاصر الأسس والأبعاد، (ترجمة: مراد عيسى) القاهرة، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.

## ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Ahovan, M., Balali, S., Shargh, N. A., & Doostian, Y. (2016). Efficacy of dialectical behavior therapy on clinical signs and emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4), 412-418. <http://dx.doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p412>
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder(5<sup>th</sup> Ed) (DSM-5)*.American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 123-137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.016>
- Anthony, M. M., & Swinson, R. P. (2001). Comparative and combined treatments for obsessive-compulsive disorder. In *Combined treatment for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions*. (pp. 53-80). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10415-003>
- Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (Eds.). (2008). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. John Wiley & Sons.

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York) 1982. *Art Worlds* (Berkeley).
- Blenkiron, P. (2010). *Stories and Analogies in Cognitive Behaviour Therapy*. <https://www.proquest.com/openview/2cc5d42fc42ecedf0121b318d2fe76fa/1?pq-origsite=gscholar&cbl=5997>
- Boland, R., & Verduin, M. (2021). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/kaplan--sadocks-concise-textbook-of-clinical-psychiatry-4617>
- Bolton, D., & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.11.002>
- Bram, A., & Björgvinsson, T. (2004). A psychodynamic clinician's foray into cognitive-behavioral therapy utilizing exposure-response prevention for obsessive-compulsive disorder. *American journal*

- of psychotherapy*, 58(3), 304-320.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.3.304>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Campbell, C., & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. *Journal of community & applied social psychology*, 16(6), 411-417.  
<https://doi.org/10.1002/casp.901>
- Chapman, A., Gratz, K., & Tull, M. (2011). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety: Breaking free from worry, panic, PTSD, and other anxiety symptoms*. New Harbinger Publications.  
<https://psycnet.apa.org/record/2011-27845-000>
- CilliÇilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.009>
- Corey, G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Nelson Education.
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2013). *Groups: Process and practice*. Cengage Learning.

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35-53.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10-13.  
<https://www.ebrightcollaborative.com/uploads/2/3/3/9/23399186/dbtinanutshell.pdf>
- Elliott, A. C., & Woodward, W. A. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook: With SPSS examples*. Sage.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 15(1), 53-59.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.557>
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive–compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour research and therapy*, 43(12),

1543-1558.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>

- Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. *Current Opinion in Psychology*, 37, 152-157.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002>
- Gawad T,(2001). Comparison between heroin addicts and Obsessive Compulsive patient on psychosocial and cognitive functions , *Egypt Journal of Psychiatry*, 24(1),117-125.
- Goffman, E. (1963). Stigma englewood cliffs. *NJ: Spectrum*.  
<https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Stigma-guide-Arabic.pdf>
- Golden, A., & Holaway, R. M. (2013). Values-Focused Exposure and Response Prevention in the Treatment of Comorbid Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder: The Case of" Mr. H". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(1), 65-80.  
<https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i1.1805>
- Greer, A. K. (2005). Symptom reduction in intensive cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: The role of change in beliefs about and the appraisals of intrusive thoughts (Doctoral dissertation, Rosalind Franklin University of Medicine and Science).



- Harned, M. S., Korlund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour research and therapy*, 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Harned, M. S., Schmidt, S. C., Korlund, K. E., & Gallop, R. J. (2021). Does adding the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? A pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking. *Behavior therapy*, 52(3), 639-655. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.003>
- Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(4), 200-209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00212.x>
- Jones, M. K., Wootton, B. M., & Vaccaro, L. D. (2012). The efficacy of exposure and response prevention for geriatric obsessive compulsive disorder: a clinical case illustration. *Case Reports in Psychiatry*, 2012. <https://www.hindawi.com/journals/crips/2012/394603/>
- Kells, M., Joyce, M., Flynn, D., Spillane, A., & Hayes, A. (2020). Dialectical behaviour therapy skills reconsidered:

- applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7(1), 1-8.
- Kim, M. Y., & Jun, S. S. (2016). Development and effects of a cognitive-behavioral therapy based program in reducing internalized stigma in patients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(3), 349-363. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.3.349>
- Koerner, K., & Dimeff, L. A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 1–18). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-14074-001>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications. <https://www.amazon.com/Cognitive-BehavioralTreatment-Borderline-PersonalityDisorder/dp/0898621836>.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 365-420.

- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Linhean, M. M. (2015). DBT Skills Training Handouts and Worksheets. [https://survivingcptsd.files.wordpress.com/2018/01/dbt\\_skills\\_training\\_handouts\\_and\\_worksheets\\_linehan\\_marsha\\_srg.pdf](https://survivingcptsd.files.wordpress.com/2018/01/dbt_skills_training_handouts_and_worksheets_linehan_marsha_srg.pdf)
- Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 154-167. <https://doi.org/10.1002/jclp.20449>
- Marco, J. H., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25(2), 158-163.
- Marks, I. (1997). Behaviour therapy for obsessive—compulsive disorder: a decade of progress. *The Canadian*

*Journal of Psychiatry*, 42(10), 1021-1027.  
<https://doi.org/10.1177%2F070674379704201002>

Mason, T., Carlisle, C., & Watkins, C. (Eds.). (2001). *Stigma and social exclusion in healthcare*. Psychology Press.  
[https://books.google.com.eg/books?hl=ar&lr=&id=CmJsCa-iP1sC&oi=fnd&pg=PR8&dq=Carlisle,+Caroline+%26+Mason,+Tom+\(2001\)+,+Stigma+and+Social+Exclusion+in+Healthcare,+1st+Edition,+,+Publisher+of+Humanities,+Social+Science&ots=OMiSIH7LDY&sig=rZiejqnc0yjeAXImkGR3KqLq51A&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.eg/books?hl=ar&lr=&id=CmJsCa-iP1sC&oi=fnd&pg=PR8&dq=Carlisle,+Caroline+%26+Mason,+Tom+(2001)+,+Stigma+and+Social+Exclusion+in+Healthcare,+1st+Edition,+,+Publisher+of+Humanities,+Social+Science&ots=OMiSIH7LDY&sig=rZiejqnc0yjeAXImkGR3KqLq51A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Matta, C. (2012). *The Stress Response: How Dialectical Behavior Therapy Can Free You from Needless Anxiety, Worry, Anger, and Other Symptom*. New Harbinger Publications.

Miller, T. W., & Kraus, R. F. (2007). Modified dialectical behavior therapy and problem solving for obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 79-85.

Mrdjenovich, A. J., & Bischof, G. H. (2003). Obsessive-compulsive complaints and academic performance in college students. *College Student Journal*, 37(1), 145-156.  
<https://psycnet.apa.org/record/2003-02760-020>

- Murray, S. M., Augustinavicius, J., Kaysen, D., Rao, D., Murray, L. K., Wachter, K., ... & Bass, J. K. (2018). The impact of Cognitive Processing Therapy on stigma among survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of Congo: results from a cluster randomized controlled trial. *Conflict and health*, 12(1), 1-9.
- Nakanishi, M., Oshita, H., Tanaka, Y., Inoue, A., Kawashima, C., Okamoto, K., ... & Akiyoshi, J. (2014). Near-infrared spectroscopy during the verbal fluency task before and after treatment with image exposure and SSRI therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *Case Reports in Psychiatry*, 2014.  
<https://www.hindawi.com/journals/crips/2014/591023/>
- O'Connor, P., & Earnest, J. (2011). Voices of Resilience: Stigma, Discrimination and Marginalisation of Indian Women Living with HIV. *AIDS*.
- Ricks W, George DZ, (1991): *Anxiety Disorder A rational emotive perspective*, pergmon press gmbh, kronberg, Germany.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders*, 18(1), 73-89.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>

- Rowa, K., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Purdon, C., Young, L., & Swinson, R. P. (2007). Office-based vs. home-based behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1883-1892.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.009>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of impulsive aggression in correctional settings. *Behavioral sciences & the law*, 27(5), 787-800.  
<https://doi.org/10.1002/bsl.889>
- Shimotsu, S., Horikawa, N., Emura, R., Ishikawa, S. I., Nagao, A., Ogata, A., ... & Hosomi, J. (2014). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing self-stigma in Japanese psychiatric patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 39-44.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.006>
- Singh, S., Mukundan, C. R., & Khanna, S. (2003). Working memory deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Studies*, 48(2), 69-73.  
<https://psycnet.apa.org/record/2003-08061-008>

- Stein, D. J., & Young, J. E. (Eds.). (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. Academic Press.  
<https://psycnet.apa.org/record/1992-98580-000>
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, 185-204.
- Tomlinson, M. F. (2015). The impact of dialectical behaviour therapy on aggression, anger, and hostility in a forensic psychiatric population.
- Tong, P., Bu, P., Yang, Y., Dong, L., Sun, T., & Shi, Y. (2020). Group cognitive behavioural therapy can reduce stigma and improve treatment compliance in major depressive disorder patients. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(2), 172-178.  
<https://doi.org/10.1111/eip.12841>
- Turner, C. M., Mataix-Cols, D., Lovell, K., Krebs, G., Lang, K., Byford, S., & Heyman, I. (2014). Telephone cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1298-1307.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.012>
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment

- outcome literature. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 1-20.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22114>
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative health research*, 15(2), 169-187.  
<https://doi.org/10.1177%2F1049732304272059>
- Wagner, A. P. (2002). *What to do when your child has obsessive-compulsive disorder: Strategies and solutions*. Lighthouse Press.
- Wagner, A. P. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 3(3).291-306.  
<https://www.escneo.org/Downloads/Cognitive-Behavioral%20Therapy%20for%20Children%20and%20Adolescents%20with%20OCD.pdf>
- Weiss, G. (Ed.). (1999). *Multiagent systems: a modern approach to distributed artificial intelligence*. MIT press.
- Zarei, M., & Roohafza, H. (2018). Examining the effect of cognitive-behavioral family therapy on social stigma in family with children suffering from sickle cells in Manujan in 2016. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(4).1-9.



## **The differences between cognitive- behavioral therapy and dialectical- behavioral therapy in relieving both symptoms of obsessive-compulsive disorder and the sense of social stigma caused by it among university students**

### **Abstract:**

The current research aimed to identify the differences between cognitive behavioral therapy (CBT) and dialectical behavior therapy (DBT) in relieving both the symptoms of obsessive-compulsive disorder and the sense of social stigma caused by it among a sample of female students of the Faculty of Arts, Fayoum University, as well as identifying the extent to which the treatment continues after the follow-up period reached one month for the three experimental groups and the control group. The study sample consisted of (18) female students, their ages ranged between (20-23 years) with an average age of (21.11) years and a standard deviation of (1.711), and the basic sample was randomly divided into three experimental groups of (6) students, each group. In addition to the control group, it also consists of (6) female students who suffer from obsessive-compulsive disorder. The tools of the study were: the obsessive-compulsive disorder scale (prepared by / Abu Hindi, Moamen, 2006), the social stigma scale (prepared by: Mosham, 2018), and (the economic and social level form, Abdel Aziz Al-Shaq, 2006), a list of diagnostic criteria for obsessive disorder Compulsive disorder in the fifth Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (translation: the researcher), the cognitive-behavioral program, the dialectical behavioral program, prepared by the researcher. The results of the study revealed that there were no statistically significant differences between the mean scores of

the three experimental groups and the control group before applying the treatment programs, and there were statistically significant differences between them after applying the treatment programs, and there were statistically significant differences in the average performance of the three experimental groups between the pre and post measurements. The two measurements were pre- and follow-up on both the obsessive-compulsive disorder scale and the social stigma scale, and there were no differences between the post- and follow-up measurement, and there were no significant differences between the mean scores of the control group in the measurements (pre-post- and follow-up) on both the obsessive-compulsive disorder scale and the follow-up measure. social stigma

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy (DBT), Cognitive Behaviorl Counseling Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), social stigma