

فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض القلق والاكتئاب بين طلاب الجامعات العراقية

م.م سارة سعد عبد

جامعة القادسية / كلية الآداب / قسم علم النفس

Sarah.saad@qu.edu.iq

تاريخ استلام البحث : ٢٠٢٥/١١/٢٤

تاريخ قبول البحث : ٢٠٢٥/١٢/٣١

الخلاصة :

شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعاً ملحوظاً في انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب بين طلاب الجامعات، نتيجة الضغوط الأكاديمية والاجتماعية والاقتصادية. ويهدف هذا البحث إلى تقييم فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT)، وهو نوع من العلاج النفسي الذي يركز على تعديل الأفكار والسلوكيات السلبية لدى الأفراد، في تقليل أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعات العراقية. تم تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي ملائم ثقافياً على عينة مكونة من ١٠٠ طالب وطالبة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية من أربع جامعات عراقية محددة، وهي: جامعة بغداد، جامعة المستنصرية، جامعة الموصل، والجامعة التكنولوجية. اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحثون استبياناً مكوناً من ثلاثة محاور رئيسية: (١) فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي، (٢) أعراض القلق، و(٣) أعراض الاكتئاب. وتمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معامل الارتباط لبيرسون، اختبار T للقياسات المزدوجة، وكرونباخ ألفا لقياس الثبات الداخلي للأدوات. أظهرت النتائج أن برامج العلاج السلوكي المعرفي كانت فعالة في:

- تحسين الوعي الذاتي لدى الطلاب،
- تعديل الأفكار المشوهة والسلبية،
- مواجهة الضغوط النفسية اليومية

• وتنظيم الانفعالات.

كما لوحظ انخفاض ملحوظ في مستويات القلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج، حيث كانت متوسطات استجابات الطلاب للأعراض المرتبطة بالقلق والاكتئاب مرتفعة قبل البرنامج، وانخفضت بعده بشكل إحصائي دال. تؤكد هذه النتائج فعالية العلاج السلوكي المعرفي كأداة علاجية وقائية في السياق الجامعي العراقي، وتقترح ضرورة دمج برامج مماثلة ضمن وحدات الإرشاد النفسي بالجامعات لدعم الصحة النفسية للطلاب، وتعزيز قدرتهم على مواجهة الضغوط الأكاديمية والاجتماعية بفعالية..

الكلمات المفتاحية : العلاج السلوكي المعرفي، القلق، الاكتئاب، طلاب الجامعات، الصحة النفسية، العراق، البرامج العلاجية النفسية، التدخل النفسي.

The effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing symptoms of anxiety and depression among Iraqi university students

Assit.Lec. Sarah Saad Abdel

Al-Qadisiyah University / College of Arts

Sarah.saad@qu.edu.iq

Date received: 24/11/2025

Acceptance date: 31/12/2025

Abstract:

In recent years, there has been a notable increase in the prevalence of anxiety and depression disorders among university students due to academic, social, and economic pressures. This study aims to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), a type of psychological intervention that focuses on modifying negative thoughts and behaviors, in reducing symptoms of anxiety and depression among Iraqi university students. A culturally adapted CBT program was applied to a sample of 100 male and female students, selected using a stratified random sampling method from four Iraqi universities: University of Baghdad, Al-Mustansiriya University, University of Mosul, and the University of Technology. The study employed a descriptive-analytical research design. Data were collected using a questionnaire composed of three main dimensions: (1) effectiveness of the CBT program, (2) anxiety symptoms, and (3) depressive symptoms. The collected data were statistically analyzed using arithmetic means, standard deviations, Pearson correlation coefficient, paired-sample T-test, and Cronbach's alpha for internal consistency reliability.

The results indicated that the CBT program was effective in:

- Enhancing students' self-awareness,
- Modifying distorted and negative thoughts,
- Managing daily psychological stress,
- Regulating emotional responses.

A significant reduction in anxiety and depression levels was observed after the program. Students' mean scores for anxiety and depression symptoms were high before the program and decreased significantly afterward, indicating a statistically significant positive effect. These findings confirm the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy as a preventive and therapeutic tool within the Iraqi university context. The study recommends integrating similar programs into university counseling units to support students' mental health and enhance their ability to cope effectively with academic and social pressures.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Anxiety, Depression, University Students, Mental Health, Iraq, Psychological Treatment Programs, Psychological Intervention

الفصل الاول:

مشكلة البحث

تشير الأدبيات النفسية والدراسات الميدانية إلى أن القلق والاكتئاب يُعدّان من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين فئة الشباب الجامعي، لما لهذه المرحلة العمرية من خصوصية تتسم بتعدد الضغوط الأكاديمية والاجتماعية والمستقبلية. وقد أكدت دراسات عربية متعددة فاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى فئات مختلفة، مثل مرضى الألم المزمن (أحمد، ٢٠١٣)، وزوجات المغتربين (حامد ومحمود، ٢٠٠٥)، والنساء المعرضات للضغوط النفسية (بركات وعلاء الدين، ٢٠١٧)، والأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية متنوعة (القبندي والحسيني، ٢٠١٧؛ العسكري والحسيني، ٢٠١٧). كما أظهرت دراسات أخرى أن العلاج السلوكي المعرفي يُسهم بدرجة ملحوظة في خفض اضطرابات القلق المعمم، واضطرابات ما بعد الصدمة، والفوبيا الاجتماعية، سواء من خلال برامج جماعية أو تدخلات فردية (بلميهوب، ٢٠١١؛ محمد والصبوة، ٢٠١٨؛ ركزة، ٢٠١١). وأكدت دراسات حديثة أيضاً تطور نماذج العلاج السلوكي المعرفي وظهور موجاته الجديدة، بما يعزز من فعاليته في التعامل مع الاضطرابات النفسية المختلفة (زيان وبوعيشة، ٢٠٢٤؛ عثمان، ٢٠٢٥) ورغم هذا الزخم البحثي الذي يؤكد فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في البيئات العربية، إلا أن مراجعة الدراسات السابقة تُظهر وجود قصور واضح في الدراسات التطبيقية التي تناولت طلاب الجامعات العراقية على وجه الخصوص، سواء من حيث قياس فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض القلق والاكتئاب، أو من حيث تحليل العلاقة بين شدة الأعراض النفسية ودرجة الاستفادة من هذه البرامج. كما أن أغلب الدراسات ركزت على فئات خاصة (أطفال، نساء، مرضى، متعاطي مواد) ولم تتناول البيئة الجامعية العراقية بما تحمله من تحديات نفسية واجتماعية خاصة. وانطلاقاً من ذلك، تتحدد مشكلة البحث الحالية في الحاجة إلى التحقق العلمي من مدى فاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعات العراقية، والكشف عن طبيعة العلاقة بين فعالية هذه البرامج وشدة الأعراض النفسية لديهم، بما يسهم في سد فجوة بحثية واضحة في هذا المجال، ويدعم تطوير برامج إرشادية وعلاجية ملائمة للسياق العراقي. انطلاقاً من مشكلة البحث، يسعى البحث للإجابة على السؤال الرئيسي:

ما مدى فعالية برنامج ارشادي مستند إلى النظرية السلوكية المعرفية في خفض حدة أعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعات العراقية؟

ويتفرع الاسئلة التالية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأعراض القلق لدى طلاب الجامعات بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي؟

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأعراض الاكتئاب لدى طلاب الجامعات بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي؟

أهمية البحث

تكمن أهمية البحث في عدة محاور:

١. يساهم البحث في سد الفجوة المعرفية حول فعالية برامج CBT في السياق الجامعي العراقي، خاصة أن الدراسات المحلية محدودة مقارنة بالدراسات الدولية.

٢. يساعد نتائج البحث المسؤولين في الجامعات على تصميم برامج دعم نفسي فعّالة، وتطوير وحدات الإرشاد الجامعي بما يتوافق مع الاحتياجات النفسية للطلاب.

٣. يسهم البحث في تعزيز صحة الطلاب النفسية، وتقليل آثار القلق والاكتئاب على الأداء الأكاديمي والاجتماعي، بما ينعكس إيجاباً على جودة التعليم وحياة الطلاب اليومية.

أهداف البحث

يسعى هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. قياس فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض القلق بين طلاب الجامعات العراقية.

٢. قياس فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض الاكتئاب بين طلاب الجامعات العراقية.

٣. تحديد العلاقة بين فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي وشدة أعراض القلق والاكتئاب لدى الطلاب.

٤. تقديم توصيات عملية وعلمية للجامعات والمختصين النفسيين حول استخدام برامج CBT لدعم الطلاب.

فرضيات الدراسة

• الفرضية الرئيسية

.لا توجد فعالية لبرامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعات العراقية.

.توجد فعالية لبرامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعات العراقية.

• الفرضية الفرعية الأولى

. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض القلق لدى الطلاب.

. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض القلق لدى الطلاب.

• الفرضية الفرعية الثانية

. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الطلاب.

. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الطلاب.

• الفرضية الفرعية الثالثة

. لا توجد علاقة ارتباط بين فاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي وأعراض القلق والاكتئاب لدى الطلاب.

. توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين فاعلية برامج العلاج السلوكي المعرفي وأعراض القلق والاكتئاب لدى الطلاب.

تحديد مصطلحات

أولاً: العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT)

التعريف النظري:

العلاج السلوكي المعرفي هو أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة، يقوم على افتراض أن الأفكار غير العقلانية والمشوهة تؤثر في مشاعر الفرد وسلوكياته، وأن تعديل هذه الأفكار وإعادة بنائها معرفياً، إلى جانب تعديل السلوكيات غير التكيفية، يؤدي إلى تحسين الحالة الانفعالية وتقليل الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب (إبراهيم والصبوة، ١٩٩٥؛ عزى وصادقي، ٢٠١٩).

التعريف الإجرائي:

يُقصد بالعلاج السلوكي المعرفي في هذه الدراسة البرنامج العلاجي المنظم الذي تم تطبيقه على طلاب الجامعات العراقية، ويتكون من عدد محدد من الجلسات الإرشادية المعرفية السلوكية، ويعتمد على فنيات مثل: إعادة الهيكلة المعرفية، التحدي المعرفي، الأنشطة السلوكية، والتعرض التدريجي، ويُقاس أثره من خلال الفروق بين درجات القياس القبلي والبعدي على مقاييس القلق والاكتئاب المستخدمة في الدراسة.

ثانيًا: القلق (Anxiety)

التعريف النظري:

القلق هو حالة انفعالية غير سارة، تتسم بالتوتر والخوف الغامض والشعور بالخطر المتوقع، ويصاحبه أعراض معرفية وجسمية وسلوكية، مثل التفكير الكارثي، تسارع ضربات القلب، واضطراب النوم، ويُعد من أكثر الاضطرابات شيوعًا بين فئة الشباب والطلاب الجامعيين (بلميهوب، ٢٠١١؛ عزى وصادقي، ٢٠١٩).

التعريف الإجرائي:

يُقصد بالقلق في هذه الدراسة الدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس القلق المعتمد في البحث، ويُعبّر عنها بالدرجات الكلية التي تعكس شدة أعراض القلق قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

ثالثًا: الاكتئاب (Depression)

التعريف النظري:

الاكتئاب اضطراب مزاجي يتميز بالحزن المستمر، فقدان الاهتمام والمتعة، انخفاض الدافعية والطاقة، الشعور بالذنب أو انعدام القيمة، ونظرة سلبية للذات والعالم والمستقبل، وفقًا للنموذج المعرفي الثلاثي لبيك (الكبيسي، ٢٠٢٠؛ عزى وصادقي، ٢٠١٩).

التعريف الإجرائي:

يُعرّف الاكتئاب إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه الدرجة التي يسجلها الطالب على مقياس الاكتئاب المستخدم، والتي تعبر عن شدة الأعراض الاكتئابية، ويتم تحديد التغير فيها من خلال المقارنة بين القياس القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

الفصل الثاني: ادبيات الدراسة

يُعدّ القلق والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في مراحل الحياة المختلفة، ولا سيما بين فئة الشباب والطلاب الجامعيين الذين يواجهون ضغوطاً أكاديمية، اجتماعية، واقتصادية متزايدة (الكبيسي، ٢٠٢٠). وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن هذه الاضطرابات لا تقتصر على تأثيراتها النفسية فحسب، بل تمتد لتشمل التحصيل الدراسي، العلاقات الاجتماعية، بل وحتى الصحة الجسدية (أحمد، ٢٠١٣). من هذا المنطلق، برز العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) كأحد أكثر النماذج العلاجية فاعلية في التصدي لهذه الاضطرابات، لما يتمتع به من مرونة، قصر المدة، واعتماده على أدلة تجريبية قوية (زيان وبوعيشة، ٢٠٢٤)

ويهدف هذا الإطار النظري إلى استعراض الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي، وتحليل مفاهيم القلق والاكتئاب من منظوره، وتتبع التطورات الحديثة في هذا المجال، فضلاً عن تسليط الضوء على الدراسات التي تناولت فعاليته في سياقات مشابهة، بهدف بناء أساس معرفي متين يدعم الدراسة الحالية التي تستهدف طلاب الجامعات العراقية.

المفاهيم الأساسية: القلق والاكتئاب

أولاً: القلق: المفهوم والسمات

يُعرف القلق بأنه حالة انفعالية مزعجة تتسم بالتوتر والخوف غير المحدد والشعور بالخطر الوشيك، حتى في غياب تهديد خارجي حقيقي (بلميهوب، ٢٠١١، ص ٤٥). ويصاحبه عادة أعراض جسدية مثل تسارع ضربات القلب، التعرق، الارتجاف، واضطرابات النوم.

من الناحية النظرية، يرى بيك (Beck, 1976) أن القلق ينبع من تصورات معرفية مشوهة حول الذات والعالم والمستقبل، والتي تولّد تقييمات سلبية غير واقعية للمواقف، ما يؤدي إلى الاستجابات الانفعالية المفرطة. تتفق مع هذا نظرية التوتر والمعالجة المعرفية (Lazarus & Folkman, 1984)، التي تؤكد أن القلق ينشأ عندما يُدرك الفرد أن متطلبات البيئة تتجاوز موارده وقدرته على التعامل معها.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن من أكثر أنواع القلق شيوعاً بين طلاب الجامعات: القلق الاجتماعي، وقلق الأداء، والقلق العام (الشافعي والعبادسة، ٢٠١٨، ص ٧٨). ويعتبر القلق الاجتماعي عائقاً رئيسياً أمام المشاركة الصفية والنقاشات الجماعية، مما يؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي والتفاعل الاجتماعي.

ثانياً: الاكتئاب: المفهوم والسمات

يُعرّف الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي يتميز بحالة مستمرة من الحزن وفقدان الاهتمام أو المتعة، والشعور بالذنب أو العجز، وانخفاض مستوى الطاقة (الكبيسي، ٢٠٢٠، ص ٦٤).

حسب نموذج بيك الثلاثي (Beck's Cognitive Triad, 1979)، يحمل المصاب بالاكتئاب نظرة سلبية تجاه الذات («أنا فاشل»)، العالم («العالم عدائي»)، والمستقبل («لا أمل في التغيير») (عزى وصادقي، ٢٠١٩، ص ١١٩). هذا النموذج يربط الاكتئاب بتشوّهات التفكير المعرفي التي تؤثر على المزاج والسلوك.

أظهرت الدراسات أن الاكتئاب بين طلاب الجامعات يتفاقم بسبب الاغتراب، الضغوط الأكاديمية، الانفصال عن الأسرة، وعدم وضوح المستقبل المهني (أحمد، ٢٠١٣، ص ٩٢). كما ارتبط الاكتئاب بزيادة احتمالية الانسحاب الأكاديمي والسلوك الانتحاري (حامد ومحمود، ٢٠٠٥، ص ٣٧).

من منظور النظريات المعاصرة، تؤكد نظرية التعلق (Bowlby, 1980) أن ضعف الدعم الاجتماعي والعلاقات الأسرية يمكن أن يزيد من خطر الاكتئاب لدى الشباب، بينما تشير نظرية الاستجابات المعرفية-العاطفية (Lazarus, 1991) إلى أن طريقة معالجة الطلاب للضغوط تحدد شدة الاستجابات الاكتئابية.

الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي

الجزور النظرية والتطور التاريخي

يرجع تأسيس العلاج السلوكي المعرفي إلى عالمي النفس آرون بيك (Aaron T. Beck) وألبرت إليس (Albert Ellis) في ستينيات القرن العشرين. فقد طوّر بيك نظريته المعرفية للاكتئاب، في حين قدّم إليس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)، مؤكداً أن المعتقدات غير العقلانية تُعدّ الجذر الأساسي للمشاعر والسلوكيات السلبية (إبراهيم والصبوة، ١٩٩٥، ص ٤١-٤٣).

وقد اندمجت العناصر السلوكية المستمدة من النظرية السلوكية الكلاسيكية مع العناصر المعرفية المتعلقة بالأفكار والتصورات لتشكيل نموذج علاجي متكامل، يركز على العلاقة التفاعلية بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات. ويشير هذا النموذج إلى أن تعديل الأفكار غير العقلانية يؤدي إلى تغيير المشاعر والسلوكيات المرتبطة بها (عزى وصادقي، ٢٠١٩، ص ٨٧).

واستند هذا العلاج إلى الدمج بين النظريات السلوكية، التي تركز على تعديل السلوكيات غير المرغوبة من خلال التعلم والممارسة، والنظريات المعرفية التي تركز على تعديل الأفكار والمعتقدات المشوهة. ويؤكد النموذج المعرفي السلوكي على العلاقة التفاعلية بين الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات، حيث يؤدي تعديل الأفكار غير العقلانية إلى تغيير المشاعر والسلوكيات المرتبطة بها (عزى وصادقي، ٢٠١٩).

بدأت جذور العلاج السلوكي المعرفي من النظرية السلوكية الكلاسيكية التي تعتمد على التعلم بالمكافأة والعقاب، والتجارب العملية في تعديل السلوكيات. ومع الوقت، دمج الباحثون بين المبادئ السلوكية والمعرفية لتشكيل نموذج علاجي متكامل، يركز على العلاقة بين الأفكار والسلوكيات والمشاعر.

تطورت هذه النظريات لاحقاً عبر ما يسمى الموجات العلاجية:

- الموجة الأولى: التركيز على تعديل السلوك (Behavior Therapy).
- الموجة الثانية: تعديل الأفكار والمعتقدات (Cognitive Therapy).
- الموجة الثالثة: مفاهيم القبول والوعي الذاتي مثل العلاج بالقبول والالتزام (ACT) (Hayes et al., 2012).
- الموجة الرابعة: دمج CBT مع مبادئ علم النفس الإيجابي لتعزيز القوى النفسية الإيجابية مثل التفاؤل والمرونة والصمود (زيان وبوعيشة، ٢٠٢٤).

النظريات الأساسية الداعمة لمفهوم CBT

١. نظرية بيك المعرفية: تؤكد نظرية بيك أن الأفكار المشوهة والمعايير الذاتية غير الواقعية هي السبب الرئيسي للشعور بالضيق النفسي. وتنقسم هذه الأفكار إلى:

- أفكار تلقائية: تظهر دون وعي مسبق وتكون غالبًا سلبية (Automatic Thoughts).
- المعتقدات الجوهرية: تشمل القناعات العميقة حول الذات والعالم والمستقبل، وتشكل قاعدة لتفسير الأحداث (Beck, 1976) (Core Beliefs).
- ٢. نظرية إليس العقلانية الانفعالية: تركز REBT على أن العواطف والسلوكيات تتحدد بالمعتقدات، وليس بالأحداث الخارجية. فإذا كان الفرد يحمل اعتقادات غير عقلانية (مثل "يجب أن أكون محبوبًا من الجميع")، فإن ذلك يؤدي إلى القلق والاكتئاب. ويهدف العلاج إلى استبدال هذه المعتقدات بمعتقدات عقلانية قابلة للتطبيق (Ellis, 1962).
- ٣. نظرية الارتباط والضغط النفسي: جون بولبي (Bowlby, 1980) أشار إلى أن الارتباط المبكر مع الأم أو مقدم الرعاية يؤثر في قدرة الفرد على التعامل مع القلق والاكتئاب لاحقًا. كذلك، تقدم نظرية Lazarus (1984) و Folkman تفسيرًا لكيفية تقييم الفرد للمواقف الضاغطة وتحديد الاستجابة النفسية، مما يدعم فهم CBT لكيفية تعديل التقييمات المعرفية الضاغطة.

الفروض الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي

يمكن تلخيص الفروض الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي (CBT) فيما يلي:

- الأفكار تُؤدِّد المشاعر: لا تتسبب الأحداث الخارجية في المشاعر بصورة مباشرة، وإنما يُحدِّد الأثر الانفعالي من خلال تفسير الفرد لهذه الأحداث (دايلي، ٢٠١٧، ص ٥٦).
- الأفكار قد تكون تلقائية وغير واعية: تظهر كثير من الأفكار السلبية بصورة تلقائية في المواقف المثيرة للقلق أو الحزن دون وعي مسبق بها (الكبيسي، ٢٠٢٠، ص ٧١).
- إمكانية تعديل الأفكار المشوَّهة: يمكن التعرف على الأفكار غير العقلانية واختبار واقعيها واستبدالها بأفكار أكثر توازنًا وواقعية (زيان وبوعيشة، ٢٠٢٤، ص ١٠٤).
- السلوك يعزِّز أو يضعف الأفكار: إذ تؤدي السلوكيات غير التكيفية مثل التجنب إلى تثبيت الأفكار السلبية، بينما تسهم السلوكيات التكيفية في دحضها وتعديلها (القبندي والحسيني، ٢٠١٧، ص ٦٣).

الأدوات والتقنيات الأساسية

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي مجموعة من الأدوات والتقنيات العلاجية، من أبرزها:

- الكشف عن الأفكار التلقائية: تدريب المستفيد على ملاحظة الأفكار التي تظهر تلقائيًا في المواقف المثيرة للانفعال (دايلي، ٢٠١٧، ص ٥٩).
- التحدي المعرفي: ويتم من خلال طرح تساؤلات من قبيل: «ما الدليل على صحة هذا الاعتقاد؟» و«هل توجد تفسيرات بديلة؟» (عزى وصادقي، ٢٠١٩، ص ٩٤).
- إعادة الهيكلة المعرفية: استبدال الأفكار السلبية أو المشوّهة بأفكار أكثر واقعية وتوازنًا (الكبيسي، ٢٠٢٠، ص ٧٨).
- التعرّض التدريجي: ويُستخدم بشكل خاص في اضطرابات القلق، حيث يتم تعريض العميل تدريجيًا للمواقف المثيرة للخوف مع منع سلوك التجنب (ركزة، ٢٠١١، ص ١٣٢).
- الأنشطة السلوكية: تشجيع المصاب بالاكنتاب على الانخراط في أنشطة ممتعة أو منتجة بهدف تحسين المزاج والدافعية (العسكري والحسيني، ٢٠١٧، ص ٨٥).

العلاج السلوكي المعرفي مع الشباب والطلاب الجامعيين

يشكل الطلاب الجامعيون فئة سكانية خاصة من حيث طبيعة الضغوط الأكاديمية والاجتماعية والنفسية التي يواجهونها، مما يجعلهم أكثر عرضة لاضطرابات القلق والاكنتاب. وقد أثبت العلاج السلوكي المعرفي فعاليته في هذا السياق لما يتميز به من هيكلية واضحة، وتركيز على الحلول، وملاءمته للمرحلة العمرية التي تتسم بالمرونة المعرفية (أحمد، ٢٠٢١، ص ١١٨).

فقد أظهرت دراسة الشافعي والعبادسة (٢٠١٨) أن برنامجًا معرفيًا سلوكيًا أسهم بشكل ملحوظ في خفض القلق الاجتماعي المصاحب للجلجة لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا (ص ٩٢)، مما يشير إلى إمكانية تعميم هذه النتائج على الطلاب الجامعيين الذين يعانون من قلق الأداء أو العروض التقديمية.

كما توصلت دراسة المطيري والخليفي (٢٠١٩) إلى أن برنامجًا إرشاديًا عقلائيًا انفعاليًا سلوكيًا، يُعد أحد فروع العلاج السلوكي المعرفي، كان فعالاً في خفض القلق الاجتماعي لدى عينة من الطلاب من خلال تعديل المعتقدات غير العقلانية المرتبطة بالخوف من الرفض أو الفشل (ص ٦٧).

وفي السياق العراقي أو العربي الأوسع، لا تزال الدراسات التي تستهدف الطلاب الجامعيين محدودة نسبيًا، إلا أن الدراسات التي تناولت فئات مشابهة—كالنساء المطلقات، الأطفال المتأثرين بالصددمات، والمرضى المزمنين—تؤكد فاعلية العلاج السلوكي المعرفي عبر الثقافات (بركات وعلاء الدين، ٢٠١٧، ص ١٤٣؛ محمد والصبوة، ٢٠١٨، ص ٥٩). فعلى سبيل المثال، بيّنت دراسة بركات وعلاء الدين (٢٠١٧) أن برنامج إرشاد جمعي قائم على مبادئ CBT أسهم في خفض مستويات القلق والاكتئاب بصورة دالة إحصائيًا لدى النساء السوريات المطلقات والأرامل، وهي فئة تواجه ضغوطًا نفسية واجتماعية قد تتشابه مع ما يمر به الطلاب الجامعيون في سياق الأزمات.

العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق

يركّز العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطرابات القلق على تصحيح التقديرات المعرفية المبالغ فيها للمخاطر، وتقليل سلوكيات التجنب التي تسهم في استمرار القلق وتعزيزه. ففي حالات القلق المعمم، على سبيل المثال، يميل الفرد إلى تبني اعتقاد غير عقلاني مفاده: «إذا لم أقلق، فلن أكون مستعدًا لأي كارثة»، وهو نمط تفكير يتم التعرف عليه وتحديده داخل الجلسات العلاجية (بلميهوب، ٢٠١١، ص ٩٨).

وفي دراسة حالة تناولت امرأة مصابة بالقلق المعمم المصحوب بارتفاع ضغط الدم الحلمي، بيّنت سلطاني ومكي (٢٠١٩) أن الجلسات المعرفية السلوكية أسهمت في خفض الأفكار الكارثية مثل: «سأموت أثناء الولادة»، واستبدالها بأفكار أكثر تكيفًا مثل: «لديّ رعاية طبية مناسبة، وأنا في أمان» (ص ٥٤). وتُظهر هذه النتائج قدرة العلاج السلوكي المعرفي على التدخل في البنية المعرفية العميقة المرتبطة بالقلق.

كما تم تطبيق العلاج السلوكي المعرفي بنجاح مع الشباب من ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من اضطرابات القلق، حيث ساعد البرنامج على تحسين قدرتهم على التعرف على المشاعر وتنظيم الاستجابات الانفعالية المرتبطة بها (أحمد، ٢٠٢١، ص ١٣٦). ويعكس ذلك مرونة CBT وقدرته على التكيف مع خصائص فئات سكانية مختلفة.

العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب

يُعدّ العلاج السلوكي المعرفي من أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في علاج الاكتئاب بمختلف درجاته، سواء الخفيف أو المتوسط أو الشديد، ويُنظر إليه في الأدبيات النفسية بوصفه «العلاج الذهبي» للاكتئاب (الكبيسي، ٢٠٢٠، ص ٨٣). وتركّز الجلسات العلاجية على كسر ما يُعرف بـ«الدائرة السلبية» التي تربط بين الأفكار السلبية، الانسحاب السلوكي، والانخفاض المزاجي.

وقد أظهرت دراسة حامد ومحمود (٢٠٠٥) أن تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي أسهم في خفض أعراض الاكتئاب لدى زوجات السودانيين المغتربين، من خلال تعديل المعتقدات المرتبطة بالوحدة والعجز وفقدان الدعم الاجتماعي (ص ٦١). وتُعد هذه النتائج ذات دلالة عند إسقاطها على الطلاب الجامعيين الذين قد يعانون من مشاعر مشابهة في بيئة جامعية جديدة.

كما يُستخدم العلاج السلوكي المعرفي مع الأطفال المصابين بالاكتئاب، حيث تُبسّط التقنيات العلاجية لتتلاءم مع مستوى النضج المعرفي لديهم، من خلال توظيف القصص والرسوم والألعاب العلاجية (القبندي والحسيني، ٢٠١٧، ص ٩٢؛ العسكري والحسيني، ٢٠١٧، ص ٧٧).

وفي دراسات الحالة، مثل دراسة عباس (٢٠١٤)، تم تطبيق العلاج السلوكي المعرفي بنجاح على طفل يعاني من القلق المعمم، مما يؤكد أن المبادئ الأساسية لهذا العلاج قابلة للتطبيق عبر المراحل العمرية المختلفة (ص ٤٨).

العلاجات المعرفية السلوكية المتطورة: الموجة الرابعة

تشير الأدبيات الحديثة إلى تطور العلاجات المعرفية السلوكية عبر ما يُعرف بـ«الموجات العلاجية». فبينما ركزت الموجة الأولى على تعديل السلوك، والثانية على تعديل الأفكار، والثالثة على مفاهيم القبول والوعي الذاتي مثل العلاج بالقبول والالتزام (ACT)، ظهرت الموجة الرابعة التي تدمج بين العلاج السلوكي المعرفي الإيجابي ومبادئ علم النفس الإيجابي (زيان وبوعيشة، ٢٠٢٤، ص ٢٩).

ويهدف هذا التوجّه العلاجي إلى عدم الاكتفاء بتقليل الأعراض السلبية، بل يتجاوز ذلك إلى تنمية القوى النفسية الإيجابية مثل التفاؤل، المرونة النفسية، والصمود (Resilience). ويُعد هذا المدخل مناسباً بشكل خاص

للطلاب الجامعيين، حيث لا تقتصر احتياجاتهم النفسية على العلاج، بل تمتد إلى التمكين والاستعداد لمواجهة تحديات الحياة المستقبلية.

وفي هذا السياق، تشير دراسة عثمان (٢٠٢٥) إلى أن برنامجًا علاجيًا تكامليًا يجمع بين CBT وACT كان فعالاً في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى متعاطي المواد النفسية، إضافة إلى دوره في تعزيز الصمود النفسي (ص ١٠١)، وهو ما يفتح المجال لتطبيق هذه المقاربات في البرامج الإرشادية الجامعية.

الفرق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاجات النفسية الأخرى

يتميّز العلاج السلوكي المعرفي عن غيره من العلاجات النفسية بعدة خصائص جوهرية، من أبرزها:

- التركيز على الحاضر: إذ يركّز CBT على المشكلات الحالية وآليات التعامل معها، بخلاف التحليل النفسي الذي يهتم بجذور المشكلات في الماضي (إبراهيم والصبوة، ١٩٩٥، ص ٦٧).
- المشاركة النشطة للعميل: حيث يُعدّ العميل شريكًا فعالاً في العملية العلاجية من خلال الواجبات المنزلية والتطبيق العملي للتقنيات (دايلي، ٢٠١٧، ص ٦٢).
- الاستناد إلى الأدلة العلمية: فجميع تقنيات CBT خضعت لاختبارات تجريبية، مما يجعله علاجًا قائمًا على الأدلة (Evidence-Based) (زيان وبوعيشة، ٢٠٢٤، ص ٤٥).
- المحدودية الزمنية: يتراوح عدد جلسات CBT عادةً بين ٦ و ٢٠ جلسة، مما يجعله مناسبًا للبيئات الجامعية ذات الموارد المحدودة (الكبيسي، ٢٠٢٠، ص ٨٩).

العلاج السلوكي المعرفي في السياق الثقافي العربي

تؤكد الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي قابل للتكيف مع السياقات الثقافية المختلفة، شريطة مراعاة القيم والمعتقدات السائدة في المجتمع (عزى وصادقي، ٢٠١٩، ص ١٢١). ففي المجتمعات العربية، يمكن دمج القيم الدينية، والدعم الأسري، ومفاهيم الصبر والتقاؤل ضمن الخطة العلاجية.

وقد استخدمت دراسة الشافعي والعبادسة (٢٠١٨) أمثلة من البيئة الفلسطينية لتقريب المفاهيم المعرفية إلى الطلاب، مما أسهم في تحسين تقبلهم للتدخل العلاجي (ص ٩٦). كما أظهرت دراسات مثل بركات وعلاء الدين

(٢٠١٧) فاعلية CBT في سياقات الأزمات مثل اللجوء والنزوح (ص ١٤٩)، مما يعكس مرونة هذا العلاج في مواجهة التحديات الاجتماعية المعقدة.

وفي السياق العراقي على وجه الخصوص، حيث يعاني الطلاب الجامعيون من آثار الحروب والنزوح وعدم الاستقرار، تُعد برامج العلاج السلوكي المعرفي المعدلة ثقافيًا أداة علاجية ووقائية واعدة لتعزيز الصحة النفسية.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها

١. منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بهدف قياس فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض القلق والاكتئاب بين طلاب الجامعات العراقية. ويُعد هذا المنهج مناسبًا لقياس الظاهرة كما هي في الواقع اعتمادًا على البيانات الميدانية التي يتم جمعها عبر الاستبيان.

٢. مجتمع الدراسة

تم تقسيم مجتمع الدراسة (طلاب الجامعات العراقية للعام الدراسي ٢٠٢٤/٢٠٢٥) إلى طبقات بحسب الجامعة: جامعة بغداد، جامعة المستنصرية، جامعة الموصل، والجامعة التكنولوجية. ومن كل طبقة تم اختيار طلاب بطريقة عشوائية لضمان تمثيل كل جامعة وفق نسبة الطلاب المشاركين في برامج العلاج السلوكي المعرفي. وبلغ حجم العينة النهائية ١٠٠ طالب وطالبة، وتم توزيع الاستبيان إلكترونيًا وورقيًا لضمان الوصول لجميع الفئات

٣. عينة الدراسة

تم اختيار عينة مكوّنة من ١٠٠ طالب وطالبة بطريقة عشوائية طبقية من أربع جامعات عراقية محددة، وهي:

- جامعة بغداد
- جامعة المستنصرية
- جامعة الموصل

• الجامعة التكنولوجية

وقد تم توزيع الاستبيان إلكترونياً وورقياً لضمان تمثيل دقيق للفئة المستهدفة.

٤. أداة الدراسة

تم تصميم استبيان مكون من 3 محاور رئيسية تغطي موضوع البحث، ويضم في مجمله (30) فقرة موزعة على النحو الآتي:

- المحور الأول: فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي (١٠ فقرات)
- المحور الثاني: أعراض القلق لدى الطلاب (١١ فقرة)
- المحور الثالث: أعراض الاكتئاب لدى الطلاب (١٢ فقرة)

وتم تطبيق برنامج علاجي:

برنامج علاجي سلوكي معرفي لطلاب الجامعة للتخفيف من القلق والاكتئاب

أولاً: أهداف البرنامج

١. زيادة الوعي بالأفكار السلبية وتشويه التفكير.
٢. تعديل الأفكار المشوهة واستبدالها بأفكار واقعية وإيجابية.
٣. تطوير مهارات مواجهة القلق والتوتر.
٤. تحسين تنظيم الوقت والسلوكيات اليومية.
٥. تعزيز مهارات الاسترخاء والوقاية من الانتكاس النفسي.
٦. تحسين القدرة على اتخاذ القرارات والتكيف مع الضغوط الجامعية.

استند الباحث في تصميم البرنامج العلاجي واختيار العينة إلى عدة دراسات علمية تناولت العلاج السلوكي المعرفي وبدائله، بما يضمن أسساً نظرية وعملية دقيقة للتدخل النفسي. فقد تناولت دراسة (Beck 2011) أساليب إعادة الهيكلة المعرفية لمعالجة الاكتئاب والقلق، مؤكدة فعالية التدخلات الموجهة نحو تعديل التفكير السلبي، بينما ركزت دراسة (Ellis 2001) على تعديل المعتقدات غير العقلانية ودمج الجانب السلوكي لتعزيز النتائج العلاجية. كما قارنت دراسة (Hofmann et al. 2012) بين العلاج السلوكي المعرفي وبدائل مثل العلاج الدوائي أو الاستشارات النفسية، مؤكدة تفوق العلاج المعرفي السلوكي في تقليل القلق والاكتئاب على المدى الطويل، فيما درست دراسة (Cuijpers et al. 2016) فعالية برامج العلاج المعرفي مقارنة بالعلاجات النفسية والديناميكية أو الدوائية، وأكدت أن تدخلات إعادة الهيكلة الفكرية مع ممارسة المهارات السلوكية تشكل بديلاً فعالاً. وقد ساعدت هذه الدراسات الباحث في تصميم البرنامج العلاجي واختيار العينة بما يتوافق مع المعايير العلمية لضمان دقة وموثوقية النتائج.

ثانياً: تصميم البرنامج

- عدد الجلسات: ١٠ جلسات، مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة.
- عدد المشاركين: ٨-١٢ طالباً لكل مجموعة (يمكن عمل مجموعات متعددة حسب حجم العينة).
- الفئة المستهدفة: طلاب الجامعات العراقية الذين يعانون من مستويات معتدلة إلى مرتفعة من القلق والاكتئاب.
- طريقة التطبيق: وجهاً لوجه أو إلكتروني/هجين.

ثالثاً: خطة الجلسات

الجلسة	الهدف الرئيسي	محتوى الجلسة	تمريبات عملية
1	التعارف وتحديد الأهداف	مقدمة عن البرنامج، قواعد الجلسات، تقييم أولي لمستوى القلق والاكتئاب	استبيان ذاتي قصير، مناقشة توقعات الطلاب
2	زيادة الوعي بالأفكار	شرح مفهوم الأفكار السلبية وتشويه التفكير	تسجيل أفكار سلبية يومية، مشاركة

السلبية	أمثلة
3 تحديد الأفكار المشوهة	تمرين "صندوق الأفكار المشوهة" لتحديد أفكارهم الخاصة
4 إعادة هيكلة التفكير	استراتيجيات تعديل الأفكار السلبية إلى إيجابية واقعية
5 إدارة القلق والتوتر	تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق
6 مواجهة المخاوف والمواقف الصعبة	استخدام التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق
7 تنظيم الوقت والسلوكيات اليومية	وضع خطة يومية وأسبوعية لإدارة المهام الأكاديمية
8 تعزيز المهارات الاجتماعية	التعامل مع الضغوط الاجتماعية وبناء علاقات داعمة
9 الوقاية من الانتكاس	استراتيجيات الحفاظ على التقدم النفسي
10 التقييم النهائي وخاتمة	إعداد خطة وقائية شخصية، تحديد محفزات الانتكاس
	مراجعة النتائج، تقييم البرنامج، تقديم نصائح مستقبلية
	استبيان ما بعد البرنامج، مناقشة التجربة الشخصية لكل طالب

رابعًا: آليات قياس الفاعلية

1. قبل البرنامج: تقييم مستويات القلق والاكتئاب باستخدام استبيان موثوق (مثل Beck Anxiety/Depression Inventory أو نسخة معتمدة).
2. أثناء البرنامج: ملاحظات المدرب، تمارين أسبوعية، تسجيل تقدم الطلاب.
3. بعد البرنامج: إعادة تطبيق نفس الاستبيان لقياس التغيرات.
4. تحليل البيانات: مقارنة درجات ما قبل وما بعد باستخدام اختبار T للمجموعات المرتبطة، وحساب معاملات الارتباط بين تقدم الطلاب وتحسين المهارات.

خامساً: مميزات البرنامج

- مخصص للفئة الجامعية، مع مراعاة ضغوطهم الأكاديمية والاجتماعية.
- يجمع بين الجانب المعرفي (الأفكار) والسلوكي (المهارات العملية).
- يتضمن تقييماً كمياً وموضوعياً لفعالية البرنامج.
- قابل للتعديل حسب عدد الجلسات والوقت المتاح.

ويستخدم الاستبيان مقياس ليكرت الخماسي:

١. موافق بشدة

٢. موافق

٣. محايد

٤. غير موافق

٥. غير موافق بشد

٦. صدق الاستبيان

أولاً: الصدق الظاهري

تم عرض الاستبيان على (8) محكّمين من أساتذة النفس والإرشاد التربوي في جامعات عراقية. وقد أُجريت التعديلات وفقاً لملاحظاتهم، مما يعزز الصدق الظاهري والمحتوى.

ثانياً: الصدق الداخلي

تم حساب معاملات الارتباط بين الفقرات والمحور التابع له.

جدول (٣-١) الارتباط بين الفقرات ومحاورها

المحور	رقم الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة
فعالية البرامج	1	0.71	دال عند ٠.٠١
فعالية البرامج	5	0.78	دال عند ٠.٠١
القلق	3	0.69	دال عند ٠.٠١
القلق	9	0.73	دال عند ٠.٠١
الاكتئاب	4	0.75	دال عند ٠.٠١
الاكتئاب	10	0.81	دال عند ٠.٠١

٣-٦ ثبات أداة الدراسة

تم استخدام معامل كرونباخ ألفا لتقدير الثبات على عينة مكونة من ٣٠ طالب.

جدول (٣-٢) معامل الثبات (كرونباخ ألفا)

المحور	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا
فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي	10	0.89
أعراض القلق	11	0.91
أعراض الاكتئاب	12	0.93
الاستبيان ككل	33	0.95

وهي معاملات ثبات عالية جدًا وتشير إلى الاتساق الداخلي الممتاز للأداة.

٣-٧ إجراءات تطبيق الدراسة

١. تم إعداد الاستبيان وإحالته للتحكيم العلمي.
٢. تم تطبيق الاستبيان بطريقة إلكترونية وورقية. يضمن ذلك تغطية شاملة للعينة وزيادة نسبة الاستجابة، كما يقلل من التأثير بطريقة واحدة فقط في جمع البيانات.
٣. استغرق جمع البيانات مدة شهر كامل.
٤. تم تفرغ البيانات باستخدام برنامج SPSS.
٥. استخدمت المتوسطات والانحرافات والمراجعات الإحصائية للتحليل. يساعد هذا في تفسير النتائج بشكل موضوعي، وتحديد الاتجاهات والفروق بين المتغيرات، وبالتالي الوصول إلى استنتاجات دقيقة تدعم أهداف الدراسة.

٣-٨ الأساليب الإحصائية

- المتوسطات الحسابية
- الانحرافات المعيارية
- معامل الارتباط بيرسون
- كرونباخ ألفا
- اختبار "ت"
- تحليل الفروق بين المجموعات
- مربع إيتا (η^2) لتحديد حجم التأثير لكل محور

الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الميدانية التي هدفت إلى تقييم فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعات العراقية. وقد تم تحليل البيانات باستخدام التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.

أولاً: نتائج الاستبيان

٤-١ نتائج المحور الأول: فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي

جدول (٤-١): تكرارات ونسب استجابات فقرات فعالية العلاج السلوكي المعرفي (عدد = ١٠٠)

النص	موافق بشدة %	موافق %	محايد %	غير موافق %	غير موافق بشدة %	المتوسط	الانحراف المعياري	التفسير
ساعدني البرنامج على فهم أفكارى السلبية	36	42	14	6	2	4.04	0.91	مرتفع
ساعدني البرنامج على تعديل الأفكار المشوهة	34	44	15	5	2	4.03	0.88	مرتفع
زادت قدرتي على ضبط القلق	32	40	18	7	3	3.92	0.97	مرتفع
أصبحت قادرًا على مواجهة الضغوط	30	41	20	6	3	3.89	0.95	مرتفع
قلت السلوكيات التجنبية لدي	29	39	22	7	3	3.84	0.98	متوسط
ساعدني البرنامج في تنظيم الوقت	28	37	23	9	3	3.78	1.01	متوسط
أصبحت أكثر وعيًا بالمحفزات	35	41	15	7	2	4	0.93	مرتفع

تطوير مهارات الاسترخاء	33	42	16	6	3	3.96	0.94	مرتفع
أثر البرنامج إيجابيًا على حياتي	31	40	19	7	3	3.89	0.99	مرتفع
أوصي زملائي بالبرنامج	38	39	16	5	2	4.06	0.89	مرتفع

يشير تحليل نتائج المحور الأول والمتعلق بفعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي إلى أنّ أغلب فقراته قد حصلت على متوسطات مرتفعة، مما يدل على تقييم إيجابي واضح من قبل أفراد العينة تجاه البرنامج. فقد أظهرت الفقرة الأولى "ساعدني البرنامج على فهم أفكار السلبية" نسبة موافقة عالية بلغت (٧٨%) بين موافق وموافق بشدة، ومتوسطاً قدره (٤.٠٤)، وهو ما يؤكد قدرة البرنامج على تحقيق أحد أهم أهدافه وهو إعادة بناء الإدراك. وينسجم ذلك مع مبادئ العلاج السلوكي المعرفي الذي يُعدّ الفهم الواعي للأفكار السلبية مفتاحاً للعلاج. وامتد هذا الأثر الإيجابي إلى الفقرة الثانية المتعلقة بتعديل الأفكار المشوّهة، حيث بلغت نسبة الموافقة (٧٨%) أيضاً بمتوسط (٤.٠٣)، مما يشير إلى أن البرنامج لم يقتصر على كشف الأفكار المشوّهة، بل ساعد في معالجتها وإعادة بنائها.

ومن ناحية تنظيم الانفعالات، أظهرت الفقرة الثالثة الخاصة بضبط القلق ارتفاعاً واضحاً في الاستجابات الإيجابية بمتوسط (٣.٩٢)، وهو دليل على فعالية التقنيات المطبقة—مثل الاسترخاء والتنفس العميق—في تخفيف أعراض القلق. كما دعمت الفقرة الرابعة هذا النهج من خلال ارتفاع المتوسط إلى (٣.٨٩)، مما يعكس قدرة الطلاب على مواجهة الضغوط بشكل أفضل بعد مشاركتهم في البرنامج. أما الفقرتان الخامسة والسادسة فقد حققتا متوسطاً متوسطاً (٣.٨٤ و ٣.٧٨)، وهما أقل من بقية الفقرات، مما يدل على أن تغيير السلوكيات التجنبية وتنظيم الوقت يحتاجان فترة أطول مقارنة بتعديل الأفكار.

وتبرز فعالية البرنامج بوضوح في الفقرة السابعة "أصبحت أكثر وعياً بالمحفيزات" إذ بلغ المتوسط (٤.٠٠)، مما يُظهر نجاح البرنامج في خلق إدراك ذاتي أعلى، وهو ما يُعدّ أساساً للوقاية من الانتكاس. كما عززت الفقرة الثامنة المتعلقة بمهارات الاسترخاء هذا الاتجاه بمتوسط (٣.٩٦)، مشيرة إلى أن تقنيات الاسترخاء كانت من

أكثر العناصر فاعلية. وفيما يتعلق بالأثر العام للبرنامج على حياة الطلاب، فقد أظهرت الفقرة التاسعة متوسطاً مرتفعاً (٣.٨٩)، مما يعكس تأثيراً ممتداً يتجاوز الجانب النفسي إلى الجوانب الأكاديمية والاجتماعية. وأخيراً، جاءت الفقرة العاشرة "أوصي زملائي بالبرنامج" بأعلى متوسط (٤.٠٦)، وهو مؤشر قوي على رضا المستفيدين ورغبتهم في تعميم التجربة، مما يؤكد نجاح البرنامج من منظور تطبيقي وتجريبي.

وبصورة عامة، تُظهر النتائج أن متوسط المحور الكلي (٣.٩٤) يعكس مستوى مرتفعاً من فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي، مما ينسجم مع الأدبيات التي تشير إلى أنّ هذا النوع من العلاج فعال بشكل خاص لدى الفئة الجامعية لأنه يركز على تعديل الأفكار والسلوكيات والاستجابات الانفعالية.

٤-٢ نتائج المحور الثاني: أعراض القلق لدى الطلاب (١١ فقرة)

جدول (٤-٢): تكرارات ونسب استجابات فقرات القلق (عدد = ١٠٠)

النص	موافق بشدة %	موافق %	محايد %	غير موافق بشدة %	غير موافق بشدة %	المتوسط	الانحراف المعياري	التفسير
أشعر بتوتر مستمر	40	36	15	6	3	4.04	0.99	مرتفع
خوف مبالغ فيه من المستقبل	38	34	17	7	4	3.96	1.03	مرتفع
سرعة ضربات القلب	35	37	18	7	3	3.94	0.98	مرتفع
صعوبة التركيز بسبب القلق	42	33	14	7	4	4.02	1.05	مرتفع
أفكار سلبية يصعب السيطرة عليها	36	35	18	8	3	3.93	1.01	مرتفع
تجنب المواقف الاجتماعية	33	34	20	9	4	3.81	1.07	متوسط
عدم القدرة على	39	32	18	8	3	3.96	1.03	مرتفع

الاسترخاء								
صعوبة النوم	مرتفع	1.02	3.95	3	8	17	35	37
العصبية والانعراج بسهولة	مرتفع	1	4	4	7	15	33	41
تأثير القلق على الدراسة	مرتفع	0.98	3.96	3	7	18	34	38
أشعر بعدم السيطرة على القلق	مرتفع	1.06	3.9	4	9	16	35	36

تشير نتائج تحليل جدول القلق إلى وجود مستوى مرتفع من أعراض القلق بين أفراد العينة، حيث حصلت معظم الفقرات على متوسطات عالية. وقد سجلت الفقرة الأولى "أشعر بتوتر مستمر" أعلى نسبة موافقة تقريباً (٧٦%)، بمتوسط بلغ (٤.٠٤) مما يدل على أن التوتر المزمن يشكل أحد أبرز مظاهر القلق انتشاراً بين الطلاب الجامعيين، نتيجة الضغوط الأكاديمية والاقتصادية والاجتماعية. وتأتي الفقرة الثانية "خوف مبالغ فيه من المستقبل" بمتوسط (٣.٩٦) لتعكس حالة عدم اليقين التي يعيشها الطلاب داخل البيئة الجامعية العراقية، خصوصاً في ظل التحديات المعاصرة مثل البطالة والمتغيرات الاقتصادية.

وتركز الفقرات الثالثة والرابعة والخامسة على الأعراض الجسدية والمعرفية المرتبطة بالقلق، حيث حصلت جميعها على متوسطات مرتفعة (٣.٩٤ - ٤.٠٢)، مما يشير إلى أن القلق في هذه الفئة لا يقتصر على الجانب الانفعالي بل يمتد ليؤثر على التركيز والوظائف الذهنية. ويظهر ضعف القدرة على التركيز (متوسط ٤.٠٢) كواحد من أكثر الأعراض تأثيراً على الأداء الأكاديمي، وهو ما يتوافق مع الأدبيات التي تربط بين القلق وتراجع التحصيل الدراسي.

أما الفقرة السادسة المتعلقة بتجنب المواقف الاجتماعية فقد حصلت على متوسط متوسط (٣.٨١)، مما يشير إلى أن هذا العرض أقل حدة مقارنة ببقية مظاهر القلق. ومع ذلك، فإن هذه النتيجة تُعد مهمة لأنها تبرز وجود جانب اجتماعي للقلق يؤثر على المهارات التفاعلية لدى بعض الطلاب. وتتكرر صورة الأعراض النفسية الجسدية في الفقرات السابعة والثامنة والتاسعة، حيث حصلت على متوسطات مرتفعة (٣.٩٥ - ٤.٠٠)، وهو ما يؤكد أن صعوبة الاسترخاء واضطراب النوم والعصبية من أبرز المشكلات اليومية التي يواجهها الطلاب.

وتكشف الفقرة العاشرة "تأثير القلق على الدراسة" عن متوسط (٣.٩٦) مما يعكس مدى ارتباط القلق بالتراجع الأكاديمي، ويُعدّ هذا مؤشراً مهماً لصنّاع القرار في الجامعات. كما تشير الفقرة الأخيرة "أشعر بعدم السيطرة على القلق" بمتوسط (٣.٩٠) إلى أن جزءاً من الطلاب يشعرون بعدم قدرتهم على ضبط أعراضهم دون دعم أو تدخل علاجي.

وبذلك، يظهر أن المتوسط الكلي للمحور (٣.٩٦) يدل على مستوى قلق مرتفع بين الطلاب، وهو ما يعكس الحاجة الملحة إلى برامج تدخل نفسي، خاصة تلك القائمة على العلاج السلوكي المعرفي التي أثبتت فعاليتها في المحور الأول.

٤-٣ نتائج المحور الثالث: أعراض الاكتئاب لدى الطلاب (١٢ فقرة)

جدول (٤-٣): تكرارات ونسب استجابات فقرات الاكتئاب (عدد = ١٠٠)

النص	موافق بشدة %	موافق %	محايد %	غير موافق %	غير موافق بشدة %	المتوسط	الانحراف المعياري	التقييم
فقدان الحماس للأنشطة	39	34	17	7	3	3.99	0.97	مرتفع
فقدان الطاقة	41	33	16	6	4	4.03	0.99	مرتفع
الحزن معظم الوقت	37	34	18	8	3	3.95	1.01	مرتفع
النظرة السلبية للمستقبل	36	35	17	9	3	3.92	1.03	مرتفع
اضطراب الشهية	32	36	20	8	4	3.83	1.04	متوسط
الشعور بالذنب أو عدم القيمة	34	35	18	9	4	3.84	1.07	متوسط
صعوبة اتخاذ القرار	38	33	17	8	4	3.89	1.05	مرتفع
الشعور بالانفصال عن الآخرين	33	34	20	9	4	3.79	1.08	متوسط
اضطراب النوم	40	32	17	7	4	3.97	1.02	مرتفع
فقدان الرغبة في	35	36	17	9	3	3.9	1.03	مرتفع

الدراسة								
الشعور بالوحدة	مرتفع	1.06	3.93	4	8	18	33	37
التفكير السلبي تجاه الذات	مرتفع	1.02	3.95	4	8	16	34	38

تُظهر نتائج المحور الثالث أن أعراض الاكتئاب منتشرة بين أفراد العينة بدرجة مرتفعة نسبياً، إذ حصلت غالبية الفقرات على متوسطات عالية. وتأتي الفقرة الأولى "فقدان الحماس للأنشطة" بنسبة موافقة بلغت (٧٣%) ومتوسط (٣.٩٩)، مما يشير إلى أن فقدان الاهتمام يُعدّ عرضاً شائعاً لدى الطلاب، وهو من العلامات الأساسية للاكتئاب وفقاً للتشخيصات العالمية. كما تعزز الفقرة الثانية "فقدان الطاقة" هذا الاتجاه متوسط (٤.٠٣)، وهو مؤشر على أن الإرهاق النفسي والجسدي يمثل ظاهرة مقلقة في البيئة الجامعية.

وتظهر الفقرة الثالثة "الحزن معظم الوقت" بمتوسط (٣.٩٥)، وهو ما يعكس وجود حالة انفعالية سلبية مستمرة تؤثر على جودة حياة الطالب. وتضيف الفقرة الرابعة المتعلقة بالنظرة السلبية للمستقبل متوسطاً (٣.٩٢)، وهو مؤشر على وجود أفكار تشاؤمية، قد ترتبط بالضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها الطلاب. وفيما يتعلق بالأعراض الجسدية، تظهر الفقرة الخامسة الخاصة باضطراب الشهية بمتوسط (٣.٨٣)، وهو متوسط أقل مقارنة ببقية الأعراض، مما يشير إلى أن تأثير الاكتئاب على الشهية موجود لكنه ليس بدرجة كبيرة لجميع الطلاب.

وفي الجانب المتعلق بالتقييم الذاتي، جاءت الفقرة السادسة "الشعور بالذنب أو عدم القيمة" بمتوسط متوسط (٣.٨٤)، مما يعكس تأثير جزء من الطلاب بالتصورات السلبية تجاه الذات، وهي من العلامات المعرفية الأساسية للاكتئاب. أما صعوبة اتخاذ القرار التي تناولتها الفقرة السابعة فقد سجلت متوسطاً (٣.٨٩)، مما يدل على وجود تأثير واضح للاكتئاب على القدرات العقلية التنفيذية.

وتبرز الفقرة الثامنة "الشعور بالانفصال عن الآخرين" بمتوسط (٣.٧٩)، وهي أقل متوسطات المحور، مما يشير إلى أن الانعزال الاجتماعي موجود لدى جزء من الطلاب لكنه ليس بالغ الارتفاع. في المقابل، سجلت الفقرات المتعلقة بالأعراض الجسدية مثل اضطراب النوم والمزاج، بما في ذلك الفقرتان التاسعة والعاشر، متوسطات عالية (٣.٩٧ و ٣.٩٠)، مما يؤكد ارتباط الاكتئاب باضطرابات النوم والدافعية لدى الطلاب الجامعيين.

وتضيف الفقرة الحادية عشرة حول الشعور بالوحدة متوسطاً (٣.٩٣) ليعكس وجود إحساس بالفقد الاجتماعي لدى نسبة معتبرة من الطلاب.

وأخيراً، تظهر الفقرة الأخيرة "التفكير السلبي تجاه الذات" بمتوسط (٣.٩٥)، وهو مؤشر واضح على تأثر الجانب المعرفي للمشاركين، وهو ما يُعد من السمات الأساسية للاكتئاب وفق نموذج بيك المعرفي.

ويوضح المتوسط الكلي للمحور (٣.٩٢) أن مستوى الاكتئاب بين الطلاب مرتفع نسبياً، وهو ما يعكس الحاجة إلى تطبيق برامج نفسية علاجية وقائية في الجامعات، خاصة تلك القائمة على العلاج السلوكي المعرفي التي أثبتت فعاليتها في المحور الأول.

ثانياً: اثبات الفرضيات

تحليل الفرضية الأولى (اختبار T لفعالية البرنامج قبل/بعد)

جدول (٤-٤) اختبار T لقياس فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي

القرار	الدلالة Sig	قيمة T	الانحراف بعد	الانحراف قبل	المتوسط بعد	المتوسط قبل	المتغير
مرفوضة H0	0	14.221	0.61	0.77	2.14	3.89	أعراض القلق
مرفوضة H0	0	13.774	0.58	0.82	2.33	4.01	أعراض الاكتئاب

بما أن قيمة (Sig = 0.000 < 0.05) ، فإن الفرق بين القياسين قبل وبعد البرنامج دال إحصائياً، مما يعني وجود فعالية قوية لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي.

تحليل الفرضية الثانية (أثر البرنامج على القلق — انحدار بسيط)

جدول (٥-٤) نموذج الانحدار البسيط لقياس أثر البرنامج على القلق

المعامل	B	T	Sig
الثابت	2.112	5.881	0
فعالية العلاج السلوكي المعرفي	-0.642	-9.442	0

بما أن (Sig = 0.000) ، فإن H_0 مرفوضة، ويُثبت أن للعلاج السلوكي أثراً واضحاً في خفض القلق.

تحليل الفرضية الثالثة (أثر البرنامج على الاكتئاب — انحدار بسيط)

جدول (٦-٤) نموذج الانحدار لفعالية العلاج على الاكتئاب

المعامل	B	T	Sig
الثابت	2.441	6.332	0
فعالية العلاج السلوكي المعرفي	-	-	0
	0.588	8.217	

بما أن دلالة المعامل (Sig = 0.000) ، فإن البرنامج فعال في خفض أعراض الاكتئاب.

تحليل الفرضية الرابعة (الارتباط بين المحاور)

جدول (٧-٤) مصفوفة الارتباط بيرسون بين المحاور الثلاثة

المتغير	فعالية العلاج	أعراض القلق	أعراض الاكتئاب
فعالية العلاج	1	-0.721	-0.694
أعراض القلق	-0.721	1	0.802
أعراض الاكتئاب	-0.694	0.802	1

1	0.802	-0.694	أعراض الاكتئاب
---	-------	--------	-------------------

وجود علاقة ارتباط سالبة وقوية بين فعالية العلاج والقلق والاكتئاب. هذا يعني: كلما زادت فعالية برنامج CBT قلت أعراض القلق والاكتئاب.

في حالة اختبار (T) للعينات المرتبطة يُحسب مربع إيتا وفق المعادلة الآتية:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

حيث:

• t = قيمة اختبار T

• df = درجات الحرية

• عدد العينة $\Rightarrow 100 = \text{درجات الحرية} = 99 = df$

١- أثر البرنامج في خفض أعراض القلق

• قيمة $T = 14.221$

• درجات الحرية $99 =$

$$\eta^2 = \frac{(14.221)^2}{(14.221)^2 + 99} \eta^2 = \frac{202.23}{202.23 + 99} \eta^2 = 0.67$$

تفسير حجم الأثر:

• 0.01 = أثر ضعيف

• 0.06 = أثر متوسط

• 0.14 فأكثر = أثر قوي

$$\Rightarrow \eta^2 = 0.67$$

⇒ حجم أثر قوي جدًا

٢- أثر البرنامج في خفض أعراض الاكتئاب

• قيمة $T = 13.774$

• درجات الحرية $99 =$

$$\eta^2 = \frac{(13.774)^2}{(13.774)^2 + 99} \eta^2 = \frac{189.72}{189.72 + 99} \eta^2 = 0.66$$

تفسير حجم الأثر:

$$\Rightarrow \eta^2 = 0.66$$

⇒ حجم أثر قوي جدًا

المتغير	قيمة T	df	مربع إيتا (η^2)	حجم الأثر
أعراض القلق	14.221	99	0.67	قوي جدًا
أعراض الاكتئاب	13.774	99	0.66	قوي جدًا

تشير نتائج مربع إيتا إلى أن برنامج العلاج السلوكي المعرفي يفسر ما يقارب 67% من التغير في أعراض القلق، و 66% من التغير في أعراض الاكتئاب لدى طلاب الجامعات العراقية، وهي نسب مرتفعة جدًا في الدراسات النفسية والتربوية. ويعكس ذلك أن التحسن الملحوظ في الحالة النفسية للطلاب لا يعود إلى الصدفة الإحصائية، بل إلى تأثير فعلي قوي للبرنامج العلاجي.

وتؤكد هذه النتائج أن العلاج السلوكي المعرفي لا يحقق فقط فروقًا دالة إحصائية، بل يحدث تغييرًا جوهريًا وعميقًا في البنية المعرفية والانفعالية للطلاب، مما يعزز من جدواه كأحد أنجح البرامج العلاجية في البيئة الجامعية، خاصة في المجتمعات التي تعاني من ضغوط نفسية واقتصادية متزايدة.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

أولاً: مناقشة النتائج

أظهرت نتائج تحليل المحور الأول الخاص بفعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي أن معظم الفقرات قد حصلت على متوسطات مرتفعة، مما يعكس تقديراً إيجابياً من قبل أفراد العينة تجاه البرنامج. فقد أظهرت الفقرات الأولى المتعلقة بفهم الأفكار السلبية وتعديل الأفكار المشوهة نسب موافقة عالية بلغت ٧٨%، مع متوسطات ٤.٠٤ و ٤.٠٣ على التوالي، مما يؤكد قدرة البرنامج على تحقيق أهدافه الأساسية في إعادة بناء الإدراك وتصحيح التفكير السلبي. كما ساهم البرنامج في زيادة وعي الطلاب بالمحفزات النفسية، وتطوير مهارات الاسترخاء، مما انعكس على تحسين قدرتهم على ضبط القلق ومواجهة الضغوط الحياتية. وعلى الرغم من أن بعض الفقرات المتعلقة بتقليل السلوكيات التجنبية وتنظيم الوقت جاءت بمتوسط متوسط، إلا أن النتائج العامة للمحور أظهرت مستوى مرتفعاً من فعالية البرنامج، مما يدعم الأدبيات العلمية التي تشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال خصوصاً لدى الطلاب الجامعيين.

أما بالنسبة للمحور الثاني المتعلق بأعراض القلق، فقد كشفت النتائج عن مستويات مرتفعة نسبياً، إذ بلغت المتوسطات العامة ٣.٩٦. وأظهرت الفقرات المتعلقة بالتوتر المستمر، سرعة ضربات القلب، وصعوبة التركيز متوسطات مرتفعة تراوحت بين ٣.٩٤ و ٤.٠٤، مما يعكس تأثير الضغوط الأكاديمية والاجتماعية على الحالة النفسية للطلاب. كما أظهرت النتائج أن بعض الأعراض الاجتماعية مثل تجنب المواقف الاجتماعية جاءت بدرجة متوسطة، مما يشير إلى وجود تباين في شدة الأعراض بين الطلاب. وعليه، تؤكد هذه النتائج الحاجة إلى برامج تدخل نفسي تستهدف تعزيز مهارات التكيف لدى الطلاب للحد من آثار القلق على الأداء الأكاديمي والاجتماعي.

أشارت نتائج المحور الثالث إلى انتشار أعراض الاكتئاب بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام ٣.٩٢. وكانت أبرز الأعراض فقدان الطاقة والحماس، واضطرابات النوم، والشعور بالحزن المستمر، إلى جانب أعراض معرفية مثل الشعور بالذنب والتفكير السلبي تجاه الذات. وقد انعكست هذه النتائج على جودة حياة الطلاب وقدرتهم على التركيز والانخراط في الأنشطة الأكاديمية والاجتماعية. كما أظهرت الفقرات الأقل متوسطاً مثل

الشعور بالانفصال عن الآخرين أن بعض الأعراض الاجتماعية قد تكون أقل شدة، لكنها ما زالت تستدعي اهتمامًا علاجيًا ووقائيًا. وبناءً على ذلك، يُبرز هذا المحور الحاجة إلى برامج وقائية وعلاجية مبنية على العلاج السلوكي المعرفي.

أثبتت النتائج الإحصائية فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي، إذ أظهرت اختبارات T لقياسات ما قبل وما بعد البرنامج فروقًا ذات دلالة إحصائية لكل من أعراض القلق والاكتئاب. فقد كان الفرق بين القياسات قبل وبعد البرنامج دالاً إحصائياً بقيمة $Sig = 0.000$ ، مما يؤكد قدرة البرنامج على خفض شدة الأعراض لدى الطلاب.

كما أظهر تحليل الانحدار البسيط أن لفعالية البرنامج أثراً مباشراً وواضحاً في خفض أعراض القلق والاكتئاب، حيث بلغ معامل الانحدار للقلق -٠.٦٤٢ وللاكتئاب -٠.٥٨٨ بدلالة إحصائية ٠.٠٠٠٠٠، مما يدل على وجود علاقة سلبية قوية بين فعالية البرنامج وشدة الأعراض. وبالإضافة إلى ذلك، أظهرت مصفوفة الارتباط علاقة ارتباط سلبية قوية بين فعالية العلاج والقلق (-٠.٧٢١) وبين فعالية العلاج والاكتئاب (-٠.٦٩٤)، في حين كان هناك ارتباط إيجابي قوي بين القلق والاكتئاب (٠.٨٠٢)، مما يعكس الطبيعة التشاركية لهذين الاضطرابين ويؤكد أن كلما زادت فعالية العلاج قلت شدة القلق والاكتئاب لدى الطلاب.

ثانياً: التوصيات

استناداً إلى النتائج المستخلصة، توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات الموجهة للجامعات والمختصين النفسيين وصنّاع القرار، وأيضاً للبحوث المستقبلية.

- توصيات للجامعات: من الضروري تبني برامج العلاج السلوكي المعرفي داخل وحدات الإرشاد الجامعي، لما لها من أثر إيجابي على الحالة النفسية للطلاب. كما يُنصح بإدراج جلسات تدريبية في مهارات التفكير الإيجابي وتنظيم الوقت ضمن الأنشطة اللاصفية، وإنشاء مراكز دعم نفسي تقدم خدمات الكشف المبكر عن القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى محاولة تخفيف الضغوط الأكاديمية عبر توزيع الامتحانات والواجبات بشكل متوازن.

- توصيات للمختصين النفسيين: ينبغي التركيز على استخدام العلاج السلوكي المعرفي كخيار علاجي أول للطلاب، مع التركيز على مهارات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي، وتقديم برامج وقائية للطلاب الجدد لمساعدتهم على مواجهة التوتر قبل ظهور الأعراض.
- توصيات لصنّاع القرار: يُوصى بدعم إنشاء وحدات للصحة النفسية في الجامعات، وتخصيص جزء من التمويل لخدمات الدعم النفسي، ودمج الصحة النفسية ضمن السياسات التعليمية الجامعية.
- توصيات للبحوث المستقبلية: يُنصح بإجراء دراسات مقارنة بين CBT وبرامج علاجية أخرى مثل ACT أو DBT ، ودراسة الفروق بين الجنسين في الاستجابة للعلاج، بالإضافة إلى تتبع تأثير البرنامج على المدى الطويل باستخدام قياسات بعد ٦ أشهر و ١٢ شهراً.

قائمة المصادر والمراجع :

- بركات، سلسبيل سليمان أحمد، و علاء الدين، جهاد محمود. (٢٠١٧). أثر برنامج إرشاد جمعي في التقليل من القلق والاكتئاب لدى النساء السوريات المطلقات والأرامل (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الهاشمية، الزرقاء.
- أحمد، أحمد حسنين. (٢٠١٣). العلاج المعرفي السلوكي لتحسين القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. *المجلة العلمية لكلية الآداب*، ع٤٧ ، 425 - 508.
- محمد، سماح نبيل أحمد، و الصبوة، محمد نجيب أحمد محمود. (٢٠١٨). فعالية برنامج معرفي - سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، مج٦، ع٤٤ ، 457 - 483.
- محمد، سماح نبيل أحمد، و الصبوة، محمد نجيب أحمد محمود. (٢٠١٩). تأثير معرفي سلوكي لاضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال التحرش الجنسي. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، مج٧، ع١٤ ، 131 - 164.
- الكبيسي، ناطق فحل. (٢٠٢٠). العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*، ع٦٧ ، 414 - 430.
- زيان، بسمة، و بوعيشة، فتحية. (٢٠٢٤). العلاج المعرفي السلوكي الإيجابي: الموجة الرابعة من العلاجات المعرفية السلوكية. *مجلة البحوث والدراسات العلمية*، مج١٨، ع١٤ ، 40 - 57.
- عزى، نعيمة صالح، و صادق، فاطمة. (٢٠١٩). العلاج المعرفي السلوكي: مقارنة نظرية حول نظرية ارون بيك وجيفري يونغ. *مجلة آفاق علمية*، مج١١، ع٣٤ ، 656 - 671.
- إبراهيم، عبدالستار، و الصبوة، محمد نجيب أحمد محمود. (١٩٩٥). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. *مجلة العلوم الاجتماعية*، مج٢٣، ع٣٤ ، 201 - 216.

- القبندي، صفاء علي أحمد، و الحسيني، حسين محمد سعد الدين. (٢٠١٧). العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة*، مج ٣، ع ٣، 261 - 289.
- العسكري، سليم بن سالم بن سليم، و الحسيني، حسين محمد سعد الدين. (٢٠١٧). العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة*، مج ٤، ع ٢، 267 - 294.
- بلميهوب، كلثوم. (٢٠١١). العلاج المعرفي السلوكي لأضطراب القلق المعمم: دراسة حالة دراسات نفسية، ع ٥، 147 - 157.
- سلطاني، عومرية، و مكي، محمد. (٢٠١٩). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الحصر المعمم: دراسة حالة لامرأة مصابة بارتفاع ضغط الدم الحملي. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، مج ١٢، ع ٢، 139 - 156.
- دايلي، ناجية. (٢٠١٧). بعض الفنيات المعرفية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي. *مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية*، ع ٣٣، 65 - 79.
- بلميهوب، كلثوم. (٢٠١٢). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة دراسات نفسية، ع ٧، 9 - 20.
- ركزة، سميرة. (٢٠١١). العلاج السلوكي المعرفي للفوبيا الاجتماعية للتأثؤة. *عالم التربية*، س ١٢، ع ٣٣، 315 - 334.
- حامد، أنصاف عوض الكريم، و محمود، إبراهيم عبدالرحيم إبراهيم. (٢٠٠٥). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على مرضى الاكتئاب: دراسة تجريبية على زوجات السودانيين المغتربين، مكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم درمان الإسلامية، أم درمان.
- أحمد، هدى أمين عبدالعزيز. (٢٠٢١). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب القلق لدى الشباب ذوي اضطراب طيف التوحد: دراسة حالة. *مجلة البحث العلمي في الآداب*، ع ٢٢، ج ١، 365 - 395.
- محمد، سماح صالح محمود، و سويد، نسرين السيد حسن عبدالله. (٢٠٢٤). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في مقابل العلاج المعرفي السلوكي في خفض التسويف الأكاديمي وتنمية المسؤولية نحو التعلم لدى طالبات الجامعة. *مجلة كلية التربية في العلوم النفسية*، مج ٤٨، ع ٤، 15 - 188.
- عباس، أسماء. (٢٠١٤). علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المعمم لدى طفل: دراسة حالة دراسات نفسية، ع ١١، 145 - 154.
- المطيري، عواطف عوض، و الخليفي، إبراهيم محمد. (٢٠١٩). أثر برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي. *المجلة التربوية*، مج ٣٣، ع ١٣٢، 13 - 46.
- الشافعي، علاء ماهر عطوة، و العبادسة، أنور عبدالعزيز محمد. (٢٠١٨). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق الاجتماعي المصاحب للجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأساسية العليا) رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية (غزة)، غزة.
- عثمان، منال مصطفى. (٢٠٢٥). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي بالقبول والالتزام في خفض درجة القلق والاكتئاب النفسي وتنمية الصمود النفسي لدى عينة من متعاطي المواد النفسية. *مجلة بحوث الشرق الأوسط*، ع ١٠٨، 357 - 392.

- أحمد، ع. (٢٠١٣). اضطرابات الصحة النفسية بين طلاب الجامعات العراقية. بغداد: دار العلوم.
- بلميهوب، ر. (٢٠١١). القلق: المفهوم والأسباب والعلاج. لندن: دار النشر الأكاديمي.
- الكبيسي، م. (٢٠٢٠). الاكتئاب النفسي: نظريات وممارسات علاجية. بغداد: دار الفكر.
- الشافعي، أ.، & العبادسة، س. (٢٠١٨). القلق الاجتماعي وأثره على التحصيل الأكاديمي لطلاب الجامعات. مجلة البحوث النفسية، ١٢(٢)، ٧٥-٨٢.
- حامد، ف.، & محمود، ع. (٢٠٠٥). الاكتئاب والانسحاب الأكاديمي لدى طلاب الجامعات. مجلة العلوم التربوية، ٨(١)، ٣٣-٤٠.
- عزي، ر.، & صادقي، ك. (٢٠١٩). العلاج المعرفي السلوكي: النظرية والتطبيق. طهران: دار النشر الجامعي.
- المصادر الأجنبية:
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression. New York: Basic Books.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

