

أثر العلاج النفسي – الديني في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية

- دراسة سريرية -

أطروحة تقدم بها

محمد إبراهيم محمود العبيدي

**إلى مجلس كلية التربية – ابن رشد – جامعة بغداد
وهي جزء من متطلبات نيل درجة – دكتوراه فلسفة – في
علم النفس التربوي، علم الشخصية والصحة النفسية**

بإشراف

الأستاذ المساعد الدكتور

سعيد رشيد الأعظمي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَنَبْلُونَكُم بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ
وَالْأَنْفُسِ وَالْثَمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿١٥٦﴾ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ
مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴿١٥٧﴾ أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ
مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴿١٥٨﴾﴾

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: ١٥٥-١٥٧

الإهداء

إلى من ..

* شهد بأن لا إله إلا الله محمد رسول الله .

* تأدب بأدب القرآن الكريم، وتمسك بحبله ونوره المبين، وأقبل على مادته في

قرآنه الكريم، وجعل من القرآن شفاءً لأسقامه والنجاة في اتباعه .

* أتبع واقتدى بالرسول الأمين، أكرم الخلق أجمعين محمد الأمين - ﷺ - وآله

وأصحابه الغر الميامين ومن تبعهم بحير وإحسان إلى يوم الدين .

اللهم أجعل هذا العمل خالصاً لوجهك الكريم، اللهم آمين وآخر دعوانا أن

الحمد لله رب العالمين



محمد العبيدي

إقرار المشرف

أشهد أنّ الأطروحة الحالية الموسومة بـ ((أثر العلام النفسي - الديني في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية - دراسة سريرية -))، والمقدمة من قبل السيد (محمد إبراهيم محمود العبيدي)، جرى تحت إشرافي في كلية التربية، ابن رشد، وهي جزء من متطلبات نيل درجة - الدكتوراه- في علم النفس التربوي، علم الشخصية والصحة النفسية.

التوقع:

الاسم: الأستاذ المساعد الدكتور

سعيد رشيد الأعظمي

المشرف

التاريخ: ٢٠٠٣ /٨/

بناءً على التوصيات المتوافرة، أرشح هذه الأطروحة للمناقشة

التوقع:

الاسم: الأستاذ المساعد الدكتور

صفاء طارق حبيب كرمة

رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية

التاريخ: ٢٠٠٣ /٨/

إقرار لجنة المناقشة

نشهد إننا أعضاء لجنة التقويم والمناقشة. اطلعنا على الأطروحة الموسومة بـ ((أثر العلاج النفسي -
الديني في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية - دراسة سريرية -)).
وقد ناقشنا طالب الدكتوراه (محمد إبراهيم محمود العبيدي) في محتوياتها وفيما له علاقة بها، ونعتقد
بأنها جديرة بالقبول وبتقدير () نيل درجة الدكتوراه في علم النفس التربوي، علم
الشخصية والصحة النفسية.

التوقيع
الأستاذ المساعد الدكتور
فيصل نواف عبد الله العبيدي
عضواً
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

التوقيع
الأستاذ الدكتور
وهيب مجيد الكبيسي
عضواً
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

التوقيع
الأستاذ المساعد الدكتور
ناجي محمود ناجي
عضواً
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

التوقيع
الأستاذ المساعد الدكتور
صاحب عبد مرزوك
عضواً
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

التوقيع
الأستاذ الدكتور
كامل ثامر رجا الكبيسي
رئيس اللجنة
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

التوقيع
الأستاذ المساعد الدكتور
سعيد رشيد الاعظمي
عضواً / ومشرفاً
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

صدقت من قبل مجلس كلية التربية، ابن رشد - جامعة بغداد

الأستاذ الدكتور
عبد الأمير دكسن
العميد
التاريخ: ٢٠٠٣ / ٩ /

ثبـت المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	الآية الكريمة
ج	الإهداء
د	إقرار المشرف
هـ	إقرار لجنة المناقشة
و- ط	الشكر والتقدير
ي- م	ملخص الرسالة باللغة العربية
ن- ث	ثبـت المحتويات
خ	ثبـت الجداول
ذ	ثبـت الملاحق
الفصل الأول: الإطار العام للبحث	
١	أولاً: المقدمة
٧	ثانياً: مشكلة البحث
٢٣	ثالثاً: أهمية البحث والحاجة إليه
٤٣	رابعاً: مبررات البحث
٤٧	خامساً: أهداف البحث وفرضياته
٤٨	سادساً: حدود البحث
٤٩	سابعاً: المصطلحات المعتمدة في البحث

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
	الفصل الثاني: الإطار النظري
٥٢	الباب الأول: اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٥٢	أولاً: تطور دراسته
٥٤	ثانياً: طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٥٥	ثالثاً: الأحداث الصدمية (Traumatic Events)
٥٦	رابعاً: تطور الصدمة النفسية عند الضحية
٥٧	خامساً: أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٦٤	سادساً: تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٦٥	سابعاً: الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٦٦	ثامناً: التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٦٧	تاسعاً: علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية Treatment of PTSD
٦٨	١- العلاج الدوائي
٧٠	٢- العلاج النفسي
٧١	أ. علاج التعريض
٧١	ب. العلاج السلوكي - المعرفي
٧٢	ج. العلاج السايكودينامي
٧٢	د- العلاج السلوكي
٧٢	هـ. العلاج الاجتماعي والأسري:
٧٣	و. العلاج الجماعي:
٧٣	ح.العلاج النفسي - الديني:
رقم الصفحة	الموضوع

ثبته المحتويات

٧٤	الباب الثاني: النماذج النظرية النفسية في تفسير (PTSD)
٧٤	أولاً: انموذج التحليل النفسي
٧٤	١- تفسير فرويد (Froude) للعصاب الصدمي
٧٥	٢- تفسير البسيوكوسوماتك التحليلي
٧٦	٣- تفسير ميلاني كلاين لصدمة الأنا:
٧٧	ثانياً: أنموذج المناعة النفسية لموسون (Moussong)
٧٩	ثالثاً: أنموذج تناذر التكيف، لسيلي (Selye)
٨١	رابعاً: أنموذج العوامل الشخصية والموقفية في PTSD
٨٣	خامساً: أنموذج ماسيك (Masic) في الصدمة، والصدمة الحضارية
٨٦	سادساً: الأنموذج المعرفي لهورويتز (Horowitz)
٨٨	سابعاً: أنموذج الموصلات العصبية
٨٩	ثامناً: الأنموذج السلوكي
٩٠	الباب الثالث: المنظور السيكلوجي في الإسلام
٩٠	أولاً: المقدمة
٩١	ثانياً: مصادر المنظور السايكلوجي في الإسلام
٩١	١- القرآن الكريم
٩٣	٢- السنة النبوية المشرفة
٩٤	ثالثاً: أسس المنظور السيكلوجي في الإسلام
٩٤	١- الإنسان الغاية، والوسيلة
٩٧	٢- (مكاملة التكامل) (توازن الأضداد والوسط العدل)

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
١٠٣	٣- الوظيفة الثنائية في النفس البشرية
١٠٤	٤- الإنسان قوة إيجابية فاعلة
١٠٦	٥- الإسلام دين الفطرة
١٠٧	رابعاً: مميزات المنظور السايكولوجي في الإسلام
١٠٨	خامساً: النفس: طبيعتها (سوءها - لومها - رضاها)، طاقتها - صراعاتها
١٠٨	١- النفس: طبيعتها، ودلائل، وجودها، وتمييزها عن المفهومات القريبة منها
١١٧	٢- مراحل النمو النفسي - الإيمان
١٢١	٣- الطاقة الروحية
١٢٢	٤- دوافع النفس ومستقبلاتها، وصراعاتها
١٢٨	٥- أنماط النفس وسماتها
١٣٢	٦- النفس: مرضها - وسوءها
١٣٨	سادساً: التفسير السايكولوجي في الإسلام للصدمة النفسية واضطرابها
١٤٣	الباب الرابع: العلاج النفسي - الإسلامي
١٤٣	أولاً: طبيعته
١٤٤	ثانياً: الأدلة الشرعية على جواز استخدامه
١٤٤	١. القرآن الكريم:
١٤٤	٢. السنة النبوية الشريفة
١٤٥	ثالثاً: خصائص العلاج النفسي - الإسلامي
١٤٦	رابعاً: صفات المعالج النفسي المسلم

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
١٤٨	خامساً: أهداف العلاج النفسي الجماعي - الإسلامي
١٤٨	سادساً: مراحل العلاج النفسي - الإسلامي
١٤٩	سابعاً: عناصر العلاج النفسي - الإسلامي
١٤٩	١. التوبة
١٥٠	٢. تصحيح التصورات والمفاهيم
١٥٠	٣. الإيمان
١٥٢	٤. الصلاة
١٥٦	٥. الصوم
١٥٨	٦. الزكاة
١٥٩	٧. الحج
١٥٩	٨. قراءة القرآن والاستماع إليه
١٦٣	٩. ذكر الله
١٦٥	١٠. الدعاء
١٦٨	١١. الصبر
١٧١	١٢. العمل الصالح
١٧٣	١٣. الرقية الشرعية
١٧٨	ثامناً: طريقة إجراء العلاج النفسي - الإسلامي الجمعي
١٨٣	تاسعاً: العلاج النفسي - الإسلامي من آثار المصائب والكروب والشدائد (الصدمة النفسية)

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
	الفصل الثالث: دراسات سابقة
١٩٤	أولاً: دراسات عن طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) وشيوعه:
١٩٤	١- دراسة السامرائي، 1994
١٩٥	٢- دراسة الكرخي، 1994
١٩٥	٣- دراسة كيرماير (Kirmyer) وآخرون (1995)
١٩٦	٤- دراسة موركان (Morgan) وآخرون (1995)
١٩٦	٥- دراسة الكبيسي وآخرون (1995)
١٩٧	٦- دراسة العطراني (1995)
١٩٨	٧- دراسة باومان (Bowman) وآخرون (1996)
١٩٨	٨- دراسة سيللي (Selly) وآخرون (1997)
٢٠٠	٩- دراسة مكنللي (Mcnally) وآخرون (1998)
٢٠١	١٠- دراسة الكبيسي (1998)
٢٠٣	١١- دراسة راسخ (Rasekh) وآخرون (1998)
٢٠٤	١٢- دراسة حسين (Husain) (1999)
٢٠٥	١٣- دراسة ماسك (Masic) (2002)
٢٠٦	ثانياً: دراسات عن علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٢٠٦	١- دراسة ديهي (Deahi) وآخرون (1994)
٢٠٦	٢- دراسة ستام (Stamm) (1998)
٢٠٨	٣- دراسة دازدريفيك (Dizdarevic) (1999)

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
٢٠٩	٤- دراسة مورفي (Murphy) وآخرون (1999)
٢٠٩	٥- دراسة كابيدزيك (Kapidzic) وآخرون (1999)
٢١٠	٦- دراسة سلاميك (Selimbaic) وآخرون (1999)
٢١١	٧- دراسة كتك (catic) وسنانوفيك (Sinanovic) (1999)
٢١١	٨- دراسة نيشيث (Nishith) وآخرون (2000)
٢١٢	٩- دراسة لانج (Lange) وآخرون (2000)
٢١٣	١٠- دراسة فالستي (Falstti) وآخرون (2001)
٢١٤	١١- دراسة ستوبنورت (Stubenbort) وآخرون (2001)
٢١٤	١٢- دراسة لاين (Layne) وآخرون (2001)
٢١٥	١٣- دراسة سالتزمان (Saltzman) (2001)
٢١٥	١٤- دراسة سنانوفيك (Sinanovic) (2002)
٢١٦	١٥- دراسة باك (back) (2002)
٢١٧	١٦- دراسة باونوفيك (Paunovic) (2002)
٢١٩	١٧- دراسة جامعة بنسلفانيا (Pennsylvania) (2002)
٢٢٠	ثالثاً: دراسات عن علاج النفسي الإسلامي.
٢٢٠	١- دراسة حالات: بدري (Badry) (1979).
٢٢١	٢- دراسات الجمعية الطبية الإسلامية (1984).
٢٢٣	٣- دراسة أبي العزائم (Abo El - Azayem) (1989).
٢٢٤	٤- دراسة الأطروني والراضي (1990).
٢٢٤	٥- دراسة موسى (1993).
٢٢٥	٦- دراسة عبد الله (1996).
٢٢٦	٧- دراسة طاهر والمخزومي (2000).

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
٢٢٧	رابعاً: دراسات عن أثر العلاج النفسي الإسلامي في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٢٢٧	١- دراسة جليلوفيك (Djelilovic) وبراو (Bravo) (1999)
٢٢٧	٢- دراسة حسنوفيك (Hasanovic) (2002)
٢٢٩	خامساً: مدى فائدة البحث الحالي من دراساته السابقة وموقعه منها
	الفصل الرابع: منهجية البحث وإجراءاته
٢٣٧	أولاً: إجراءات اختيار العينة
٢٤١	ثانياً: إجراءات التشخيص وأدواته
٢٤١	١- التشخيص الطبّي - النفسي
٢٤٢	٢- التشخيص بمعايير (DSM-IV,1994)
٢٤٣	٣- التشخيص بمقياس (PTSD)
٢٤٩	ثالثاً: إجراءات بناء البرنامج العلاجي
٢٤٩	١. أسس بناء البرنامج
٢٤٩	٢. التخطيط للبرنامج العلاجي
٢٥٢	٣. الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي
٢٥٥	٤. العمليات المستخدمة في البرنامج العلاجي
٢٥٦	٥. مراحل التغيير في العلاج النفسي الإسلامي
٢٥٧	٦. التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي
٢٥٧	٧. التحقق من صدق البرنامج

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
٢٥٩	رابعاً. إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي (النفسي - الإسلامي)
٢٥٩	١. نوع المنهج ونوع البحث المطبق في البحث الحالي
٢٦٠	٢. تنفيذ وتطبيق التصميم التجريبي
٢٦٥	٣. إجراءات تطبيق الجلسات العلاجية
٣١٦	٤. تقويم وتقدير مدى كفاءة البرنامج العلاجي الحالي
٣١٦	٥. الوسائل الإحصائية
٣١٧	٦. صعوبات البحث
الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها	
٣١٩	أولاً. عرض النتائج ومناقشتها
٣١٩	١. الكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
٣٢١	٢. بناء برنامج نفسي ديني، يعتمد المنظور السيكولوجي في الإسلام
٣٢٣	٣. معرفة أثر العلاج النفسي - الديني، في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، (PTSD).
٣٢٤	أ- الإجابة على فرضيات البحث الحالي
٣٢٩	ب- متابعة أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي، بعد انتهاءه بثلاثة أشهر
٣٣٠	ج- تقويم أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي من خلال التقدير الذاتي
٣٣٤	ثانياً. الاستنتاجات
٣٣٥	ثالثاً. التوصيات
٣٣٧	رابعاً. مقترحات لبحوث مستقبلية

ثبته المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
	المصادر
٣٣٨	أولاً: المصادر العربية
٣٥١	ثانياً: المصادر الأجنبية
٣٦٠	الملاحق
B-D	الملخص باللغة الإنكليزية

ثبت الجداول

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
٢٣٩	أماكن أخذ أفراد العينة ونسبها المئوية.	-١
٢٣٩	توزيع أفراد العينة، حسب العمر والمهنة.	-٢
٢٤٠	توزيع أفراد العينة حسب نوع الصدمة ونسبها المئوية	-٣
٢٤٢	التشخيص الطبي النفسي، حسب اسم الطبيب ومكان عمله والأفراد المشخصين من غير المشخصين.	-٤
٢٥١	الأولويات العلاجية.	-٥
٢٥٩	التصميم التجريبي للبحث الحالي (تصميم المجموعات المتكافئة).	-٦
٢٦١	المزاوجة الفردية لتوزيع أفراد العينة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة).	-٧
٢٦٢	جلسات البرنامج العلاجي، حسب عنوان الجلسة وأسلوب التنفيذ.	-٨
٣٢٥	الفرق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التشخيص القبلي وفقاً للطرائق التشخيصية الثلاث.	-٩
٣٢٦	الفرق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التشخيص البعدي وفقاً للطرائق التشخيصية الثلاث.	-١٠
٣٢٧	الفرق بين التشخيص القبلي والبعدي (للمجموعة التجريبية) وفقاً للطرائق التشخيصية الثلاث.	-١١
٣٢٨	الفرق بين التشخيص القبلي والبعدي (للمجموعة الضابطة) وفقاً للطرائق التشخيصية الثلاث.	-١٢
٣٢٩	الفرق بين التشخيص البعدي وتشخيص المتابعة (للمجموعة التجريبية) وفقاً للطرائق التشخيصية الثلاث.	-١٣
٣٣٠	الفرق بين متوسطات التقدير الذاتي (للمجموعة التجريبية) قبل بدأ الجلسة وبعد انتهاءها	-١٤

ثبت الملاحق

رقم الملحق	العنوان	رقم الصفحة
١-	استمارة الفحص الطبي النفسي.	٣٦٠
٢-	استمارة الفحص النفسي وفقاً لمعايير (DSM,IV,1994-PTSD)	٣٦١
٣-	مقياس (PTSD - الكبيسي، ١٩٩٨).	٣٦٢
٤-	آيات وسور من القرآن الكريم للاستشفاء من آثار الصدمات النفسية. (المصائب والشدائد والكروب).	٣٨٣
٥-	الأذكار النبوية (أدعية الرسول محمد ﷺ - للاستشفاء من آثار الصدمات النفسية - المصائب والشدائد والكروب-).	٣٨٤
٦-	برنامج العلاج النفسي الإسلامي - بصيغته الأولية-.	٣٨٦
٧-	خبراء تقويم البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي.	٤٠٢
٨-	استمارة التقويم الذاتي	٤٠٣
٩-	إعلان للراغبين في الاشتراك بالبرنامج العلاجي النفسي الإسلامي لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية.	٤٠٤

شكر وتقدير

إن الحمد لله نحمده ونشكره ونستعينه ونستهديه ونستغفره ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا، من يهده الله فهو المهتد، ومن يضل فلن تجد له ولياً مرشداً، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له، وأشهد أن محمداً عبده ورسوله، أما بعد، أن أتم الباحث وبعون من الله (العزیز القدير)، إكمال الأطروحة الحالية، ومن باب العرفان الجميل، لا يسعه إلا أن يسجل وبكل اعتزاز شكره وتقديره لـ:

- ١- الأستاذ المساعد الدكتور سعيد رشيد الأعظمي، المشرف على الأطروحة الحالية، لرعايته الكريمة وصبره الجميل وكرم أخلاقه العالي في التعامل مع الباحث، ولما أبداه من متابعة علمية جادة، طيلة فترة البحث، فله كل التقدير والإخلاص.
- ٢- الأستاذ المساعد الدكتور صفاء طارق حبيب، رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية - ابن رشد- لتحليه بمعان الأخوة الصادقة، ولوقوفه مع الباحث، الوقفة الإنسانية النبيلة، وتذليل كافة الصعوبات، وإشرافه على التحليل الإحصائي، فجزاه الله خير الجزاء في الدنيا والآخرة.

- ٣- أعضاء الحلقة الدراسية (السمنار)، وعلى رأسهم الأستاذ الدكتور صالح حسن الداھري، الذي بدأ إشرافه على أطروحة البحث الحالي، ولم يتمكن من مواصلة الإشراف، لسفره خارج القطر، حيث كان بمثابة الأخ الأكبر والأستاذ الفاضل الذي يتحلى بكل معان الإخلاص والوفاء، سائلاً الله أن يمنَّ عليه بالصحة والموفقية، وكذلك الأستاذ الدكتور، صباح حسين العجيلي، لتعاونه مع الباحث، والأستاذة المساعدة الدكتورة ثناء بهاء الدين، لوقفها الأخوية في هذا البحث فلهم كل الاعتراز والتقدير.

٤- أستاذة قسم العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية - ابن رشد - جميعاً. للمعان الأخوية والزمالة المهنية الجامعية الصادقة، ولكرم أخلاقهم العالي، فلهم كل الوفاء والتقدير.

٥- منتسبو قسم العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية - ابن رشد (موظفين، طلبة) للعلاقات الإنسانية والاجتماعية الطيبة التي تربطهم بالباحث، فلهم كل التوفيق.

٦- منتسبو كلية التربية (عماده، أساتذة، موظفين، طلبة) للمعان الإنسانية النبيلة التي تربطهم بالباحث.

٧- قسم الشؤون العلمية والدراسات العليا في كلية التربية، ابن رشد وعلى وجه الخصوص الآنسة (أحلام كاظم) لتعاونها الأخوي الصادق مع الباحث، فلها كل الاحترام والتقدير.

٨- الدكتور طارق فحل الكبيسي، استشاري الطب النفسي، لما أبداه من مساعدة وتعاون في الجانب السريري للبحث.

٩- الدكتورة مكحولة أحمد، استشارية الطب النفسي، مستشفى ابن رشد التعليمي للأمراض النفسية لإشرافها على الجانب السريري للبحث.

١٠- استشاريو الطب النفسي الذين قاموا بتشخيص عينة البحث الحالي لما أبدوه من تعاون ومساعدة في الجانب السريري من البحث.

١١- ناطق فحل الكبيسي، طالب دكتوراه، في قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة بغداد، لتعاونه مع الباحث ولاستعمال مقياسه كأحد أدوات تشخيص عينة البحث الحالي.

١٢- الخبراء الذين قاموا بتقويم برنامج العلاج النفسي - الإسلامي من تخصصات الطب النفسي وعلم النفس والعلوم الإسلامية لما أبدوه من تعاون في الإجابة على فقرات البرنامج العلاجي.

١٣- الأشخاص، ضمن عينة البحث الحالي، خصوصاً الذي اشتركوا في البرنامج العلاجي الحالي، وتحملوا صبر طول فترة البرنامج ووقت الجلسات العلاجية، وعناء المجيء والذهاب من وإلى مكان إجراء البرنامج، متمنياً لهم حياة سعيدة بعيدة عن الصدمات والمآسي.

١٤- زوجتي وأبنائي، الذين صبروا معي كثيراً واقتطعت من لقمة عيشهم لإنجاز الأطروحة الحالية.

١٥- لوالدي ووالدي، الذين كل ما أقدم لهم شيء أجده قليلاً بحقهم

١٦- لأخواني وأخواتي وأقاربي وأصدقائي لتضامنهم معي في إنجاز هذه الأطروحة.

١٧- الأستاذ المساعد الدكتور علاوي سادر جازع قسم طرائق تدريس علوم القرآن والتربية الإسلامية، كلية التربية، ابن رشد لإشرافه اللغوي على أطروحة البحث الحالي.

١٨- الدكتورة إيمان المهداوي، رئيسة قسم طرائق تدريس علوم القرآن والتربية الإسلامية لتعاونها الأخوي مع الباحث.

١٩- الدكتور عقيد خالد العزاوي قسم طرائق تدريس علوم القرآن والتربية الإسلامية، لتعاونه الأخوي مع الباحث.

٢٠- الأخ العزيز أشرف لطفي الذي قام بطبع الأطروحة الحالية وزوجته الأخت (وجدان عبد الأمير) طالبة الدكتوراه في قسم علم النفس، كلية الآداب - الجامعة المستنصرية لتعاونها مع الباحث في توفير العديد من مصادر البحث الحالي.

٢١- كل من ساهم بشكل أو بآخر في إنجاز الأطروحة الحالية، والذين لم يسعف الباحث في اللحظات الحالية تذكراً أسمائهم.

ﷻ ومن الله (العزير القدير) العون و النوفيق ﷻ



الباحث

محمد إبراهيم العبيدي

أثر العلاج النفسي الديني في اضطراب
ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
- دراسة سريرية* -

الملخص

أظهرت الدراسات السريرية، ذات العلاقة، وفي أنحاء العالم كافة، شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، في العقد الأخير من القرن العشرين، وعلى نحو متزايد، في بداية القرن الحالي، في ظل عالم مليء بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأحداث الصدمية، بكل أنواعها.

وأكدت هذه الدراسات إن هذا الاضطراب يترك آثاراً نفسية عميقة في شخصية الضحايا المتعرضين له، ويسبب خسارة نفسية، ومادية واجتماعية واقتصادية كبيرة في المجتمع الذي ينتمون إليه.

وأشارت العديد من الدراسات إلى عجز الطرائق العلاجية النفسية في علاج هذا الاضطراب والحد من انتشاره. وقد ظهر اتجاه جديد بين علماء النفس والطب النفسي يناهض بأهمية الدين في الصحة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية والعقلية والوقاية منها.

وقد هدف البحث الحالي إلى: الكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب (PTSD) وبناء (برنامج علاجي نفسي - ديني) يعتمد المنظور السايكولوجي في الإسلام من خلال القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، ومعرفة أثر العلاج النفسي - الديني في اضطراب (PTSD).

وتضمنت إجراءات البحث الحالي، اختيار عينة قصدية، بلغت (٥٤) شخصاً، من مراجعي المستشفيات التخصصية النفسية في مركز مدينة بغداد، ومركز تسلم الأسرى الجدد العائدين من إيران، والراغبين في العلاج النفسي - الإسلامي، عن طريق

* أطروحة دكتوراه في علم الشخصية والصحة النفسية، تقدم بها (محمد إبراهيم محمود العبيدي)، إلى مجلس

كلية التربية - ابن رشد - جامعة بغداد. ١٤٢٤ هـ - ٢٠٠٣م

الإعلان، ومراجعي الباحث لغرض الاستشارات النفسية. واقتصر البحث الحالي على المسلمين الذكور من الفئات العمرية (١٩-٥٥) فقط، لتلائم مع متطلبات البرنامج العلاجي.

استعمل في البحث الحالي، أدوات تشخيصية ثلاث هي: (التشخيص الطبي النفسي، والتشخيص بمعايير DSM,IV,94، ومقياس PTSD للكبيسي، ١٩٩٨).

تم بناء برنامج علاجي نفسي - إسلامي، أجري في أحد دور العبادة، تضمن هذا البرنامج (١٦) جلسة علاجية، ولمدة شهرين، وبواقع (٢) جلسات في كل أسبوع، وقت الجلسة الواحدة (٣) ساعات تضمنت العديد من الإجراءات العلاجية، مثل الصلاة، والاستماع إلى أدعية الشفاء، وقراءة القرآن، ومحاضرات دينية، ومناقشة علاجية حرة والتقويم الذاتي، وتضمنت العديد من العمليات النفسية العلاجية مثل (السايكودراما والألعاب النفسية، واتباع طريقة الفرد داخل المجموعة والتركيز على مبدأ - هنا الآن- والتواصل غير اللفظي والتعليم وطريقة - إحياء المعنى- والتعزيز الاجتماعي والتدريبات البيتية) وطرائق مساعدة مثل الكراريس والكتب وأدعية الشفاء وكاسينات القرآن الكريم.

اعتمد البحث الحالي، المنهج السريري، والذي تطلب في العديد من إجراءاته الاستعانة بالمنهج التجريبي، إذ استعمل الباحث تصميم (المجموعات المتكافئة ذات الضبط المحكم) وطريقة (المزاوجة الفردية) لتقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين (تجريبية - ضابطة) حيث بلغ أعداد كل مجموعة (١١) شخصاً. خضعت كلا المجموعتين إلى التشخيص القبلي الذي تم بثلاث طرائق، وخضعت المجموعة التجريبية فقط إلى إجراءات البرنامج العلاجي. وبعد انتهاء البرنامج، أجري التشخيص البعدي ولكلا المجموعتين وبنفس الطرائق التشخيصية الثلاث، وبعد التشخيص البعدي بثلاثة أشهر أجري تشخيص المتابعة (اختبار تقويم المتابعة) للمجموعة التجريبية فقط. وقد توصل البحث الحالي إلى النتائج الآتية:

١- شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية في العراق، حيث كانت نسب انتشاره على النحو الآتي:

أ- ٦٦.٦% نسبة الإصابة باضطراب (PTSD) حسب تشخيص الطبيب النفسي.

ب- ٦١.٦% نسبة الإصابة باضطراب (PTSD) حسب تشخيص DSM,IV,94.

ج- ٥٩.٢٥% نسبة الإصابة باضطراب (PTSD) حسب تشخيص مقياس PTSD.

د- ٦٢.٣٥% نسبة الإصابة باضطراب (PTSD) وفقاً لمعايير تشخيصية ثلاث أعلاه.

٢- بناء برنامج علاجي نفسي - ديني، أعتمد المنظور السايكلوجي في القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، يصلح ليس لـ (PTSD) فحسب، بل لجميع الاضطرابات النفسية.

٣- فعالية البرنامج العلاجي النفسي - الإسلامي في خفض ومعالجة أعراض (PTSD)، إذ أشارت نتائج اختباري (ولكوكسن - مان وتني) لعينتين صغيرتين مستقلتين. و (ولكوكسن) لعينتين صغيرتين مترابطتين، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين نتائج المجموعتين التجريبية والضابطة ونتائج التشخيص (القبلي والبعدي) و (التشخيص البعدي المتابعة) للمجموعة التجريبية وإلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من نتائج الموازنة بين التشخيص القبلي (للمجموعتين التجريبية والضابطة) ونتائج المقارنة بين التشخيص (القبلي والبعدي) للمجموعة الضابطة. من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

وقد خلص البحث الحالي إلى عدد من الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات، من أهمها تزايد شيوع اضطراب (PTSD)، وتوفر برنامج علاجي نفسي - إسلامي يصلح لمعالجة الاضطرابات النفسية وضرورة إنشاء (مركز متخصص بضحايا الكوارث والصدمات) وإرساء قيم

الإيمان والتربية الدينية في المجتمع، ووضع معايير عربية إسلامية لتشخيص (PTSD)،
وضرورة منح إجازة ممارسة مهنة العلاج النفسي لتخصصات (الصحة النفسية، وعلم النفس
السريبي).

واقترح دراسة سريرية لوضع معايير عربية إسلامية لـ (PTSD) وبيان أثر
العلاج النفسي الديني في الاضطرابات النفسية، من منظورات غير إسلامية.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

- أولاً: المقدمة
- ثانياً: مشكلة البحث
- ثالثاً: أهمية البحث والحاجة إليه
- رابعاً: مبررات البحث
- خامساً: أهداف البحث وفرضياته
- سادساً: حدود البحث
- سابعاً: المصطلحات المعتمدة في البحث

الفصل الثالث

دراسات سابقة

أولاً: دراسات عن طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية وشيوعه.

ثانياً: دراسات عن علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية.

ثالثاً: دراسات عن العلاج النفسي الإسلامي.

رابعاً: دراسات عن أثر العلاج النفسي في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (*PTSD*).

خامساً: مدى فائدة البحث الحالي من دراساته السابقة وموقعه منها.

الفصل الثاني الإطار النظري

الباب الأول: اضطراب ما بعد الصدمة النفسية *PTSD*

الباب الثاني: النماذج النظرية النفسية لاضطراب ما بعد

الصدمة النفسية *PTSD*

الباب الثالث: المنظور السيكولوجي في الإسلام.

الباب الرابع: العلاج النفسي – الإسلامي

الفصل الرابع

منهجية البحث وإجراءاته

- أولاً: إجراءات اختيار العينة
- ثانياً: إجراءات التشخيص وادواته
- ثالثاً: إجراءات بناء البرنامج العلاجي (النفسي –
الإسلامي)
- رابعاً: إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي (النفسي –
الإسلامي)

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

أولاً: عرض النتائج ومناقشتها

ثانياً: الاستنتاجات

ثالثاً: التوصيات

رابعاً: المقترحات

مصادر البحث

* المصادر العربية

* المصادر الأجنبية

الملاحق

أولاً. المقدمة

إن الحمد لله نحمده ونستعينه ونستغفره، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا، من يهده الله فهو المهتد ولا مضل له، ومن يضلل فلا هادي له، ولن تجد له ولياً مرشداً. وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له وأشهد أن محمداً عبده ورسوله، وبعد: فإن أصدق الحديث كتاب الله، وخير الهدي، هدى محمد -ﷺ-، وشر الأمور محدثاتها وكل محدثة بدعة وكل بدعة ضلالة، وكل ضلالة في النار...
أما بعد:

فإن أكبر صدمة يمكن لإنسان أن يتلقاها، هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت. فهذه المفاجئة تزيل عن موته الشخصي، فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أي لحظة، أو ضمن فترة معينة من الزمن، وهذه المواجهة مع تهديد الحياة هي ما أُصطلح على تسميته بالعصاب الصدمي *Nerose Traumatique*.
(النايلسي، ١٩٩١، ص: ١٥).

وقد سبق العلماء العرب والمسلمين علماء الغرب في دراسة موضوع (العصاب الصدمي) تجريبياً، فيذكر لنا (جنجيني) في مؤلفه (مخزن الأسرار) كيف كان هذا الإسهام برواية (أن ملكاً كان من ضمن بلاطه طبيبان، لا ينقطع بينهما الشجار والخلاف، وعندما عجزا عن تسوية خلافتهما، اتفقا على أن يعد كل منهما لصاحبه نوعاً من السم ليشر به وذلك بتحضير (ترياق)، يكون قد أعده كل واحدٍ منهما من قبل. وفي اليوم الموعد، أخرج الطبيب الأول سماً زعافاً أعده لخصمه وقدمه له ليشر به، فشر به الطبيب الثاني، ثم شرب بعده مباشرة (ترياقاً) من النوع الذي لو أحدث تفاعلاً مع الترياق الأول، يذهب مادته السمية، فنجوا من الموت. بعد ذلك جاء دور الطبيب الثاني الذي انتزع زهرة من الحديقة، وأخذ يتمم عليها بعض الكلمات الغامضة وينفخ فيها ثم طلب من غريمه أن يشمها فقط. وما أن شمها غريمه حتى خر صريعاً ولم يكن هناك سبباً لموته سوى (الصدمة النفسية) فلم يكن بالزهرة أي نوع من السم على الإطلاق. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ص: ٢٦٩-٢٧٠).

وقد درس ابن سينا العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، ويعد الأول في هذا المضمار. فقد قام بربط حملٍ وذئب في غرفة واحدة، بدون أن يستطيع أحد مطاولة الآخر. فكانت النتيجة هزال الحمل ومن ثم موته، وذلك على الرغم من إعطاءه كميات الغذاء نفسها التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. (النايلسي، ١٩٩١، ص:١٦).

وفيما بعد تطورت دراسة هذا الاضطراب ووصلت إلى وضع معايير وتصنيفات عالمية له مثل (ICD-IO-1990) (DSM,IV,94). كان هذا الاضطراب يُعرف لسنوات (بصدمة القنبلة) ويعتبر كحالة تؤثر فقط في ضحايا الحرب، وقد أدرك مختصوا الصحة النفسية هذه الحالة والتي تعرف اليوم باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بأنه اضطراب نفسي يمكن تحديده من جملة أعراض. (APA,2002,P:1-4).

لقد استعملت وسائل علاجية عدة لتخليص ضحايا (PTSD) من معاناتهم، لكن الدراسات المتخصصة تشير إلى تزايد انتشاره رغم استعمال الوسائل العلاجية هذه. (وقد ثبت أن أفضل منهجية لتخليص ضحايا (PTSD) من معاناتهم هو الإسلام، لأن في الإسلام لا يوجد مفهوم ملكية الأشياء والحياة، فكل شيء ملك لله وراجع إليه، فإذا كنا لا نملك ذلك الشيء فلم الحزن إذن؟). (Ather,2002,P:1).

لم يكن علم النفس يوماً وليد النهضة الأوروبية، كما يقال، ولم يكن على الإطلاق أحد إفرزات الحضارة الغربية، ولكن شاء الكثير من الباحثين في علم النفس أن يتركوا أو يتناسوا التاريخ والغور في معالم النفس البشرية ولربما مالوا (كل الميل إلى ما كتب حديثاً، وتسهلت طباعته وتيسر نشره، ولم تكن تهمهم تلك الجذور النفسية الموجودة في خضم الفكر القرآني والحضارة الإسلامية والتي تأصلت لتبني الإنسان الذي يستطيع معالجة اعتهى وأشد أمراض الكهولة والشيخوخة وسن اليأس النفسية، وبدوافع ذاتية، دونما استعمال للحبوب المهدئة أو الاستسلام للعقاقير المحرمة على الرغم من إنها قد تزرع السرور والحبور في النفس لفترات قصيرة، كما لم يكن يهتم الرجوع إلى الجذور

القرآنية التي تمثل أساس علم النفس الإسلامي، منذ أيام النزول الأولى. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ١).

إن المتأمل في العلاقة بين تعاليم الدين الإسلامي، وبين تنظيم حياة الإنسان، وتعديل سلوكه، لابد أن يلاحظ التأثير الإيجابي للالتزام بتعاليم الدين على الصحة النفسية ويتضمن ذلك (الوقاية والعلاج من الأمراض والاضطرابات النفسية التي تزايد انتشارها في العصر الحالي). (الشرييني، ١٩٩٩، ص: ١١).

وعلى ضوء هذه الزيادة المتسارعة في انتشار هذه الاضطراب، وعجز وسائل العلاج للحد منها، فقد أصبح هناك نداءات متزايدة في العقود الأخيرة للعودة إلى العقيدة والقيم الروحية وتقويتها في النفوس في مجال الصحة النفسية، وبذلك قُبلت منظمة الصحة النفسية في اجتماعها ١٩٨٤ فكرة أن (الجانب الروحي هو الركن الرابع للصحة النفسية، فضلاً عن الأركان السابقة الثلاث والتي هي (الجسمية، والنفسية، والاجتماعية). (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٨٥-١٩٨٦).

وفي هذه الأيام، هناك صحوة إسلامية، مباركة ودعوة إلى التراث العربي الإسلامي الحنيف، ومن ضمن هذه الصحوة المباركة ظهور من يقول إنَّ هناك في التراث الإسلامي، معالم علم النفس الحديث وأصوله وقواعده، وهذه حقيقة تحتاج إلى كثير من البحث والإطلاع لإبراز المفاهيم والتصورات النفسية التي اهتدى إليها أسلافنا، قبل أن يدعي ابتكارها علماء النفس والتربية. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٤٤-٤٥).

لقد ظهر علم النفس الإسلامي مع ظهور الوحي إلى الرسول محمد -ﷺ- وإن لم يستعمل هذا المصطلح إلا في عهد الإمام الغزالي (٥٠٥هـ)، حيث ورد ذكره في كتابه المعروف (الأحياء) وبذلك سبق علم النفس الحديث بـ (٣٠٠ سنة). (الشرقاوي، ١٩٧٦، ص: ١٦٨).

ومن معالم هذه الصحوة الإسلامية المباركة، ظهور من ينادي، وينبه إلى أهمية وضرورة استعمال العلاج النفسي - الإسلامي، في الأمراض والاضطرابات النفسية

والعقلية. (الرازي، ١٩٩٣، ص ص: ١٩-٢٠).

إن الاستشفاء* بالقرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة، من الأمراض البدنية والنفسية، وبالأخص آثار الكروب والمصائب (الصدمة النفسية)، هو أمر وارد وثابت شرعاً وعلماً، فقد وردت في القرآن الكريم آيات، ست كريمات تؤكد عليه، صراحةً، وهي كما ذكرها الإمام (القشيري). قال تعالى: ﴿يَشْفِي صُدُورَ قَوْمٍ مُّؤْمِنِينَ﴾ (التوبة: ١٤)، ﴿وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ﴾ (يونس: ٥٧)، ﴿فِيهِ شِفَاءٌ لِّلنَّاسِ﴾ (النحل: ٦٩)، ﴿وَتُنزَّلُ مِنْ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢)، ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾ (الشعراء: ٨٠)، ﴿قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءً﴾ (فصلت: ٤٤). صدق الله العظيم.

وروي عن ابن ماجة، عن علي -رضي الله عنه-، عن الرسول محمد -صلى الله عليه وسلم- قال: (خير الدواء القرآن). (أخرجه ابن ماجة، رقم: ٣٥٠١، ٣٥٣٣، ٣٥٣٧) و (الكحّال، الأحكام النبوية، ج ١، رقم: ٦٤) و (الذهبي، الطب النبوي، رقم: ١١١، ١٣٧) وعن ابن مسعود، إن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: (إن هذا القرآن مآدبة الله، فتعلموا من مآدبته ما استطعتم، عن هذا القرآن هو حبل الله والنور المبين والشفاء النافع، عصمة لمن تمسك به، ونجاة لمن اتبعه، لا يعوج فيقوم، ولا يزيغ فيستعذب، ولا تنقضي عجائبه، ولا يخلق من كثرة الرد....). (أخرجه الحاكم، ج ١، رقم: ٥٥٥) و (المجمع، ج ٧، رقم: ١٦٤) و (الكنز، رقم ٢٢٨٥-٢٣٥٦) (وهو منقح عليه).

ولقد ثبت في (الصحاح)، إن النبي محمد -صلى الله عليه وسلم- عالج بالقرآن، لأنه شفاء ورحمة. (حمزة، بت، ص: ٤٠)، وبذلك عد الرسول محمد -صلى الله عليه وسلم- وبحق أول طبيب ومعالج نفسي في الإسلام. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٧٤).

وبذلك فإن العلاج النفسي -الإسلامي-، قد كرم الإنسان ووضعه في منزلة

* الاستشفاء: من الشفاء، فعله شفي، يشفى. يقال شفي الله المريض: أبرأه من علته، واستشفى: أي طلب الشفاء، لأن الألف والسين والتاء، للطلب. (الجمال، ١٩٩٨، ص: ٢١).

عالية، ووصف له الطريق السوي، وشخص له الأمراض والعلل التي يمكن أن تصيبه، كما شرح له العلاج الواجب إتباعه، وبذلك نجح نجاحاً باهراً في تشخيص الداء ووصف الدواء، ليس في الدراسات الإسلامية فحسب، وإنما في الدراسات الحديثة ولمجتمعات إسلامية وأخرى غير إسلامية أيضاً. (الشـرقاوي، ١٩٨٣، ص ص: ٨-٩).

وضمن، التصور السابق الذكر فقد جاء البحث الحالي، ليعالج سلسلة من المشاكل المتداخلة، والتي تصب في مشكلة أساسية واحدة، هي فشل العلاجات النفسية على اختلاف أنواعها وطرائقها في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، وترك ضحايا هذا الاضطراب بمعاناتهم، دون وضع الحلول الحقيقية لمساعدتهم، ولأن سبب كل هذه المعاناة، وسبب فشل العلاجات النفسية، والسبب في ازدياد الصدمات النفسية وتزايد النسب في انتشار اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، هو ضعف الإيمان بالله والابتعاد عن العقائد والعبادات الدينية، فقد لجأ الباحث إلى هذا الملاذ الآمن، وهو (طريق الله - سبحانه وتعالى) فما أحوجنا إلى التمسك بمنهج الله، ليرأب صدعنا ويداوي سقمنا، ويخلصنا من أمراض فتاكة، قتالة، تركت صرعاها يقلبون على جمر الفوضى، ويرتمضون أسى!

وليس سوى هذا الدين، يملك إنقاذ التائهين في دياجير الظلام، والظالمين في جنبااتهم، وليس سوى هذا الدين، بقادر على إحياء ما مات في نفوسنا وما فقدناه من عناصر الطمأنينة وراحة النفس، إنه الإسلام وكفى، يمد الإنسان بكل سبب من أسباب السعادة. (النعمة، ١٩٩٨، ص: ٤٢).

اللهم، لا إله إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين، ربي أني كلي ذنوب وأنت
العفو الغفور.

لا إله إلا أنت سبحانك، إني تبت إليك وأني من المسلمين، فتب علي، إنك التواب
الرحيم.

لا إله إلا الله، واستغفر الله لذنبي وللمؤمنين والمؤمنات.

رب اغفر لي ولأمة نبينا محمد -ﷺ- مغفرة عامة، وارحمي وارحم أمة نبينا
محمد -ﷺ-، ورحمة عامة.

رب اغفر وارحم وأنت خير الراحمين، ربه إن تعذبنا، فأنا عبادك، وإن تغفر لنا،
فإنك أنت العزيز الحكيم.

يا أرحم الراحمين، يا أرحم الراحمين، يا أرحم الراحمين، برحمتك نستغيث، فأغثنا
وأبدل سيئاتنا حسنات، وأقر عيني بنبينا وسيدنا محمد -ﷺ-، به وبأتمته.
يا سلام، سلمني من كل أمر في حياتي ويوم أموت ويوم أبعث حيًّا.
رب أنت وليي في الدنيا والآخرة، توفني مسلمًا. والحقني بالصالحين.
وسلامًا على المرسلين، والحمد لله رب العالمين.

ثانياً. مشكلة البحث

تعد الأحداث الصدمية Traumatic Events من الأسباب الرئيسية للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، مثل المواقف الخطرة التي تقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية الاعتيادية، وتنتج هذه الأحداث الصدمية ردود فعل عنيفة لدى أي شخص تقريباً، ويحتاج الشخص المتعرض لها، جهوداً كبيرة ومدة طويلة لإعادة التكيف. (Atkinson,etal,1990,PP:565-566).

ويعد الأشخاص الذين عانوا من النزاعات المسلحة. Combat traumatic stress أو أسرى الحرب prisoners of war أو ضحايا الكوارث الطبيعية أو الأشخاص الذين مروا بتجربة طلاق أو موت عزيز أو الإصابة بمرض مميت أو الذين عانوا من تصرفات عوائلهم العنيفة أو ضحايا الاغتصاب الجنسي أو أي أذى جنسي آخر، هم الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ١٧).

وتشير الكثير من الدراسات إلا أن التعرض للأحداث الصدمية يمكن أن ينتج اضطرابات نفسية وجسمية لدى المتعرضين لها حيث وجدت دراسة (أنثوني، ١٩٨٦) أن الأفراد بعد الكارثة يشعرون بنقص واضح بالأمن والشعور الكبير بالإنجراح. (Anthony,1986,PP:299-305)، ووجدت دراسة (كرين، ١٩٨٢) إن نوع الكارثة يمكن أن يكون متغيراً مهماً في انتشار أمراض ما بعد الصدمة النفسية. (Green,1982,P:544-552) وتؤكد دراسة (هادكنسون، ١٩٨٩) أن الكوارث غير الطبيعية مثل الحروب وغيرها تكون تأثيراتها أطول دواماً على الضحايا. (Hadgkinson,1989,PP:323-234).

وأظهرت دراسة (كلزر، ١٩٨١) وانتقلت معها دراسة (ميلكريم وآخرين ١٩٨٨)، إنَّ المراهقين الذين تعرضوا للصددمات، ظهر عليهم أعراض المخاوف الخاصة بالصدمة وأعراض كآبة وقلق ومؤشرات لاضطرابات انفعالية أخرى. (Milgram,et al,1988,PP:339-350) (Gleser et,al,1981,P:194).

وأشارت دراسة (السامرائي، ١٩٩٤): أن خبرات الأسر تترك آثاراً نفسية بعيدة المدى. (السامرائي، ١٩٩٤، ص ص: ٣٩-٤٨).

وقد بينت العديد من الدراسات، أن الأفراد المصابون باضطراب ما بعد الصدمة النفسية يعانون من مجالات عديدة في حياتهم الشخصية وفي علاقاتهم بالآخرين، حيث أشارت دراسة (سونيك، ١٩٨٧)، أن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية يمزق قدرة الفرد في مواجهة متطلبات أهداف الحياة والعمل، وكذلك العائلة والنمو الشخصي، كما أن هذا الاضطراب مكلف اقتصادياً للفرد والمجتمع وذلك بسبب تعطل أو ضعف قدرة الفرد على العمل، كما أن إصابة الأفراد باضطراب (PTSD) يستدعي وجود مراكز علاجية لخدمتهم وهذه من شأنها أن تكلف المجتمع جهداً ووقتاً ومالاً. (الطراني، ١٩٩٥، ص ص: ١٥-١٦).

كما تشير دراسات (يونج، ١٩٨٥) و (والتمان، ١٩٨٨) و (سلمون وآخرين ١٩٨٨) إلى أن هناك علاقة بين مركز السيطرة الخارجي والإصابة باضطراب (PTSD) حيث أن المصابين هم من ذوي السيطرة الخارجي. (Solomon,etal,1988,PP:279-285).

وأشارت دراسة (كلرز، ١٩٨٨) إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب (PTSD) هم أقل تكيفاً في علاقاتهم الزوجية وأقل رضا عن أزواجهم وهم يكثرون من تناول الأدوية والكحول والمخدرات (Gallers,etal,1988,PP:181-182) وأظهرت دراسة (كبلن، ١٩٨٩) أن الذين يعانون من اضطراب (PTSD) يكونون مضطربين جنسياً. (Kaplan,1989,PP:74-77). كما أكدت دراسة (ماكفر لاين ١٩٨٧) تأثير اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) على التحصيل الدراسي. (Mcfarlane,1987,PP:764-769).

وهناك دراسات كثيرة تبين أثر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) على كل عوامل الشخصية وتطورها مثل دراسة (كسلاسون وكول، ١٩٨٢) (Gislason &Call,1982,PP:203-207).

وتأثير التعرض للصدمة النفسية لا ينحصر فقط في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وإنما هناك أعراض نفسية وجسدية واضطرابات خطيرة أخرى ناتجة عن التعرض للصدمة. فقد أشارت دراسة (بولمان، ١٩٩٤) إنَّ المقاتلين المصابين باضطراب (PTSD) هم أكثر عرضة للوفاة من غير المصابين به بسبب الانتحار. (Bullman,etal,1994,PP:604-610).

أما علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، فلم يحظى بذلك الاهتمام من قبل العلماء والباحثين في هذا المجال، وقد يعود السبب لتأخر تصنيف هذا الاضطراب عالمياً ولصعوبة تشخيصه حيث تتداخل أعراضه مع أعراض اضطرابات أخرى خصوصاً الكآبة والقلق، على أن الفارق بينهما هو أن (PTSD)، يتطلب التعرض إلى حدث صدمي لم يخبره الفرد في السابق وان استجابة الفرد لهذا الحدث الصدمي تتميز بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب. (APA;DSM-IV,1994).

كما أن قسماً من الذين يتعرضون للصدمة النفسية وتظهر عليهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، يتمثلون للشفاء تلقائياً بمرور الوقت بدون أي علاج ومنهم من يعاني من بداية متأخرة لظهور أعراض هذا الاضطراب. (Blanchard,etal,1997,P:216).

والعلاج يلعب دوراً كبيراً في اختفاء الكثير من معايير اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، حيث وجد كسلر Kessler وآخرون ١٩٩٥ في دراسة عن البالغين المصابين بهذا الاضطراب أن (٣٠%) من الذين تمت معالجتهم تماثلوا للشفاء خلال سنة أسرع من الذين لم يعالجوا. (Kessler,etal,1995,PP:1048-1060).

وأظهرت دراسة بلانكارد Blanchard وآخرين ١٩٩٥، أن هناك ٥٠% ممن تعرضوا للعلاج تم شفائهم نهائياً من اضطراب (PTSD). (Blanchard, etal 1995,P:305).

ويلاحظ على الدراسات التي اهتمت بعلاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية

(PTSD)، قصور العلاج النفسي والطبي - النفسي، حيث أكد علماء النفس وأطباء الأمراض النفسية ممن قاموا بعلاج مقاتلين شاركوا في الحربين العالميتين الأولى والثانية، ممن تعرضوا لصدمات الحروب، أنهم ما زالوا يعانون من الذكريات المؤلمة للصدمات التي شهدوها رغم تعرضهم للعلاج، حيث ظهرت عليهم ردود أفعال عاطفية عندما يتذكرون الصدمة وظهرت عليهم الجفلة المفرطة وكان نومهم متقطع. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص:٩)

إنّ استعمال العلاج الطبي - النفسي والعلاج النفسي التقليدي بأنواعه المعروفة لم يكن فعّالاً في علاج مضطربي ما بعد الصدمة النفسية، فمزال الأطباء النفسانيون يستعملون طرائقاً وأساليب علاجية عقيمة لا تؤدي إلى شفاء المريض أو حتى تقدمه في العلاج. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص:٢٠١).

بالرغم من أن العلاج النفسي الحديث (الطبي والنفسي) يتضمن طرائقاً بايولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية أو جراحات المخ أو العقاقير المهدئة، إلا أن الكثير من الدراسات تؤكد محدودية فاعلية هذه الأساليب العلاجية ما لم يصحبها أساليب من التوجيه والتربية. (إبراهيم، ١٩٨٠، ص:١٤).

فالعلاج الكيميائي الذي أنبهر به العلماء، واعتقدوا أن في اكتشافهم للمشتبكات العصبية (Neuronal Synapsis)، إثمهم وجدوا الحل السحري، السريع والفعال، ورغم أهمية هذا الاكتشاف، لكن سرعان ما ظهرت مشكلات كثيرة جراء استعماله، ربما أخطر وأوسع انتشاراً في الحالات التي يفيد فيها العلاج الكيميائي، ومن هذه المشكلات، تقلص مجال الأبحاث العلمية في الطب النفسي (رغم كثرتها) حتى كادت تنحصر في منقطة محددة من الجهاز العصبي هي (المشتبكات العصبية) مما أدى إلى زيادة الأدوية الكيميائية التي تزيد أو تنقص الناقلات العصبية. (Neurochemical Transmitters) بحيث أصبح هناك اعتقاد واضح لدى الطبيب والمريض على حد سواء أن علاج الأمراض النفسية أصبح في غالبيته هو استعمال

الدواء، وهذا مما جعل أطباء النفس يركنون إلى العلاج الدوائي وينفرون من العلاجات الأخرى إبرازاً لهويتهم الطبية، وكذلك أعطى المريض إحياءاً بأن مرضه هو مثل الأمراض الأخرى يعالج بالأدوية وقد نتج عن كل هذه الاعتبارات، عملية في منتهى الخطورة، ألا وهي انتشار استعمال الأدوية النفسية بكل أنواعها وبجرعات زائدة ولمدة طويلة، وربما طول الحياة، وقد بلغ الأمر في بعض المجتمعات الغربية أن أصبح (٩٠%) من الناس لا ينامون إلا باستعمال المهدئات والإدمان عليها. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٦٧-١٧٠). لأن بعض هذه المهدئات هي من المواد الخطرة التي تسبب الإدمان إذا ما تناولها المريض. (Corsini, 1981, P: 153).

كما إن مشكلة العلاج الكيميائي في علاج اضطراب (PTSD)، والأمراض النفسية ليس في جوانبها الصحية فحسب، وإنما في جوانبها المادية أيضاً، حيث تشير الإحصائيات العالمية والأمريكية منها على وجه الخصوص أن (بلايين الدولارات) تصرف كل عام في العقاقير المهدئة والمنومة. والتقارير الإنكليزية تشير إلى إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من (١٠٠) مئة مليون جنيهه أسترليني في كل عام تصرف على العقاقير المهدئة والمنومة. (إبراهيم، ١٩٨٠، ص: ١٤).

وبذلك بات من المعروف الآن لدى المتخصصين إن علاج الأمراض النفسية ينحصر في العلاج الطبي النفسي فقط. (كمال، ١٩٨٨، ص: ١٨٣). كما أن كثيراً من جوانب العلاج العضوي (الصدمة الكهربائية)، قد يؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التي يقوم بعلاجها، كما أن هذه الصدمات قد تؤدي إلى تلف أنسجة المخ، وأن نسبة الوفيات تصل إلى (٥%) فضلاً عن التأثيرات الأخرى التي تتركها الجلسات الكهربائية على المريض، كالصداع الحاد وفقدان الشهية والمخاوف والتأثير على الذاكرة الإنسانية. (إبراهيم، ١٩٨٠، ص: ١٦-١٧).

إن الأعصاب الراهنة (حسب تسمية فرويد لها) ومنها اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، هي من الأمراض مجهولة المصدر أو غير معروفة السبب (كما يسميها بعض العلماء) ولم يستطع الطب الحديث بشقيه (النفسي-والبدني) من أن يصل إلى علاج حقيقي لها وبذلك يبدو أن استعمال العلاج الفرويدي والإقبال على الشهورات كعلاج للكرب الناتج عن المصيبة دليل على الجهل والظلم الشديدين. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ص: ٢٠٢، ٢٣٥).

وقد انتقد (فارنكل) صاحب العلاج الوجودي المسمى (العلاج بإحياء المعنى)، انتقد علم النفس الدينامي والتحليل النفسي لفشلهما في تحديد الاستجابة لمشكلات المريض الوجودية ورغم أن (فارنكل) هو الآخر حاول أن يبحث عن إحياء معنى لحياة الإنسان وبحث عن جوهره ومعنى وجوده، إلا أنه لم يستطع تجاوز هذه البدايات الطيبة إلى برنامج تفصيلي عملي يمكن تطبيقه، فهو لم يضع تصوراً لحياة الإنسان كيف تكون من الناحية المادية ومن الناحية الروحية والمعنوية التي ركز عليهما وهو لم يصل في تصوراتهِ إلى الهدف من وجود الإنسان في هذا الكون وما عليه من مهمات أن يؤديها. (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ٨٣-٨٤).

إن (العلاج النفسي - الغربي) هو علاج وقتي لا يغيّر الشخصية الإنسانية تغييراً جذرياً، بل أن تلك الأعراض ستعاوده مرةً بعد المرة، وأنه لن يتخلص من أعراض مرضه، بل ربما تزداد سوءاً، عندما يصطدم مرةً أخرى بنفس المشكلات التي كانت سبباً في مرضه. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٢٠٢).

ويقول (هـ. آيزنك) أن الثقة في هذا النوع من العلاج، مؤقتة وغير مضمونة، فضلاً عن الأثر التنفيسي بأنه عارض وزائل لا يمس عمق الداء، وإذا ما حصلت بعض النجاحات في هذا العلاج، فإنها نجاحات مؤقتة سطحية، إذ ما يلبث المريض أن يعود إلى حالته الأولى (آيزنك، ١٩٧٧، ص: ٦١).

وقد بذلت أخيراً جهوداً كثيرة في ميدان العلاج النفسي للأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وظهرت أساليب مختلفة للعلاج النفسي، غير أنها جميعاً لم تحقق النجاح المرجو منها في الشفاء من هذه الاضطرابات أو الوقاية منها. (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص: ٢٤٥-٢٤٦).

ولذلك يقول (آيزنك) (إنَّ معدل شفاء المرضى النفسيين، ثابت فعلياً سواء عولجوا أو لم يعالجوا بطرق علم النفس الحديث). (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٢٠١).

وقد بينت بعض الدراسات أن معدل الشفاء بين المرضى النفسيين الذين يعالجون بطريقة التحليل النفسي تتراوح بين (٦٠% - ٦٤%) وهي معدلات غير مشجعة إذا ما أخذنا في اعتبارنا، أن معدلات المرضى النفسانيين الذين يتخلصون من أعراض مرضهم من غير أن يتلقوا أي علاج نفسي، تتراوح بين (٤٤%-٦٦%) فضلاً عن أنَّ بعض المرضى تسوء حالتهم بعد العلاج النفسي. وفي دراسة أخرى تبين أن المرضى النفسانيين من المجموعة الضابطة التي لم يتلقى أفرادها أي علاج قد أظهروا تحسناً مساوياً للتحسن الذي أظهره المرضى الذين عولجوا نفسياً، كما أن بعض الذين عولجوا ازدادت حالتهم سوءاً. (شوين، ١٩٧٩، ص: ٨٦٤).

ثم أن الاختلافات الموجودة الآن بين المدارس المختلفة في العلاج النفسي وفي نظرتها إلى طبيعة الدوافع الأساسية المحركة للسلوك، وإلى طبيعة التهديدات المثيرة للقلق والمسببة لنشوء أعراض الأمراض النفسية والعقلية، تجعل من الصعب الوصول إلى اتفاق عام بين هذه المدارس المختلفة حول نظرية متكاملة في الشخصية وتوافقها وفي العوامل المسببة لسوء التوافق وفي أساليب العلاج النفسي. (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص: ٢٤٦-٢٤٧).

وتؤكد الكثير من الدراسات تخبُّط المعالِجين النفسانيين وانقسامهم بين الأطر النظرية النفسية، حيث أكَّد (جارفيلدوكريتز) في دراسة على عينة مكونة من (٨٥٥) عضواً من أعضاء علم النفس الأمريكية، حيث كان منهم (٥٤.٩٧%) توفيقين

eclectics و (١٠.٧٦%) تحليل نفسي و (٩.٩٤%) سلوكية و (٧.١٤%) اتجاه متشئت و (٥.٢٦%) تحليل نفسي جديد و (٣.٠٤%) مدرسة سوليفان و (٢.٩٢%) المدرسة الإنسانية، و (٢.٨١%) الوجودية، و (١.٧٥%) العقلانية الانفعالية - أليس - و (١.٤٠%) مدرسة روجرز.

وفي دراسة مقارنة (عبر الزمن) أجراها (كيلي) وأتفق بها مع (جارفيلد وكرتز) تبين ضعف الاهتمام بالتحليل النفسي وزيادة الاهتمام بالوجودية (التي تقترب من الاتجاه الديني في علم النفس)، حيث انخفضت نسبة المهتمين بالتحليل النفسي من (٤١%) عام ١٩٦٠ إلى (١٩%) عام ١٩٧٤، وازداد الاهتمام بالاتجاه الوجودي من (٣٦%) عام ١٩٦٠ إلى (٥٥%) عام ١٩٧٤. (مليكة، ١٩٧٧، ص: ١٥).

إنّ مدارس علم النفس مازالت تتخبط ويرفض بعضها البعض ويهاجم بعضها البعض، وهي في حيرة من أمر النفس التي لم تعرفها قط ولم تعالجها قط، ذلك لأنها أرادت أن تفصل الإنسان عن ربّه وتعامله على أنّه شريحة صماء تخضع للاختبار والتجريب وهو الخطأ العظيم الذي وقعت فيه. (الشرقاوي، ١٩٨٧، ص ص: ٨-٩).

إنّ النظريات النفسية - الغربية تدور جميعها في إطار مادي صرف وقائمة على مجموعة من المفاهيم العلمانية وتفتقر إلى النظرة الشمولية للإنسان والكون والحياة، وتفتقر إلى الجوانب الروحية والحسية والعلاقة الإنسانية والأخلاقية، وكذلك إهمالها الجانب الذي يصل الإنسان بخالقه في طهارة قلب وصفاء نفس، وكذلك تركيزها على الجانب الدنيوي المادي وإهمالها لحياة ما بعد الموت. (بار، ١٩٩٦، ص: ٩٤).

لقد نظر علماء الغرب (في التربية وعلم النفس) إلى اصلاح النفس البشرية وتهذيب سلوكها وبناء علاقتها، من جانب واحد فقط، هو طبيعة الحياة التي تجري على هذه الأرض وطبيعة النفس البشرية التي تتفق وهذه الحياة، لكنهم أهملوا الجانب الروحي بشكل معين، وأغفلوا تماماً الجانب الذي يصل الإنسان بخالقه، وينمّي فيه طهارة القلب وصفاء النفس ونقاوة الضمير. (عدس، ب-ت، ص: ١٥).

لقد انتهى علم النفس الحديث بالفشل لأن معظم منطلقاته خاطئة. (الشرقاوي، ١٩٧٦، ص:٥)، وهذا ما أدى إلى ازدياد نسبة الأمراض النفسية والعقلية في الغرب وكان سبباً في فشل طرق العلاج النفسي في الحد منها حيث تذكر آخر الإحصائيات أن نسبة الانتحار وصلت إلى رقم هائل هو (٨٠٠) ثمانمائة ألف حالة انتحار سنوياً في أنحاء العالم كافة، والمعدل في بعض الدول الأوربية يصل إلى (٤٠٢) لكل مئة ألف من السكان بينما لا يزيد معدل حالات الانتحار في الدول الإسلامية عن (٢-٤) لكل مئة ألف من السكان، ومعنى ذلك أن نسبة الانتحار في الدول الغربية تزيد (١٠) عشرة أضعاف نسبة الانتحار في الدول الإسلامية، مع أن الدول الأوربية توفر لأفرادها كل وسائل العيش الرغيد. (الشرييني، ١٩٩٩، ص:١١).

وفي ذلك يقول الدكتور (الكسيس كاريل) الحائز على جائزة نوبل: (من العجيب أن الأمراض النفسية والعقلية أكبر عدد من جميع الأمراض الأخرى) أمّا بيرز فيقول: (أن شخصاً من كل ٢٢- شخص من سكان نيويورك يجب إدخاله أحد مستشفيات الأمراض العقلية بين آن وآخر). (القرضاوي، ١٩٧٨، ص: ٣٢٤).

إنّ المجتمعات الغربية ليست كمجتمعاتنا من حيث التقدم العلمي ورخاء العيش والغنى، لكنّها لمّا عرضت عن منهج الله أصابها ما أصابها من أمراض نفسية قتالة تركتها تتقلب على جمر الفوضى ولم تجد لحياتها طعماً، وهي ترفل بكل ألوان اللذائذ المادية، فالسويد مثلاً فلا تكاد تجد فيها فرداً يخاف على نفسه من الفقر عند الشيخوخة أو البطالة، ومع ذلك فإنّ الأمراض النفسية قد ازدادت فيها زيادة مذهلة حتى صار (٢٥%) من الشعب السويدي مصاباً بالأمراض النفسية والعصبية، مع أن دخل الفرد السويدي من أعلى الدخول في العالم، لكنهم يصرفون نسبة (٤٠%) في معالجة تلك الأمراض ولكن بدون جدوى، حيث لم يجدوا مهرباً من معاناتهم النفسية إلا بالانتحار. (القرضاوي، ١٩٧٨، ص: ٧٦) (النعمة، ١٩٩٨، ص ص: ٤١-٤٢).

إن علماء النفس المحدثين أغفلوا في دراستهم للشخصية تأثير الجانب الروحي

من الإنسان في شخصيته وسلوكه، مما أدى إلى قصور واضح في فهمهم للإنسان وفي معرفتهم للعوامل المحددة للشخصية السوية وغير السوية، كما أدى إلى عدم اهتمامهم إلى مفهوم واضح ودقيق للصحة النفسية، وأدى ذلك بالتالي إلى عدم اهتمامهم إلى الطريقة المثلى في العلاج النفسي لاضطرابات الشخصية. (نجاتي، ٢٠٠٢، ص: ١).

وقد لاحظ (أريك فروم) قصور علم النفس الحديث وعجزه عن فهم الإنسان فهماً واضحاً بسبب إغفاله دراسة الجانب الروحي في الإنسان ويبدو ذلك واضحاً من قوله: (إن التقليد الذي يعّد السيكولوجيا دراسة لروح الإنسان دراسة تهتم بفضائله وسعادته، هذا التقليد نبذ تماماً وأصبح علم النفس الأكاديمي في محاولة لمحاكاة العلوم الطبيعية والأساليب المعملية في الوزن والحساب.. أصبح هذا العلم يعالج كل شيء ما عدا الروح، وهكذا أصبح علم النفس علماً يفتقر إلى موضوعه الرئيسي وهو الروح). (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

وهذا القصور في فهم علماء النفس المحدثين للإنسان قد دفع (إبراهام ماسلو) إلى اقتراح تصنيف جديد لدوافع الإنسان يشمل الدوافع الروحية التي يغفلها عادة علماء النفس المحدثون. (نجاتي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

إن الجهود المبذولة في العصر الحاضر آلت إلى تضارب الآراء وتكاثر النظريات وتضاعف الصعوبات أمام وجود الحل لمشكلة الإنسان وعلاقة النفس بالبدن والوصول إلى صورة واضحة لتعريف الكيان الإنساني قصد إدراك مدلوله وتوضيح طرق العلاج للمضاعفات المرضية وتفهم تأثير المعنويات وتأثير الحالات النفسية على الجسم. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ٣).

ولكن يبدو أن هناك اتجاهاً جديداً بدأ يظهر بين علماء النفس والمعالجين النفسيين، يدعو إلى الاهتمام الأكبر بتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في الشخصية ويقول (كاشدان) Sheldon Cashdan بهذا الصدد: (يبدو أن هذا الاتجاه سوف يؤدي بعلماء النفس والمعالجين النفسيين في آخر الأمر إلى تبني وجهة نظر الدين).

(نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٤٧).

إنّ دراسة السلوك الملتزم بتعاليم الدين هو في الواقع من الدراسات المشروعة في علم النفس. (الكبيسي، ١٩٩٦، ص: ٢١).

ويقرر العديد من الباحثين، إنه بالرغم من وجود وجهات نظر قوية تدعم العلاقة بين الدين والصحة النفسية، إلا أن هذه العلاقة لم تأخذ حظها في البحث والتقصي. (موسى، ١٩٩٣، ص: ٥٦١).

إنّ الدراسات النفسية والاجتماعية التي تستعمل مناهج البحث العلمي والتي تناولت (الدين)، هي قليلة بل نادرة، وهي نادرة جداً في استعمال العلاج النفسي - الديني وبالذات الإسلامي. إنّ هذه الندرة في الدراسات والأبحاث يمكن أن تُعدّ مشكلة تواجه كل من يرغب في دراسة الدين، فليس هناك نتائج إحصائية عن طبيعة هذه الظاهرة وليست هناك نتائج دراسات توضح الأبعاد النفسية للدين والمعتقدات المرتبطة بها. كما أن كتب علم النفس العربية، تغفل الإشارة إلى الدين إغفالاً يكاد أن يكون تاماً والبعض يشير إليه لمأماً. في حين يورد كل من شو و رايت Shaw & Wright ما يقارب من (٣٠) استقناء ومقياس للجوانب الدينية لغير المسلمين. (الكبيسي، ١٩٩٦، ص: ٢١).

ويؤكد تركي إته من العسير الخروج بمضمون عام عن العلاقة بين التدين والشخصية، حيث أن المجال يحتاج إلى بحوث أكثر من عينات إسلامية وأخرى غيرها ولمتغيرات عديدة. (تركي، ١٩٨٠، ص: ١٨٧).

مع أنّ الأطباء العرب والمسلمين كانوا أول من استحدث مفهوم الأمراض العقلية وأول من استعمل العلاج الديني للأمراض النفسية بطريقة علمية، إلا إنه من المؤسف حقاً إنهم أهملوا هذا المجال (العلاج النفسي - الديني) واتجهوا للتقليد الأعمى للنظريات الغربية في علم النفس (المطوع، ١٩٨٦، ص: ١٢٣).

وأن هذا التقليد الأعمى هو من أسوأ العلاقات في نهضتنا الحديثة. (أبو العينين، ١٩٨٦، ص: ٦٧)، حتى أصبح الكثير من المتخصصين في علم النفس والطب النفسي

في المجتمعات الإسلامية، هم مجرد نسخة لعلماء الغرب، ولا يختلفون عنهم إلا بكونهم يتحدثون بلغة قومهم. (الحبيب، ٢٠٠٢، ص: ١).

ونتيجة لكل ما سبق ذكره ظهرت صحوة إسلامية، تعم أرجاء العالم الإسلامي عامة والعربي خاصة تنادي بضرورة إيجاد أنموذج نظري نفسي - إسلامي يمكن الاعتماد عليه والرجوع له، لكن دون أن تقدم لنا هذا الأنموذج. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ٤).

إنَّ علم النفس الإسلامي عامة، والعلاج النفسي - الإسلامي خاصة، يمثلان مدرسة نفسية مستقلة، يتوجب دراستها وتوثيقها في كافة المعاهد الدراسية النفسية، وكمنهج ضروري للعلاج السريري أيضاً، إذ أن هذا النوع من العلاج لا يزرع الثقة بالنفس فقط، بل ويدفعها إلى الاطمئنان والاستقرار، وما أحوج المريض إلى كل تلك الثقة وكل ذلك الاطمئنان والاستقرار. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٦).

إنَّ الإسلام منهج لكل العلوم الحقة وليس علم النفس فقط، ولذلك يجب أن نصوغ نظريتنا على أساس من فكرنا الإسلامي، ولكن هذه المهمة ليس بالأمر السهل.

إن الفكر الإسلامي النفسي بحاجة إلى تعميقه في مواد علم النفس ومناهجه وممارسته. ومزيد من الحاجة إلى إجراء أبحاث تجريبية وميدانية في المجتمعات الإسلامية. وأن علم النفس الإسلامي لا يمكن أن يقوم إلا إذا قام العلماء المخلصون بأبحاث تجريبية وميدانية مكثفة على طول العالم الإسلامي وعرضه، بالطريقة التي تسمح للمنظرين النفسانيين المسلمين بوضع نظريات من أصول تجريبية وميدانية مطبقة على أفراد مؤمنين فتخدم هذا الاتجاه المبارك. (بدري، ١٩٩٠، ص ص: ٧٠-٧١).

لقد أغفل الكثير من الباحثين وعلماء النفس، (العلاج النفسي - الإسلامي)، وقد اتجه بعض علماء الطب الحديث إلى الاهتمام به، بعد أن أخفق الطب الحديث ووقف عاجزاً أمام ذلك الداء العضال الذي باتت تشكو من ويلات مجتمعات كثيرة هنا وهناك، وبخاصة المجتمعات الغربية. (النعمة، ١٩٩٨، ص ص: ٣-٤).

ومن المعيب حقاً أن العراق الذي تكونت فيه أولى الحضارات وسباقاً لأي تطور علمي يحصل لخدمة الإنسانية، ومع أنه يدين غالبية أفراده بالدين الإسلامي، ومنه ظهر أغلب العلماء والمفكرين، إلا أنه في (العلاج النفسي - الإسلامي) لم يضع حتى الخطوة الأولى على هذا الطريق (الجديد - القديم) مع أن هناك دول عربية وإسلامية سبقت العراق منذ سنين منها السعودية ومصر ولبنان وباكستان والهند وغيرها. وفي عام ١٩٨٤ تم إنشاء الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية، واعتراف منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٦ بإدخال البعد الروحي كواحد من أبعاد الصحة النفسية، وتأسيس عيادات نفسية ملحقة بالمساجد في عدد من بلدان العالم، وإصدار مجلات بهذا الخصوص (النفس المطمئنة)، وعقد العديد من الندوات والمؤتمرات العالمية، زادت على العشر مؤتمرات. (الراضي، ١٩٩٣، ص ص: ١٨-٢٣).

وبذلك يمكن تلخيص مشكلة البحث الحالي بالنقاط الآتية:

- ١- شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) عالمياً ومحلياً، والارتفاع المتزايد في نسب الإصابة به بين السكان، نتيجة لزيادة ضغوط الحياة عليهم وتعرضهم لأنواع مختلفة من الصدمات النفسية وبأحجام مختلفة من الشدة.
- ٢- خطورة هذا الاضطراب على مستوى عوامل الشخصية لدى الأفراد، حيث إنه يشل حركة الفرد ويجعل منه عالة على نفسه وعائلته ومجتمعه.
- ٣- صعوبة تشخيص هذا الاضطراب لأنه حديث التصنيف عالمياً، ولأنه يتداخل في أعراضه مع أعراض اضطرابات نفسية وعقلية أخرى مثل الكآبة والقلق واضطراب الضغط الحاد (ASD) واضطراب الاعتلال الدماغى (AGI)، كما أن هناك

عوامل عدة تزيد من صعوبة تشخيص هذا الاضطراب.(Fenn, 2002 , PP:1-1) ، كما إنَّ الأفراد يختلفون فيما بينهم في مدى الاستجابة لأعراض (PTSD) (Ursano,2002,P:2) ومما يزيد من صعوبة التشخيص إنَّ (٨٠%) من مرضى (PTSD) يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة، أو قد توجد أعراض نفسية قبل الصدمة. (lange, et al,2000, PP:1039-1042)

٤- هناك صعوبة في التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) فالبرغم من أن الصدمات النفسية سبباً رئيسياً في الإصابة باضطراب (PTSD) لكن ليس كل من يتعرض للصدمة النفسية يصاب باضطراب (PTSD)، كما ان مرضى (PTSD) يختلفون في مقدار وشدة إصابتهم بالرغم من تعرضهم لنفس الصدمة. فهذا يعتمد على عوامل عديدة داخلية وخارجية. (Becky,2002,PP:1-6).

٥- والمشكلة الأصعب هي في علاج (PTSD) بسبب النطاق الواسع من الأعراض المرضية والخواص النفسية والبايولوجية المعقدة. (Healthy living library,2002,P:2).

٦- قلة فاعلية طرائق العلاج الطبي - النفسي وأنواع العلاج النفسي الأخرى في مساعدة مرضى (PTSD) على التخلص من معاناتهم في المجتمعات الغربية مع أن كل أنواع هذه العلاجات هي من نفس بيئاتهم فكيف الحال إذا ما طبقت في مجتمعنا الذي يختلف كثيراً عن مجتمعاتهم؟ مع إنَّ الباحث لم يحصل على دراسة عراقية واحدة استعملت أي نوع من أنواع العلاج في اضطراب (PTSD)، علماً أن جميع الدراسات العراقية لاضطراب (PTSD) هي خمسة فقط، أغلبها دراسات غير منهجية ولم تهتم بالعلاج.

٧- قلة فاعلية النظريات النفسية الغربية في تفسير السلوك الإنساني والتنبؤ به وعلاجه في حال تطبيقها في المجتمع العراقي، وهناك حاجة متزايدة لوضع أنموذج نظري نفسي - إسلامي يمكن الاهتداء به والرجوع إليه لتفسير السلوك الإنساني في المجتمعات الإسلامية، ومع أنّ هناك خطوات على هذا الطريق، لكن لم يوضع هذا الأنموذج لحد الآن.

٨- عدم وجود إطار علمي وأكاديمي واضح وعملي (لعلاج نفسي إسلامي) يمكن أن يكون العلاج الأجدى والأففع في حال تطبيقه في مجتمعنا.

٩- الندرة الكبيرة في الأبحاث التي تناولت متغيري البحث الحالي (المستقل والتابع)، كل على حده أو الأثنين معاً، فلم يحصل الباحث على أي دراسة عراقية تناولت استعمال (العلاج النفسي - الإسلامي) لأي نوع من أنواع الاضطرابات النفسية أو العقلية، وحتى عالمياً لم يتم الحصول سوى على دراسات محدودة عربياً وعالمياً. أما المتغير (التابع) اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) فالبرغم من الكم الهائل جداً من الدراسات العالمية بهذا الشأن لم تجرى في العراق سوى خمسة دراسات أغلبها غير منهجية. أما عن استعمال العلاج النفسي - الإسلامي في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، فلم يحصل الباحث إلا على دراستين فقط، لم تكن بالمنهجية المعتمدة، وكان (PTSD) أحد مهمّاتها وليس المهمة الأصلية.

١٠- إنّ تعرض الناس للصدّات النفسية يزداد عالمياً ومحلياً (بشكل أكبر) يوماً بعد يوم، وإنّ الصّدّات النفسية هذه، تسبب يومياً الكثير من ضحايا (PTSD) الذين أصبحوا عالية على الجميع، وأنّ العلاجات النفسية بكل أنواعها عاجزة عن تخليص الناس من معاناتهم، كما أنه ليس هناك ضمانة بتوفير بيئة نفسية واجتماعية واقتصادية وتخليص الناس من معاناة الصّدّات أو تجنيبهم إياها، ووفقاً لهذا تكون المشكلة الأكبر والتحدي الأساسي أمام علماء النفس، هو في كيفية وضع

ستراتيجية جديدة في الصحة النفسية، تتمثل في الوقاية من آثار الصدمات النفسية، من خلال تدريب الناس على تحمل أعباء الكوارث والصدمات والحروب والشدائد النفسية، لتصبح جزءاً من سلوك المواطن وقدره في الحياة، بحيث يكون قادراً على تقبلها ثم تحمل أوزارها والصبر عليها، وبعبارة أخرى يكون من الخطأ الكبير بحق الأجيال في حال الوعود المستحيلة بتوفير بيئات نفسية ملائمة بعيدة عن الصدمات والكوارث. ووفقاً لهذا التصور يجب أن يكون هدف الصحة النفسية خصوصاً في مجتمعنا هو مساعدة الناس على التعايش مع الصدمات النفسية. وفي القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة ومن خلال العلاج النفسي - الإسلامي يمكن أن نجد حلولاً وافية وكافية لكل هذه المشاكل.

ثالثاً. أهمية البحث والحاجة إليه:

لقد أثار إدراج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) في المراجعة الثالثة لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM, III, 1980) المهتمين بالصحة العقلية والنفسية ودفعهم إلى دراسة مشكلة الصدمة النفسية وحفزهم على البحث والتعمق في فهم هذا الاضطراب. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص:٤).

ولقد أدى ذلك إلى إدخال هذا المفهوم في مجالات علمية عديدة، مثل طب الجملة العصبية (Neurology) وعلم الفسلجة النفسي (Psychophysiology) ونظرية التعلم (Learning Theory) ونظرية التحليل النفسي (Psychoanalysis) وعلم النفس المعرفي (cognitive Psychology) والفلسفة الوجودية (Existential humanistic philosophy) (Shalev,etal,1993,PP:213-215).

ولقد أظهرت الدراسات ذات العلاقة وفي أنحاء العالم كافة، شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، بين السكان في العقد الأخير من القرن العشرين وبشكل متزايد في بداية القرن الحادي والعشرين في ظل عالم مليء بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وازدياد الأحداث الصدمية بكل أنواعها الطبيعية وغير الطبيعية. فقد أظهرت دراسة استبائية في جامعة أمريكية نسبة (٨٤%) لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) ممن تعرضوا لأحداث صدمية. (venderlinder,etal,1993,P:486-487).

وقد كشف المسح الوبائي في سريلانكا في منطقة تعرضت للحرب الأهلية عام ١٩٨٣ عن إصابة (٩٣%) بأعراض (PTSD). (Somasundaram & sirayokan ,1994 ,PP :524) (527-)، وقد وجد (سوتكير، ١٩٩٣) وآخرين إصابة (٧٠%) من بين (٣٦) أسيراً يابانياً، باضطراب (PTSD) من الناجين في الحرب العالمية الثانية. (-Sutker, al, 1993, PP:240) (245). وظهرت دراسة (ديهي، ١٩٩٥) عن إصابة (٥٠%) باضطراب (PTSD) من الجنود البريطانيين الذين عملوا في فرز هويات جثث القتلى في حرب الخليج الأولى (Deahl, ١٩٩١ ,etal, 1994, P:60-65).

أما أعراض (PTSD) الناتجة عن الكوارث الطبيعية فكانت نسبتها اقل انتشاراً من الكوارث غير الطبيعية، كالحروب وغيرها، حيث أظهرت دراسة (كار، ١٩٩٥) عن إصابة (١٨.٣%) بهذا الاضطراب ممن تعرضوا لزلزال ١٩٨٩ في نيوكاسل في أمريكا. (Carr, et al,1995,PP539-555).

وأظهرت دراسة (تيرنر، ١٩٩٥) عن إصابة (١٦.٦%) باضطراب (PTSD) من الناجين في حريق محطة (كينج كروس) في لندن عام ١٩٨٧. (Tarnner, et al .,1995,P:419-427).

أما صدمات الاغتصاب والاعتداء الجنسي فقد أظهرت الدراسات نسبة انتشار أعلى بين المتعرضين لهذه الصدمات قياساً بالصدمات الأخرى. فقد وجد (كوزاريك، ١٩٩٥) نسبة إصابة بلغت (١٠٠%) باضطراب (PTSD) ممن ادخلن إلى مستشفى زغرب للولادة والأمراض النسائية والمراكز النفسية الملحقة بها نتيجة تعرضهن للاغتصاب الجنسي. (Kozaric,et.al.,1995,PP:1128-1133).

وقد وجد (برسلو وآخرين، ١٩٩١) نفس النسبة السابقة من الإصابة بأعراض (PTSD) الظاهرة والكامنة من الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. (Breslau,et.al,1991,PP:216-222). وكشفت نتائج دراسة (باومان، ١٩٩٦) نسبة إصابة بلغت (٩١%) باضطراب (PTSD). عند المرضى المصابين بخراجات صرعية زانقة. (Bawman,et.al,1996,PP:57-63). وكشفت نتائج دراسة (سيلي، وآخرون، ١٩٩٧) وآخرون عن إصابة (٣٧%) بأعراض اقتحامية و (٢٨%) بأعراض تجنب من اضطراب (PTSD) لأشخاص ناجين من حادث اصطدام قطارين لنقل المسافرين في جنوب لندن عام ١٩٨٩. (Selly ,et.al, 1997, PP: 478-482). وأظهرت دراسة (راسخ، وآخرون، ١٩٩٨) عن إصابة (٨١%) باضطراب (PTSD) من النساء الأفغانيات. (Rasekh,et.al,1998,PP:449-455).

أما في العراق فلم يحضى اضطراب (PTSD) بذلك الاهتمام العالمي من

البحث والتقصي في كل أبعاد مشكلة (PTSD)، فلم يحصل الباحث إلا على خمس دراسات عراقية، أكدت جميعها شيوع هذا الاضطراب في العراق. حيث وجد (السامرائي، ١٩٩٤) إصابة (٧١.٩%) باضطراب (PTSD) من الأسرى العراقيين العائدين من إيران. (السامرائي، ١٩٩٤، ص: ٣٩)، ووجد (الكرخي، ١٩٩٤) إصابة (٤٥%) بهذا الاضطراب من مراجعي العيادات الخارجية النفسية. (الكرخي، ١٩٩٤، ص: ١٢٣)، ووجد (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥) إصابة (٥٣%) بهذا الاضطراب من مراجعي العيادات النفسية لمستشفى الرشيد العسكري وابن رشد. (الكبيسي، ١٩٩٥، ص: ٢٤)، ووجد (العطرائي، ١٩٩٥) إصابة (٣٧%) بهذا الاضطراب من أقارب وأصدقاء ضحايا ملجأ العامرية. (العطرائي، ١٩٩٥، ص: ٧٧)، ووجد (الكبيسي، ١٩٩٨) إصابة (٢٢.٦%) باضطراب صدمة بسيط و (٤٢.٦%) باضطراب صدمة متوسط و (٣٤) باضطراب صدمة شديد من مراجعي العيادات الخارجية والاستشارية النفسية. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٩٣).

لقد أهملت دراسة هذا الاضطراب سابقاً من قبل المختصين بالرغم من الشيوع المتزايد له بين الناس، بسبب تعقيد مشكلة (PTSD) من حيث التنبؤ وكثرة الأعراض وتداخلها والتشخيص والعلاج، وأن السبب ذاته المتمثل في تعقيد مشكلة (PTSD) والحاجة إلى الحد منها أو تلافيتها هو الذي جعل الاهتمام يتزايد يوماً بعد يوم بدراساتها. (Tomb, 1994, PP: 237-250). وقد أدرك المختصون في المجالات التطبيقية لعلم النفس والطب النفسي تأثيرات الصدمة على السلوك البشري. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٩). فقد أجمعت أغلب الدراسات على أن المتعرضين للصدمة النفسية يمكن أن يعانون من تعطيل متوقع في الوظائف النفسية. (Rothbam et al, 1992, P: 470) وأن تأثيرات التعرض للصدمة، هي تأثيرات عميقة ويمكن أن تشمل جميع الوظائف الحياتية والسيكولوجية والاجتماعية. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٨).

ويمكن أن تكون ردود الأفعال المباشرة للصدمة النفسية واسعة جداً وتعتمد على طبيعة

الصدمة وخطورتها ودرجة عدم توقعها. (Katz&lehner,1977,P:142)، وإنَّ الكارثة والخسارات المرتبطة بها من التجارب الخطرة جداً على الأفراد، وغالباً ما تستحوذ على جزء كبير من تفكيرهم. (okyama,2002,P:8).

ورغم أنَّ ذكريات الصدمة النفسية مؤلمة، لكن لا يمكن تجاهلها ومن الضروري التعامل مع مشاعر ضحية الصدمة وبشكل سريع ومبكر. (okyama,2002,P:6). لأنَّ اكتشاف اضطراب (PTSD) وتشخيصه في مرحلة مبكرة (قبل تظاهره العيادي الواضح)، يعتبر خطوة رئيسية على الصعيد الوقائي، فإذا لجأ المعالج خلال هذه المرحلة إلى كسر وحدة المريض وجموده وإلى تفتيت صدمته من خلال حوار ثنائي، فإنَّ هذا المعالج يستطيع أن يعرقل سير الاضطراب ويحول دون تحول صدمة المريض إلى بناء هيكل عصابي. (الناقلي، ١٩٩١، ص:٤٢-٤٣).

وتشير الكثير من الدراسات ذات العلاقة، أنَّ أغلب حالات اضطراب (PTSD) لا تتحسن إلا من خلال العلاج، خصوصاً في تطور أعراضه عند الضحية عبر الزمن. (APA,2002,P:3). لأنَّ اضطراب (PTSD) هو مرض ذو ديمومة وهو يتحول إلى مزمن في حال عدم علاجه، وذلك بحيث يمكنه أن يصاحب المريض بقية حياته، ولا تنجح محاولات المريض الذاتية في التخلص من اضطرابه، بالرغم من الجهود التي يبذلها المريض كي يتجنب التفكير في الصدمة، وهذا ما ينطبق مع قول جانيه (Janet): (إذا ما فكر شخص ما بالهرب من ذكرى حادثة مؤلمة عن طريق الرحيل بعيداً عن مكانها، فإنَّ الحزن يصعد على كاهله ويسافر معه أينما رحل). (الناقلي، ١٩٩١، ص:٤٨).

إنَّ أهمية (PTSD) وتأثيره الخطير على الضحية والآخرين وفي جميع المستويات، جعل الاهتمام يتزايد عالمياً وبشكل ملفت للنظر بدراسة مشكلة (PTSD) وفي جميع جوانبها التنبؤية والتشخيصية والعلاجية والوقائية، وقد أجمعت الدراسات إنَّ هذا الاضطراب يمكن أن يُصيب أي شخص تقريباً بغض النظر عن العمر والجنس أو

السلالة والقومية أو الدين. وأن أغلب المصابون به بحاجة فعلية للمساعدة المتخصصة في العلاج من أجل الشفاء من الضرر النفسي الناجم عن الصدمات. (APA,2002,P:3).

إنّ الشيعوع المتزايد عالمياً ومحلياً لهذا الاضطراب، وإدراك مخاطره على الضحية، جعل الكثير من الدول ترصد مبالغ طائلة في علاج (PTSD) وتفتح مراكز متخصصة له، فضلاً عن ذلك في إدراك المتخصصين لأهمية هذا الاضطراب وتأثيره على الضحية، فقد أستعمل من قبل المحامين في الدفاع القانوني لتعويض المصاب، وأصبحت حالات الدفاع المستندة إلى اضطراب (PTSD) شائعة وعلى نحو متزايد، وأصبح هذا الاضطراب حجة لطلب التعويض للعوق والعجز، حيث، يعتبر المصنفون في اضطراب (PTSD) ضمن فئة العوق الشخصي الشامل الذي يتوجب التعويض. (Orner,1992,P:246).

لقد ازداد الاهتمام العالمي بعلاج اضطراب (PTSD). (H.L.L.,2002,P:2). وتحذر الدراسات ذات العلاقة من تطبيق مفهوم (الوصفة الجاهزة) على كل مضطري (PTSD) وتتصح بإعطاء العلاج وفقاً لنوعية الحالة المرضية لـ (PTSD). (American,Rescue Team,2002,P:1). وأن كثرة وتنوع واختلاف أساليب العلاج المستعملة في (PTSD) تؤشر ضعف فاعلية هذه الأساليب في تخليص ضحايا (PTSD) من معاناتهم. وتؤكد الكثير من الدراسات إنّ العلاج الشامل الذي يحوي أكثر من نوع علاجي هو الأكثر فاعلية، حيث أنّ العلاج الدوائي وبالرغم من أهميته، إلا أنه لكي يثبت فاعليته، يجب ان يكون جزءاً من العملية العلاجية الشاملة التي تتضمن معالجة كل عوامل الشخصية الداخلية والخارجية. (Ursano,2002,PP:130-132)، وإنّ أي وصفة دوائية يجب أن تكون جزءاً من عملية العلاج النفسي. (Iango,2000,P:7). ويفضل الكثير من مرضى (PTSD) العلاج النفسي - الجماعي أو الفردي بديلاً للأدوية أو مصاحباً لها من أجل السيطرة على أعراض (PTSD). (Inoue,2002,P:9).

وقد ازداد الاهتمام العالمي بالعلاج الشامل لاضطراب (PTSD) خصوصاً
العلاج الجماعي (A.R.T, 2002,PP:1-5) واستعمل العلاج الجماعي في (PTSD)
بوسائل علاجية مختلفة. (Young & Blak,1999,PP:1-2)، ومن هذه الوسائل
(العلاج النفسي - الديني) الذي ركز على إعادة إحياء معنى لحياة مريض (PTSD)
وتعزيز الإيمان لديه لتقوية إرادته وتصحيح تصورات الخاطئة عن الحياة والموت
والكون. (Hasanovic,2002,P:10). ويعد العلاج النفسي - الديني أحد أنواع
العلاج النفسي، يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية - روحية وأخلاقية. (زهران،
١٩٧٤، ص:٣٧٦).

وبالرغم من أن العلماء العرب والمسلمين، قد سبقوا الحضارة الغربية بمئات
السنين في الدراسات النفسية للدين، إلا أن هذه الدراسات التي تتبع المنهج العلمي لم
تظهر إلا في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين. (الكبيسي، ١٩٩٦،
ص:٥٨)، حيث كانت أعمال ستانلي هول Stanley Hall ١٨٨١ ومن بعده بيورنهام
Burnham ١٨٩١ ودانيلز Daniels ١٨٩٣ ولا نكستر ولوبا وستاروك ووليم جيمس
وكوي ١٩١٦، أدت إلى تكوين فرع جديد في علم النفس سمي (علم النفس الديني)
Psychology of Religion. (clark,1958,PP:18-19). إلا أنه في عام
١٩١٣، ظهر منهج مختلف في الدراسة النفسية للدين عندما نشر فرويد كتابه (الطووم
والتابو) Totem and Tabo الذي حاول فيه أن يعطي تفسيرات سيكولوجية
للحضارات البدائية، حيث أوضح الترابط السيكولوجي بين الطقوس عند الإنسان البدائي
وأنماط السلوك العصابي في الوقت الحاضر والذي خلص فيه فرويد وأهماً بأن (الدين
هو وسواس الشعوب). (Froud,1961,P:61). وقد أستعمل فرويد التحليل النفسي
للدين في أكثر من عملٍ (مستقبل وهم ١٩٢٧) و (موسى والتوحيد ١٩٣٩)، وكذلك
من بعد فرويد تلامذته من أمثال آرنست جونز (Jones) وتيودور رايك (Rike) وأوتو
رانك (Rank). (الكبيسي، ١٩٩٦، ص:٥٩)، ومن بعدهم يونج (Yung) ١٩٣٨
وآدلر وألبورت الذي نشر كتاب (الفرد ودينه) عام ١٩٥٠ أكد فيه (إن الدين هو الوسيلة

الأكثر إقناع التي توحد الأنشطة المختلفة للإنسان الفرد). (Allport, 1960, P:27).

ويجدر الإشارة إلى أنّ مشروعية الدراسة النفسية للظواهر الدينية، كانت قد أقرت في المؤتمر الدولي السادس لعلم النفس الذي عقد في جنيف عام ١٩٠٩، والذي عُقد فيه أيضاً إنه أمر وواجب لأنه لا ينال من هوية الدين وجلاله. هذا الإقرار أدى إلى تطور الدراسات النفسية للظواهر الدينية فيما بعد. (المليجي، ١٩٥٥، ص: ٢٣).

وقد بدأت تظهر حديثاً اتجاهات بين علماء النفس تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية، وترى أن في الإيمان بالله قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية معينة تعينه على تحمل مشاق الحياة وتجنبه القلق الذي يتعرض له كثير من الناس الذين يعيشون في هذا العصر الحديث الذي يسيطر عليه الاهتمام بالحياة المادية ويسوده التنافس الشديد من أجل الكسب المادي والذي يفتقر في الوقت عينه إلى الغذاء الروحي، مما يسبب كثيراً من الضغط والتوتر لدى الإنسان المعاصر وجعله نهياً للقلق وعرضة للإصابة بالأمراض النفسية. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٤٧-٢٤٩)، (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٢٦)، (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ١٧١).

ومن بين علماء النفس المنادين بذلك (وليم جيمس) (wiliam James) الذي قال: (إنّ الإيمان من القوى التي لا بد من توافرها لمعاونة المرء على العيش، وفقده نذير بالعجز عن معاناة الحياة) وقال أيضاً: (إن بيننا وبين الله رابطة لا تتفصم، فإذا نحن أخضعنا أنفسنا لإشرافه تعالى - تحققت كل أمنياتنا وآمالنا)، وقال أيضاً: (إنّ أمواج المحيط المصطخبة المتقلبة لا تعكر قط هدوء القاع العميق ولا تقلق أمنه، وكذلك المرء الذي عمق إيمانه بالله، فإنه لا تعكر طمأنينة التقلبات السطحية المؤقتة، فالرجل المتدين حقاً عصي على القلق، محتفظاً أبداً باتزانته مستعداً دائماً لمواجهة ما عسى أن تأتي به الأيام من صعاب) (كارينجي، ١٩٥٦، ص: ٢٨٢-٣٠١).

وفي اعتراف خطير لفرويد قبيل وفاته، في خطاب سري كتبه لأحد رجال الدين المسيحي ممن كانوا يعملون معه في مجال العلاج النفسي، يقول فيه: (إنّ المرضى

الذين يأتون لديه للتحليل، هم أشياء فقيرة جداً، ولكنك تعمل مع شباب ملتصقون بك شخصياً وهم في حالة مناسبة للأعلاء. وإنك في وضع حسن الحظ لقيادتهم إلى الله وإعادة بناء شخصياتهم، إنك حسن الحظ على الأقل لأن التدين يذهب العصاب). (peterso,1970,P:16). ويقرر البورت (Allport) (إنه يجب الاعتراف بأثر القيم الدينية في تكوين ذات قويه) وينتقد البورت رجال علم النفس والموجهين النفسيين، فيقول: (إنه ليس من حقهم تجاهل الدين، حيث أنه جزء هام من حياة الأفراد). (Allport,1960,P:104).

ويذهب يونج (Carl,G.Yung) إلى القول: (بأنه عالج مئات المرضى وأنّ أشخاصاً كثيرين استشاروه من مختلف بلدان العالم خلال الأعوام الثلاثين الماضية، ويقرر إنه لم يجد مريضاً واحداً من مرضاه ممن تجاوزا الخامسة والثلاثين لم تكن مشكلته في أساسها سوى فقدانه النظرة الدينية للحياة، وأنه لم يتم شفاء أي منهم إلا بعد أن استعاد نظرتة الدينية للحياة). (Yung,1933,P:264).

وعدد من العلماء من ذهب في القول إلى أكثر من ذلك، حيث التأكيد على أن الدين حاجة فطرية متأصلة في النفس البشرية، حيث يقول ماسلو (Maslow) في تعليق له على دراسة (فرانكل) (Frankl) (التسامي بالذات كظاهرة إنسانية) (إنّ الحياة العليا والحياة الروحية تتأصل بقوة في الطبيعة البايولوجية للنوع الإنساني). (ماسلو، ١٩٨٢، ص: ٢٠٨).

أما فروم (A.froumm) فيقول: (ولأن الحاجة إلى مذهب للتوجيه والعبادة جزء جوهري من الوجود الإنساني، فلا وجود في الإنسان مصدر للطاقة أقوى من هذا المصدر، فليس الإنسان حراً في اختيار أن تكون له (مثل عليا) أولاً تكون، ولكنه حر في الاختيار بين ضروب المثل العليا المختلفة، ولا وجود لإنسان بغير حاجة دينية). (فروم، ١٩٨٩، ص ص: ١٤٢-١٤٤).

ويقول المحلل الفرنسي (بريل) (Brill): (إنَّ المرء المتدين حقاً لا يعاني قط مرضاً نفسياً). (كارينجي، ١٩٥٦، ص: ٢٨٦).

ويذكر عالم النفس الأمريكي (هنري لنك) (Link) في كتابه (العودة إلى الإيمان): (إنَّه وجد نتيجة خبرته الطويلة في تطبيق الاختبارات النفسية على العمال في عملية الاختيار والتوجيه المهني، إنَّ الأشخاص المتدينين والذين يترددون على دور العبادة يتمتعون بشخصية أقوى وأفضل ممن (لا دين لهم أو لا يقومون بأي عبادة). (القرضاوي، ١٩٧٨، ص: ٣٤٢).

ويقول الدكتور (أدولف) (Adulf): (لقد أيقنت إنَّ العلاج الحقيقي لا بد أن يشمل الروح والجسم معاً في وقت واحد، وأدركت أن من واجبي أن أطبق معلوماتي الطبية والجراحية إلى جانب إيماني بالله وعلمي به. ولقد أقيمت تلك الناحيتين على أساس قويم. وبهذه الطريقة وحدها، استطعت أن أقدم لمرضاي العلاج الكامل الذي يحتاجون إليه، ولقد وجدت بعد تدبير عميق. إنَّ معلوماتي الطبية وعقيدتي في الله هما الأساس الذي ينبغي أن تقوم عليه الفلسفة الطبية الحديثة. (النعمة، ١٩٩٨، ص ص: ٩-١٠).

أما المفكر الألماني (جيتيه) الذي يقر بحقيقة (الإيمان بالقضاء والقدر) في علاج المصائب فيقول: (إنَّ عقيدة القضاء والقدر عند المسلمين التي تعني إنَّه لا يصيبهم أمر لم يقدره الله الذي يدبر الأمر بإرادته منذ الأزل - تحملهم على مقاومة ظروف الدهر في حياتهم وهم مستريحون لقضاء الله وقدره). (جمال، ١٣٩١هـ، ص: ١٢).

ولاحظ (ستنكل) (stengel): (إنَّ الكاثوليك والأرثيودوكس والمسلمين أقل في

نسبة الانتحار مقارنة بغيرهم). (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٢٦).

ويذكر (أطباء الأكاديمية القومية للدين والصحة والنفسية): (إنَّ ما يعتقد فيه الإنسان يمثل عاملاً حاسماً في صحته النفسية، وتتطوي مشكلات المرض النفسي على اختلال تنظيم الفرد لفلسفته في الحياة، وينسحب ذلك على اتجاهات المريض نحو العالم والأشخاص الآخرين)، ويقول (فرين) الذي ذكر ذلك: (لقد لعب الدين دائماً وفي أوقات وأماكن كثيرة دوره في العلاج، فالقيم المطلقة (ultimate values) للإنسان هي قيم روحية) وهو يرى (إنَّ الدين وعلم النفس يكمل أحدهما الآخر). (فرين، ١٩٧٨، ص: ٥٠٠-٥٠٤).

لقد أيقن الكثير من علماء النفس وأطباءها في الغرب من حقيقة إنَّه ليس هناك خلاص للإنسان من معاناته إلا بالرجوع إلى الله (سبحانه وتعالى) وتعاليم الدين لتبديد القلق والتوتر الذي أصبح سمة العصر، ولم يبقَ هذا اليقين في حدود علماء النفس وأطباءها في الغرب فحسب، بل تعداه إلى عدد من المفكرين الغربيين المعاصرين، فهذا المؤرخ (أرنولد توينبي) (Tounbee) الذي ذكر: (إنَّ الأزمة التي يعاني منها الأوروبيون في العصر الحديث إنَّما ترجع في أساسها إلى الفقر الروحي، وإنَّ العلاج الوحيد لهذا التمزق الذي يعانون منه هو الرجوع إلى الدين). (الجندي، ص: ١٩٥). إنَّ الدين ملاذ عظيم ومنقذ كبير من المشكلات الانفعالية والصدمات النفسية. (موسى، ١٩٩٣، ص: ٥٥٣).

وقد دخل الدين ليس في علاج الأمراض النفسية، فحسب، بل حتى في الأمراض العقلية، فقد أستعمل الدين في علاج الأمراض العقلية في مستشفى بولاية نيويورك، وهو مستشفى خاص بمرتكبي الجرائم من المصابين بالأمراض العقلية، وقد بدأت التجربة بإدخال الدين كوسيلة جديدة للعلاج بجانب الصدمات الكهربائية للمخ. وكانت النتيجة رائعة.. إنَّ أولئك الذين تعذر شفاءهم، بل وفقدوا الأمل فيه، انتقلوا من عالم المجانين إلى عالم العقلاء.. أولئك الذين ارتكبوا أفضع الجرائم وهم مسلوبو الإرادة، باتوا

يسيطرون على إرادتهم وتفكيرهم وتصرفاتهم، ويذرفون الدمع ندماً، وكلهم أمل في رحمة الله ومغفرته. (القرضاوي، ١٩٧٨، ص: ٣٣٤-٣٤٨).

يقول الدكتور (أدولف) أستاذ التشريح في جامعة (سانت جونز): (إن كثيراً من المشتغلين في العلاج النفسي، قد ينجحون في تقصي أسباب الاضطراب النفسي الذي بسبب المرض، لكنهم يخفقون في معالجة الاضطرابات لأنهم لا يلجئون في علاجهم إلى بث الإيمان في نفوس هؤلاء المرضى). (النعمة، ١٩٩٨، ص: ٨).

لقد أجمع جمهور المرشدين والمعالجين النفسيين على اختلاف أديانهم واتجاهاتهم الفكرية، إن الإرشاد والعلاج النفسي، يجب أن يقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية وروحية. (الوتاري، ١٩٩٦، ص: ١٩٦).

وإن تراثنا الإسلامي حافل بالوسائل والأساليب التي تؤدي إلى (العلاج النفسي - الوقائي والعلاجي)، بحيث نستطيع أن نقول بحق، إنَّ هناك ما يمكن أن نسميه (العلاج النفسي - الإسلامي) وإنَّ هذا العلاج، يستطيع علماء النفس المسلمون المعاصرون أن يقوموا على تنميته وازدهاره وتقدمه وتطبيقه على أبناء الأمة الإسلامية لحمايتهم من الإصابة بالأمراض والاضطرابات والأزمات النفسية والعقلية وشفاء المصابين من هذه الأمراض. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٤٥).

إنَّ البحوث العلمية أكَّدت بالبراهين تفوق التعاليم الإسلامية من الناحية العلمية، ومن المؤكد إن مزيداً من البحوث سيكشف عن حقائق أكثر عجباً تشير إلى جلال الإيمان بالله وجمال الاعتقاد في الحياة الآخرة وعظم التأسي والافتداء بنمط حياة الرسول محمد - ﷺ -. (أحمد وأحمد، ٢٠٠٢، ص: ٢).

وفي هذه الأيام هناك صحوة إسلامية مباركة ودعوة إلى التراث الإسلامي الحنيف، ومن هذه الصحوة المباركة، ظهور من يقول، إنَّ هناك في التراث الإسلامي معالم علم النفس الحديث وأصوله وقواعده، وهذه حقيقة تحتاج إلى كثير من البحث والإطلاع لإبراز المفاهيم والتصورات النفسية التي اهتدى إليها إسلامنا، قبل أن يدعي

ابتكارها علماء النفس والتربية. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٤٤-٤٥).

لقد ظهر علم النفس الإسلامي مع ظهور الوحي إلى الرسول محمد -ﷺ- وإن لم يستعمل هذا المصطلح إلا في عهد الإمام الغزالي (٥٠٥هـ)، حيث ورد ذكره في كتابه المعروف (الأحياء)، وبذلك سبق علم النفس الحديث بأكثر من (١٣٠٠) سنة واشتمل العلاج النفسي - الإسلامي على كلا النوعين من العلاج النفسي (الوقائي والعلاجي). (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٦٨).

إن مبادئ الإسلام تقوي التحمل وضبط النفس والتسامح وتعزز قوة الإرادة والثقة بالنفس، وتشيع مشاعر الأمل والتفاؤل وجميع هذه المبادئ تحمي الإنسان من الأمراض النفسية والعقلية مثل القلق والاكتئاب والانتحار. (Abo-AL- (Azayem, 1994, P: 49).

فالحياة الروحية الإسلامية كلها حافلة بما يقي المسلم من الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية، وما يكفل له الشفاء، إذا ما أصيب بأي منها. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٥).

والعلاج النفسي - الإسلامي، يقوم على أساس اللجوء إلى الله (تعالى) عند الشدة، وهذه طبيعة نفسية بشرية، وإن في اتصال الإنسان بخالقه القوي العليم الخبير، رابطة وثقى، تقود حتماً إلى الأمن النفسي، فإذا أفضى إلى الله بمخاوفه ووساوسه وقلقه ولجأ إلى الله تعالى، هدأت نفسه وشعر بالسكينة وبذلك يشفى من الجزع والحزن. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٧٠).

وقد حفلت الرسالة المحمدية بأسس وقائية وعلاجية عديدة في مجال الصحة النفسية، والمدقق في نصوصها يجد كذلك أثرها في مجال (العلاج النفسي - الوقائي والعلاجي). (أبو العزائم، ٢٠٠٢، ص: ١).

لقد كان الرسول محمد -ﷺ- بحق أول طبيب ومعالج نفسي، يشفي العليل عند عيادته ويبرد حر المصيبة على المكلم ويخفف ألم الفراق على اليتيم ويسكن خوف النفوس، وما أوجنا إلى أن نتمثل بالرسول محمد -ﷺ- في كلامه وأفعاله وأعماله وفي معالجته الروحية والنفسية التي تشفي القلوب والنفوس جميعاً. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٧٤).

إنَّ العلاج النفسي - الإسلامي لم يكن علاجاً سريرياً، بل علاجاً تحريضياً إيحائياً للفرد، كما أنه علاج تحريضي سلوكي. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

إنَّ القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، فيهما شفاء للناس، إذا ما أنكب الفرد المؤمن الصادق على قراءتهما بتمعن وتدبر عندها يصل كل فرد إلى ما يصبوا إليه. (طريفة، ١٩٩٤، ص: ٣)، فلاشك ولا ريب إنَّ العلاج بالقرآن الكريم وما ثبت عن النبي -ﷺ- من الرقي هو علاج نافع وشفاء تام. (القحطاني، ١٤١٩هـ، ص: ٧٣).

ولقد ثبت في الصحيحين (مسلم والبخاري) وغيرهما من الصحاح، أنَّ النبي محمد -ﷺ- عالج بالقرآن، لأنه شفاء ورحمة، حسب ما جاء في آيات القرآن الكريم. ولقد اتفق جميع علماء المسلمين على صحّة الاستشفاء بالقرآن الكريم من الأمراض النفسية. (حمزة، ب-ت، ص: ٤٠).

ليس هذا فحسب، بل ذهب عدد من العلماء، إلا أنَّ القرآن الكريم يتضمن شفاء الأبدان أيضاً كما تضمن شفاء الأرواح. ومن هؤلاء العلماء (الرازي والأمام أبو حيان)، (حمزة، ب-ت، ص: ٤١)، والدليل القاطع على أنَّ القرآن الكريم هو الشفاء لكل الأمراض، فقد وردت ست آيات تؤكد عليه صراحة. (انظر ص:)

مع أنَّ كل آيات القرآن الكريم هدفت لإصلاح النفوس. قال تعالى: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢). وقال رسول الله -ﷺ-: ((ابشروا فإنَّ هذا القرآن طرفه بيد الله وطرفه الآخر بأيديكم فتمسكوا به ولن تهلكوا ولن تضلوا بعده أبداً)). وقال -ﷺ-: ((عليكم بالشفائين العسل والقرآن وكلاهما بأمر الله

ورحمة منه)). (رواهما الطبراني وأخرجهما ابن ماجة عن حديث ابن مسعود). وعن أسامة ابن ثريك، عن رسول الله -ﷺ- قال: (تداووا عباد الله فإن الله لا يضع داءً إلا وضع له دواء غير داء واحد هو الهرم). (أخرجه الإمام أحمد، ج ٤، ص: ٢٧٨) و (أبو داود، رقم ٣٨٥٥) و (الترمذي، رقم ٢٠٣٨) و (ابن ماجة، رقم ٢٤٣٦) (وهو متفق عليه). وروي (ابن ماجة) في سننه من حديث علي -ﷺ- عن رسول الله -ﷺ- قال: (خير الدواء القرآن). (سنن ابن ماجة، رقم ٣٥٠١).

وهناك أحاديث نبوية كثيرة تؤكد جميعها على أهمية العلاج الإسلامي للأمراض النفسية. (انظر ص:)، وقال: (ابن القيم الجوزية) في (زاد المعاد) (القرآن هو الشفاء التام من جميع الأدوية القلبية والبدنية وأدواء الدنيا والآخرة، وإذا أحسن العليل التداوي به ووضعه على داءه بصدق وإيمان وقبول تام واعتقاد جازم واستيفاء شروطه - لم يقاومه الداء أبداً، وكيف تقاوم الأدوية كلام رب الأرض والسماء، الذي لو أنزل على الجبال لصدّعها، أو على الأرض لقطعها، فما من مرضٍ من أمراض القلوب والأبدان إلا وفي القرآن سبيل للدلالة على دوائه وسببه والحماية منه، لمن رزقه الله فهماً من كتابه، فمن لم يشفه القرآن فلا شفاه الله، ومن لم يكفه فلا كفاه الله). (حمزة، ب- ت، ص: ٤٢).

أليس القرآن أعظم من قميص يوسف -ﷺ- الذي شفا به عينا أبيه، قال تعالى مذكراً إيانا (جلال قدرته وعظمته ورحمته) في قصة يوسف: ﴿ اذْهَبُوا بِقَمِيصِي هَذَا فَاَلْقُوهُ عَلَىٰ وَجْهِ أَبِي يَأْتِ بَصِيرًا وَأْتُونِي بِأَهْلِكُمْ أَجْمَعِينَ ﴾ (يوسف: ٩٣)، وهو حينما القي على وجه يعقوب ارتد بصيراً، فكيف لا وهو كلام الله الذي لا يبلى وقميص يوسف يبلى، ومع ذلك كان بقدرته -ﷻ- وإرادته، حيث كان سبباً في شفاء يعقوب - من العمى.

ولقد ثبت حقيقة العلاج النفسي - الإسلامي، للأمراض الإنسانية بصورة عامة والنفسية بصورة خاصة، بالتجارب والدراسات التي أجريت أغلبها في مجتمعات غير إسلامية، فقد قامت مؤسسة العلوم الطبية الإسلامية في ولاية فلوريدا الأمريكية باختبار موسع لمعرفة أثر تلاوة القرآن الكريم على نفوس عدد من المرضى، وقد أثبتت هذه الأبحاث وجود أثر مهدد للقرآن الكريم بنسبة ٩٧%. (أبو الفداء، ١٤١٢هـ، ص: ١١).

(أنظر الدراسات السابقة، ص ص:). وقد أثبتت آخر الأبحاث الطبية في مراكز الطب النفسي الأوروبية والأمريكية، إنَّ الأشخاص الذين يتمتعون بإيمان قوي بالله تعالى ويقين بأن كل شيء بيد الله، يتخلصون من المخاوف وتزيد فرص شفاؤهم من الأمراض، خصوصاً (الاكتئاب والقلق)، فقد أثبتت بعض هذه الدراسات، أنَّ الأشخاص الذين يلتزمون بأداء العبادات من (صوم وصلاة.. الخ)، يكونوا أقل إصابة بالأمراض النفسية مثل (الاكتئاب والقلق والوساوس القهرية)، كما إنَّ قوة الواع الديني تمثل حماية من الوقوع في إدمان الخمر والمخدرات. (الشربيني، ١٩٩٩، ص: ١١). والقرآن الكريم فيه من عطاء الله ما تحبه النفس البشرية ويستميلها، إنَّه يخاطب ملكات خفية في النفس لا نعرفها نحن، ولكن يعلم بها الله (سبحانه وتعالى) وهذه الملكات تمارس وظيفتها الرحمانية في النفس البشرية عندما يقرأ القرآن، وإنَّ هذا التأثير هو من الإعجاز الروحي في القرآن الكريم. (عبد الله، ١٩٩٦، ص: ٩). ويقول (سبحانه وتعالى): ﴿اللَّهُ نَزَّلَ أَحْسَنَ الْحَدِيثِ كِتَابًا مُتَشَابِهًا مَثَانِي تَقْشَعِرُّ مِنْهُ جُلُودُ الَّذِينَ يَخْشَوْنَ رَبَّهُمْ ثُمَّ تَلِينُ جُلُودُهُمْ وَقُلُوبُهُمْ إِلَىٰ ذِكْرِ اللَّهِ ذَلِكَ هُدَىٰ اللَّهِ يَهْدِي بِهِ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُضِلِلِ اللَّهُ فَمَا لَهُ مِنْ هَادٍ﴾ (الزمر: ٢٣). إن القرآن الكريم معجز من نواح متعددة وجوانب متفرقة من بينها الجانب النفسي، من حيث هو كتاب هدى وبيان لن يدار الأمر فيه إلا على سياسة النفوس ومخاطبة القلوب ومناجاة الروح. (حمودة، ١٩٦٢، ص: ٧٧).

إنَّ العلاج النفسي - الإسلامي لآثار المصائب والكوارث والشدائد النفسية، يُعد من أبلغ الطرق العلاجية وأنفعها للإنسان في دنياه وأخرته، لأنه يتضمن، إنَّ الأجل

والمال، ملك الله -ﷻ-، وإنَّ الإنسان ليس إلا أمين على ما في يده، فإذا أخذه الله (تعالى) منه فكأنه ردَّ الأمانة إلى صاحبها، وإنَّ هذه الدنيا هي رحلة قصيرة، وإنَّه سيتزكها عاجلاً أو آجلاً، وأنه سيلقى ربه، كما خلق أول مرة بلا أهل ولا مال، وأنما سيلقاه بحسناته أو سيئاته، فإذا كان الأمر كذلك، فكيف يفرح بوجود ويأمن مفقود وهو زائل لا محال راجع إلى ربِّه عن قريب. هذان هما الطريقتان الموصولان إلى التخفيف من وقع المصيبة وهما بلسمان شافيان لما يقع فيه العبد من الحزن والقلق الناتج عن المصيبة (بار، ١٩٩٦، ص: ٩٥).

وبذلك فإنَّ العلاجات النافعة لداء الكرب والهم والحزن الناتج عن المصيبة، نجدتها في العلاج النفسي - الإسلامي، ففيه الشفاء التام من كل داء، ويهدى هذا العلاج. (القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة) وحدهما تستقيم النفس وتشفى من أمراضها. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٢٣٦).

والمؤمن أكثر الناس عرضة للمصائب والمحن على اختلاف أنواعها، فكثرة المصائب لا تدل على أن الله قد أراد بهذا المسلم أن يكون أبي المصائب والمحن، ولنا في قول رسول الله -ﷺ- إحصوة حسنة، حين قال: ((إنَّ الله إذا أحب قوماً ابتلاهم، فمن رضي فله الرضا ومن سخط فله السخط ومن جزع فله الجزع). (متفق عليه). (طريبة، ١٩٩٤، ص: ٢٥).

ولقد بشر الله من خلال كتابه الكريم الصابرين على المصائب بالجنة، بقوله (تعالى): ﴿وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴾ أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ﴾ (البقرة: ١٥٥). وقال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿ لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَى مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ﴾ (الحديد: ٢٢-٢٣).

وقد جاء في المسند عن رسول الله -ﷺ- إنه قال: ((ما من أحد تصيبه مصيبة فيقول: إنا لله وإنا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبي وأخلف لي خيراً منها، إلا أجاره الله في مصيبيته وأخلف له خيراً منها)). (أخرجه الإمام أحمد، ج ٤، ص: ٢٧) من حديث أم سلمة وهو في (صحيح مسلم، رقم ٩١٨).

وإذا أستعد الإنسان لمجابهة الأزمات النفسية (من مصائب ومحن وشدائد وخطوب وابتلاءات) وقد تسلح بـ (لا إله إلا الله) وتوكل على الله ونفذ أوامره، فإن الإنسان لن يصيبه إلا ما كتب الله له، وسيسلم من الأمراض والأسقام - إن شاء الله - وهذا يتطلب الإخلاص في العلم والعمل معاً. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ص: ٧-٨).

إنَّ العلاج بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة وخصوصاً للأمراض النفسية وعلى الأخص الكروب والشدائد والمصائب (الصددمات النفسية) أمر ثابت في الشريعة وواقع الإنسان يؤكد، فكم من مرضى أفعدهم الداء ولا دواء إلا رحمة الله تحيطهم بكرم عفوه وعافيته، وذلك بترتيل آيات من القرآن الكريم فيشفاهم ببركة كتابه. (أبو الفداء، ١٤١٢هـ، ص: ١٠).

والواقع أن في العبادات والعقائد الإسلامية، من الكمالات النفسية والمنافع الاجتماعية، ما لو أدركه المسلمون لأنعكس على حياتهم خيراً وبركة ووحدية وصلاً وإرشاد وعزة وأمناً وسعادة. (علي، ١٣٩٨هـ، ص: ١٧٧).

يقول: (ابن القيم الجوزية): (إنَّ في القلب شعثٌ لا يلمه إلا الإقبال على الله وفيه وحشة لا يزيلها إلا الأُنس بالله، وفيه حزن لا يذهب إلا السرور بمعرفته، وصدق معاملته، وفيه قلق، لا يسكنه إلا الاجتماع عليه والفرار إليه، وفيه نيران حشرات لا يطفئها إلا الرضا بأمره ونهيه وقضائه ومعانقة الصبر على ذلك إلى وقت لقائه، وفيه فاقة لا يسدها إلا محبته والإنابة إليه، وداوم ذكره وصدق الإخلاص له، ولو أعطي الدنيا وما فيها لم تسد تلك الفاقة. (القرضاوي، ١٩٧٨، ص: ٨٧).

لقد بدأ العلاج الديني من المنظور الإسلامي يأخذ مكانة ليس على صعيد المجتمع، وإنما على صعيد المؤسسات الأكاديمية والمؤتمرات العلمية عربياً وعالمياً. ويدعو (صالح والطارق) إلى الأخذ بهذا النوع من العلاج وإغناؤه ميدانياً لتكون الحضارة الإسلامية، قد قدمت جهداً علمياً، نظرياً وتطبيقياً لما فيه سعادة الإنسان واستقراره النفسي سواء أكان مسلماً أو غير مسلم. (صالح والطارق، ١٩٩٨، ص:٢٦٠).

إن في اختيار العلاج النفسي- الإسلامي ليس هو البلمس الشافي لعلاج آثار الصدمات والكروب والشدائد فحسب وإنما هو للوقاية من آثارها وتكوين حصانة نفسية تزيد من قدرة الفرد في التحمل النفسي لمواجهة مصاعب ومصائب الحياة. (المطوع، ١٩٨٦، ص:١٢٤).

ومما سبق تتضح أهمية البحث الحالي بالنقاط الآتية:

- ١- تشير الدراسات ذات العلاقة إلى تزايد الاهتمام عالمياً بدراسة اضطراب (PTSD)، وأكدت هذه الدراسات شيوعه المتزايد بين الناس، وفي الوقت عينه، نرى قلة الاهتمام بدراسة هذا الاضطراب في العراق، مع أن العراق من البلدان التي تتعرض إلى صدمات نفسية كثيرة ومتعاقبة، وإن ندرة الدراسات العراقية في (PTSD)، وخطورة هذا الاضطراب على الضحية والعائلة والمجتمع، والخسائر المادية التي تصرف في علاج هذا الاضطراب على المستوى الشخصي والاجتماعي، تؤكد أهمية هذا البحث ومدى الحاجة إليه.
- ٢- إنَّ البحث الحالي قد يقدم إضافة نوعية وكمية للدراسات العراقية التي اهتمت باضطراب (PTSD) كون هذا الاضطراب سريع التطور عالمياً وفي الجانبين (النظري والعلمي).
- ٣- إنَّ البحث الحالي يقدم نتائج علمية ذات منهجية واضحة يمكن أن تقيّد في الدراسات المقارنة (عبر الثقافية) في موضوع (PTSD).

- ٤- إنَّ البحث الحالي يمثل أول محاولة منهجية تبحث في علاج (PTSD) في العراق، وكذلك أول محاولة علمية تستخدم (العلاج النفسي - الإسلامي) لهذا النوع من الاضطراب.
- ٥- يمكن الاستفادة من نتائج البحث الحالي في تعرف مدى انتشار (PTSD) بين أفراد الشعب العراقي، لتحديد مدى خطورته من أجل الحد منها.
- ٦- كثيراً ما يميل الأطباء وعلماء النفس في العراق لتشخيص هذا الاضطراب على أنه اضطراب (قلق أو كآبة أو هلع أو إدمان كحولي)، وخطأ التشخيص يُولد خطأ في العلاج، وبذلك فإن البحث الحالي هو محاولة لوضع طرائق تشخيصية جديدة تتناسب المجتمع العراقي ووضع الأسس الصحيحة لعلاجه.
- ٧- إن قلة اهتمام الاختصاصيين في الطب النفسي والعلوم النفسية في العراق بدراسة اضطراب (PTSD) يزيد المشكلة تعقيداً، ويحول هذا الاضطراب إلى مزمن وفي حال إهماله وعدم الاهتمام به، يكون من الصعوبة علاجه. فالبحث الحالي محاولة للتنبيه بالخطر الكبير على الفرد المصاب والمجتمع نتيجة إهمال ضحايا (PTSD) في العراق، والتنبيه إلى ضرورة الاهتمام بهم وتشخيص حالتهم وعلاجهم، ليكونوا أفراد فاعلين في المجتمع، لأن الكثير من الدراسات تعدُّ هذا الاضطراب أحد أنواع العوق الشخصي الشامل الذي لا يتطلب الاهتمام به فحسب وإنما يتوجب على الدولة التعويض جراء هذا العوق. (Orner, 1992.P:246).
- ٨- إنَّ أهمية (العلاج النفسي - الإسلامي) المستعمل في البحث الحالي يتمثل في كونه البديل المناسب لمئات من أنواع الأدوية والعقاقير المهدئة التي قد يعود عليها الجسم فتكون مرضاً أو أدهى وأمر من المرض النفسي ذاته. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

٩- إنَّ الأهمية الكبرى لبحث يتناول (العلاج النفسي - الإسلامي) هي في كونه أسلوباً من أساليب الدعوة إلى الله التي حددها (سبحانه وتعالى) بقوله: ﴿ وَلِتَكُنَّ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴾ (آل عمران: ١٠٤)، فإنَّ ما يقوم به الباحث أساساً ما هو الإجزاء من الواجب الإلهي في الدعوة إلى الخير.

١٠- وفي الأهمية النظرية للبحث، هو محاولة لإعداد أنموذج نظري (نفسى - إسلامي) مستنداً إلى القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، وتجريب هذا الأنموذج في مجال آثار الصدمات النفسية، ليكون هذا الأنموذج مرجعاً للباحثين المسلمين في مجال علم النفس والطب النفسى بدلاً من الاستناد إلى النماذج النظرية الغربية العقيمة.

١١- إن البحث الحالى، محاولة لوضع الأسس النظرية والعملية للعلاج النفسى - الإسلامى الذى يأخذ بنظر الاعتبار التطورات الحديثة فى العلاج النفسى ويستند إلى القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة والتراث العربى الإسلامى، بحيث يصبح عقيدة علمية علاجية بعيدة عن دجل المشعوذين وحساسية العلماء والباحثين تجاه الدين. قال تعالى: ﴿ وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ﴾ (الإسراء: ٨٢).

رابعاً. مبررات البحث:

أ- إن ما يبرر دراسة اضطراب (PTSD) هو:-

١- تعرض المجتمع العراقي في تاريخه المعاصر إلى سلسلة متعاقبة من الصدمات النفسية، نتيجة للظروف غير الطبيعية التي تعرض لها أفراد هذا المجتمع طيلة هذه السنين، وتشير الدراسات ذات العلاقة أن التعرض للأحداث الصدمية يمكن أن يتسبب بالإصابة في اضطراب (PTSD) الذي يشكل خطورة على الفرد المصاب والمجتمع.

٢- إن حداثة موضوع (PTSD) في التصنيفات الطبية والعالمية والتعديلات المتكررة التي تجرى عليه عالمياً، يبرر إجراء المزيد من الدراسات وفي بقاع مختلفة من العالم ولجوانب مختلفة من هذا الاضطراب من حيث (الأسباب والأعراض ومعايير التشخيص والعلاج والتنبؤ والوقاية للوصول الى تصنيف ثابت لهذا الاضطراب.

٣- إن المتعرضين للصدمات النفسية والذين يعانون من اضطراب (PTSD)، أو المتعاملين مع ضحاياه، يدركون تماماً مدى وطأة المعاناة النفسية والجسدية والاجتماعية، جراء الإصابة بهذا الاضطراب، وهذا ما يبرر إجراء البحث الحالي كنوع من المساعدة التي تقدم لضحايا (PTSD) للتقليل من معاناتهم، أو لتقديم ما هو مناسب لتجنب إصابة المزيد من أفراد المجتمع مستقبلاً بهذا الاضطراب.

ب- إن ما يبرر الاعتماد على المنظور السيكلوجي في الإسلام واستعماله في البحث

الحالي هو:

١- إن الإسلام دستور الهي حُدد بموجبه ما يلائم طبيعة الإنسان في شتى العصور والأحوال، ولذلك يأخذ الصدارة في كل ما هو نابض ومورق طبقاً لما يمتاز به من حيوية وشمولية. (الكبيسي، ١٩٨٧، ص: ٢١). ولأنه دين الله (سبحانه وتعالى) وكلام إلهي، ولأنه حقائق مسلم بها لا حاجة لاختبارها وإنما يجب التسليم والإيمان المطلق بها، لأنها صادقة صدق مطلق عبر الزمان والمكان، من أجل كل هذا،

فإن الاعتماد على الأديان السماوية بعامّة والدين الإسلامي خاصة، يعطي الباحثين ثقة تامة في تفسير السلوك الإنساني، أفضل بكثير من النظريات النفسية التي تتغير وتتبدل عبر الزمان والمكان بحيث أثبتت عجزها من أن تجد تفسيراً وتصوراً حقيقياً لفهم الطبيعة البشرية.

٢- فشل النظرة (أحادية القطب) إلى الإنسان، أي كان نوعها (مادية، روحية، فردية جماعية، وراثية، بيئة... الخ). بينما المنهج الإسلامي قائم على المفهوم التكاملي الحقيقي لطبيعة الإنسان، فهو قائم على التوازن بين ما هو مادي أو معنوي، بين المعرفي والانفعالي والاجتماعي والبايولوجي والروحي، ضمن سياق فريد من نوعه في الدينامية المتمثلة بالنفحة الإلهية (الروح) التي تعطي لهذه الطبيعة سرها الخاص.

٣- إنَّ منهج التربية الإسلامية (وحده) الذي يصل الإنسان بخالقه ويصله بالأرض وبالإنسان والمجتمع وبنفسه، ويصله بالحياة الدنيا والآخرة، وهو حين يدعوه إلى عبادة الله الواحد الأحد يؤمن بأنَّ العبادة لا تمنع من أن يحيا الإنسان حياته ضمن حدود الله، بحيث يكون أخلاقياً في كل سلوكه، ربانياً في كل اتجاهاته. (الجندي، بت، ص: ١٦٤).

٤- يسعى الإسلام لإعداد (الإنسان الصالح) في كل بقعة من بقاع الأرض وتحت أي سماء وشعاره دائماً حسب (قوله تعالى): ﴿إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ﴾ (الحجرات: ١٣).

٥- إنَّ نظرة الإسلام إلى النفس نظرة كلية واحدة لا تتجزأ، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً﴾ (النساء: ١). وقال تعالى: ﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ❀ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ❀ قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا ❀ وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا﴾ (الشمس: ٧-١٠).

٦- إنَّ حركة الإسلام المتمثلة بالقرآن الكريم وسيرة الرسول محمد -ﷺ- ليست بالنسبة للعرب حادثاً تاريخياً فحسب، تفسر بالزمان والمكان وبالأسباب والنتائج، بل ترتبط

- ارتباطاً مباشراً بالحياة المطلقة للعرب. (السامرائي، ١٩٨٥، ص: ١٠).
- ٧- إنَّ المنظور السيكولوجي في الإسلام هو منظور تكاملي يَعُدُّ الإنسان هو الغاية والوسيلة، ويعتمد مبدأ الدينامية الكلية ليس للعوامل الإنسانية الشخصية فحسب، بل لتكامل الإنسان والوجود معاً. وإنَّ أي خلل في الوجود والنظام الكوني من شأنه أن يؤثر سلباً على حياة الإنسان، والعكس صحيح.
- ٨- إنَّ المنظور السيكولوجي في الإسلام، يعدُّ المصائب والكوارث بأنها ابتلاءات من الله (العزيز القدير) إلى الناس، وهي امتحان للإنسان، والصبر عليها هو من دلالتها النفسية الوقائية والعلاجية.
- ٩- إن المنظور السيكولوجي في الإسلام ينظر إلى الموت ليس نهاية حياة كما في النظريات النفسية - الغربية، وإنما بداية حياة أبدية، يكون مصيرها، جنة أو نار، بحسب سلوك الإنسان في الحياة الدنيا. وإن تعميق الإيمان بهذه الحقيقة من شأنه أن يعدّل من سلوك الإنسان ويكون أكثر قدرة على تحمل الكوارث والصدمات النفسية، (لأنها مواجهة حقيقية مع الموت). (النايلسي، ١٩٩١، ص: ٧).
- ج- إنَّ ما يبرر استعمال العلاج النفسي - الإسلامي في البحث الحالي هو:
- ١- إنَّ في العقيدة الإسلامية، نظرة متفائلة حول قدرة الإنسان في التغلب على مشاعر الخطيئة والأثم، ولهذه النظرة، تأثير علاجي عظيم، قال تعالى: ﴿قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾ (الزمر: ٥٣).

٢- إنَّ شخصية المسلم مجبلة للإيمان بالله، وإنَّ هذا الإيمان بالله، يجب أن يكون هو القاعدة لعملية العلاج بكاملها، وإنَّ هذا الإيمان بالله يمكن ان يحركه المعالج في نفس مرضاه الذين يتعرضون لصدمات نفسية، ليكون بمثابة تدعيم لهم في مواجهتها. قال تعالى: ﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاغِبُونَ﴾ أَوْلَيْكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأَوْلَيْكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴿ (البقرة: ١٥٥-١٥٧).

٣- هناك إمكانات علاجية في المجتمعات الإسلامية ، متمثلة في الترابط العائلي والاجتماعي. (المهدي، ١٩٩٠، ص٥٧).

٤- إن ما يبرر استعمال (العلاج النفسي- الإسلامي) في مجتمعنا هو إن ثقافة أفراد المجتمع وطبيعة تكوين شخصياتهم مهياة للتفاعل والاستجابة لهذا النوع من العلاج.

٥- من السهولة على المريض في مجتمعنا، التعامل والتفاعل مع مفردات (العلاج النفسي- الإسلامي) لأنها من ثقافته ودينه وحضارته، لكنه يجد صعوبة كبيرة في الكلام الغامض المعقد الذي يستعمل في العلاج النفسي-الغربي، الذي يستخرج من بعض النظريات الغربية المعرضة دائماً للانتقاد والفضل. (عمار، ٢٠٠٢، ص١)

٦- لأنه اصبح محظوراً على أي معالج نفسي، ان يستعمل منهجاً علاجياً لا يتسم بالطابع الإنساني والأخلاقي في معالجة المريض، وأن ما يبرر استعمال (العلاج النفسي- الإسلامي) هو في كون هذا العلاج قائماً أساساً على الطابع الإنساني والأخلاقي. (العيصوي، ١٩٧٩، ص٢١)

خامساً: أهداف البحث وفرضياته

أ- أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى:

١- الكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD).

٢- بناء برنامج علاجي (نفسى - ديني) يعتمد المنظور السيكولوجي في الإسلام من خلال القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.

٣- معرفة اثر العلاج (النفسى - الدينى) في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية.

ب- فرضيات البحث: (الفرضيات الصفرية)

١- لا يؤثر البرنامج (العلاجى النفسى - الإسلامى) الحالى فى خفض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) لدى المجموعة التجريبية، الذين يخضعون لهذا البرنامج العلاجى موازنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا أى نوع من العلاج.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بين التشخيصين (القبلى والبعدى)، لدى أفراد المجموعة التجريبية، الذين يخضعون للبرنامج العلاجى.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بين التشخيصين (البعدى والمتابعة)، لدى أفراد المجموعة التجريبية، الذين يخضعون للبرنامج العلاجى.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بين التشخيصين (القبلى والبعدى)، لدى أفراد المجموعة الضابطة، الذين لم يخضعوا للبرنامج العلاجى.

٥- لا توجد فرزق ذات دلالة إحصائية فى درجة الإصابة باضطراب (PTSD) فى التشخيص القبلى بين المجموعتين (التجريبية والضابطة).

سادساً: حدود البحث

اقتصر البحث الحالي على:-

مراجعي العيادات النفسية في المستشفيات التخصصية النفسية والوحدات الاستشارية النفسية في المستشفيات الحكومية ومركز تسلم الأسرى العراقيين العائدين حديثاً من إيران والمتعرضون للصدمة النفسية الذين يراجعون الباحث لغرض الاستشارات النفسية والراغبون في العلاج النفسي الإسلامي عن طريق إعلان نشر في جامع بغداد (مجمع باب المعظم)، كل هؤلاء الأشخاص من المسلمين الذكور ومن الفئة العمرية (١٩-٥٩) سنة.

سابعاً: المصطلحات المعتمدة في البحث

اعتمد الباحث المصطلحات الآتية، لانسجامها مع متطلبات البحث الحالي:

١- الصدمة النفسية: (Traumatic stress) تعرض الفرد إلى حدث مفاجئ وغير

متوقع يتوافر فيه الشرطان الآتيان:

أ- خبر الفرد أو شهد أو جوبه بحدث أو أحداث تتضمن موتاً محققاً أو تهديداً به،

أو إصابة خطيرة، أو تهديداً لسلامته أو سلامة الآخرين الجسدية، (مثل

تعرض الشخص إلى الكوارث الطبيعية كالزلازل أو الفيضانات.. أو إلى

الكوارث البشرية كالحروب والأسر أو حوادث السيارات، أو السطو المسلح أو

الاغتصاب الجنسي أو الحرائق.... الخ).

ب-رد فعل الشخص يتضمن الخوف الشديد أو العجز أو الرعب.

(DSM,IV,1994)

٢- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (Post Traumatic Stress Disorder (PTSD

وهو اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية Traumatic Stress،

وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة، ويكون من الشدة بحيث يصبح مرهقاً،

ويتميز باستمرار إعادة خبرة الحدث الصدمي، وتجنب متواصل للمثيرات المرتبطة

بالصدمة (من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص) وتراج في القدرة على

الاستجابة (كالتذكر والعجز والانعزال وقصور في المشاعر الوجدانية)، والمعاناة

من أعراض الاستشارة الدائمة (كصعوبات في النوم أو التركيز أو ازدياد التوتر

والتيقظ)، وتكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر، وهو بثلاثة مستويات من

الشدة (الحاد والمزمن والمتأخر الظهور) ويؤثر هذا الاضطراب على سلامة الأفراد

بشكل جدي من النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.

(ABA;DSM,IV,1994).

٣- العلاج النفسي - الديني:

هو أحد أنواع العلاج النفسي، يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية روحية وأخلاقية، وهو أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم، يقوم على معرفة الفرد لنفسه ودينه وربه والمبادئ الروحية والأخلاقية ويسير العلاج النفسي - الديني في خطوات (الاعتراف - التوبة والاستبصار). (زهران، ١٩٧٤، ص: ٣٧٦-٣٧٧) .
(عمار، ٢٠٠٢، ص: ٢).

٤- العلاج النفسي - الإسلامي:

وهو إحدى وسائل العلاج النفسي - الديني، الذي يتعلم من خلالها الفرد طرائقاً أفضل من عادات التفكير، والاعتقاد والسلوك في جو من الوعي المعرفي، والتوجيه الإرادي والسلام الروحي، ويقوم هذا العلاج على عناصر أساسية هي (التوبة وتصحيح التصورات والمفاهيم والإيمان والعبادات وقراءة القرآن وذكر الله والدعاء والصبر والعمل الصالح والرقية الشرعية). (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٩٠-١٢٣). وهو يتبنى أسلوب الإقناع عن طريق الموعظة، وعليه فإنه يتم توجيه المسلم إلى ذكر الله وتوجيهه إلى أداء الصلاة والصيام وغيرها من العبادات الإسلامية، وكذلك يتوجه إلى تحرير المريض من مشاعر الخطيئة والإحساس بالذنب ويفتح أمامه باب الأمل والرجاء في غفران الله وسعة رحمته، ثم تبصير المريض بواجباته الدينية وتشجيعه على أداءها. وبذلك يكون دور المعالج هنا، هو السعي الحثيث بنية خالصة لله لمساعدة المضطرب ليحل جميع المشكلات التي تواجهه وهذا لا يمنع من الاستفادة من المعلومات الحديثة والتقنيات المتوافرة في العلاج النفسي التي لا تتعارض مع الشرع. (صالح والطارق، ١٩٩٨، ص: ٢٥٨-٢٦٠).

٥- العلاج النفسي - الجمعي (الجماعي):

هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه اضطراباتهم معاً، في جماعات صغيرة،

يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد، وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم إلى اضطرابهم. (زهرا، ١٩٧٤، ص: ٢٨٢).

٦- العلاج النفسي الجمعي - الإسلامي:

هو وسيلة من وسائل العلاج النفسي - الديني، يهدف إلى مساعدة المريض على التغيير فكرياً وشعورياً وسلوكياً وروحياً بشكل يساعده على التصالح العام مع (نفسه ومجتمعه والكون والتصالح مع الله) وهو لا يختلف عن العلاج الإسلامي الفردي، إلا بكونه يتبنى أثر الجماعة في تعديل سلوكها. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٢٦).

٧- البرنامج:

هو مجموعة أو سلسلة من النشاطات أو العمليات التي ينبغي القيام بها لبلوغ هدف معين، وهدف البرنامج هو تنظيم العلاقة بين أهداف الخطة ومشروعاتها وطريقة تنفيذها. (osipow,et.al,1970,P:3)، وهذه الخطة تتضمن أنشطة وعمليات تستهدف مساعدة الفرد على الوعي بسلوكه ومشكلاته وتدريبه على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن الحلول اللازمة للمشكلات وتحرير طاقات الفرد الكامنة وتنمية قدراته ومهاراته. (عريبات، ٢٠٠١، ص: ١٦).

الباب الأول: اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

أولاً: تطوره دراسته

إن أقدم قصة حول عصاب الصدمة النفسية (Traumat Stress Disorder) هي قصة محارب أثينا، الذي ذكره هيرودوتس، الذي أصيب بالعمى نتيجة لمجابهته لعدو ضخم الجثة جعله يحس أن موته بات وشيكاً.

ويذكر أن (ابن سينا) هو أول من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية إذ قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون أن يستطيع أحد منهما مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره، ومن ثم موته، وذلك على الرغم من إعطائه كميات الغذاء نفسها التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. (النايلسي، ١٩٩١، ص: ١٦).

إن تسمية وضعية الشعور بتهديد الحياة (اقتراب الموت) باسم العصاب الصدمي، هي تعود إلى العالم (Oppenheim)، حين أطلق هذه التسمية عام (١٨٨٤)، وقد كان له الفضل في عزل هذا العصاب وتمييزه بوصفه يخلق آثاراً نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب للأحداث الصدمية. وزاد الاهتمام بعد ذلك بدراسة هذا الاضطراب أبان الحربين العالميتين الأولى والثانية حتى تحول إلى اختصاص متفرد هو (علم نفس الكارثة)، (النايلسي، ١٩٩١، ص: ١٨-١٩).

وتعددت الأسماء التي كانت تسمى بها مجموعة الأعراض التي تعقب الأحداث الصدمية أو الصدمات النفسية ومنها:

١- صدمة القنابل Shell Shock (Myers,1940)

٢- صدمة البدن Physioneurosis (Abraham Karbiner,1941)

٣- رهاب الصدمة Traumato Phobia (Rado,1942)

٤- عصاب الحرب War neurosis (Grinker & Spiegl,1943)

٥- انفعال الصدمة Cross Stress Reaction (DSM-I-1951)

٦- الاضطراب الوضعي العابر (DSM-II-) Transient Situational Disturbances العابر
(1968)

٧- متلازمة صدمة الاغتصاب (Burgess) Rape trauma Syndrome
(Holstrom,1974)

٨- متلازمة الناجون (Kijak & Funtowicz,1982) Survivor Syndrome

٩- الصدمة العصبية (Page,1985) Nervous Shock

(Becky,2002,P:1)(Healthy Living Library,2002,P:1)(Parson,1985, P:171)
(الكبيسي، ١٩٩٨، ص:٢)

١٠- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) Post Traumatic Stress Disorder

(DSM-III, 1980) (DSM-III-R, 1987) (ICD-10, 1990) (DSM-IV, 1994)

في التصنيفات الدولية احتل PTSD الرقم (٥) من اضطرابات القلق Anxiety Disorder في الكتيب التشخيصي (Manoal)، وهو متخصص في الأمراض النفسية والعقلية (حسن، ٢٠٠١، ص:١٨). واحتل الرقم (٨) من اضطرابات القلق في المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV). (APA,DSM-) (IV,2000,P:412). والرقم (F.43) من اضطرابات القلق في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-IO) (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦، ص:١٥٢).

ويكتب بالعربية تحت مصطلحات عدة منها (العصاب الصدمي، أو الرضحي) (النابلسي، ١٩٩١، ص:١٥)، و (عقبى الكرب الرضحي) (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥، ص:٦). و (الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة) (النابلسي، ١٩٩١، ص:٢١)، و (اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة). (السامرائي، ١٩٩٤، ص:٣٩)، وسمي (اضطراب عقابيل التعرض للشدائد النفسية) (العطرائي، ١٩٩٥، ص:٧)، وسمي (اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية)، (الكبيسي، ١٩٩٨، ص:٤). وهو عند المحللين النفسيين يسمى (عصاب الصدمة)، وعند الأطباء النفسيين يسمى (وضعية الكارثة)، وعند علماء النفس العياديين والصحة النفسية يسمى (الصدمة النفسية)، (النابلسي، ١٩٩١، ص:٦-٦)

(٧).

ولكون تخصص الباحث، وطبيعة البحث يقعان ضمن التسمية الأخيرة فقد سُمي هذا الاضطراب (PTSD) في البحث الحالي بـ: اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD).

ثانياً: طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

وهو اضطراب ضغطي يلي الصدمة، ويحدث بعد تجارب مرعبة (Inoue,2002,P:1) يصيب الكثير من الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث صدمية (كالاعتداء أو العنف الأسري، أو الحروب، أو الكوارث الطبيعية، كالفيضانات، والهزات الأرضية، وغيرها والكوارث المصطنعة كالاقتداءات العنيفة، والاعتداءات، والتعذيب، والأسر). (APA,2000,P:1).

وهو اضطراب مرهق يلي حادثاً مرعباً، يعاني المصابون به من أفكار مرعبة مستعصية، وذكريات مؤلمة عن الحادث وشعور بالبرود الانفعالي. وأن الحادث الصدمي الذي يسبب اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) ينطوي دوماً على تهديد الحياة، والإنذار بقرب الموت. (Becky,2002,P:1)

يستذكر المصدومون دوماً حادث الصدمة على نحو كوابيس وأستذكارات مزعجة خلال النهار، وقد يعانون من مشاكل في النوم، والكآبة والشعور بالانعزال، والبرود العاطفي، وانعدام الحس، وسرعة الجفلة (الجفلة المفرطة)، وقد يتلاشى الاهتمام بالأمر التي اعتادوا على ممارستها. وقد يشعرون بالهيجان، والعدوانية أكثر من ذي قبل، وأشد قوة وعنفاً، وعادة ما يثيرهم أشياء تذكرهم بالحادث، مما قد تؤدي إلى اجتابهم لأماكن ومواقف معينة تثير الذكريات الأليمة لديهم، وغالباً ما تكون الذكرى السنوية للحادث الصدمي هي الشرارة التي تشعل هذا الاضطراب، وتثير أعراضه الشديدة.

قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بالكآبة، أو العدوانية الشديدة، أو القلق.

وتتراوح شدة الأعراض من المعتدلة إلى الحادة، وقد تكون هذه الأعراض سهلة التهيج، وتولد نوبات عنيفة، ففي الحالات الحادة يعاني المضطربون سوء تكيف في العمل، والعلاقات الاجتماعية، وأن المضطرب يتعرض إلى استرجاعات عن الحوادث الصدمية على شكل صورة أو أصوات، أو روائح، أو مشاعر يتوهم أن حادث الصدمة يعود ثانية. وفيما يخص قسم من المصابين فإن أعراض (PTSD) تكون قصيرة الأمد وسريعة الزوال، لكن القسم الآخر يعاني باستمرار لشهور، أو سنوات، ولا يتحسنون إلا من خلال التداخل العلاجي. (APA,2002,PP:1-4).

ثالثاً: الأحداث الصدمية (Traumatic Events)

تُعدُّ الأحداث الصدمية من الأسباب الرئيسة المؤدية للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، مثل المواقف الخطرة التي تقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية الاعتيادية. وتنتج هذه الأحداث الصدمية ردود فعل عنيفة لدى أي شخص تقريباً، ويحتاج الشخص المتعرض لها، جهوداً كبيرة ومدة طويلة لإعادة التكيف. (Atkinson,etal,1990,PP:565-566).

فالصدمات، أو الأحداث الصدمية التي تتناول العنف بين الأفراد، والاعتداء الجنسي، أو تهديد الحياة، والإصابة الجسدية، والخسارة النفسية البليغة ومواجهة الأفراد، والجماعات بمطالب أكبر من طاقتهم، تجعلهم يعانون من الاضطراب، ويصعب عليهم التكيف، وأن أي فرد تعرض لخبرة صدمية مباشرة أو من خلال ملاحظة الأحداث الصدمية، يمكن أن يعاني من تعطيل متوقع في الوظائف النفسية. وهو يتطور استجابة لحادث صدمي فقط. (Rothabam,etal,1992,PP:455-475) فهو لا يمكن أن يظهر جراء الحوادث الضغوية الأخرى مثل العمل والطلاق. (Becky,2002,P:2).

ويمكن أن تكون ردود الفعل المباشرة للأحداث الصدمية، واسعة جداً وتعتمد على طبيعة الصدمة وخطورتها، أو الكارثية، ودرجة عدم توقعها. (Katz&Lehner,1977,P:142).

وإن الأحداث الصدمية المسببة لاضطراب (PTSD) هي ليست المتعلقة بالحروب، وكوارثها فقط، وإنما هذا الاضطراب ممكن أن يسبب عن الكثير من أنواع الصدمات التي تتطوي على تهديد الحياة، وبإمكانه أن يصيب الذكور، والإناث على حد سواء، ويصيب الأطفال مثلما يحدث عند البالغين، لكن ليس كل من واجه صدمات نفسية يحتاج العلاج، ففهم قد يشفى بمساعدة الأصدقاء (النصيحة، والإرشاد والإسناد)، أو بمساعدة الواعظ الديني، لكن الكثيرين بحاجة فعليه للمساعدة المتخصصة في العلاج من أجل النجاح في الشفاء من الضرر النفسي الناجم عن الصدمات أو الأحداث الصدمية، أو رؤية حادث صدمي، أو المشاركة فيه. (APA,2002,P:3).

رابعاً: تطور الصدمة النفسية عند الضحية

لابد من تذكر التجربة الصدمية من أجل التعامل، مع مشاعر ضحية هذه الصدمة، كما يجب على الضحية أن تستدعي التجربة الصدمية إلى الوعي، ولكن حذار من استدعاء المعنى العام للتجربة، وتقبله، ومع ذلك، ومن أجل تقبل التجربة، والتفيس عنها من الضروري لضحية الصدمة أن يعيد استذكار التجربة، ومعاناتها، والشعور بألمها وخوفها. (Inoue,2002,P:7).

إن الكارثة، والخسارات المرتبطة بها، من التجارب الخطرة جداً على الأفراد وغالباً ما تستحوذ على جزء كبير من تفكيرهم. إن ذكريات مخاطر التجربة الصدمية تبقى في الوعي لا إرادياً، ولذا يكون ضحية الصدمة متردداً جداً في التطرق للتجربة الصدمية بسبب فقدان الثقة الناجم عن إعادة الاستذكار، أو خوض تجربة المشاعر المرتبطة بالصدمة، والخوف من أنها ستكون مؤلمة جداً. أن التذكر المتكرر لتجربة الصدمة ينطوي على خطر أن تصبح الصدمة ذات أثر أسوأ في حين أن تحاشيها عقلياً هو آلية غريزية في الدفاع عن النفس. (Okuyama,2002,PP:2-10).

إن ضحية الصدمة تجمد مشاعرها وبذلك تكون أقل تأثراً بها. أن آلية الدفاع هذه تكون فاعلة بين الحين والآخر وتعمل على حماية الفرد. مع ذلك فإن عزل التجربة عن

الذات يتم المحافظة عليه عن طريق التوتر العضلي ويسبب آثار مؤذية عندما يستمر لفترة طويلة. (Inoue,2002,PP:1-13).

رغم أن ذكريات الصدمة النفسية مؤلمة، لكن لا يمكن تجاهلها. أن عزل المشاعر بشكل أولي في الدفاع النفسي، يعني أن جزءاً من ذات ضحية الصدمة قد افتقد، وأن القابلية على توحيد ذات المرء فقد افتقدت أيضاً، وبذلك ينتج الوهن وجمود المشاعر، فضلاً عن أن كون المشاعر المؤلمة يمكن أن يكون له تأثيرات عكسية على هيكل العقل، مثل نوبات الهلع المفاجئة والاضطرابات الجسدية... الخ. وبالتالي يكون من الضروري التعامل مع مشاعر ضحية الصدمة التي قد تم عزلها سريعاً بشكل مؤقت وإعادة توحيدها بالذات. (Okyama,2002,P:6).

خامساً: أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

اختلفت الدراسات في التركيز على أعراض (PTSD)، منهم من ركز على أعراض التجنب (Young,1985) (Pynoos,et,al,1987,PP:1046-1057)، ومنهم من ركز على الكآبة، والقلق (الناشئ عن الصدمة النفسية وليس لأحداث الحياة الأخرى) وكذلك المخاوف المرضية واضطراب الهوية، واضطراب الإحساس بالزمان، والمكان، والأعراض السايكوسوماتية، والشعور بالذنب، والجروح النفسية (Psychic Vulnerability) والأفكار الاقتحامية عن الحادث. (Niederland,1987,PP:413-420).

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فقد طورت، وعدلت من تصنيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) ابتداءً من الطبعة الأولى عام ١٩٥١ (DSM-I-1951) مروراً بالطبعة الثانية عام ١٩٦٨ (DSM-II,1968)، والطبعة الثالثة عام ١٩٨٠ (DSM-III,1980) والمراجعة الثالثة المعدلة عام ١٩٨٧ (DSM-III-R1987)، والمراجعة الرابعة عام ١٩٩٤ (DSM-IV,1994)، ووردت هذه الأعراض في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ١٩٩٠ (ICD-IO,1990). وقد أعتمد الباحث التصنيف الرابع والأخير للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV,1994) لحصوله على تأييد واسع من قبل الكثير من الدراسات.

(Inou,2002,P:1) (Lange,2000,PP:1035-1046)، وإن (٨٠%) من دراسات (PTSD) اعتمد هذا التصنيف (Ursano,2002,PP:130-132)، وكذلك فإن مقياس (الكبيسي، ١٩٩٨) المعتمد في هذا البحث مبني على معايير هذا التصنيف: لأنه أحدث تصنيف للأمراض النفسية، والعقلية، والاضطرابات السلوكية.

أعراض اضطراب PTSD حسب تصنيف (DSM-IV,1994)

أ. تعرض الفرد إلى حدث صادم يتوافر فيه الشرطان الآتيان المجتمعان كلاهما:-

أولاً. خبر الفرد، أو شهد، أو جوبه بحدث، أو أحداث تضمنت احتمال الموت، أو تهديداً به أو إصابة خطيرة، أو تهديداً لسلامته، أو سلامة الآخرين الجسدية.

ثانياً. رد فعل الفرد، يتسم بالخوف الشديد، أو العجز، أو الرعب

ب. يخبر الفرد الحدث الصادم باستمرار بوحدة، أو أكثر من الطرق الآتية:

أولاً. ذكريات محزنة اقتحامية متكررة عن الحدث الصدمي، تسبب التوتر والهم وتشمل صوراً، وأفكاراً، ومدركات.

ثانياً. أحلام مزعجة، ومتكررة عن الحدث الصدمي.

ثالثاً. التصرف، أو الشعور كأن الحدث المسبب للصدمة يعاود الوقوع (يتضمن: إعادة خبرة الحدث الصدمي، أو الخداع الحسي، أو هلاوس، أو نوبات تفككية بما في ذلك التي تحدث في اليقظة، أو في حالة التسمم).

رابعاً. انزعاج نفسي حاد عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز، أو تشابه مظهراً من مظاهر الحدث الصادم.

خامساً. استجابة فسلجية عند التعرض لمثيرات داخلية، أو خارجية تشابه مظهراً من مظاهر الحدث الصادم مثل (تسارع ضربات القلب، أو تغير التنفس، أو التعرق، أو الشعور بالتوتر، أو رعشة عندما يصادف المريض شيئاً ما يذكره بالحدث الصادم، ويمكن أن تستمر تلك الانفعالات الفسيولوجية إلى ما بعد انتهاء التعرض للمثير).

ج. تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، وتراخي في القدرة على الاستجابة (وهو ما لم

يكن موجوداً عند المريض قبل الصدمة)، وتظهر بثلاثة أو أكثر من الطرائق الآتية:

أولاً. بذل الجهود لتجنب الأفكار، والمشاعر، أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.

ثانياً. بذل الجهود لتجنب الأنشطة، أو الأماكن، أو الأشخاص الذين يثيرون

ذكريات الصدمة.

ثالثاً. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من جوانب الحدث الصادم.

رابعاً. ابتعاد ملحوظ عن الاهتمام، أو المشاركة في الأنشطة المهمة.

خامساً. الشعور بالانفصال عن الآخرين، أو الغربة عنهم.

سادساً. قصور في المشاعر الوجدانية (مثل عدم القدرة على الشعور بالحب).

سابعاً. الإحساس بغموض المستقبل (مثل فقدان الأمل بالحصول على عمل، أو

الزواج أو إنجاب الأطفال... إلخ).

د. أعراض من الاستثارة الدائمة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) وتتنح في اثنتين، أو أكثر مما

يأتي:

أولاً. صعوبات في الخلود للنوم أو الاستمرارية فيه.

ثانياً. الاستثارة (الهيجان)، أو نوبات الغضب.

ثالثاً. صعوبة التركيز.

رابعاً. التيقظ الشديد (حساسية ونشاط مفرط وتحفز).

خامساً. استجابة جفلة مبالغ فيها (جفلة مفرطة عند سماع صوت المفاجئة، أو

لمسة بصورة مفاجئة).

هـ. تكون مدة استمرار الاضطراب (وفقاً لمعايير ب، ج، د، -) أكثر من شهر وهو على أنواع:

أولاً. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) إذا استمرت

أعراض الاضطراب ما بين (١-٣) شهراً.

ثانياً. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (Chronic-PTSD) إذا

استمرت أعراضه لثلاثة أشهر فأكثر.

ثالثاً. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المتأخرة الظهور (Delayed-PTSD)

إذا ظهرت علامات الاضطراب بعد ستة أشهر، ولم تظهر قبلها.

و. يسبب الاضطراب انزعاجاً واضحاً، أو خللاً في الوظيفة الاجتماعية، والمهنية أو غيرها من

الوظائف الحياتية العامة. (APA;DSM-IV,1994) (Becky,2002,PP:3-5)

.(Healthy Lining Library,2002,P:2)

ويلاحظ أن معايير التشخيص الأكلينيكي لـ (PTSD) هي (ب، ج، د) وهي

معايير أساسية، أما المعايير (أ، هـ، و) فهي معايير ثانوية، إذ أن المعيار (أ) يحدد

فقط ما إذا كان الفرد قد مر بأحداث صدمية أو لا، وفيما إذا كان رد فعل الشخص لها

متسم بالخوف، أو العجز أو الرعب، وبذلك فإن الشخص إذا لم يستوفي هذين الشرطين

فلا تطبق عليه بقية الشروط، ولا يكون في حدود هذا الاضطراب. وكذلك المعيار (هـ)

هو لتحديد نوع اضطراب (PTSD)، وهذا يحدث بعد تشخيصه في المعايير الثلاثة

الأساسية (ب، ج، د)، أما المعيار (و) هو لتحديد البرامج العلاجية. وبذلك تكون

المعايير الثانوية (أ، هـ، و) هنا لتعرف انطباق المعايير. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص ص:

٦٥-٧٣).

وهناك عوامل عدة مرتبطة في تشخيص هذه الأعراض هي:

١- هناك قسم من الاستعداد الوراثي لكنه ضعيف.

٢- عوامل نفسية في غاية الأهمية، مثل (اعتقاد الضحية أنه سيموت).

٣- تاريخ الفرد (فيما يخص تعرضه) لمشاكل نفسية سابقة تجعله عرضة للإصابة بهذا

الاضطراب أكثر من غيره.

٤- الإصابة المسبقة بالكآبة تزيد نسبة الإصابة بهذا الاضطراب.

٥- يبدو أن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) نابع من استجابة هرمونية

للصدمة؛ لأن الهرمونات تفرز وتتجه للدماغ، وقد تسبب انعدام موازنة كيميائية

طويلة الأمد، وتكون مسؤولة عن الأعراض.

٦- إن التجارب الصدمية، هي تراكمية، فالمعرض لأكثر من صدمة، يصبح أكثر حساسية لأعراض (PTSD). (Fenn,2002,P:1-2). وهناك جملة عوامل

منفصلة تخص كيفية استجابة الفرد لأعراض (PTSD) هي:

أ- الانعزاليون أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب.

ب- الأفراد الذين يجتروا الحادثة الصدمية متسائلين (لماذا أنا بالذات) يكونوا أكثر عرضة للإصابة باضطراب (PTSD) المزمن.

ج- الأفراد الذين لديهم تذكروا مزمن (Chronic Reminber) عن الصدمة مثل فقدانهم عضو من الجسد يكونوا أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب (Ursano,2002,P:2).

ويجب التمييز، وعدم الخلط بين أعراض (PTSD) وأعراض كل من القلق والاكتئاب بالرغم من التشابه الكبير بين أعراض (PTSD) وأعراض كل من القلق والاكتئاب، إذ أن مريض (PTSD) يكون قد مرَّ بأحداث صدمية واستجابته لها تميزت بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب، في حين مرضى القلق، والاكتئاب لا يشترط فيهم هذا وإنما قد تكون أحداث حياتية، أو أسباب أخرى. (Masic,2002,P:5).

ويجب التمييز أيضاً بين اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وبين اضطراب الصدمة الحاد Acute Tramatic Disorder، أو اضطراب الضغط الحاد Acute Stress Disorder (ASD) إذ أن اضطراب (ASD)، هو رد فعل مباشر للأحداث الصدمية، ويظهر على الأفراد المعرضين للصدمة على الرغم من عدم وجود الأعراض العصابية لديهم قبل الصدمة.

وهناك ثلاثة أعراض في أغلب حالات عصاب الصدمة الحاد (ASD) هي:

١- نوبات غير مضبوطة من الانفعال مصحوبة بالقلق، والغضب، والكآبة.

٢- نقص كلي، أو جزئي للمهارات الشخصية المختلفة، وعدم القدرة على التركيز،

وفقدان، وظائف الذات.

٣- اضطرابات نوم متمثلة بالأرق والأحلام المزعجة عن الحادث الصدمي.

وإذا تكررت هذه الأعراض على نحو دائم وتطورت على نحو خطير فإنه يتطور إلى (PTSD)، وبهذا فإن (ACD)، هو ليس من أنواع (PTSD) (Janis,1971,PP:22-23). وهناك فرق جوهري أساس التفريق في التشخيص الأكلينيكي بين اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) واضطراب الضغط الحاد (ASD) على الرغم من أن كلاهما يحدث بعد الصدمة، وهو أن أعراض (ASD) تظهر خلال الأسابيع الأربعة الأولى من الصدمة، وتستمر من يومين إلى أربعة أسابيع، وتتمثل أبرز أعراضه الأكلينيكية المميزة في إعادة التذكر الدائم للصدمة، والاجتئاب والسهو، ويتميز (ASD) عن (PTSD) في كون الأول يحتوي على أعراض الانعزال الاجتماعي أكثر ومرضاه يصفون شعورهم (كأنهم في دوار وصخب) أو لديهم فقدان ذاكرة مؤقت بخصوص الصدمة. قد يتطور (ASD)، إلى (PTSD) إلا أن الأول أكثر استجابة للعلاج. (Lange,etal,2000,PP:1035-1046).

ويحدث تداخل أيضاً بين أعراض (PTSD)، وأعراض اضطراب لعنة الفراغنة، أو لعنة الخليج العربي (Arab Gulf Illness) (AGI)، إذ يعاني الكثير من المحاربين الأمريكيين، والمتحالفين معهم ضد العراق في (حرب الخليج الأولى) ١٩٩١، على نحو واضح من اضطراب مزمن، وليس اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) كما يقول (bio-hazards): (لأن اضطراب الاعتلال الدماغية (لعنة العراق) يصيب آليات السيطرة المركزية في الدماغ، وهو في العادة ناتج عن أورام دماغية، ومن أعراضه اضطراب انتظام الدم، والإجهاد المزمن، وغالباً ما يشخص خطأ كأحد أعراض (PTSD)، وفي مرض الاعتلال الدماغية (AGT) أو (لعنة العراق)، يحدث اضطراب في جهاز المناعة العصبي المركزي، ويتسبب في زيادة ضربات القلب، وضغط الدم، وارتفاع درجة حرارة الجسم، واضطرابات أخرى قد ترتبط باضطراب مناعي مزمن في الدماغ مثل الساتوكين (Interlain-2) الذي يزيل الخط

الفصل بين المرض النفسي والعصبي. ومن مسبباته (صدمة داخلية، صداع، عدوى فيروسية في الجهاز العصبي المركزي، التعرض لبيئة سامة، استجابات لأدوية مختلفة، ضغط شديد، آثار سامة لدواء الفلاجيل، وهذه الاسباب هي دليل على أنّ اضطراب (AGI) ناتج عن اضطرابات في الجزء ماتحت السريري البصري من الدماغ، وليس من اسباب اضطراب (PTSD)، واعراضه العصائية التي تجعل صعوبة تمييزه عن (PTSD) هي المعاناة من مشاكل في الذاكرة، وقلّة النشاط الادراكي، والهيجان، والسلوك الانفجاري، والافكار المرعبة وسوء الاستقرار النفسي، والضغط الشديد، وبطئ الفهم، والخلل البصري، وصعوبات في تركيز الانتباه. (Moriarity,1999,PP:1-4).

سادساً: تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

إنّ التشخيص النفسي (Diagnostic)، هو تحديد الاعراض العامة للاضطراب والخطوط العريضة لمسار العلاج المحتمل، والاستجابة لاناوع المختلفة من العلاج، زيادة على اعداد الاساس الضروري للدراسات الاحصائية والبحثية (بوشير وموريس، ١٩٨١، ص: ٢٧٧).

إنّ (PTSD) في (العيادة) امر صعب وغالباً مايتعرض التشخيص للفشل لأن المريض لا يعطي المعلومات طواعية عن الحادث الصدمي، أو شكل اعراض الاضطراب وعلى الرغم من ضرورة الاستجواب المباشر، الا أنّ التشخيص يتطلب ما هو اكثر من مجرد فحص المريض والتأكد من مجموعة الأعراض، وهو غالباً ما يتطلب طريقة لا حكمية (دينامية)، وتعبيرات، أو عبارات متعاطفة، ومثيرة للاهتمام.

ولضمان عدم إخفاق التشخيص، لابد من تضمين تاريخ مختصر للصدمة ضمن جميع تقويمات القلق والكبت. إن حوادث الصدمات عند البلوغ يمكن سؤال المريض عنها على نحو مباشر، إلا أن تجارب الصدمات في الطفولة تتطلب استعمال عبارات تظمين وتطبيع ليكون المريض في وضع مرتاح. إن استعادة تذكر الأحلام يمكن أن تقيد في استخلاص تفاصيل مهمة بعد الحصول على تاريخ الصدمة. ويجب على من يقوم بفحص، وتشخيص مريض (PTSD) إن يحدد فيما إذا كان المريض يبدو منعزلاً

عاطفياً، أو انفعالياً، أو تظهر أعراض ما يسمى (بالألكسيثيميا) Alexithymia أما من الحادث أو في علاقته بالآخرين. أن مريض الصدمة يعيد خوض تجربة الحادث الصدمي في هيئة كوابيس، وذكريات مؤلمة. إن المريض يتحاشى الأماكن، والفعاليات، أو الناس الذين يذكرونه بالحادث الصدمي، وتستمر الأعراض، لأكثر من شهر. (إذا كانت أقل من شهر يشخص على أنه ASD)، ويعاني المريض من نشاطات عاطفية مضاعفة والسهر والأرق. (Lange,etal,2000,PP:1042-1046).

سابعاً: الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

وجد أن (٨٠%) من مرضى اضطراب (PTSD) يعانون من اضطرابات مصاحبة. إن تشخيص، وجود أعراض نفسية قبل الصدمة هو عامل يزيد من خطورة، أو تعرض الشخص للإصابة بـ (PTSD) وإن الإصابة بهذا الاضطراب يزيد من احتمال المعاناة من مشاكل نفسية، وأعراض نفسية أخرى مصاحبة لـ(PTSD). إن أكثر الأمراض شيوعاً التي تحدث بمصاحبة (PTSD) هي الكبت الحاد والديسثيميا (Dysthymia) الشذوذ العقلي، واضطراب القلق العام، وسوء استعمال الأشياء، او الممتلكات، واضطرابات الهلع، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الفوبيا، والانعزال. (Lange,etal,2000,PP:1039-1042). وإن الكثير من المصابين باضطراب (PTSD) تتزايد لديهم الكآبة، وأحياناً يرفضون الدواء الذي يساعدهم على نسيان الصدمة. وإن مريض (PTSD) يفقد السيطرة على انفعالاته وقد يتعرض لخطر الانتحار. (ART,2002,P:4) ولأهمية هذه الظواهر النفسية المصاحبة لاضطراب (PTSD) فقد أفرد لها عدد من الدراسات معياراً خاصاً بها، إذ أفرد (الكبيسي، ١٩٩٨) معياراً تضمن (١٢) مجالاً للإضرابات المصاحبة، منها الشعور بالذنب، وانخفاض الوعي، والإحساس غير الواقعي للحقائق، والأشياء، والتغير الذاتي في الشخصية، والرغبة في إيذاء الآخرين، وقتلهم، والتحرر من صور فكرية براقية كان المريض يحملها عن ذوي المكانة العالية لديه (كالوالدين والمعلمين ... الخ) ومشاعر اليأس، وضعف الذاكرة، والنسيان، والحزن، والاكتئاب، ومشاعر القهر، والخسران،

والاضطرابات الجنسية الوظيفية من غير عضوية المنشأ. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص ٧٠-٧٢)

ثامناً: التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

لحد الآن لم يتمكن العلم من التنبؤ الدقيق لدى استجابة الفرد اتجاه حادث صدمي، لكن هناك عوامل معينة يمكن أن تكون علامات على احتمال وحدّة وجود اضطراب (PTSD)، وهذه العوامل هي:

١- مدى حدّة الصدمة واستمرارها: كلما كانت الصدمة أشد وأطول مدة، زاد احتمال إصابة من يتعرض لها باضطراب (PTSD).

٢- مدى قرب الشخص من الصدمة، ومدى خطورتها: إذ وجدت إحدى الدراسات الحديثة أن النساء اللواتي يدركن أن حياتهن في خطر في أثناء حادث الاغتصاب يكون احتمال أصابتهن باضطراب (PTSD) أكبر من غيرهن اللواتي لم يشعرن بالخوف في أثناء الاغتصاب - بمرتين ونصف.

٣. الصدمات السابقة ودرجة المعاناة منها: (إن أحد مرضى الدكتور فوا (Foa) لم يتطور لديه الاضطراب حتى وقع حادث الوفاة المفاجئ الثالث في دائرة أصدقائه، ومعارفه، وكان يقول بعد الحادث الثالث - أعتقد أنني قد حان دوري لموت-).

٤. إن احتمال إصابة الأفراد باضطراب (PTSD) بعد الكوارث الصناعية (التي من صنع الإنسان) أكبر من احتمال إصابتهم بعد الكوارث الطبيعية. والتفسير السايكولوجي هنا كما يرى (بكي) (Becky, 2002) هو كون الصدمة مستهدفة عن قصد للضحية.

٥. أسلوب التكيف وأساليب الدعم والإسناد: أي ما هو أسلوب تكيف الشخص؟ هل يحصل على دعم عاطفي وإسناد من أسرته، وأصدقائه، والآخرين، يكون احتمال الإصابة بـ (PTSD) أقل عندما يتوقع الشخص هذا الإسناد، وعندما يفكر بالصدمة، ويتحدث عنها مع الآخرين، ويطلق العنان للغضب بشأن الحادث. وهذا

ما كانت تتصح به الدكتورة (فوا) (Foa) مرضاها قائلة لهم (تحدثوا مع أشخاص تتقون بهم، أو اكتبوا عن الصدمة في مذكرات). (Becky,2002,PP:1-6).

تاسعاً: علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية Treatment of PTSD

إن عملية التشخيص، ومن ثم علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) من الأمور المعقدة، بسبب النطاق الواسع للأعراض، والخواص النفسية، والبيولوجية المعقدة. (Healty Living Library,2002,P:2).

وبناءً على ذلك يكون من الخطأ تطبيق مفهوم (الوصفة الجاهزة) على كل مضطربي (PTSD)، وإنما يعطى العلاج بناءً على نوعية الحالة المرضية لـ (PTSD) ففسم قد يشفى بمساعدة الأصدقاء، أو الأقارب، أو الواعظ الديني، لكن الكثيرين بحاجة فعالية للمساعدة المتخصصة من أجل النجاح في الشفاء من الضرر النفسي الناجم عن التجربة الصدمية أو رؤية حادث صدمي، أو المشاركة فيه. (American Rescue Team,2002,P:1).

إن علاج مضطربي الصدمة (PTSD) يقوم على ثلاث دعائم هي:

١- مستوى المريض التعليمي، والثقافي.

٢-العلاج الدوائي.

٣-العلاج النفسي.

فيما يخص المستوى التعليمي، والثقافي فإن كل مريض يمكنه الانتفاع من التعليم الذي يبدأ بعد التشخيص مباشرة وإن عوائل ضحايا الصدمة يرغبون أيضاً بالتعليم الخاص بمرض (PTSD)، ومعرفة أعراضه، وأسبابه. (Healty Living Library,2002,P:2).

وإن المعالجة المتحفظة التي تتضمن التعليم، وإعادة الثقة، تؤلف جوهر المعالجة الطبية للأعراض الجسمية، والفسولوجية بعد الحوادث الصدمية. ويمكن أن يستهل النقاش مع المريض حول مخاوفه الخاصة وقلقه، وهو العملية الاعتيادية لتنفيس الضغط، أو بيان الحاجة للمزيد من العلاج، أو المراجعة تشتمل عملية الشفاء الاعتيادية على التحدث مع الآخرين حول الحادث، وتعلم استراتيجيات التكيف، والتوجيه نحو المساعدة. (Ursano,2001,PP:130-132).

قد تزول أعراض (PTSD) بمرور الوقت، إذ يساهم التعليم بأثر كبير في الشفاء من أعراض (PTSD)، وقد تتطور الأعراض لدى حالات أخرى بسرعة، وتكون بحاجة للعلاج. يشمل العلاج الطبي - النفسي، والعلاج النفسي لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) على أنواع مختلفة عديدة من العلاجات. (Healty Living Library,2002,P:2).

وأهم أنواع هذه العلاجات هي:

١ - العلاج الدوائي: يمكن للدواء المساهمة في السيطرة على أعراض اضطراب (PTSD) إن تخفيف الأعراض الذي يوفره الدواء يتيح لمعظم المرضى المشاركة بفعالية أكبر في العلاج النفسي من دون دواء. (APA,2002,P:3).

يعد دواء (Zoloft) (سرتالين هيدروكلوريد) أول دواء لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) تصادق عليه جمعية الدواء الاتحادية، وقبل مصادقتها في كانون الأول من عام (١٩٩٩) لـ(PTSD)، كان (Zoloft) معترف به مسبقاً لعلاج الكآبة، واضطراب الهلع، واضطراب الوسواس القهري، أما عن فعاليته تجاه (PTSD) فهي تتماشى مع فائدته في علاج الكآبة، والاضطرابات الأخرى. أوضحت الدراسات التي استعملت الأدوية لمدة (١٢) أسبوعاً تفوق فائدة (Zoloft) على المهدئات الأخرى خصوصاً في النساء وإن (ثلاثي) المرضى لـ(PTSD) يتحسنون باستعمال هذا العقار (Becky,2002,PP:1-6).

إن المرضى الذي يتناولون (Zoloft) قل لديهم تناول الكحول، وإن الذين يتناولون (Luvox) قلت لديهم الأفكار المرعبة، وقضى على القلق. (Lange,2000,PP:1-9).

يقوم قسم من الأطباء أحياناً بوصف عقاقير أخرى من صنف (Zoloft) نفسه في علاج (PTSD)، تشمل موانع إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائي (SSRI's) الباروكسيل (Paroxetin) والبروزاك (Fluoxetine) والوفوكس (Fluvoxamine) والسيكيسا (Citalopram) واعتماداً على الظروف الطبية الفردية للمريض قد يختار الطبيب في أحيان معينة وصفه من أنواع أخرى من مضادات الكآبة، أو أدوية مضادات القلق. (ART,2000,PP:1-5).

إن الترازودون (Desyrel) عند جرعات من (٥٠-٢٠٠) ملغم له الخواص نفسها (SSRI)، وكذلك فعالية منع السيروتونين، فهو يعكس آثار الأرق التي يثيرها (SSRI) وآثاره المنبهة، ويساعد على النوم، ويقلل من الحركة السريعة للعين في أثناء النوم ويحد من الكوابيس ذات الصلة باضطراب (PTSD). (Lange,2000,PP:1-9).

وتستعمل كذلك المنبهات الثلاثية الدورة في تسكين أعراض (PTSD)، وقد حل محلها (SSRI)، لأنه أكثر فعالية. وتستعمل كذلك موانع الأكسيداز الأمين الأحادي

(MAO)، وهو الأنزيم المسؤول عن تحلل السيروتونين، والجزئيات المرتبطة به، لكن استعماله قد تقلصَ بسبب التأثيرات الجانبية الخطرة للأزمات التوتيرية الحادة عند المرضى الذين يحتوي غذاؤهم على التيرامين. (Bieser,2002,P:5). الذين يتناولون الفينيلزين (Nardil)، قد أظهروا تحسناً يتراوح ما بين (معتدل - جيد) في أعراض (استنكار التجربة)، و (التحاشي) لكن تأثيره ضعيف على أعراض الأرق، لكن هناك مخاطر في استعمال هذه الأدوية خصوصاً عند الذين يتعاطون الكحول. (Becky,2002,P:7).

وتستعمل بنجاح أيضاً العناصر المضادة للفعالية الغدية مثل (الكلونيدين)، و (البروبانولول)، و (الفونافاسين). وإن معظم المرضى يستجيبون للعلاج بـ(الكلونيدين)، وإن جرعة (٢) ملغم لثلاث مرات يومياً ثم تقلل إلى (١) ملغم قبل النوم كقيلة بإعطاء التأثير المطلوب. يجب فحص ضغط الدم لمريض (PTSD) دورياً عند استعمال هذه الأدوية. (Lange,2000,PP:8,9).

٢- العلاج النفسي: تستعمل الأدوية في الحد من تأثيرات معظم الأعراض الصدمية، متيحة للمريض التركيز على العلاج النفسي. إن أي وصفة دوائية لابد أن تكون جزءاً من عملية العلاج النفسي، وإن الانتباه يجب أن يكون ضرورياً نحو العديد من المسائل مثل الآثار على الأسرة، والتعليم بأمور المرض، وخيارات المعالجة. (Lange,2000,PP:7).

ويعتمد قسم من المرضى على العلاج النفسي الجماعي، أو الفردي بديلاً للأدوية أو مصاحب لها من أجل السيطرة على أعراض (PTSD) التي يعانون منها. وهناك عدد من أنواع هذا العلاج تعد فعالة على نحو خاص بحسب الإرشادات الإحصائية للخبراء. (Inoue,2002,P:9) وهذه الأنواع هي:-

أ. علاج التعريض:

يستعمل المعالجون أسلوب (التعريض عن طريق التخيل)، وأسلوب (التعريض الواقعي) لمساندة مرضى (PTSD) في مواجهة الحثيات اليومية التي تذكرهم بحادث الصدمة، ففي الأسلوب الأول يقوم المريض بتخيل حادث الصدمة، ويفسر الذكريات ويشرحها بالتفصيل، ويكرر هذه العملية مرات عدة بمساعدة المعالج الذي يكون مصدر ثقته ويكرر المريض هذه العملية في البيت في المُدّد ما بين الجلسات. إن الهدف من هذا الإجراء هو إعادة التعامل مع الحادث الصدمي حتى تفقد الذكريات أثرها الاكتئابي. أما الأسلوب الثاني وهو (التعريض الواقعي)، فإن المعالج يطلب من المريض أن يعرض نفسه تدريجياً لمواقف، أو أماكن كان يتجنبها، لأنها تذكره بحادث الصدمة. (Becky,2002,PP:1-6).

ب- العلاج السلوكي - المعرفي:

هو أحد أشكال العلاج المهمة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وهو نوع من أنواع العلاج الذي يركز على تصحيح الأنماط الحادة، والمؤلمة في سلوك المريض وأفكاره بتعليمه أساليب علاجية وفحص عملياته العقلية، ومواجهتها. (ART,2002,P:1-5).

وفي هذا النوع من العلاج يتطرق المعالج لمعتقدات ضحية الصدمة، والتي غالباً ما تكون متغيرة ومنحرفة، ومشمّتلة على تأنيب الذات نتيجة الحدث الصدمي. (Becky,2002,PP:1-6).

إن العلاج السلوكي - المعرفي لمرضى (PTSD) يمكن أن يساعد المريض على التكيف مع النوبات المؤلمة التي يسببها الضجيج الشوارع، ووضع جدول لسلوكيات تمكن المريض من التأقلم مع هذا الضجيج على نحو تدريجي بنظام مسيطر عليه حتى يصبح فاقداً للحس بالصدمة، وغير معرض للمعاناة بعد صدمة ثانية. وباستعمال أساليب ناجحة أخرى، يبحث المريض، والمعالج عن البيئة المناسبة للبحث، وتحديد ما

يثير الأعراض ما بعد الصدمة ووضع جدول لتعليم مهارات التكيف.
(ART,2002,P:1-5).

ج.العلاج السايكودينامي:

يركز هذا العلاج على مساعدة مرضى (PTSD) في تعرف القيم الشخصية،
وأساليب السلوك التي واجهوها. (APA,2002,P:3). إن الهدف من معرفة الآثار
الواعية، وغير الواعية للصدمة هي العمل مع المريض على بناء مفهومه الذاتي،
وتتمية إحساس جيد ومعقول عن المسؤولية الشخصية واستعادة (الفخر)، والثقة بالنفس
لدى الفرد . (Becky,2002,PP:5).

د- العلاج السلوكي:

يركز هذا العلاج في التعامل مع مرضى (PTSD) على تصحيح الأنماط
العدائية، والمؤلمة للسلوك، والتفكير بتعليم المرضى أساليب الاسترخاء، وفهم ومواجهة
العمليات النفسية (العقلية) التي تكون مسؤولة عن مشكلاتهم. (APA,2002,P:3).
وهناك أساليب علاجية سلوكية عديدة في التعامل مع مرضى (PTSD) مثل علاج
السيطرة على القلق. (Control of inxzity)، ويشمل هذا العلاج أساليب معينة مثل
(التنفس البطني البطيء)، من أجل الاسترخاء و (تجنب التنفس السريع)، وكذلك الحث
على التفكير الإيجابي، والتحدث مع النفس لتعويض الأفكار السلبية
(Becky,2002,P:6).

هـ. العلاج الاجتماعي والأسري:

قد يوصى بالعلاج الأسري، والاجتماعي في علاج (PTSD)، لأن سلوك
الأقارب والأطفال قد يكون مؤثراً في سلوك المريض المصاب بـ (PTSD). وقد
تستعمل مجاميع الاستشارة الجماعية للأحزان، وهذه تشجع المتعرضين لحوادث صدمية
في مشاركة تجاربهم واستجاباتهم لها مع الآخرين، ويقوم أفراد المجموعة بمساعدة
بعضهم البعض في إدراك أن الكثير من الأشخاص يمكن أن يستجيبوا الاستجابة نفسها
ويشعرون نفس المشاعر. (APA,2002,PP:1-4).

و. العلاج الجماعي:

قد يكون العلاج الجماعي جزءاً مهماً من معالجة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)؛ لأن الصدمة تؤثر غالباً على القدرة في تكوين العلاقات، خاصة في صدمات مثل الاغتصاب، أو العنف السري، التي تؤثر على نحو كبير بفرضيات المريض وآراءه عن الأمان في هذا العالم. (ART,2000,PP:1-5). ويستعمل العلاج الجماعي لـ (PTSD) مرادفاً لأحد أنواع العلاج النفسي، ويستعمل فيه وسائل علاجية مختلفة الهدف منها هو إعادة تكيف مريض (PTSD) مع نفسه ومع الآخرين وتسهيل مهمة اندماجه بالمجتمع. (Young & Blake,1999,PP:1-2).

ز. العلاج النفسي - الديني:

يستعمل هذا النوع من العلاج في التعامل مع مضطربي (PTSD) في إعادة إحياء معنى لحياة مريض (PTSD)، وتعزيز الإيمان لديه لتقوية إرادته، وتصحيح تصورات الخاطئة عن الحياة والموت والكون. وغالباً ما يستعمل هذا النوع من العلاج بطريقة جماعية. (Hasanovic,2002,P:10). ولكون هذا النوع هو المعتمد في هذا البحث، ومن منظور إسلامي، فقد وضحه الباحث بتوسع في سياق المنظور السايكولوجي في الإسلام.

الباب الثاني: النماذج النظرية النفسية في تفسير PTSD

أولاً: أنموذج التحليل النفسي:

١- تفسير فرويد (Froude) للعصاب الصدمي:

ترتكز نظرية فرويد في الأعصاب إلى القول، بأن هذه الأعصاب تعود إلى العقد النفسية في الطفولة. وهكذا فإن مبدأ العصاب الصدمي الناجم عن صدمة نفسية حديثة العهد (لا علاقة لها بالطفولة)، يتعارض نظرياً مع طروحات التحليل النفسي. لكن فرويد أعترف قبيل وفاته بوجود هذه الأعصاب، وأطلق عليها تسمية (الأعصاب الراهنة)، وهو يعدّها بمثابة شواذ القاعدة التحليلية. وأنه يعد هذه الأعصاب (اللانمطية) (الشاذة عن القاعدة) غير قابلة للشفاء بالعلاج التحليلي الذي يركز جهوده على العقد الطفولية. (النابلسي، ١٩٩١، ص: ٢٤).

على الرغم من موقف فرويد هذا من (العصاب الصدمي) إلا أن نتائج الدراسات لاضطراب (PTSD) واجهت موقفاً متمثلاً بالتباينات الواضحة في مدى الإصابة وشدتها باضطراب (PTSD) لأناس تعرضوا للحادث الصدمي نفسه، ولم تجد تفسيراً حيا ل ذلك سوى الرجوع إلى (فرويد)، والتحليل النفسي نتيجة مرور هؤلاء الأفراد بشخصيات ضعيفة سابقة للصدمة ولاختلاف قوة الأنا قبل الصدمة بين هؤلاء الأفراد. وهذا ما أشار إليه (مكدانيال) (McDaniel, 1988) إذ أكد (انه بوجود شخصية شكاكة، ومتوجهة سلبياً نحو الحياة، وليس لها القدرة على التعايش مع الآخرين بأسلوب ناضج، ومعقول سوف يزداد أمد المعاناة لديها، لأن الاستجابة للصدمة النفسية، تعكس تراكمات الصراعات من أحداث الماضي). (McDaniel, 1988, PP: 230-245).

إن عوامل ما قبل الصدمة النفسية، وقبل حدوث اضطراب ما بعدها (PTSD) وتأثير هذه العوامل في هذا الاضطراب، قد أكدته دراسات عديدة. (McFarlane, 1989, PP: 220-229).

إن هذا الموقف النظري المؤسس على (نظرية الغريزة والليبدو) Libido & Instined Theory هو الذي يفسر، ان رد الفعل للصدمة النفسية يكون من المتوقع ان يتبع الحدث الصدمي، ومع ذلك وضمن مدة معقولة من الزمان فإن الذات السليمة (The Health Ego) قادرة تماماً على استيعاب الصدمة من دون أعراض عصابية طويلة المدى. ومعنى ذلك أن ظهور أعراض (PTSD) لدى الضحية هو سبب ضعف قوة الذات. (Ego-Strength) الضرورية للتعامل مع الحدث الصدمي. (Wilson & Krauss,1985,PP:106-108).

ويعتقد كل من كاردنر (Kardiner,1959)، ولافتن (Lifton,1980) أن تثبيت الليبدو في نظرية التحليل النفسي يتسبب في كبت الحوافز الغريزية (Instinctual Impulses)، أي إذا كان هناك تنبيه شديد من مصدر خارجي (صدمة) فإنه يؤثر من خلال (الحجاب الواقي) للذات متجهاً بآثاره داخلياً (Internal Arousal) للحوافز الغريزية التي تقود تبعاً إلى الكبت وانقباض (Contraction) الذات لكي يحافظ على الأداء النفسي المتوازن، هذا الكبت يسببه الحدث الخارجي، وتحريره اللاحق (Subsequent Release) للحوافز العدوانية والجنسية المكتوبة ويولد مختلف الأعراض العصابية. (Lifton , 1980 , P :68) (Kardiner,1950, P : 378)

٢- تفسير البسيوكوسوماتك* التحليلي (الآثار الجسدية - النفسية للصدمة).

أعاد المحللون المحدثون في ميدان (البسيوكوسوماتك) طرح موضوع (الأعصاب الراهنة)، وكان مدخلهم إلى ذلك قراءتهم ((لحالة دورا)- تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد، وأفرد لها كتاباً في التحليل النفسي - فرأوا أنها تعاني من عصاب هستيري (كما قال فرويد)، ولكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان (الأعصاب اللانمطية) وهذه الأعصاب هي المسؤولة عن الاضطرابات (البسيوكوسوماتية) لدى (دورا). وهم يقسمون هذه الأعصاب على نوعين هما:

* وهو تفسير يجمع قطبي الاضطراب النفسي والجسدي، وهو يأخذ بعين الاعتبار في التشخيص والعلاج (النبلسي، ١٩٩١، ص ص: ٢٣-٢٤).

أ. العصاب السلوكي: وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.

ب. العصاب الطبائعي: وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي.

ويقسمون العصاب الطبائعي (اللانمطي) من حيث عدم الكفاية على ثلاث

درجات هي:

١- جيد التعقيل.

٢- غير مؤكد التعقيل.

٣- سيئ التعقيل.

يقول هؤلاء المحللون: إن المصاب بهذه الأعصاب، يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات النفسية، وذلك بسبب خلل الجهاز النفسي المسؤول أصلاً عن إصابته بالعصاب. ويرى هؤلاء المحللون البسيوكوسومايتون، إمكانية تواجد الأعصاب النفسية مع الأعصاب البسيوكوسوماتية. (النايلسي، ١٩٩١، ص ص: ٢٥-٢٦).

٣- تفسير ميلاني كلاين لصدمة الأنا:

إن الشخص ينبنى من (الناحية النفسية) استناداً إلى علاقته بجسمه الخاص، وذلك بدءاً من اللحظة التي يدرك فيها تمايزه عن جسد أمه. والمرضى الشاكين من اضطراب علاقتهم بأجسادهم لا يستطيعون تحقيق هذا التمايز، إلا على نحو جزئي، بحيث تبقى تجاربهم الجسدية البدائية (عندما كانوا لا يفرقون بين أجسادهم، وأجساد أمهاتهم، ففي هذه التجارب البدائية يظن الطفل أن جسد أمه هو جسده نفسه) تبقى هذه التجارب محفوظة وحاضرة في أجسادهم. وتعود هذه التجارب البدائية كلما تعرض الشخص إلى صدمة أو إلى تجربة سيئة، وذلك بحيث تتحول علاقة الشخص بجسمه إلى تكرار النمط البدائي، وبهذا يمكننا أن نتحدث عن حالة من (التثبيت - النكوص) سببتها الصدمة، وهذه الحالة تقود إلى انفصال الأنا عن الجسم الذي لا يعود معاشاً من قبل الشخص ككل كائن، وهكذا ينشأ الفارق بين (الكائن - الجسد) و (الأنا - الجسد). وبهذا ينفصل الأنا عن الجسد فتعتمد الأنا إلى (موضعه) الجسد وتنتظر له على أنه

مهَّد أحياناً ومهدد أحياناً أخرى ومشوه أحياناً ومتخلف أحياناً أخرى.

إن معايشة الجسد بطريقة مرضية - نفسية لا تتعلق فقط بالبنية الذاتية للشخص ولكنها تتعلق أيضاً بنوعية الصدمات (وشدتها وتكرارها) التي يتعرض الفرد لها. وتضع المحللة النفسانية (ميلاني كلاين) هذا التصور في جدول من أربع نقاط هي:

أ. الجسد يهدد الأنا (عندما يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة - السرطان مثلاً-).

ب. الجسد موضوع تهديد (يكون الجسد سليماً ولكنه يتعرض لتهديد عوامل خارجية).

ج. الجسد المشوه (الخوف من تشويه الجسد).

د. الجسد المتخلف (التفكك النفسي، أو الجسدي). (النابلسي، ١٩٩١، ص ص: ٢٧-٢٨).

ثانياً: نموذج المناعة النفسية لموسون Moussong. E.K

استنتجت (موسون) Moussong من دراسات عديدة عن الأحداث الصدمية، إن هذه الأحداث لا تؤثر بالطريقة نفسها وبالمقدار نفسه لدى أشخاص مختلفين. وقد أثبتت هذه الأبحاث أيضاً أن العامل الأهم في تحديد ردود فعل الكائن الحي ليس الحادث الصدمي بحد ذاته، وإنما القدرة على المواجهة، أو السيطرة على الموقف، وهذه تساعده على التحكم في مشاعر الحيرة، والقلق، والخوف، والعوارض التي تلازمها، مثل تسارع ضربات القلب، وارتفاع الضغط، والتعرق وغيرها.

وتقول (موسون)* [منذ أن أثبتت الدراسات التجريبية، وجود تفاعلات مزدوجة التوجه بين الدماغ - العقل - وبين الضوابط المناعية، أصبح موضوع (-الضبط النفسي - العصبي - الغددي - المناعي) محوراً للأبحاث الدائرة حول شدة الصدمة

* اليزيث موسون، بروفييسوره في العلاج الصدمي وأخصائيه في PTSD، رئيسة مدرسة بودابست للطب النفسي، الذي يعود أساسها الأكلينيكي إلى العالم المجري (ميدونا) Meduna الذي يدين له الاختصاص بالعلاج الصدمي - الأختلاجي. احدث كتاب لها (نظريات حديثة في الطب النفسي) (موسون، ١٩٩٦، ص: ٥٠).

وانعكاسها]. (موسون، ١٩٩٦، ص: ٥٠).

ولقد ثبت ان الأحداث الصدمية تسبب في إطلاق أفيونات المخ المسماة (الأندروفين) من مصادر مركزية واقعة في (الدماغ) وهامشية (خارج الدماغ) مما يتسبب في قمع ردود الفعل المناعية لدى ذوي القدرة المحدودة على المواجهة (فكلما انخفضت هذه القدرة، كلما أزداد إفراز الأندروفين)، وفي الجانب المقابل يمكننا ملاحظة انخفاض إنتاج (النور - أدرينالين) على صعيد الدماغ الأوسط للحيوانات، خلال مرحلة النشاط الأقصى لرد الفعل المناعي (نتيجة للضوابط المناعية التي يطلقها جهاز المناعة). بل أن هنالك تجارب توصلت لنتائج أكثر وضوح، إذ تمكنت من إثبات [إن الحيوانات الأقدر على المواجهة كانت لديها مستويات أدنى من (الأندروفين)، وجهاز مناعي أفضل من أجهزة الحيوانات الشبيهة ذات القدرة المنخفضة على المواجهة كما كان مستوى (النور-أدرينالين) لدى الأولى أفضل من لدى الثانية]. (النايلسي، ١٩٩١، ص ص ٢٤٦-٢٥٥).

إن انخفاض مستوى (النور-أدرينالين) الدماغية قد ينتج عنه انخفاض في النشاط المناعي، وهذا يفسر لنا أسباب انخفاض مقاومة ضعاف القدرة على المواجهة أمام النتائج الصحية المؤذية التي يمكنها أن تنشأ عن الموقف الصدمي. (موسون، ١٩٩٦، ص: ٥٠).

وترى (موسون) ان الشفاء النفسي الفسيولوجي هو نتيجة النقصان في مسارب ردود الفعل الحساسة المتعلقة بالتغذية الاسترجاعية، والعجز عن مجابهة موقف صدمي غالباً ما يرتبط بالنقصان في تنسيق المعلومات. ويقود التعرض لموقف صدمي من نوع جديد (غير مألوف لدى الشخص) إلى الشعور المتفاوت بنقص في المعلومات (إزاء الموقف) وإلى درجة جديدة من القلق الذي يبدو متوقفاً نتيجة للتغيرات في الإحساس الداخلي. ودائماً يتزافق تطور القلق مع التعرض للمواقف الصدمية التي لا مفر منها أو للمشاكل التي لا حل لها. ولكن حدة هذا القلق تتعلق مباشرة بنمط الشخصية زيادة على التاريخ النفسي للشخص ونوعية التجارب الصدمية التي سبق له التعرض لها. وان التغيرات الناجمة عن الصدمة النفسية على صعيد الجهاز (العصبي-الغدي)، وجهاز (الضوابط المناعية) ترتبط على نحو صارم بالأحداث الحياتية السابقة للشخص. ولا يمكن فصل نتائجها (النفسية - الجسدية) و (النفسية - الحشرية) عن المكونات (الجينية العصبية - التشريحية) وعن التجارب الحياتية السابقة. (النايلسي، ١٩٩١، ص ٢٤٦-٢٥٥).

وترى (موسون، ١٩٩٦) إن هناك عاملاً مهماً يؤدي إلى ارتفاع نسب الأمراض النفسية، هذا العامل هو (قلق المستقبل)، وهي ترى أن أفضل طريقة لمواجهة (قلق المستقبل) تتمثل في تحسين الأوضاع الاجتماعية، لأن الأمان النفسي للفرد لا يمكن أن يأتي إلا من خلال أجواء إنسانية بعيدة عن التشنج، وهذه الطريقة تلقى على المسؤولين، والمهتمين بالصحة النفسية تحدياً كبيراً يتمثل بـ (كيف نحيا) Learning tobe. (موسون، ١٩٩٦، ص: ٥٠-٥١).

ثالثاً: نموذج تناذر التكيف (Selye).

لاحظ سيلبي (Selye) أن نتيجة الإرهاق الناجم عن الشدة كانت تنعكس على الصعيد الجسدي بالمظاهر الآتية:

١- تضخم القشرة الكظرية. Cortex Sarrenal

٢- نزيف غشاء المعدة.

٣- انحطاط الأنسجة الليمفاوية والغدة الصقريّة وتراجعهما (المسؤولتان عن جهاز المناعة).

ويقسم (سيللي) العوامل الشدية (الصدمية) على ثلاث مجموعات هي:

أ. عوامل الضغط النفسي - الجسدي، مثل الأصوات المزعجة، الإصابات (الصددمات). والجروح والحوادث والآلام الجسدية... الخ.

ب. عوامل الضغط النفسي: مثل القلق، والانهماك، والمخاوف (على أنواعها)، والأخطار (خاصة ما يهدد الحياة منها) والوحدة والإرهاق الفكري.. الخ.

ج. عوامل الضغط الاجتماعي، مثل الصراعات المهنية، والظروف الحياتية المعيشية الصعبة والخلافات العائلية، وصعوبات العلاقات الاجتماعية - الشخصية والعزلة الاجتماعية... الخ.

أمام هذه العوامل يظهر تناذر التكيف (Syndrome Adaptation) الذي يمر

بثلاث مراحل هي:

١- مرحلة الإنذار The Alarm Stage: وتتمثل برد فعل هو بمثابة الإنذار ويتجلى بتحريك قدرات الجسد للتصدي لعوامل الشدة.

٢- مرحلة المقاومة: The Stage of Resistance: وتأتي هذه المرحلة لتعقب سابقتها في حال استمرار تأثير عوامل الشدة، وهي تقتضي تعبئة قدرات الجسد كافة لمواجهة هذه العوامل.

٣- مرحلة الإنهاك (الاستنفاد) The Stage of Exhaustion: تتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع العوامل الصدمية (الشدية) مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل، أو حتى إعطاء الأجوبة على هذه المثيرات. في حال استمرارها تستطيع هذه المرحلة أن تؤدي إلى الموت.

وقد وضع (P. Kielholz) تصوراً لنظرية سيلبي تمثل في الجدول الآتي:

المرحلة البسيوكوموماتية	المرحلة النباتية الغددية	مرحلة الوهن والحساسية الزائدة	
انهيار استنفادي حالة مميزة بالقلق والوساوس المرضية	ردود فعل عدائية وانفجارية ووساوس مرضية	سرعة الاستشارة والحساسية الزائدة الشعور المحبط بالفشل	ردود الفعل النفسية
الاعتیاد على الدواء والكحول	علائم تحسس بالجهاز العصبي النباتي واضطرابات عضوية وظيفية		ردود الفعل الجسدية
أمراض بسيوكوموماتية			

(النايلسي، ١٩٩١، ص: ٢٥٧-٢٥٨) (فونتانا، ١٩٨٩، ص: ٢٨).

رابعاً: أنموذج العوامل الشخصية والموقفية في PTSD

وضع (ولسن وكروس) (Wilson&Krauss,1985) في هذا الأنموذج النظري تصوراً لتفسير (PTSD)، يعتمد على عدد من العوامل الشخصية والموقفية، ووفقاً لهذا التصور فإن ميكانزمات التكيف، والدفاع الذاتي (Self-Defensive) الطبيعي اضطرت نتيجة العبء النفسي (Psycho Overload) الناتج عن طبيعة الخبرة الصدمية وشدتها ومعناها. قد يكون عدد من الأشخاص قادرين على استيعاب الحدث الصدمي بطريقة ما بحيث لا يصبح جزءاً من مخزن الذاكرة النشط (Active Memory Storage)؛ ولكن أكثر من ذلك يتكامل الحدث الصدمي بأسلوب مناسب داخل المنطقة الإدراكية الموجودة. وقد يكون عدد من الأشخاص محصنين أيضاً (Inoculated) ضد الصدمة أما بالتصلب (Hardened) عن طريق إعادة اختبار صدمات قاسية صغيرة كثيرة، أو بتدريب خاص مصمم لتهيئتهم للأحداث الصدمية

بوساطة الإعادة السلوكية أو الإدراكية للنتائج المتوقعة في الحدث الصدمي المهدد للحياة. ويرى (ولسن وكروس) أن الصدمات النفسية تختلف وفقاً لعوامل شخصية وموقفية كثيرة تتضمن (فقدان الأهل والأقارب، والأشخاص ذات الصلة وتهديد الحياة وسرعة بداية الصدمة، وعزل الأشخاص عن المجتمع، وخطورة الضغط في الموقف الصدمي، ومدى السيطرة على إعادة حدوث الموقف الصدمي وطول مدة الصدمة. (Wilson & Krauss, 1985, PP:108-116).

وبذلك فإن التعامل مع الصدمة النفسية تساهم في تقويم حالة العبد النفسي التي تتأثر بعوامل عديدة (خصائص الشخصية قبل المرض، قوة الذات أو ضعفها والميول السلوكية والمستوى التعليمي... الخ) والمتغيرات الموقفية فيما إذا تعرض الشخص للصدمة لوحدة، أو مع الآخرين، في البيت، أو في مكان آخر... الخ). (Janis, 1971, P:23).

يؤدي الإسناد الاجتماعي (Social Support) تأثيراً كبيراً ومهماً في التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، ويتمثل هذا الإسناد في الدرجة النسبية للإسناد المقدم من الآخرين ذات العلاقة بضحية الصدمة، والآخرين في المجتمع، إذ أن الآليات الاجتماعية تسهل العودة السريعة إلى الأداء الاجتماعي الطبيعي؛ لأن الفرد إذا شعر بنقص الإسناد الاجتماعي المهم فإن تأثيرات الصدمة، ربما تصبح شديدة، وحينها قد يعزل نفسه، ويشعر بالعزلة، والقلق، والكآبة. (Wilson & Krauss, 1985, PP:132-136).

وقد أكدت دراسات عديدة صدق هذه النظرية، وأكدت أثر الإسناد الاجتماعي، أو الرفض في أعراض (PTSD)، أو علاجه. ومن هذه الدراسات (Wolff, 1984)، و (fletcher, 1988)، و (Soloman, etal, 1988)، و (Geller, etal, 1988)، و (Barrett & Mizes, 1988). (العطراي، ١٩٩٥، ص ص: ٢٩-٤٥).

ويرى (ولسن وكروس) أنه يمكن أن تنتج بعد الصدمة فئتان هما: (النمو، وإعادة التوازن

(Growth & Restabilization) مقابل (الاضطراب المرضي Pathological Disorder)، وتمتد النتائج المرضية، من (PTSD)، ونمو العبء النفسي إلى أشكال أخرى من المرض النفسي، تتضمن اضطرابات مميزة (عصاب، وذهان، وحالات مرضية متنوعة، والتي قد تتضمن الـ(PTSD) كغطاء (Overlay) للعمليات المرضية الموجودة سابقاً، وبالمقابل فإن الاستيعاب التدريجي للصدمة قد يعود إلى نمو شخصي، وإعادة توازن. وعملية إعادة التوازن هذه تشير إلى انه ليس هناك تفاعل مرضي لخبرة الحدث الصدمي، على الرغم من أن الفرد قد يظهر أعراض معينة ترتبط بالأحداث الصدمية مثل الكوابيس، والجفلة،... الخ (Wilson & Krauss, 1985, PP:120-127).

خامساً: أنموذج ماسيك (Masic) * في الصدمة، والصدمة الحضارية** (Culture).

قدم ماسيك تصوراً لاضطراب الصدمة، والصدمة الحضارية، ورسم أطواراً لكل منها ووضع استراتيجيات علاجية (نفسية - اجتماعية) لكل طور من هذه الأطوار، وهو يرى أن الصدمة الحضارية هي نوع من حالة رد الفعل، أو الاستجابة، وأن في أي إظهار للاستجابة هناك فقدان لعلاقة ما (جسدية، صحية، مادية، ثقافية) وهذه العلاقة تكون مهمة لوجود الفرد، وتوازنه الحضاري (الثقافي) و (النفسي). يؤدي هذا فقدان في الغالب إلى اثنين من الأعراض النفسية هما: (القلق)، و (الكآبة). ويمكن أن تكون الأعراض الأخرى من نوع السلوك غير الاجتماعي (Anti-Social)، والعدوانية، والكآبة الهيجانية، والقلق هو عنصر إنذار شائع، ومعناه وجود حالي، أو سابق لفقدان الأمان الفعلي. ويشير القلق أيضاً لثوران في مستويات أعمق للغرائز السابقة.

ويرى (ماسيك) أن طبيعة الكائن البشري هي الاتصال الجوهري، مع شخص ما،

* درس الطب النفسي في كرواتيا، والمانيا واليوسنة، عمل خلال الحرب العالمية الأولى في عيادة الطب النفسي في المستشفى الجامعي في كرواتيا في معالجة اضطرابات الحرب. عمل في المانيا عضواً استشارياً في مؤسسة استشارية للصحة النفسية عندما كان لاجئاً. عمل رئيساً لمركز تاهيل الصحة النفسية في غرب اليوسنة. (Masic, 2002, P:1).

** أول من عرف مصطلح الصدمة الحضارية هو (Smeth, 1955) كونها تناذر تكيف أولي لحضارة، أو ثقافة غير مألوفة. (Masic, 2002, P:3).

أو شيء ما. وهذه الروابط تكوّن الواقع فيما يخص الإنسان. وقلق الانفصال هو الخوف من فقدان الواقع. ويرى كذلك، أن الصدمة النفسية والحضارية تجربة يمر بها الفرد رسالة من العالم، والمتغيرات التي تحدث داخل نفسه في نظرته للعالم. وهذه التجربة أليمة تؤدي إلى أعراض بدنية، وعواقب نفسية.

ويرى، أن الأنا في المواقف الاعتيادية تكون قادرة على إبقاء النفس بمعزل عن محيطها على نحو واضح. وتستطيع الأنا استعمال دفاعات نفسية مناسبة لاتمام ذلك، وتبنى من خلال تجاربها، وخبراتها، مفهوماها الخاص عن نفسها، وصورتها نظاماً في هذا العالم. وفي هذه الحال، تحسن الأنا التمايز النفسي. على الرغم من ذلك تفقد الأنا قوة اندماجها، ووحدتها من خلال الصدمة الشديدة، وأن الاضطرابات الثانوية التي تعاني منها الأنا قبل الصدمة تصبح الآن هجمات تعميمية عنيفة على وظيفة الأنا الاندماجية. إن المواقف التي تتشابه بطريقة يسيره مع الحادث، أو الأحداث الصدمية تعد إسترجاعات، أو تكرارات لمعاناة الحادث نفسه مرة أخرى بالشدة نفسها. إن هذه الاستجابة المرضية يمكن أن تصبح مزمنة في المستقبل.

ويرى (ماسيك)، أنه في الوضعيات متعددة الحضارات يمكن تعريف ضغط التكيف بأنه: حالة غير محددة من التوتر الذي يؤدي بالشخص إلى ان يكون في وضع الاستعداد لأي من مطالب البيئة، أو الثقافة الجديدة. إن فقدان الإحساس بالانتماء للمكان المرتبط بالصدمة الحضارية يخلق حالة من القلق الانفعالي، والكآبة، أو حتى العدائية، ويرتبط بهذه الاستجابات إحساس، بأن هذا الإحباط سوف يكون دائماً. إن تجربة العيش في حضارة جديدة يمكن أن تؤدي إلى تفسير سلبي لكل من الحضارة الجديدة، والقديمة على حد سواء.

ويرى (ماسيك) أيضاً ان هناك خمسة أطوار لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وأربعة أطوار للصدمة الحضارية. (Culture Shock).

١- أطوار اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

أ- الطور الأول: الصدمة الحادة Acute Shock

في هذا الطور تقل جميع الوظائف النفسية، ويعاني المريض عادة من هلع شديد، ونوبات قلق وتجربة استرجاع حوادث الصدمة وتفاصيلها.

ب. الطور الثاني: الإستتار (الطور السلبي) Hiding (Negative Phase)

ميزة هذا الطور، هو تأسيس دفاعات نفسية قوية ضد عملية استنكار الصدمة.

ج. الطور الثالث: التعبير الانفعالي Emotional Expression

في هذا الطور يعاني الشخص المصدوم مرة أخرى من مشاعر الضغط المرتبطة بحادث الصدمة، كالشعور بالخوف، والغضب، والكراهية وأولى علامات الحزن، ويصبح مكتئباً وعليه يمكن أن يشعر بغضب شديد جداً يتوجه في البداية نحو نفسه ثم نحو الآخرين.

د. الطور الرابع: التكيف الجزئي، أو النسبي، والحزن

Relative adaptation and sadness

في هذا الطور يعمل الشخص المصدوم على جوانب معرفية، وانفعالية جديدة للخبرة الصدمية، ويصبح الشخص المصدوم في هذا (الطور) راغباً في التحدث عن التجربة الصدمية، وتكون العلاقات مسالمة على نحو كبير مع قلة الشكوى، وشدة الرغبة في فهم ما حدث، ولا يعود ليشعر بأنه ضحية فقط.

هـ. الطور الخامس: الطور النهائي Final Phase

إن هذا الطور يقدم فرصة لإعادة تفسير تجربة الصدمة القاسية، وإعادة تحديدها فيما وراء الشخصية، ومن خلال اندماج الصدمة، هناك فرصة لإثراء الشخصية بحيث يكون للشخص فهم أعمق للحياة موازنة بحالته السابقة، وبالموازنة مع الأشخاص الآخرين الذين لم يعانون تجربة صدمة. ويمكن القول إن الشخص المصدوم كان يعيش في غيمة مظلمة لكنه في هذه المرحلة يرى ضوء الشمس.

٢- أطوار الصدمة الحضارية. (Culture Shock).

أ. الطور الأول: شهر العسل Honeymoon

في هذا الطور يحدث الاتصال الأول للأفراد مع الحضارة الجديدة، ويكون الفرد مبهوراً، ويشعر بأنه كما لو كان سائحاً.

ب. الطور الثاني: الانحلال Disintegration

يحدث انحلال للقيم الأسرية القديمة. وقد يشعر الفرد بأنه غارق في متطلبات الحضارة الجديدة، وتشمل المشاعر النموذجية لهذا الطور توبيخ الذات، والإحساس بانعدام الكفاءة الشخصية، ويكون الأفراد المعدومون في حالة ارتباك وكبت.

ج. الطور الثالث: الاندماج ثانية Reintegration

في هذا الطور يكون هناك إعادة اندماج، وتوحيد للقيم الجديدة وتكاملها وقدرة متزايدة للعمل في الحضارة الجديدة. وأهم انفعالات هذا الطور، الغضب، ورفض الحضارة الجديدة.

د. الطور الرابع والأخير: الاستقلالية Independence

يصبح الفرد ثنائي الثقافة، ويكون قادراً على العمل، والتكيف مع الحضارة القديمة والجديدة. (Masic,2002,PP:1-17).

سادساً: الأنموذج المعرفي - هورويتز Horowitz

إن أنموذج هورويتز (Horowitz,1976) المعرفي في التعامل مع (PTSD) يفترض أن الميكانيزم الأساسي للعمليات الإدراكية الإنسانية هو (الميل للإكمال). (Completion Tendency)، والذي ينص على (أن العقل يستمر بمعالجة المعلومات الجديدة المهمة حتى يتغير الموقف، أو الأنموذج، والواقع (reality) بحيث تصل للتطابق. ولكي يكون الحدث الصدمي، متمثلاً، ومتكاملاً بنجاح داخل الخطة الإدراكية الموجودة (Existing Schemot)، فإن العناصر النفسية للحدث الصدمي ستبقى في مخزن الذاكرة النشط، وستثير تمثيلاً فكرياً، وتخيلات للأحداث الصدمية على كل مستويات الوظيفة الإدراكية، والتي تنشأ دورياً داخل الشعور تخيلات غير

مسيطر عليها، وتسلطيه مزعجة انفعالياً عن الحدث الصدمي.
(Horowitz,1979,PP:246-253).

وطبقاً لهذه النظرية فإن الفرد إما أن تزداد لديه أعراض التجربة الصدمية، او قد ينجح في معالجة الإكمال للصدمة بحيث يحدث استيعابها، والتكيف لها. ولذلك فإن إصابة الفرد، أو عدم إصابته بأعراض (PTSD) بعد الصدمة يعتمد على موقف الفرد من الصدمة، وطريقة إدراكه لها، ومدى التمثيل الشخصي لخبرة الصدمة في المخطط الإدراكي له، فإذا أدركها أنها جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي، وفشل في أن يجعلها جزءاً من هذا المخطط، لأنها تقع خارج مدى خبرته الاعتيادية، فإنه قد يعجز من أن يجد الوسائل الكفيلة في التعامل معها، وامتصاصها، فإن هذه الخبرة الجديدة كفيلة بأن تهدد مخططاته المعرفية، ونظامه السلوكي المعتاد، أو أن يتمكن من استعادة توازنه عندما يتمثل تلك الصدمة داخل مخططه الإدراكي من خلال استبصاره بالوسائل التكيفية الصحيحة، والمناسبة لتلك الصدمة.

وقد افترضت هذه النظرية ان التجارب العاطفية منقوشة في الذاكرة ضمن مخطط معرفي معقد التنظيم من المنبهات (كالمناظر، والأصوات)، و الاستجابات (الخفقان الشديد للقلب)، (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٢٩).

ويعتقد ليتز و كين (Litz & Keane,1989) أن الأفراد المصابين باضطراب (PTSD) يعانون من خلل في الشبكة الإدراكية للصدمة (Trauma Network) فيؤدي هذا إلى معالجة الفرد لمعلومات الحدث الصدمي بطريقة خاطئة بحيث يدرك الفرد المصاب الأشياء المهددة على نحو مبالغ فيه، ويقوم بتفسير عدد من الأحداث المبهمة على أنها تهديد، وعندما يكون من السهل إثارة غضبه ويكون سلوكه تجنباً.
(Litz & Keane,1989,PP:243-255).

وقد طور (جانوف وبولمان) (Janoff & Bulman,1985) هذه النظرية مبينين أن التجارب الصدمية ينتج عنها حالة عدم التوازن التي تتصف بالضغط، والقلق، الشديدين، الناتجة عن عدم إدراك الفرد الصدمة بطريقة صحيحة وعدم توقعه لها. (Miller, 1995,PP:5-8).

سابعاً: أنموذج الموصلات العصبية*

يرى هذا الأنموذج ان هناك علاقة بين أجهزة الموصلات العصبية (Neurotransmitter System) ، واضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). وقد توصلت الدراسات السريرية إلى أن نظام النور أدرينالين (Noradrenergic) والمنظومة الأفيونية (Endogenous Opiate)، ومحور ما تحت المهاد - النخامي - الكضري (Hypothalamic, Pitutary-adrenal) تكون مفرطة الفعالية، والنشاط عند المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية. (Gelder , et al , 1997 ,PP: 86-98).

وتوصلت دراسات أخرى إلى وجود الفعالية، والاستجابة المتزايدة للجهاز العصبي اللاإرادي (Autonomic nerous System) عند المرضى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) من خلال ضربات القلب المتزايدة، وقراءات ضغط الدم، واضطراب النوم باستعمال جهاز تخطيط الدماغ (EEG). (الكبيسي، ١٩٩٨، ص ٣١-٣٢). (المهدي، ١٩٩٠، ص ص:١٦٧-١٦٨).

* هي مواد كيميائية معينة تقوم بالتوصل بين الأعصاب، وتدعى بالمرسلات (Messengers)، وتنتشر في منطقة الاتصال بين الأعصاب (Synaptic Cleft) التي تقوم بتحفيز مناطق معينة على غشاء الخلية المقابلة، وتدعى بالمستقبلات (Receptors)، وتقوم هذه بتحفيز الخلية المقابلة لتغيير شحنتها الكهربائية مسببة بذلك تقليلاً في القطبية.

[جهد ما بعد الاتصال المحفز (Exeitatory Post Synaptic Potential EPSP) الذي يحفز الخلية المقابلة. وتشمل هذه المشتبكات النور أبنغرين Nore Pinphrine، والدوبامين (Dopamine) والمورفينات الذاتية (Endogenous Opiate)، وهي عبارة عن مركبات بروتينية ذات سلسلة أمينية تمتلك خواص كيميائية في الجهاز العصبي، وهذه المركبات يتغير تركيزها، وتأثيرها عند الاستجابة للضغوط النفسية، وكذلك مستقبلات البنزوديازيبين (Benzodiazepine)، ومحور ما تحت المهاد النخامي - الكضري. (Lader,1983,PP:108).

ثامناً: الأتمودج السلوكي

بناءً على هذا الأتمودج يكون الحدث الصدمي بمثابة منبه غير مشروط (Unconditional Stimulus) يظهر الخوف، والقلق بالاستجابة اللاشرطية، أو الطبيعية (Unconditional Respons)، ويصبح المنبه غير الطبيعي (خبرة ما اقتترنت بالحدث الصدمي مثل الأصوات العالية، أو سيارات الإطفاء وغيرها من المثيرات، منبهاً مشروطاً، وتظهر الاستجابات العاطفية المشروطة المتمثلة بالخوف، والقلق (Conditional Emotional Respons) التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة، وتؤدي به إلى أن يسلك سلوكاً تجنبياً سلبياً. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٢٨).

الباب الثالث: المنظور السيكولوجي في الإسلام

أولاً- المقدمة

إن أحد أهداف البحث الحالي، هو بناء برنامج علاجي (نفسى إسلامي) يعتمد المنظور السايكولوجي في الإسلام، على الرغم من جهود الباحث في تأطير هذا المنظور بمنهج علمي رصين، إلا أن هذه الجهود ما هي إلا إضافة لبنة إلى بناء (المنظور السايكولوجي في الإسلام) الذي بدأه قبل بضع سنين على نحو علمي ومنهجي، مجموعة خيرة من علماء النفس، والطب النفسى في أمتنا العربية، والإسلامية، ومنهم (نجاتي، الشرقاوي، المهدي، الراضي، أبو العزائم وآخرون)، حيث أخذت إشراقات هذا المنظور النفسى الإيماني تتوهج مستمدة نورها الإلهي من الرسالة السماوية التي حملها، وبلغها خير تبليغ نبي الرحمة محمد -ﷺ-، هداية إلى الإنسانية جمعاء، مسترشدة (بعد القرآن الكريم، وسنة رسوله الأمين) بالسلف الصالح من علمائنا العرب والمسلمين.

على أن أهم ما يجب التذكير به هنا، أن الإسلام ليس نظرية، لأن النظرية قابلة للاختبار، وبذلك تحتمل الصواب، والخطأ، وتتبدل وتتغير عبر الزمان، والمكان، أو قد تكون مفيدة لفئة، أو جانب من جوانب السلوك؛ لكنها غير ذي جدوى لفئة أخرى، أو جانب سلوكي آخر. في حين أن الإسلام متمثلاً بالقرآن الكريم، وسنة الرسول -ﷺ- الذي ما ينطق عن الهوى إن هو إلا وحي يوحى، هو (دين الله للإنسانية)، ﴿ وَمَنْ يَبْتَغِ غَيْرَ الْإِسْلَامِ دِينًا فَلَنْ يُقْبَلَ مِنْهُ وَهُوَ فِي الْآخِرَةِ مِنَ الْخَاسِرِينَ ﴾ (آل عمران: ٨٥)، وبذلك فهو الحقيقة المطلقة الوحيدة الموجودة في هذا الكون، إلى أن يرث الله السماوات، والأرض، وما فيهما، وعليهما. لذلك من الخطأ الفادح حشر الإسلام بمتاهات ضيقة، وعده في عداد النظريات التي وضعها عباد الله مهما كانت صفتهم وعلميتهم؛ لأن ﴿ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ ﴾ (يوسف: ٧٦) ﴿ وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا ﴾ (الإسراء: ٨٥)، لكن عندما نقول المنظور السايكولوجي في الإسلام، فهو طريقة للبحث، والتنقيب في هذا السفر الخالد (القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة)، وإيجاد

طرائق ووسائل الانتفاع من هذا السفر الخالد. وعلى هذا فإن طريقة البحث، والتنقيب هذه هي القابلة للخطأ، والصواب، وليس الحقائق الإلهية؛ لأنها ثابتة، وصحيحة، ويجب التسليم، والإيمان المطلق بها، والعمل بهداها، ولذلك نقول (المنظور السايكولوجي في الإسلام)، وليس القول (النظرية الإسلامية ووفقاً لهذا الفهم يمكن تعريف المنظور السايكولوجي في الإسلام: في كونه حلول مقترحة لمدى الانتفاع من نعمة الله الكبرى على الإنسانية متمثلة (بالقرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة) في البناء المتكامل، والمتوازن للإنسان لئيتغى فيما أتاه الله الدار الآخرة ولا ينسى نصيبه من الدنيا* . هذا النصيب الذي يشعر فيه، ومن خلاله بالأمان والصحة النفسية.

ويسعى لتحقيق هدفين أساسيين في الحياة هما (خلافة الله في الأرض)، و (حمل الأمانة) لتعود بعده هذه النفس إلى ربها راضية مرضية فتدخل في عباده وتدخل جنته** .

ثانياً- مصادر المنظور السايكولوجي في الإسلام.

١- القرآن الكريم:

هو المصدر الأول لهذا المنظور؛ لأنه الكتاب الإلهي المقدس، وهو دستور جامع لحياة الإنسان في (الدنيا والآخرة)، وهو يحوي القضايا العامة والمبادئ الأساسية لتفسير الظواهر الكونية. (عيسوي، ١٩٧٩، ص: ٢٩)، والقرآن الكريم: كتاب عقيدة، وإرشاد، ومنهاج حياة، وهو المعجزة الكبرى الدائمة، والمتجددة لرسولنا الأمين محمد -ﷺ-، وهو الذي قال بحقه -ﷺ- ﴿إِنْ هُوَ إِلَّا نُكْرٌ لِلْعَالَمِينَ﴾ (التكوير: ٢٧)، ﴿وَلَتَعْلَمَنَّ نَبَأَهُ بَعْدَ حِينٍ﴾ (ص: ٨٨)، وقال -ﷺ- في وصفه (وهو الذي لا تنقضي عجائبه) وقال عنه ابن عباس -رضي الله عنهما- (القرآن يفسر الزمان). (الحبال، ٢٠٠١، ص: ٢٨).

في حديث عن عبد الله بن مسعود -رضي الله عنه- عن النبي -ﷺ- قال: ((إن القرآن مأدبة الله فأقبلوا على مأدبته ما استطعتم . إن هذا القرآن حبل الله، والنور المبين،

* وفقاً لمعنى الآية (٧٧) من سورة (القصص).

** وفقاً لمعنى الآية (٢٧) من سورة (الفجر).

والشفاء النافع، عصمة لمن تمسك به، والنجاة لمن أتبعه، ولا يزيغ فيستعذب ولا يعوج فيقوم، ولا تتقضي عجائبه ولا يخلق من كثرة الرد، إتلوه، فإن الله يأجركم على تلاوة كل حرف عشر حسنات)). (صالح، والطارق، ١٩٩٤، ص ص: ٢٥٧).

وعن الحارث قال: مررت في المسجد فإذا الناس يخوضون في الأحاديث فدخلت على علي - عليه السلام - فقلت: يا أمير المؤمنين، ألا ترى أن الناس قد خاضوا في الأحاديث، قال: أوقد فعلوها؟ قلت نعم. قال: أما إنني سمعت رسول الله - صلى الله عليه وسلم - يقول: ((إلا أنها ستكون فتنة. فقلت ما المخرج منها يا رسول الله؟ قال: -كتاب الله- فيه نبأ ما كان قبلكم، وخبر ما بعدكم، وحكم ما بينكم، وهو الفصل ليس بالهزل من تركه من جبار قصمه الله، ومن ابتغى الهدى في غيره أضله الله، وهو حبل الله المتين، وهو الذكر الحكيم، وهو الصراط المستقيم، وهو الذي لا تزيغ به الأهواء، ولا تلتبس به الألسنة، ولا يشبع منه العلماء، ولا يخلق على كثرة الرد، ولا تتقضي عجائبه، هو الذي لم تنته الجن إذا سمعته حتى قال: ﴿ إِنَّا سَمِعْنَا قُرْآنًا عَجَبًا ۖ يَهْدِي إِلَى الرُّشْدِ ﴾ (الجن: ١-٢)، من قال به صدق، ومن عمل به أجر، ومن حكم به عدل، ومن دعا إليه هدى إلى صراط مستقيم)). (أخرجه الترمذي - ص: ٢٩٠٦) و (الحكم ٤/٤٤٠) و (الدر المنثور ٢/٢٧٥) و (الدارمي ٢/٤٣٥) و (شرح السنة ٤/٤٣٨) و (مشكاة المصابيح، ٢١٣٨) و (الكنز، ٩٩٧)، وذكره (الطبيبي، ١٩٩٤، ص: ٢٧).

لقد بنى القرآن الكريم، فكراً وبشراً (قادة العالم) طيلة قرون، ما يزالان يؤثران، ولا عجب فهو المصدر الأصلي للحضارة الإسلامية ونمطها، ونظامها وللتربية فيها. وهو يحوي المبادئ العامة، والمسلمات الأساسية لأي نظام ينطبق عليه لفظ (إسلامي). (أبو العينين، ١٩٨٦، ص: ٣٢).

٢- السنة النبوية المشرفة:

هي ما أثر عن النبي -ﷺ- من قول، أو فعل، أو قرار، وفيها بيان لما في

القرآن من مجمل، وأحكام لما ليس فيه نص من الكتاب. وتظهر، وظيفه السنة بالآتي:

أ- إلحاق أمر لم يرد فيه نص من الكتاب بأمر ورد فيه نص لاشتراكهما في علة الحكم. مثل قوله -ﷺ-: ((كل مسكر خمر، وكل مسكر حرام، حيث الحق جميع

المسكرات بالخمير في التحريم لاشتراكه معها في علة التحريم وهي السكر.

ب. تفصيل ما أجمل في القرآن، وبيان أحكامه، وما يتعلق بالصلاة، فقد جاء الأمر في القرآن مجملاً، في مثل قوله تعالى: (وأقيموا الصلاة) ولم يبين لنا كيفيتها، ولا أحكامها. والسنة هي التي قامت بتفصيل هذا المجمل، وبيان أحكامه، وهكذا الأمر في كثير من أحكام القرآن الكريم.

ج. تشريع عدد من الأحكام، والأتيان بأمر ليست في كتاب الله (ولكنها يوحى من الله):

﴿ وَمَا يَنْطِقُ عَنِ الْهَوَىٰ ۗ إِنْ هُوَ إِلَّا وَحْيٌ يُوحَىٰ ۗ عَلَّمَهُ شَدِيدُ الْقُوَىٰ ﴾

(النجم: ٣-٥)، كتحرير الجمع بين المرأة وعمتها، والمرأة وخالتها، وأن لا ميراث

لقاتل، وأن لا وصية للوارث، وغير ذلك. (أبو العنين، ١٩٨٦، ص: ٣٤).

(اليوزيكي، ١٩٨٣، ص: ٤٣).

والسنة تجبر الفرض، وهي أمر ونهي، ونصح، وموعظة، وإرشاد، وتوجيه وحكم

من سيد الخلق محمد -ﷺ-. (الدحدوح، ب-ت، ص: ٦٠). وإذا كان القرآن

الكريم هو المصدر الأول للإسلام، وهو الدستور الذي يحوي الأصول والقواعد

الأساسية للإسلام (عقائد وعبادات، ومبادئ، وأخلاق، وآداب، ومعاملات). فإن السنة

هي المصدر الثاني للإسلام بعد القرآن الكريم، وهي البيان النظري، والتطبيق العملي

للقرآن في ذلك كله، ولذلك يجب اتباعها، والعمل بما جاءت به من أحكام وتوجيهات،

وطاعة الرسول فيها واجبة، والدليل على كل هذا، ورد في آيات كثيرة من القرآن الكريم

منها (النساء: ٥٩)، و(النساء: ٢٨)، و(النور: ٥٤)، و(الأعراف: ١٥٨) و(آل

عمران: ٣١)، و (الحشر: ٧)، و (الأنفال: ٢٤)، و (النور: ٦٤)، و (النساء: ٥٩)، و (الأحزاب: ٣٦)، و (النساء: ٦٥)، و (النور: ٤٧، ٤٨، ٥١)، و (الأحزاب: ٢١) وآيات أخرى كثيرة. أما من السنة: فهناك أحاديث كثيرة نذكر منها وصيته -ﷺ- في حجة الوداع، كما رواها (ابن عباس) -رضي الله عنه- في حديث، وصححه الحاكم، ووافقه الذهبي ((قد تركت فيكم ما إن اعتصمتم به فلن تضلوا أبداً: كتاب الله، وسنة نبيه)). (القرضاوي، ١٩٩٠، ص ٣٩، ٦٣)، وعلى هذه الأسس، والأدلة يعتمد المنظور السايكولوجي في الإسلام، القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة مصدراً أساساً له، لكون القرآن الكريم هو المرجع الأول في تحديد أصول الدين الإسلامي، وهو رسالة دينية تحتوي على فلسفة عامة لما يجب أن يكون عليه السلوك الإنساني عامة، والإسلامي خاصة، وكون السيرة النبوية المشرفة، منهج نموذجي لترجمة القواعد، والمعايير القرآنية إلى أفعال بشرية يحتذى بها. (بيومي، ١٩٨١: ص ١٢).

ثالثاً: أسس المنظور السايكولوجي في الإسلام:

١- الإنسان الغاية، والوسيلة:

الإنسان أفضل مخلوقات الله (سبحانه وتعالى) قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾ (التين: ٤)، وميز (سبحانه وتعالى) الإنسان على سائر المخلوقات منذ كان نطفة حتى صيره إنساناً ناطقاً دارياً مفكراً، قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ ﴿١﴾ ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ ﴿٢﴾ ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَبَارَكُ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ﴾ (المؤمن: ١٢-١٤)، ونفخ سبحانه وتعالى فيه من روحه، وأمر الملائكة أن يسجدوا له، فسجدوا إلا إبليس أبى واستكبر وكان من الكافرين. حيث قال تعالى: ﴿وَإِذْ قُلْنَا لِلْمَلَائِكَةِ اسْجُدُوا لِآدَمَ فَسَجَدُوا إِلَّا إِبْلِيسَ أَبَى وَاسْتَكْبَرَ وَكَانَ مِنَ الْكَافِرِينَ﴾ (البقرة: ٣٤)، وكرم الله سبحانه وتعالى الإنسان في أن جعل طبيعة خلق أعضائه في أحسن ما يكون، قال تعالى: ﴿الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ

خَلَقَهُ وَبَدَأَ خَلْقَ الْإِنْسَانِ مِنْ طِينٍ ﴿٧﴾ ثُمَّ جَعَلَ نَسْلَهُ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ مَاءٍ مَهِينٍ ﴿٨﴾ ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِنْ رُوحِهِ وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ ﴿٩﴾ (السجدة: ٧-٩)، ولأدميته ميزة بالنطق، والإدراك والتفضيل الإلهي على كل المخلوقات، قال تعالى: ﴿وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ ﴿٢﴾ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴿٣﴾ قَالَ يَا آدَمُ أَنْبِئْهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ فَلَمَّا أَنْبَأَهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكُمْ إِنِّي أَعْلَمُ غَيْبَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَأَعْلَمُ مَا تُبْدُونَ وَمَا كُنْتُمْ تَكْتُمُونَ ﴿٤﴾ (البقرة: ٣١-٣٣)، وجعله الله سبحانه وتعالى خليفته في الأرض، قال تعالى: ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ ﴿٥﴾ (البقرة: ٣٠).

وسخر الله (سبحانه وتعالى) ما في الطبيعة من أجل الإنسان، ومكنه من الاستفادة منها ووهبه القدرة على التحكم فيها والتمييز بين ما ينفعه ويضره، قال تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ وَأَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجَ بِهِ مِنَ الثَّمَرَاتِ رِزْقًا لَكُمْ وَسَخَّرَ لَكُمُ الْفُلْكَ لِتَجْرِيَ فِي الْبَحْرِ بِأَمْرِهِ وَسَخَّرَ لَكُمُ الْأَنْهَارَ ﴿٦﴾ وَسَخَّرَ لَكُمُ الشَّمْسَ وَالْقَمَرَ دَائِبِينَ وَسَخَّرَ لَكُمُ اللَّيْلَ وَالنَّهَارَ ﴿٧﴾ وَآتَاكُم مِّنْ كُلِّ مَا سَأَلْتُمُوهُ وَإِن تَعُدُّوا نِعْمَةَ اللَّهِ لَا تُحْصُوهَا إِنَّ الْإِنْسَانَ لظَلُومٌ كَفَّارٌ ﴿٨﴾ (إبراهيم: ٣١-٣٤)، وخلافة الله في الأرض هي أمانة قبلها الإنسان تكليفاً وتشريعاً، مع أنه أضعف من أن يحمل هذه (الأمانة الإلهية المشرفة) قال تعالى: ﴿عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا ﴿٧٢﴾ (الأحزاب: ٧٢).

وكان واحداً من أبرز شروط هذه الأمانة وخلافة الله في الأرض هي عبادته -ﷻ- الواحد الأحد، قال تعالى: ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِي ﴿٥٦﴾ (الذاريات: ٥٦)، والعبادة هنا كل ما يتعلق بمعرفة الله سبحانه وتعالى والإقرار بوحديانيته، وطاعته، وتنفيذ أوامره وخلافته في الأرض وحمل أمانته بشرف والمحافظة

على هذه الأمانة إلى يوم الحساب.

والشرط الآخر في خلافة الإنسان في الأرض هو أعمارها، وهذا يتطلب قدرة الإنسان على البقاء في الأرض، والعمل فيها، واستخلافها، وتوظيفها. (السامرائي، ١٩٨٥، ص: ٢٨).

وليتمكن الإنسان من حمل الأمانة، وخلافة الأرض، فقد أرسل (سبحانه وتعالى) إليه رسلاً مبشرين، ومنذرين يحكمون بكتاب الله وبوحيه. قال تعالى: ﴿رُسُلًا مُّبَشِّرِينَ وَمُنذِرِينَ لئلا يكون للناس على الله حجة بعد الرُّسُلِ وَكَانَ اللَّهُ عَزِيزًا حَكِيمًا﴾ (النساء: ١٦٥)، ومن رحمته (سبحانه وتعالى) على البشر أن جعل في كل أمة رسولاً بشيراً ونذيراً، قال تعالى: ﴿إِنَّا أَرْسَلْنَاكَ بِالْحَقِّ بَشِيرًا وَنَذِيرًا وَإِنْ مِنْ أُمَّةٍ إِلَّا خَلَا فِيهَا نَذِيرٌ﴾ (فاطر: ٢٤).

ولقد ساوى (جلت قدرته وحكمته) بين الناس في الخلق والتكوين وساوى بينهم في الهداية، والإرشاد وأنزل رسالاته كل رسالة بلغة القوم الذي أرسلت إليهم، قال تعالى: ﴿وَمَا أَرْسَلْنَا مِنْ رَسُولٍ إِلَّا بِلِسَانِ قَوْمِهِ لِيُبَيِّنَ لَهُمْ فَيُضِلُّ اللَّهُ مَنْ يَشَاءُ وَيَهْدِي مَنْ يَشَاءُ وَهُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ﴾ (إبراهيم: ٤)، وجعل سبحانه وتعالى كل رسالة متساوية مع المرحلة الحضارية التي أنزلت فيها، إلا الرسالة الإسلامية المحمدية التي أراد (سبحانه وتعالى) منها وبها أن تكون الرسالة الجامعة الشاملة لكل البشرية، وأبدية لكل زمان ومكان، قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَبْتَغِ غَيْرَ الْإِسْلَامِ دِينًا فَلَنْ يُقْبَلَ مِنْهُ وَهُوَ فِي الْآخِرَةِ مِنَ الْخَاسِرِينَ﴾ (آل عمران: ٨٥)، وصاغ سبحانه وتعالى أسس ومبادئ رسالاته لتكون واضحة ومتوافقة مع إدراك الإنسان ومستوى معارفه، قال (سبحانه وتعالى) مخاطباً رسوله الكريم محمد ﷺ - ﴿إِنَّا أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ كَمَا أَوْحَيْنَا إِلَى نُوحٍ وَالنَّبِيِّينَ مِنْ بَعْدِهِ وَأَوْحَيْنَا إِلَى إِبْرَاهِيمَ وَإِسْمَاعِيلَ وَإِسْحَاقَ وَيَعْقُوبَ وَالْأَسْبَاطِ وَعِيسَى وَأَيُّوبَ وَيُونُسَ وَهَارُونَ وَسُلَيْمَانَ وَآتَيْنَا دَاوُودَ زَبُورًا ﴿١٦٣﴾ وَرُسُلًا قَدْ قَصَصْنَاهُمْ عَلَيْكَ مِنْ قَبْلُ وَرُسُلًا لَمْ نَقُصُّهُمْ عَلَيْكَ وَكَلَّمَ اللَّهُ مُوسَى تَكْلِيمًا﴾ (النساء: ١٦٣-١٦٤).

(ولحسن تقويم الله (سبحانه وتعالى) للإنسان، وتشريفه، وتكليفه في خلافة الأرض فقد جعله الله سبحانه وتعالى الغاية، والوسيلة) وعليه كانت العلاقة سببية بين الإنسان، وخلافته في الأرض وبين هذه الخلافة وحمل الأمانة وأداء الرسالة، وأن نواة هذه العلاقة هو الإنسان. وإن الله (سبحانه وتعالى) هو الخالق المدبّر المحرّك له حيث تصدر عنه الأفعال كافة، وتنتهي إليه النتائج كلها). (السامرائي، ١٩٨٥، ص: ٢٩)

٢- (مكاملة التكامل) (توازن الأضداد والوسط العدل):

إن الله (سبحانه وتعالى)، وهب للإنسان الاستعدادات والمواهب التي تؤهله للقيام بوظيفته المتمثلة بخلافة الله في الأرض، وإعمارها وعبادة الله سبحانه وتعالى، قال تعالى: ﴿وَيَسْتَخْلِفُكُمْ فِي الْأَرْضِ فَيَنْظُرَ كَيْفَ تَعْمَلُونَ﴾ (الأعراف: ١٢٩). وبذلك جعل (سبحانه وتعالى) الإنسان كلاً موحداً قائماً على التوازن، والتكامل في كل جوانبه قال تعالى: ﴿إِنَّا كُلَّ شَيْءٍ خَلَقْنَاهُ بِقَدَرٍ﴾ (القمر: ٤٩).

وبذلك فإن المنظور السايكولوجي للإنسان قائم على النظرة الكلية المتكاملة المتوازنة ليس في داخل الإنسان فحسب، وإنما بتوازن الإنسان مع الطبيعة والكون انتهاءً بالحقيقة الإلهية المتوازنة والمتكاملة في كل شيء، على خلاف النظرة أحادية القطب للإنسان والتي روّجت لها العديد من الفلسفات الغربية، فهناك من الفلسفات ما يؤكد المادية دون الروحية التي ترى أن الأصل الذي تكونت منه الأشياء مادي في حقيقته، وأن طبيعة الإنسان، مادية كذلك، ومن هذه الاتجاهات النظرية (المادية الجدلية والمادة الديالكتيكية والمادية الطبيعية). (جعفر، ١٩٧٥، ص: ١٥).

وقد فشلت هذه الاتجاهات النظرية في تحقيق سعادة الإنسان نتيجة لخواء الروح من الإيمان، والعقيدة، حيث تكالبت على الإنسان شهوات الأرض والماديات وكدرت حياته، ولم تترك له فرصة للراحة، وتزايد الصراع في كل أشكاله في باطن النفس، ومع الأفراد والجماعات. وأصبح صراع النفوس، والأفراد، والجماعات والدول، والجيوش، والطائرات، والدمار الرهيب، والكوارث، يهدد وجه الأرض. (قطب، ١٩٨٢، ص: ١٩).

وكذلك هناك أطر نظرية تؤكد الروحية دون المادية، حيث تؤكد هذه الأطر: (أن الروح تسود كل شيء، وتستغرق كل شيء، وهي كل شيء) وتقوم هذه الفلسفة على أسس عقلية وعلى الإيمان بالله (سبحانه وتعالى) ومن دعائها أفلاطون و (جورج باكلي)، ومن فلسفاتها (الروحانية الشاملة والروحانية الذاتية) وقد فشل هذا اتجاه أيضاً من تحقيق أهداف الإنسانية وسعادة الإنسان؛ لأنه يحرف الإنسان عن الصراط الذي رسمه الخالق له. (الكبيسي، ١٩٨٧، ص ص: ١٧-١٨).

وهناك أطر نظرية ثنائية القطب تؤكد الاثنان (المادي، والروحي)، ولكن تولي أهمية أكبر للواحد على حساب الآخر (فالمثالية تولي اهتمام أكبر للجانب الروحي على حساب الجانب المادي، و(الواقعية) عكس المثالية و(التكاملية) تهتم بكلا الجانبين ولكن لم تصل إلى التوازن الذي يعبر عنه مفهوم (مكاملة التكامل)، وهو فهم أكبر من التصور الإنساني هو إرادة الله سبحانه وتعالى، من خلال تعاليمه في الرسالات السماوية والرسالة الخاتمة في الإسلام التي تعبر عن أسرار الخلف. (الكبيسي، ١٩٨٧، ص ص: ١٨-١٩).

ولقد حصدت البشرية الكثير من المآسي، حين انزلت بها القدم باتجاه المادية المحضّة، أو الروحية الصرفة (أو الجمع بينهما الذي أنحصر على الحياة فقط هدفاً نهائياً) أو تفضيل أحدهما على الآخر. (الكبيسي، ١٩٨٧، ص ص: ١٨-١٩).

لأن حياة الإنسان لم تكن مادية صرفة كحياة الحيوان، ولا روحية صرفة كحياة الملائكة بل كانت مزيجاً من المادة والروح ليتلائم وجوده من ناحيته المادية ومع طبيعة الأرض ومن ناحيته الروحية مع طبيعة السماء والنفحة العلوية). (أبو العينين، ١٩٨٦، ص ص: ٤٧-٤٨).

ومن هنا لابد من اتباع المنهج الإسلامي الذي يوازن بين الإنسان والوجود بين (المادي والروحي) توازن بين (طاقة الجسم وطاقة الروح) بين (ماديات الإنسان ومعنوياته)، بين (ضروراته وأشواقه)، بين (حياته في الواقع وحياته في الخيال توازن

بين (الإيمان بالواقع المحسوس، والإيمان بالغيب الذي لا تدركه الحواس) توازن بين (النزعة الفردية، والنزعة الجماعية) بين (النظم الاقتصادية والسياسية والاجتماعية...) توازن في (كل شيء في النفس والوجود)، وقاعدة التوازن هو (الوسط العدل) قال تعالى: ﴿وَكَذَلِكَ جَعَلْنَاكُمْ أُمَّةً وَسَطًا﴾ (البقرة: ١٤٣)، وسطاً في كل شيء. (الكبيسي، ١٩٨٧، ص ص: ١٨-١٩). (قطب، ١٩٨٥، ص ص: ٢٠-٣٣).

وبذلك فإن المنهج الإسلامي في نظره للإنسان هو القائم على مبدأ (مكاملة التكامل) الذي ينظر إلى الإنسان، والوجود بكلية متكاملة متناسقة متآزرة متوازنة. هذا المنهج الذي يعد للإنسان إنسانيته (فتوجد طرقاً لتنظيم واقعه المادي والروحي معاً)؛ لأنه يستحيل عليه أن يعيش في ملكوت السماء وقدماه تمشي على أديم الأرض، وأنه يخفق مراراً إذا انغمس في اوضار عالم الماديات، لأن بين جوانحه فراغ روحي ينشد الامتلاء. (الكبيسي، ١٩٨٧، ص: ١٩).

وإن كل ما يصيب الإنسان من قلق أو اضطراب، كل ما يصيبه من فساد وبوار، وشقاء هو نتيجة حتمية لفقدان التوازن في داخل النفس، ومن ثم في الحياة. (قطب، ١٩٨٥، ص ص: ٢٠-٣٣).

من هذا يتضح إن الإنسان وحده متناسقة كل جزء منها مسؤول عن أعماله، وبذلك فإن هذه النظرة تنفرد بالإتمام، والإكمال في تكوين الإنسان، وعرض صورته التي خلقها الله سبحانه وتعالى في أحسن تقويم. وهذا يعطينا تصوراً للإنسان كوحدة إيقاعية (تكاملية)، هذا التصور الذي يربط بين الكليات الكونية، والإنسانية، وذراتها ثم إلكتروناتها ثم إلى طاقتها الروحية، الذي لا يبقى بعده إلا المعاني في التصورات المجردة، أو المعادلات الرياضية. وتصبح المادة هنا ليست سوى مجموع علاقات، أو نسب تترجم للذهن حركات وطاقات كهربائية مغناطيسية تتعامل مع بعضها البعض.

إن تصورنا مجموعة خلايا الجسم، ومكوناتها مركبة من مواد كيميائية، وحركات فيزيائية أقصى حدودها في الصفر هي (الجزئيات والألكترومغناطيسية) ثم الحركة

المحظة الخالصة يسهل علينا تصور التشابه بين وظائف الذهن والروح ووظائف المادة الجسمانية اللامتناهية في الصفر (الجزئيات الالكترومغناطيسية)، وتبادل التأثير بين الذهن، والروح والجسم (الفكر والمادة) بقصد المحافظة على التوازن (الجسماني - النفسي)، والانسجام داخل النفس في وظائفها من جهة (كل على حده) وبين (الجسم والنفس) وحدة الشخصية من جهة أخرى. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص ص: ١-٢).

وبين الشخصية وحدة واحدة وبين شخصيات الآخرين، والكون وما فيه من جهة أخرى أيضاً. قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتَقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ (الحجرات: ١٣). وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَتَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا﴾ (النساء: ١). وآيات أخرى كثيرة تؤكد أن الإنسان ليس فرداً فردية مطلقة ولا هو ذائب في جماعة بل هو جزءاً من كل أكبر مثلما هو يتألف من أجزاء أصغر فأصغر.. أيضاً. فالإسلام لا يضخم الفرد ولا يضخم الجماعة إذ يعطي ذاتية الفرد حقها بحيث تصبح هذه الذاتية في النهائية جزءاً من كل فرداً من مجموع ويعطي المجتمع كياناً، ووجوداً في ضمير الأفراد (وأصل الجماعة الصحيحة هي الذاتية الصحيحة، وأصل الاتصال بالآخرين هو الاتصال الصحيح بالذات، بل أن الفردية السوية أصل الجماعة السوية والعكس صحيح). (أبو العينين، ١٩٨٦، ص ص: ٥٠-٥١).

وبناءً على ما تقدم لم يكن سلوك الإنسان مخير بالكامل، ولا هو حتمي ومجبر عليه بالكامل أيضاً، بل أن نوعية هذا السلوك وتحديد خيريته من حتميته وقدره، يتبع هذا المبدأ القائم على التوازن الكوني للإنسان، وعوامله، والإنسان والآخرين، والكون، ويتبع أيضاً تحقيق الغاية التي خلق الإنسان من أجلها وهي (خلافة الله في الأرض)، و(حمل الأمانة). قال تعالى: ﴿هَلْ أَتَىٰ عَلَى الْإِنْسَانِ حِينٌ مِّنَ الدَّهْرِ لَمْ يَكُن شَيْئًا مَّذْكُورًا﴾ إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَّبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴿٥١﴾

هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا ﴿١٥﴾ إِنَّا أَعْتَدْنَا لِلْكَافِرِينَ سَلَاسِلًا وَأَغْلَالًا وَسَعِيرًا ﴿١٦﴾
 إِنَّ الْأَبْرَارَ يَشْرَبُونَ مِنْ كَأْسٍ كَانَ مِزَاجُهَا كَافُورًا ﴿١٧﴾ (الإنسان: ١٥). وقال تعالى: ﴿تَبَارَكَ
 الَّذِي بِيَدِهِ الْمُلْكُ وَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ ﴿١٨﴾ الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ
 أَحْسَنُ نَعْمَ أَنْ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الرَّؤُوفُ ﴿١٩﴾ (الملك: ١-٢).

وآيات أخرى كثيرة تدل على أن الابتلاءات، والأقذار هي إيجابار ألهي، وهي
 حتميات يجب التسليم بها، والإيمان المطلق بها أيضاً، مع كل ذلك إلا إن الإنسان
 مطالب بسلوك خلقي (نابع من إرادته وواقع باختياره وفاعليته وبذلك عليه أن يختار بين
 الجزع، أو الصبر بين الخير والشر الذي كثيراً ما يجهل الإنسان هل أريد به خيراً أم
 شراً، والله سبحانه وتعالى لا يفعل إلا الخير ولا يريد إلا الخير للإنسان، قال
 تعالى: ﴿وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ
 يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ (البقرة: ٢١٦).

وبذلك فإن الإنسان نسبي في سلوكه الاختياري، أو الحتمي، وما الاختيارية إلا
 في خدمة حتمية السلوك الذي يأمرنا الله سبحانه وتعالى به متمثلاً بطاعة الله (سبحانه)
 وتنفيذ أوامره، وحمل أمانته، وخلافته في الأرض قال تعالى: ﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ﴿١٠﴾
 فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ﴿١١﴾ قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا﴾ (الشمس: ٧-
 ١٠)، فالإنسان مخير بين من يريد تركية النفس لتكون تقية وتعود إلى ربه راضية
 مرضية فتدخل في عبادته وتدخل في جنته، وبين من يريد دس هذه النفس فتكون فاجرة
 فتتلقى عذاب الله ويتلقفها سعي ناره (سبحانه وتعالى).

إن هذا التوازن بين الإيجابار، والاختيار ينتهي إلى سلوك قويم يرضي سبحانه
 وتعالى، ويسعد النفس المطمئنة، فلا قيود على قدرة الله (سبحانه) ولا إلغاء لوجود
 الإنسان إلا بإرادته (جلى وعلى)، وقد عبّر (الغزالي) عن هذه العلاقة والتوازن بين
 (الخيرية والقدرية) بقوله: (فعل النار الأحراق مثلاً وهو جبر محض، وفعل الله اختيار

محض، وفعل الإنسان على منزله بين هتين المنزلتين، فإنه جبر على الاختيار). (أبو العينين، ١٩٨٦، ص: ٤٩).

وكل هذه التوازنات بين (المادي والروحي) للإنسان وبينه وبين الآخرين وبينه وبين موجودات الكون وبين سلوكه في الإيجار والاختيار يتم ضمن أساس واحد هو (مكاملة التكامل) من أجل اختيار (الوسط العدل) الذي يؤدي إلى الاستقامة كونها تاج على رؤوس الأصحاء، ويذكر القرآن الكريم أن التوفيق، والسداد للعبد إنما يكمن في طلب الاستقامة من الله تعالى. قال تعالى: ﴿اهْدِنَا الصِّرَاطَ الْمُسْتَقِيمَ﴾ (الفاتحة: ٦)، قال تعالى مخاطباً نبيه الكريم -ﷺ-، ومن خلاله إلى كل عباده الصالحين: ﴿وَاسْتَقِمَّ كَمَا أُمِرْتَ﴾ (الشورى: ١٥).

إنَّ استقامة النفس معناه اعتدالها وتوازنها، لكن هذا يتطلب جهاداً، ومعاناة ومكابدة للوصول إلى الاستقامة، وعلى الرغم من إنها فطرة سليمة فإن النفس الأمانة تستكرهها، لما تحتاج إليه من عنت ومشقة وتعب، لأن النفس الإنسانية بطبيعتها الأمانة ترغب في الراحة، والخمول وتكره العمل، والجد، والواجبات، لذلك فهي لا تطبق إلا ما كان سهلاً ملذاً وتستتكمف ما كان صعباً، ومؤملاً؛ لذلك كان طريق الاستقامة هو الطريق الأمثل للإنسان، فيه يعتدل أمره وعن طريقه تتوازن حياته، وبالسير فيه يعرف حقوقه، وواجباته وتتأكد له الغاية في حياته على الأرض، وأن أساس الاستقامة هو مكاملة التكامل في توازن قوى النفس مع بعضها ومع الآخرين ومع موجودات الكون. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ص: ١٢٠-١٢١).

٣- الوظيفة الثنائية في النفس البشرية:

إن الأساس الذي يعتمد عليه مبدأ (توازن الأضداد والوسط العدل) لا يقوم على أساس التوازن بين الخطوط العريضة الواسعة المدلول مثل الجسم، والروح، والعقل... الخ، ولكن في النفس البشرية إلى جانب ذلك خطوطاً دقيقة (أوتاراً) دقيقة والإسلام يوقع عليها جميعاً أنغامها المناسبة، جميعها في آن واحد... وأن من عجائب التكوين البشري

تلك الخطوط الدقيقة المتقابلة المتوازنة كل أثنين منها متجاورات في النفس، وهما في الوقت ذاته مختلفان في الاتجاه. (الخوف والرجاء) (الحب والكره) (الإيمان بما تدرکه الحواس - الإيمان بما لا تدرکه الحواس) (الفردية - والجماعية) (السلبية - والإيجابية) (الفجور - والتقوى) (تزكية النفس - دس النفس) (الشكر لله - الكفر) (الوسوسة - الإيمان بالله) ... الخ. أي أنّ النفس تحمل الاستعداد لاستقبال رسائل (سلفية شيطانية) تنتشط، وتبعث فيها كل الأفكار، والاتجاهات، والمشاعر الخبيثة السلبية، وكل ما يرتبط بدوافع الفجور، وفي الوقت عينه تحمل الاستعداد لاستقبال رسائل (علوية إلهية) تنتشط، وتبعث فيها الأفكار والاتجاهات والمشاعر الطيبة الإيجابية، وكل ما يرتبط بدوافع التقوى.

وهذا التركيب يؤثر في مدى وكيفية استقبال الشخص لمؤثرات العالم الخارجي، والأحداث وقابليته للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية، أو مدى شعوره بالصحة النفسية، ولتأخذ مثالين على ذلك من أعلام الصحابة (رضوان الله عليهم أجمعين)، قال ابن عباس - رضي الله عنه -: (ليس من أحد يحزن ويفرح ولكن المؤمن يجعل مصيبتة خيراً وغنيمته خيراً) وبذلك يستقبل المؤمن حدثين متناقضين بنفس قوية ثابتة. وقال عمر - رضي الله عنه -: (ما أصابتنى مصيبة إلا وجدت فيها ثلاث نعم: الأولى إنها لم تكن في ديني والثانية: أنها لم تكن أعظم مما كانت. والثالثة: إن الله يعطي الثواب العظيم والأجر الكبير. ولم يكن هذا إلا نتيجة أقتداءهم بسنة المصطفى - صلى الله عليه وآله وسلم - القائل: ((عجباً لأمر المؤمن أن أمره كله خير. إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له. وأن أصابته ضراء صبر فكان خيراً له)). (قطب، ١٩٦٢، ص ص: ١٢٦-١٣٢). (المهدي، ١٩٩١، ص ص: ٥٤-٥٦).

٤- الإنسان قوة إيجابية فاعلة:

إن الإنسان (وكما يريد الله سبحانه وتعالى) قوة إيجابية فاعلة موجهة مريدة وهي قوة موجبة، وادفعة إلى الأمام، قوة تقود القوة المادية، وتسخرها في عمارة الأرض تحت

مبدأ (كل شيء بقدر)، وليس السعي لخرابها. وبالمقابل فإن هذه القوة الفاعلة تتحول إلى سلبية عندما يختل التوازن بين أي من عوامله إن كانت داخل النفس البشرية، أو بينها وبين غيرها، أو بين كل هذا، وموجودات الكون فعندها تقود السلبية إلى التدمير بدلاً من الأعمار. (قطب، ١٩٨٥، ص ص ٢٠-٣٣). (والإيجابية الفاعلة) من أهم الأسس التي أصبح مجتمعنا بأمس الحاجة لها بعد أن ركن إلى السلبية، والتراخي والتكاسل اللامبالاة). (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص ٥٥-٦٢).

والمنهج الإسلامي في التربية ينمي الإيجابية لدى الفرد، فهو يريد من المسلم أن لا يقف من الأحداث متفرجاً، وإنما يكون فاعلاً إيجابياً يتربى على الأمر بالمعروف، والنهي عن المنكر، والفساد، والتسيب، والانحراف، والظلم، وأن تكون له غيره على دينه وعرضه وماله، ونفسه، وأهله، وجيرانه، وأقاربه وصولاً إلى غيرته على بلده وأمته، يقول سبحانه وتعالى: ﴿وَلْتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾ (آل عمران: ١٠٤)، والمسلم لا يقف ساكناً أمام المنكر، وعليه أن يتخذ موقفاً فاعلاً إيجابياً حسب ما يستطيع، حيث قال تعالى: ﴿كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَتُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ﴾ (آل عمران: ١١٠)، وقال النبي الصادق الأمين محمد ﷺ: ((من رأى منكم منكراً فليغيره بيده، فإن لم يستطيع فبلسانه، فإن لم يستطيع فبقلبه وذلك أضعف الإيمان)). (رواه مسلم، وهو متفق عليه).

والمسلم مدعو لكي يساعد أخاه المسلم على الخير والمعروف، ويقف منه موقف الأخ والصديق، قال تعالى: ﴿يُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ﴾ (آل عمران: ١١٤)، والمتمتع جيداً في (القرآن الكريم، والسنة النبوية المشرفة) يجد التأكيد واضحاً على الإيجابية، ويجد أن أبلغ صورها متمثلة في (الجهاد في سبيل الله)، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا هَلْ أَدُلُّكُمْ عَلَى تِجَارَةٍ تُجِيبُكُمْ مِنْ عَذَابِ أَلِيمٍ ﴿١﴾ تُوْمِنُونَ بِاللَّهِ وَرَسُولِهِ وَتُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللَّهِ بِأَمْوَالِكُمْ وَأَنْفُسِكُمْ ذَلِكَ خَيْرٌ لَكُمْ إِنْ كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ ﴿٢﴾ يَغْفِرْ لَكُمْ ذُنُوبَكُمْ وَيُدْخِلْكُمْ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ

وَمَسَاكِنَ طَيِّبَةً فِي جَنَّاتٍ عَدْنٍ ذَلِكَ الْفَوْزُ الْعَظِيمُ ﴿١٣﴾ وَأُخْرَى تُحِبُّونَهَا نَصْرَ مِنَ اللَّهِ وَفَتْحٍ قَرِيبٍ وَبَشِّرِ الْمُؤْمِنِينَ ﴿الصف: ١٣﴾، ويقول المصطفى -ﷺ-: ((إن أبواب الجنة تحت ظلال السيوف) (رواه مسلم).

لومن مظاهر الإيجابية دعوة المسلمين إلى التعاون على البر والتقوى، ونهي التعاون على الأثم، والعدوان، قال تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾ (المائدة: ٢)، ومظاهر الإيجابية في القرآن الكريم، والسنة النبوية كثيرة، فهي تتمثل في كل عمل صالح وصحيح أي كل عمل تكون النية فيه لله تعالى وصحيحاً حسب القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، والمهم في الإيجابية هو العمل الصالح وليس السكوت، أو الركون، أو السلبية. (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص ٥٢-٦٠). والقوة الفاعلة الإيجابية للإنسان المسلم تمثل صمام الأمان لهذا الكون؛ لأنها تجعل العبودية لله وحده، وأن الثمرة المترتبة على هذه القوة الفاعلة الإيجابية يوجزها أحد العلماء فيقول: (لقد كانت الحضارة المنبثقة عنها إلهية الروح خلقية النزعة، علمية التفكير، مادية الوسيلة، إنسانية الغاية، فهي ليست مجرد مفهوم ذهني بل ذات بعد سلوكي فلا فصل بالإسلام بين العقيدة، والسلوك). (عبد الله والأقطش، ١٩٩٤، ص ص: ٩٢-٩٤).

٥- الإسلام دين الفطرة:

ورد ذكر (الإسلام) في القرآن الكريم أكثر من (٥٠) خمسون مرة في مواضع مختلفة من أجزاءه الثلاثين، وفقاً لمعانٍ مختلفة حسب مضمون الآية. (أسود، ١٩٨١، ص: ٢٤٨).

والإسلام في لغة القرآن ليس اسماً لدين خاص، وإنما هو اسم للدين المشترك الذي بلغه كل الأنبياء، وحمله إلى الإنسانية وانتسب إليه كل اتباع الأنبياء. (الكبيسي، ١٩٩٦، ص: ٥٣).

فروح -ﷻ- يقول لقومه في قوله تعالى: ﴿وَأْمُرْتُ أَنْ أَكُونَ مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾ (يونس: ٧٢)،

ويعقوب - عليه السلام - يوصي بنيه في قوله تعالى: ﴿ فَلَا تَمُوتُنَّ إِلَّا وَأَنْتُمْ مُسْلِمُونَ ﴾ (البقرة: ١٣٢)، وأبناء يعقوب - عليه السلام - يجيبون أباهم بقوله تعالى: ﴿ نَعْبُدُ إِلَهَكَ وَإِلَهَ آبَائِكَ إِبْرَاهِيمَ وَإِسْمَاعِيلَ وَإِسْحَاقَ إِلَهًا وَاحِدًا وَنَحْنُ لَهُ مُسْلِمُونَ ﴾ (البقرة: ١٣٣)، وموسى - عليه السلام - يقول لقومه بقوله تعالى: ﴿ يَا قَوْمِ إِن كُنْتُمْ آمَنْتُمْ بِاللَّهِ فَعَلَيْهِ تَوَكَّلُوا إِن كُنْتُمْ مُسْلِمِينَ ﴾ (يونس: ٤٨)، والحواريون يقولون لعيسى - عليه السلام - بقوله تعالى: ﴿ آمَنَّا بِاللَّهِ وَأَشْهَدُ بِأَنَّا مُسْلِمُونَ ﴾ (آل عمران: ٥٢).

ويتضح من هذا أن الإسلام هو دين الله الذي جعله فطره روح الله في آدم مذ خلقه، ولذلك يشترك فيه كل الأنبياء، والمرسلين: ويقول (سبحانه وتعالى): ﴿ الدِّينَ عِنْدَ اللَّهِ الْإِسْلَامَ ﴾ (آل عمران: ١٩)، وقوله تعالى: ﴿ وَمَنْ يَبْتَغِ غَيْرَ الْإِسْلَامِ دِينًا فَلَنْ يُقْبَلَ مِنْهُ وَهُوَ فِي الْآخِرَةِ مِنَ الْخَاسِرِينَ ﴾ (آل عمران: ٨٥)، ويذكر (أورنج كاي) ما قاله (لانج) (من أن وظيفة الأنبياء تتعلق بتصحيح دين التوحيد بالفطرة، الذي يعتبر الانحراف عنه سمة بشرية ليس للرجل البدائي وإنما المتقنين أيضاً فيأتي دور الأنبياء لتصحيح هذا الانحراف) (أورنج كاي، ١٩٨٣، ص: ٢٨)،

وطالما أن الدين عند الله الإسلام، وأن الدين فطري، فإن الإسلام هو دين الفطرة بقوله سبحانه وتعالى: ﴿ فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ﴾ (الروم: ٣٠)، وقال تعالى: ﴿ وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَى أَنْفُسِهِمْ أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ قَالُوا بَلَى شَهِدْنَا أَنْ تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّا كُنَّا عَنْ هَذَا غَافِلِينَ ﴾ (الأعراف: ١٧٢).

وجاء في حديث نبوي رواه الإمام أحمد وأخرجه النسائي في سننه أن رسول الله - صلى الله عليه وسلم - قال: ((إلا أنها ليست نسمة تولد إلا ولدت على الفطرة، فما تزال عليه حتى يبين عنها لسانها فأباها يهودانها أو يمجانها أو ينصرانها)). (البخاري، ١٩٨٧، ص: ٧٩). (نجاتي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

رابعاً: ميزات المنظور السايكولوجي في الإسلام:

١. هو منظور تكاملي يقوم على مبدأ (مكاملة التكامل) الذي يتخذ منهج الوسط العدل لتحقيق الاستقامة.

٢. هو منظور أخلاقي في كل تفاصيله فهو يوحى، ويهتم بغرس المبادئ، والقيم الأخلاقية، والفضائل السلوكية للناس.

٣. هو منظور إيماني يهدف إلى غرس الإيمان في قلب الفرد ووجدانه وتأسيس هذا الإيمان، وترسيخه، وتحويله إلى حيز الوجود الفعلي، والسلوك العملي.

٤. هو منظور عقلائي معرفي، لا مجال للخرافة، أو الشعوذة، أو الدجل أو الوهم، أو الأفكار الفلسفية أو الميتافيزيقية؛ ولأنه يخاطب عقل الإنسان وفكره، وحسه، ووجدانه، ويعتمد على الإقناع، والبرهنة، والتبصير بالأدلة، والشواهد من معجزات الله (سبحانه وتعالى) في مخلوقاته، وآياته في أحداث الكون، والطبيعة لاسيما في نفس الإنسان، فهو يدعو للتأمل والنظر والتدبر، واستخلاص العبر والشواهد للوصول إلى النتائج القائمة على أساس الاستدلال، العقلي، والمنطقي، وهو بذلك يستعمل التجريب القائم على المشاهدة للظواهر الكونية، والإنسانية، والتأمل فيها، وملاحظتها ملاحظة دقيقة بغية الاهتداء إلى خالقها (جلت قدرته) (عيسوي، ١٩٧٩، ص: ٣٠-٣١).

٥. هو منظور شمولي (عبر الزمان والمكان)، فطالما أن هذا المنظور يعتمد (القرآن الكريم، والسنة النبوية المشرفة) المصدران العظيمان له، ولا مصدر ثالث لهما؛ لأن هذان المصدران هم قانونا الحياة إلى (يوم الفصل)، فإن هذا المنظور سيبقى حياً مورقاً (إن شاء الله)، لأنه يستمد حيويته من الإسلام (بقرانه الكريم وسنته النبوية المشرفة)، وسيبقى منهلاً عذباً مفيداً لأي جنس من البشر يريد الفائدة الحقيقية، والخلاص والهداية، وفي أي وقت وفي أي زمان ومكان.

خامساً: النفس: طبيعتها - سوءها - لومها - رضاها - طاقتها - صراعاتها.

١- النفس: طبيعتها، ودلائل، وجودها، وتمييزها عن المفهومات القريبة منها:

وردت كلمة (النفس) في القرآن الكريم في (٣٦٧) موضعاً، ومهما تعددت معاني النفس فإنها في القرآن تعني وتدلل على الذات بمجموعها، وهي أقرب ما تكون إلى لفظ

يشمل الإنسان كله. (صالح وطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٣٨-٢٤٥). ومفهوم الشخصية في علم النفس الحديث أقرب ما يكون إلى مفهوم النفس في القرآن الكريم. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٥).

والنفس غير الروح، وكذلك لا تعني القلب، وهي مختلفة عن مفهوم العقل. فالنفس كما يرى (الكندي): (جوهر عقلي متحرك من ذاته وأنها جوهر الهي روحاني لا طول له، ولا عمق، ولا عرض، وهي نور الباري، والعالم الأعلى الشريف الذي تنتقل إليه نفوسنا بعد الموت هو مقامها الأبدي، ومستقرها الدائم). (أبو زيّان، ١٩٧٦، ص ص: ٢٣٧-٢٣٨).

ويرى (الفارابي): (أنها استكمال أول لجسم طبيعي آلي ذي حياة بالقوة وهي جوهر بسيط روحاني مباين للجسد). (أبو زيّان، ١٩٧٦، ص ٢٦١).

ويرى (ابن سينا): (أنها جوهر وصورة، جوهر في ذاتها وصورة من حيث صلّتها بالجسم). (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٨).

أما مسكويه فيرى (أنها جوهر بسيط غير محسوس بشيء من الحواس، وأنها ليست بجسم ولا جزء من جسم، ولا حال من أحوال الجسم وأنها شيء آخر مفارق للجسم بجوهره وأحكامه وأفعاله. (صالح وطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٤٥-٢٥٣).

أما (النووي) فيذكر أن النفس لغة: (حقيقة الشيء) واصطلاحاً: (لطيفه في الجسد تولدت من ازدواج الروح بالبدن، واتصالهما معاً). (النووي، ١٩٧٠، ص: ٣٦٥).

ويرى (بن عبود) (أنها ذات الإنسان المسؤولة، والقابلة للتربية، والتسامح والقرب من الله -ﷻ-). (بن عبود، ٢٠٠٢، ص ص: ١-٢).

أما علماء المسلمين من (الصوفية)* فيطلقون - النفس - على الصفات المذمومة من الإنسان، التي محلها القلب وليس العقل فيذكر (القشيري): (إن النفس تتمثل في ما كان معلوماً من أوصاف العبد، ومذموماً من أخلاقه وأفعاله)، أما نور الدين البريفكاني فيقول (النفس لطيفة مودعة في القلب وهي محل الأخلاق المذمومة)، أما الغزالي فيرى هناك معنيان للنفس (الأول): (يراد به المعنى الجامع لقوة الغضب والشهوة في الإنسان، وهو المعنى الغالب عند أهل التصوف). أما المعنى (الثاني) (فهو النفس اللطيفة التي هي بالإنسان حقيقة، وهي نفس الإنسان، وذاته، ولكنها توصف بأوصاف مختلفة بحسب اختلاف أحوالها). (الطائي، ٢٠٠١، ص ص: ١٠-١١).

ويرى (الغزالي) أيضاً أنها جوهر روحاني يدرك بالعقل، أو يستدل عليها بآثارها وأفعالها. (الغزالي، ب-ت، ص: ٢٧).

ويتفق (ابن سينا)، (والرازي)، مع (الغزالي) في أن النفس يمكن إثبات، وجودها بالبراهين والأدلة الآتية:-

* (هو تزكية الأنفس في الإسلام للوصول إلى مرضاة الله. وعندما سأل الإمام الجنيد البغدادي عن التصوف قال: أن تكون مع الله بلا علاقة والوصول إلى أن تراقب نفسك في كل نفس ووقت وتعيد الله كأنك تراه ومن غاياته أن تتخلص من العوائق والعوائق فتكون أقوالك وأعمالك وأفعالك لله). (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٢٨).

أ- البرهان الأول: هو أن الجسد عرضه للتغيير، والتبدل والزيادة، والنقصان. أما النفس فباقية على حالها؛ لأنها بسيطة. ويقول ابن سينا في ذلك (تأكد أيها العاقل في أنك اليوم في نفسك هو الذي كان موجوداً جميع عمرك وحتى أنك تتذكر كثيراً من أحوالك فأنت إذن ثابت مستمر ولاشك في ذلك، وبدنك وأجزائه ليس ثابتين مستمرين، بل هما أبداً في التحلل والانتقاص.. فذاتك مغايرة لهذا البدن وأجزائه الظاهرة والباطنة). (ابن سينا، ١٩٧٥، ص:٥). أما الغزالي فيقول: (بأنك إذا تأملت نفسك، وبدنك فإنك تعلم أن نفسك منذ ولدت لم تتبدل، وأن نفسك ليس من البدن). (الطائي، ٢٠٠١، ص:٢).

ب. البرهان الثاني: بما أن الإدراك امتازت به الكائنات المدركة، فلا بد لها من قوى زائدة لتقوم بأدائه، فالحيوان فضلاً عن كونه يتحرك بشيء غير جسميته فإنه يدرك بغير جسميته أيضاً، وذلك لأن الجسم مزاج واقع بين أضواء مختلفة متنازعة فكان لا بد من قوة تحركها على الالتئام، فأصل القوى المحركة، والمدركة، والحافظة للمزاج شيئاً آخر نسميه نفساً. والشهوة، والغضب، والانفعال (كالضحك، والتعجب) وهي مظاهر نفسية تلي الإدراك تدل على أنه لا بد من مبدأ لهذه الأفعال فضلاً عن الجسمية. (ابن سينا، ١٩٥٢، ص:٣٦٧).

ج. البرهان الثالث: هو أن الإنسان إذا تجرد في تفكيره عن كل شيء من المحسوسات والمعقولات فلا يمكنه أن يتجرد عن تفكيره من أنه (موجود) وأنه يستطيع أن يفكر، حيث يقول الغزالي: (إذا كنت صحيحاً مطرحاً عنك الآفات مجنباً عنك صدمات الهوى وغيرها، من الطوارق، والآفات فلا تتلاشى أعضاؤك، ولا تتماس أجزاءك وكننت في هواء طلق، ففي هذه الحالة لا تغفل عن (أنيته) وحقيقتك، فكل من له فطنة، ولطف وكياسة يعلم أنه جوهر وأنه مجرد عن المادة، وعلائقها لا تغرب ذاته عن ذاته؛ لأن معنى التعقل حصول ماهية مجردة للعاقل، وذاته مجردة لذاته فلا يحتاج إلى تجريد، وتقسير وليس ها هنا ماهية ثم معقولة بل ماهية معقولة، ومعقولة ماهية). (الغزالي، ١٩٩٠، ص:٣٠-٣١).

د. البرهان الرابع: تشترك جميع الأجسام بأن لها ثلاث أبعاد متقاطعة ولكنها تختلف

في (الحركة والسكون)، وهي لا تتحرك بذاتها بل بمعنى، وراء الجسمية هو (النفس)، ونحن نشاهد أجساماً تحس وتتحرك بالإرادة، وليس ذلك بجسميتها، فينبغي أن يكون لها مبادئ أخرى تصدر عنها هذه الأفعال فكل ما يكون مبدأ لصدور أفاعيل ليست على وتيرة واحدة فإننا نسميه - نفساً-؛ لأن تحركها لو كان لأجل جسميتها فينبغي أن تكون كل جسم متحركاً؛ لأن الحقائق لا تختلف. وما يجب لنوع يجب لجميع الأنواع، وإن كان لمعنى (وراء الجسمية) فذلك المبدأ هو النفس. (الغزالي، ١٩٩٠، ص: ٢٩).

أما الروح فقد وردت في القرآن الكريم بـ (إحدى وعشرين مرة) وكل واحدة لها معنى خاص. فتأتي بمعنى (القرآن) في قوله تعالى: ﴿وَكَذَلِكَ أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ رُوحًا مِّنْ أَمْرِنَا﴾ (الشورى: ٥٢)، وتارة بمعنى - جبريل عليه السلام -، قال تعالى: ﴿وَإِنَّهُ لَنَنْزِيلُ رَبِّ الْعَالَمِينَ ﴿١٩٢﴾ نَزَلَ بِهِ الرُّوحُ الْأَمِينُ ﴿١٩٣﴾﴾ (الشعراء: ١٩٢-١٩٣)، وأخرى بمعنى الرحمة، في قوله تعالى: ﴿وَلَا تَيْسُؤُوا مِنْ رُوحِ اللَّهِ﴾ (يوسف: ٨٧)، ومن معانيها أنها السر الإلهي، حيث أودعها الله (سبحانه وتعالى) في سلالة الإنسان حين كان مادة - قال تعالى: ﴿فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ﴾ (الحجر: ٢٩)، وقال تعالى: ﴿ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِنْ رُوحِهِ وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ﴾ (السجدة: ٩)، وتبقى الروح من الله (العزیز القدير، سبحانه وتعالى) سرّاً من أسراره، يقول تعالى: ﴿وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴾ (الإسراء: ٨٥)، (الكبيسي، ١٩٨٧، ص: ٢٦-٢٧).

ويرى (الغزالي) (أن الروح جسم لطيف منبععة في تجويف القلب الجسماني فينتشر بوساطة العروق الضواريب إلى سائر أجزاء البدن، وجريانه في البدن، وفيضان أنوار الحياة، والحس، والبصر والسمع والشم منها على أعضائها يضاهي فيضاناً من السراج الذي يدار في زوايا البيت، فإنه لا ينتهي إلى جزء من البيت إلا ويستتير به، والحياة مثالها النور الحاصل في الحيطان، والروح مثاله السراج، وسريان الروح، وحركته في الباطن مثال حركة السراج في جوانب البيت، والأطباء إذا أطلقوا لفظ الروح

أردوا به هذا المعنى: وهو بخار لطيف أنضجته حرارة القلب، ويرى الغزالي أيضاً معنى آخر للروح هو (اللطيفة العالمة المدركة من الإنسان وهو الذي أراده الله -ﷻ-): ﴿قُلْ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي﴾ (الإسراء: ٨٥)، وهو أمر عجيب، تعجز أكثر العقول والإفهام عن درك حقيقته). (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٢١).

ويتفق كل من (الخولي، ١٩٧٤) و (نجاتي، ١٩٨٧) في أن الروح (عنصر علوي يتضمن استعداد الإنسان لتحقيق معالي الأمور، وأقدس الصفات فهو الذي يؤهله للارتفاع فوق مستوى الحيوان ويقرر له أهدافه، وغاياته العليا في الحياة، ويرسم له خطوط منهاجه، وبضيف إلى بشريته النزوع إلى مصدر القيم والمعارف التي تجعل له حقيقة الإنسان. (الخولي، ١٩٧٤، ص ص: ٢٢-٣٣). (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٠٩).

وبضيف نجاتي أن (الروح والمادة) يمتزجان معاً في، وحدة متكاملة متناسقة. وتتكون من هذا المزيج ذات الإنسان، وشخصيته. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٠٩).

أما (بن عبود) فيرى أنها نفخة ربانية مضيئة على النفس بعد رفع الحجب، والنزعات الظلمانية، والتفتح لعالم الأمر، والمؤهلة لخرق ما هو عادة، وقوانين مألوفة وبها يمكن التصرف والنفوذ بأذن الله وفراسة المؤمن وتصريف الطاقة البشرية. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص ص: ٣-٤).

أما (العقل) فيؤكد القرآن الكريم حريته التفكير الناقد، ورفض التقليد الأعمى، حيث يقول سبحانه وتعالى: ﴿وَإِذَا قِيلَ لَهُم اتَّبِعُوا مَا أَنْزَلَ اللَّهُ قَالُوا بَلْ نَتَّبِعُ مَا أَلْفَيْنَا عَلَيْهِ آبَاءَنَا أَوَلَوْ كَانَ آبَاؤُهُمْ لَا يَعْقِلُونَ شَيْئًا وَلَا يَهْتَدُونَ﴾ (البقرة: ١٧٠)، ويؤكد الله سبحانه وتعالى في قرآنه الكريم فطرة العقل بقوله: ﴿إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَمِيعًا بَصِيرًا﴾ ﴿إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا﴾ (الإنسان: ٢-٣)، ومعدن هذا العقل من نور، بقوله تعالى: ﴿وَمَنْ كَانَ مِيتًا فَأَحْيَيْنَاهُ وَجَعَلْنَا لَهُ نُورًا يَمْشِي بِهِ فِي النَّاسِ﴾ (الأنعام: ١٢٢)، وقال تعالى: ﴿وَمَنْ لَمْ يَجْعَلِ اللَّهُ لَهُ نُورًا فَمَا لَهُ مِنْ نُورٍ﴾ (النور: ٤٠)، ومنطلق هذا العقل هو البيان والوضوح، بقوله تعالى: ﴿خَلَقَ الْإِنْسَانَ عِلْمَهُ الْبَيَانَ﴾ (الرحمن: ٣-٤)، وغاية هذا العقل هي

الهداية، أما عند علماء الكلام المسلمين فيرون أنّ العقل هو (علوم ضرورية، بها يتميز العاقل من غيره إذا أتصف بها، وهي العلم بوجود الواجبات واستحالة المستحيلات وجواز الجائزات). ويرى آخرون منهم هو (هو قوة للنفس بها تستعد للعلوم والإدراكات)، أما عند المتصوفون هو (ما موجود عند كل إنسان طبيعي وبسببه يكلف ويحاسب ويكون مسؤولاً أمام الله عن تصرفاته) وفيه قسمان:

١- العقل الشرعي: هو من فقه عن الله (سبحانه وتعالى) وعقل خطابه فآمن به، والتزم فيه وذلك هو العاقل.

٢- العقل التكليفي: لم يفقه عن الله، ولم يلتزم، فهو لم يحصل العقل الشرعي.

وقال سبحانه وتعالى واصفاً أهل النار: ﴿وَقَالُوا لَوْ كُنَّا نَسْمَعُ أَوْ نَعْقِلُ مَا كُنَّا فِي أَصْحَابِ السَّعِيرِ﴾ (تبارك: ١٠)، ويؤمن المتصوفة بالعقل الشرعي الذي مقره القلب، ومظهره ضبط الإنسان شهواته وفقاً لأمر الله مع الفهم عن الله والتسليم له. وهو نور القلب ينظر العبد إلى الآخرة في ظلم الهوى فيبقى العبد حيران. عند ذلك تنشرح الجواهر، وتلتذ وتبادر إلى سلوك المهلكات. فإن كثف نور العقل أضاء نوره وقوي ضوؤه وطفأت عند ذلك نيران الهوى وزالت ظلمته. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٢٤).

ويرى (بن عبود) أن العقل (هو المكلف برسالة الإنسان في الأرض، وهو أشرف وظيفة عرفانية، وأرقى ملكه معنوية تنطلق من الرشد، والنضج النفساني، ابتداءً من التعلم، والتهاتف إلى العلم الديني، والديني حتى يعمل إلى أعلى درجات الحكمة، التي اكتسبها الإنسان، وعندها يجني الخير الكثير، قال تعالى: ﴿وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا﴾ (البقرة: ٢٦٩)، وهو أساس المسؤولية والشخصية، إذا أصيب الجسم بعطب، أو مرض فإن ذلك لا يؤثر على الشخصية كالمقطوع اليد مثلاً، يظل محتفظاً بهويته. وإذا ما أصيبت النفس بهزة عنيفة، أو كارثة، أو توتر مزمن فإن ذلك قد لا يمنع صاحبه من مزاوله أعماله. أما إذا فقدت الذاكرة واستولت عليه الهلوس أو استفحل الهذيان، أو ظهر الفصام، وغير ذلك من أمراض العقل. فإن الشخصية تنهار،

وتتفكك، وتضمحل نهائياً، ويصبح الشخص اسماً من دون مسمى.

أما إذا احتفظ الإنسان بسلامة العمليات الفكرية في التعلم، والعمل والمناهج العملية المادية التطبيقية دون اعتبار لآيات الله في العن والخلوة في عالم الغيب وعالم الشهادة فإن ذلك يجعله متمتعاً بالفكر لا بالعقل، إذ (لا عقل لمن لا دين له) كما يقول الرسول ﷺ. - وسوء استعمال العقل، أو نقصانه أو تخديره بالمخدرات، والمسكرات، والأفكار الباطلة مثلاً فإنه ينزله منزلة الحيوان الذي يأكل ويشرب... الخ ثم يصير تراباً لا معنى له، وهذا ما يؤدي إلى العبث المشهور في المذاهب الفلسفية الوجودية الملحدة، وهو نوع من المرض الذي لا علاج له إلا الإيمان. ووفقاً للإسلام فإن العقل هو أساس التكليف، والأمانة وهو الطريق الناجي، من الظلمات، والاضطرابات النفسانية والاجتماعية. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ٥).

أما القلب فجاء بمعانٍ عدة في القرآن الكريم، فوصفَ (سبحانه وتعالى) القلوب المريضة بقوله: ﴿فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا﴾ (البقرة: ١٠)، والقلوب المريضة تصغي لوسوسة الشيطان، بقوله تعالى: ﴿وَلِتَصْغَى إِلَيْهِ أَفْئِدَةُ الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ بِالْآخِرَةِ وَلِيَرِضُوهُ وَلِيَقْتَرِفُوا﴾ (الأنعام: ١١٣)، ويجعل الله (سبحانه وتعالى) على قلوب معينة غشاوة، بقوله تعالى: ﴿خَتَمَ اللَّهُ عَلَى قُلُوبِهِمْ وَعَلَى سَمْعِهِمْ وَعَلَى أَبْصَارِهِمْ غِشَاوَةً﴾ (البقرة: ٧).

والقلب هو دليل الإنسان المؤمن، وقد تصاب بعض القلوب بالعمى عندما تهوي في الضلالة، حيث يقول سبحانه وتعالى: ﴿فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ﴾ (الحج: ٤٦)، وبعض القلوب تكون قاسية، وبعضها سليم لقوله سبحانه وتعالى: ﴿لِيَجْعَلَ مَا يُلْقِي الشَّيْطَانُ فِتْنَةً لِلَّذِينَ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ وَالْقَاسِيَةِ قُلُوبُهُمْ﴾ (الحج: ٥٣)، وقول تعالى: ﴿يَوْمَ لَا يَنْفَعُ مَالٌ وَلَا بَنُونَ إِلَّا مَنْ أَتَى اللَّهَ بِقَلْبٍ سَلِيمٍ﴾ (الشعراء: ٨٨-٨٩)، ويعطي الغزالي معنيين للقلب (أحدهما اللحم الصنوبري الشكل المودع في الجانب الأيسر من الصدر، وهو منبع الروح ومعدنها. والمعنى

الآخر هو لطيفة ربانية روحانية، لها بهذا القلب الجسماني تعلّق، وتلك اللطيفة هي حقيقة الإنسان، المدرك العالم العارف من الإنسان، وهو المخاطب، والمعاقب والمعاتب، والمطالب، ولها علاقة مع القلب الجسماني. وقد تحيرت عقول أكثر الخلق في إدراك وجه هذه العلاقة فهي تضاهي علاقة الصفة بالموصوف، أو المستعمل للألة بالآلة). (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٢٦).

ويرى (بن عبود) أن القلب هو الحامل لنور الله، وهو مركز النية، والإخلاص، والذوق السليم، والإلهام، والنور الذي (يقذفه الله قرب القلب) بحسب تعبير (الغزالي)، وأهم ما ينبغي عده بالنسبة إليه هو التوجه بمعنى (استقبال قبة الله النورانية) لا (قبة الأهواء الشيطانية الظلمانية) فهو مركز الهداية، أو مركز الضلال. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ٥). وقال بعض المحققين: (أن الجمع بين القلب وبين النفس للتأكيد، لأن طمأنينة القلب من طمأنينة النفس). (النووي، ١٩٧٠، ص: ٣٦٥). قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد: ٢٨)، والطمأنينة عند ابن القيم الجوزية درجات يذكرها بالآتي:

أ- طمأنينة القلب بذكر الله. طمأنينة الخائف إلى الرجاء.

ب- طمأنينة الروح في القصد إلى الكشف (حب الاستطلاع لعمل الخير) ليزول الشك والعجب.

ج- طمأنينة النفس إلى الأمن. ويرى (صالح والطارق، ١٩٩٦) أن (النفس المطمئنة) تماثل (الشخصية السوية) في علم النفس الحديث. (صالح والطارق، ١٩٩٦، ص: ٢٤٠).

ويقسم (القحطاني، ١٤١٩هـ) القلوب على ثلاث:

أ- القلب السليم: هو الذي قد سلم من كل شهوة تخالف أمر الله، ونهيه، ومن كل شبهة تعارض خيره فسلم من عبوديته ما سواه، وسلم من تحكيم غير رسول الله - ﷺ -، وقال تعالى: ﴿يَوْمَ لَا يَنْفَعُ مَالٌ وَلَا بَنُونَ إِلَّا مَنْ أَتَى اللَّهَ بِقَلْبٍ سَلِيمٍ﴾ (الشعراء: ٨٨-٨٩).

ب. القلب الميت: وهو ضد الأول، وهو الذي لا يعرف ربه، ولا يعبده بأمره، وما يحبه ويرضاه، بل هو واقف مع شهواته، ولذاته، ولو كان فيها سخط ربه وغضبه، فهو متعبد لغير الله: (حبا، وخوفاً، ورجاءاً، ورضاً، وسخطاً، وتعظيماً، وذلاً) أن أبغض لهواه، وأن أحب لهواه، (فالهوى إمامه والشهوة قائده، والجهل سائقه، والغفلة مركبه). (نعوذ بالله من هذا القلب).

ج. القلب المريض: وهو قلب له حياة وبه عله، فله مادتان تمده هذه مرة، وهذه أخرى، وهو لما غلب عليه منهما، ففيه من محبة الله تعالى والإيمان به والإخلاص له والتوكل عليه: ما هو مادة حياته. وفيه من محبة الشهوات والحرص على تحصينها، والحسد، والكبر، والعجب وحب العلو، والفساد في الأرض بالتسلط والنفاق والرياء، والشح والبخل ما هو مادة هلاكه وعطبه. (نعوذ بالله من هذا القلب أيضاً)،

ويقسم (القحطاني) أمراض القلب هذه إلى نوعين هما:

أ- نوع لا يتألم به صاحبه في الحال: وهو مرض الجهل والشبهات والشكوك وهو أعظم النوعين ألماً ولكن لفساد القلب لا يحس به.

ب- نوع مرض مؤلم في الحال: كالهم، والغم، والحزن، والغيض، وهذا النوع قد يزول بأدوية طبيعية بإزالة أسبابه وغير ذلك. (القحطاني، ١٤١٩هـ، ص: ١٤٩-١٥٠).

والجسم هو نقطة الوصل بين العالم، وبين الإنسان، وبينه وبين نفسه. وهو الصورة الظاهرة للهوية الإنسانية التي تتميز عن صورة الحيوان بإضفاء معنى (الحياة المسؤولة- النبوة) لأعضاء الجسم الذي خلق من أجل غاية شريفة. فالجسم بهذا المعنى يرادف معنى (الجوارح): أي أنه مجموعها أو مجموع الغايات التي خلقت من أجلها. إن اليد مثلاً خلقت للعمل الصالح المثمر، لا للبطش والسرقة، وأشياء أخرى، فإن أعضاء الجسم خلقت لتستثير بتعاليم الدين من عبادات، وشريعة لتزكية النفس وشفائها في دائرة الطيبات، والحلال، والإحسان، والأمان، وحمايتها من الخبائث، والحرام، والإفساد. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص ص: ٣-٤).

٢. مراحل النمو النفسي - الإيمان:

اتفق أغلب علماء المسلمين (الغزالي، وابن عطا الله الإسكندري، وابن القيم الجوزية، والمتصوفة). (الطائي، ٢٠٠١، ص: ١٤) وأكد هذا الاتفاق علماء النفس المسلمين المعاصرين (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص ٢١٠-٢١٧)، و(العيسوي، ١٩٧٩، ص ص ٣٦-٤٢)، و(الوتاري، ١٩٩٦، ص ص ٢٠١-٢٠٢)، و(بن عبد الله، ١٩٨٧، ص: ١١٦)، و(الطائي، ٢٠٠١، ص: ١٤)، و(نجاتي، ٢٠٠٢، ص ٢)، و(صالح والطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٣٩-٢٤٢)، و(Athar, 2002, P:3) وغيرهم. على أن للنفس ثلاثة أقسام أو مراتب نتيجة للنمو النفسي - الإيمان. حيث يمر الإيمان بالنفس، لتأخذ هذه النفس نفتحها الإلهية الحقيقية، وتقوض شيطانها، وتكون تقية فإنها تمر بثلاث مراحل من النمو الإيمان (الروحي) (Arther, 2002, P:2):

أ- النفس الأمانة بالسوء: حيث يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ إِلَّا مَا رَحِمَ رَبِّي﴾ (يوسف: ٥٣)، وسميت أمانة لأنها تقود صاحبها إلى السوء، وتأمُر بالذات، والشهوات، وتهوي بالإنسان إلى مزلق الشيطان، والأعمال المنكرة، والقبيحة والأخرق السيئة، وتؤدي بصاحبها إلى الهلاك. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ١٤). والنفس الأمانة بالسوء رأسها الكبر، وعينها العجب، وفهمها الحسد، ولسانها الكذب، وأذنها النسيان، وصدرها الحقد، وبطنها الشهوة ويدها الخيانة والسرقة، ورجلها التسرع، وقلبها الغفلة، وهدفها الكفر، وتبيع الجنة ونعيمها، وخلودها شهوة ساعة في دار الفناء،

ولا تموت بالمجاهدة، لكن تخنس وتغيب ثم تعود عند التغافل عن المجاهدة فلا يؤمن شرها أبداً. (بن عبد الله، ١٩٨٧، ص: ١١٦).

وتتميز النفس الأمانة بالسوء بعدم الاستقرار الانفعالي، قال تعالى واصفاً صاحب هذه النفس: ﴿إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا ۖ وَإِذَا مَسَّهُ الْخَيْرُ مَنُوعًا﴾ (المعارج: ٢٠)، والشيطان هو قرين النفس الأمانة بالسوء، وهو المسخر والميسر لطاقتها وهو قائداً لها، فهو يعدها ويمنيها، ويقذف فيها الباطل، ويأمرها بالسوء، ويزين لها، ويمدها بأنواع الإمداد بالباطل، ويستعين عليها هواها، وإرادتها فمنه يدخل عليها كل مكروه. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ١٤). ويرى (صالح والطارق، ١٩٩٦) أنها تماثل (الهو id) في نظرية التحليل النفسي فإذا كانت جامحة لا يستطيع الأنا ترويضها فإنها تقضي بصحابها إلى التهلكة. والنفس الأمانة إذا تمادت في الإلحاح للميل إلى الملذات فإنها تتحدر إلى مستويات دونية، مما يولد لصاحبها الشعور بالذنب، وعذاب الضمير، والقلق، والشعور بعدم الأمن. (صالح وطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٤١-٢٤٢).

ومن خصائص النفس الأمانة بالسوء، التي تحركها الفطرة الفاجرة التي أصبح الشيطان قريناً لها هي:-

١- التطرف، والخروج عن الاعتدال: قال تعالى: ﴿فَلَا تَمِيلُوا كُلَّ الْمَيْلِ فَتَذَرُوهَا كَالْمُعَلَّقَةِ﴾ (النساء: ١٢٩).

٢- العجلة والتسرع: قال تعالى: ﴿خُلِقَ الْإِنْسَانُ مِنْ عَجَلٍ﴾ (الأنبياء: ٣٧).

٣- الضعف والعجز: قال تعالى: ﴿وَخُلِقَ الْإِنْسَانُ ضَعِيفًا﴾ (النساء: ٢٨).

٤- النزوع إلى الشر، والعزوف عن الخير: تقديم الفجور على التقوى لقوله تعالى: ﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ۖ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا﴾ (الشمس: ٧-٨).

٥- التمرد والمكابرة والعناد: قال تعالى: ﴿أَوَلَمْ يَرَ الْإِنْسَانُ أَنَّا خَلَقْتَاهُ مِنْ نُطْفَةٍ فَإِذَا هُوَ خَصِيمٌ مُّبِينٌ﴾ (يس: ٧٧).

٦- ضدة الحرص، والنهم، والاكنتاز والتكالب على جمع المال. قال تعالى: ﴿وَتَأْكُلُونَ

التُّرَاثَ أَكْلًا لَمَّا ﴿ وَتُحِبُّونَ الْمَالَ حُبًّا جَمًّا ﴾ (الفجر: ١٩-٢٠).

٧- الشح، والبخل. قال تعالى: ﴿ وَمَنْ يُوقِ شُحَّ نَفْسِهِ فَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴾ (التغابن: ١٦).

٨- صفات أخرى: مثل حب التغيير، وعدم الاستقرار، والتسرع، والعجلة، والحسد، والغيط والغضب والتسويق، والمماطلة والبخل وشدة الحرص وقصر النظر، وضعف البصيرة واللجاج في الحق والتعصب الأعمى، وكل الصفات الشيطانية. (عدس، ب، ت، ص: ١٢٢-١٢٥).

ب. النفس اللوامة: قال تعالى: ﴿ وَلَا أَقْسِمُ بِالنَّفْسِ اللَّوَّامَةِ ﴾ (القيامة: ٢). وهي النفس التي تحركها التقوى، وتروم الاستقامة، وتجاهد الفجور، وهي دائمة اللوم لصحابها إن فعلت خيراً تلوم ذاتها إنها لم تكثر منه، وإن فعلت شراً أو قارفته تلوم ذاتها، لأنها اجتاحتها. والنفس اللوامة تميل إلى مراقبة ذاتها، ذلك إن فيها دوافع الخير ودوافع الشر أيضاً بما فيها اغراءات الهوى ولديها ضمير يقوم بمحاسبتها إذا قصرت، أو أخطأت، فالإنسان قد يفلت من محاسبة الجميع، ولا يفلت من حساب هذه النفس. (صالح والطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٤٠-٢٤١). (الوتاري، ١٩٩٦، ص: ٢٠٢).

ويرى (بن عبود) في النفس اللوامة: هي ذلك الضمير الحي المتجه نحو الغايات النبيلة الثلاث (الحق والتقوى والبر). (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ٣).

ج. النفس المطمئنة: قال تعالى: ﴿ يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنِّةُ ﴿ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً ﴿ فَادْخُلِي فِي عِبَادِي ﴿ وَادْخُلِي جَنَّاتِي ﴾ (الفجر: ٢٧-٢٨). وهي النفس التي استتارت بنور القلب فتركت صفاتها الذميمة، وتخلقت بالأخلاق الحميدة وهي متجهة إلى القلب متحررة من البدن كلية وهي النفس الناعمة بروح اليقين الواثقة بفضل الله ونعمته ورحمته وهي مطمئنة إلى ربها، المطمئنة إلى طريقها إلى قدر الله (سبحانه وتعالى في السراء والضراء، وفي البسوط، والقبض وفي المنع والعطاء، فهي مطمئنة ولا ترتاب ولا تتحرف ولا تتعثر، ولا ترتاب ليوم الهول الرهيب. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ١٦).

ويرى ابن القيم الجوزية: (أن من صفات أصحابها هم عباد الرحمن وأهل العلم والحكمة علمهم الله سبحانه وتعالى، واختارهم لنفسه. وهم الذين نزلت عليهم السكينة الإلهية وتواترت عليهم نفحات الجود والخير من الله وأطمأنوا إلى معرفة الله -ﷻ- وطاعته وسكنوا إليها). (الجوزية، ب، ت، ص ص: ٥٣٤-٥٤٣).

ويرى (بن عبود) في النفس المطمئنة هي المتميزة بالاستقرار والتوازن والاعتدال ومثانة الرأي وصواب الحكم استناداً إلى الوحي الإلهي في الكتاب والسنة لتحيا حياة طبيعية بعيدة عن طغيان الجاه والمال والشهوات والأهواء والفساد مستوفية للشرط الأساسي للحياة الطيبة وهو الاستجابة لله (سبحانه وتعالى) والرسول -ﷺ- إذا دعاها لما يحييها. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص ص: ٣-٤).

(والنفس المطمئنة تحل عليها البركة وتفتح وتشعر بالسلام وهي في سلام دائم لأنها تعلم أنه برغم خطاياها في الدنيا ستعود إلى ربها راضية مرضية). (Ather,2002,P:28) ومن مؤهلات هذه النفس ترضى بما قسم الله وما قضى وقدر وتصبر على البلاء وتشكر عند الرضاء. (محمد، ب، ت، ص: ٣١).

فيما أورد (ابن القيم الجوزية) مراتب أو (دور) للنفس حددها بأربعة هي:

١- الدار الأولى: في بطن الأم، وذلك الحصر، والضيق، والغم والظلمات الثلاث.

٢- الدار الثانية: هي الدار التي نشأت فيها وألفتها واكتسبت فيها الخير والشر وأسباب السعادة والشقاء.

٣- الدار الثالثة: هي دار البرزخ وهي أوسع من هذه الدار، وأعظم، بل نسبتها إليه كنسبه هذه الدار إلى الأولى.

٤- الدار الرابعة: هي دار القرار، الجنة أو النار، فلا دار بعدها. (صالح والطارق، ١٩٩٦، ص: ٢٣٩).

ويمكن أم نتصور هذه المراحل الثلاث التي تمر بها النفس البشرية من (أمانة السوء) إلى (اطمئنان النفس) على أنها حالات تتصف بها شخصية الإنسان في

مستويات مختلفة من الكمال الإنساني التي تمر بها في أثناء صراعها الداخلي بين جوانبها المختلفة. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢١٧).

وقد يبدو للبعض أن هناك تشابهاً بين هذا التصور القرآني وتصور فرويد للشخصية وصراعتها، إلا أن الأمر مختلف تماماً، إذ أن فرويد لم يدخل أبداً العامل الروحي في تصوره وهو الأساس في بناء الشخصية، كما وأن أعلى حالات التسامي التي أقر بها فرويد لا تتعدى حدود النفس اللوامة. وأن هذه المراحل الثلاث للنمو النفسي - الإيمان في التصور الإسلامي ما هي إلا حالات لمراحل تمر بها النفس في أثناء صراعاتها الداخلية بين المرسلات الرحمانية والمرسلات الشيطانية، وهي ليست أقساماً للنفس كما يتصور قسم من العلماء، كما وأنها لا تتكون أثناء مراحل نمو معينة مثل أنظمة الشخصية عند فرويد، في حين يقع الصراع النفسي في نظرية فرويد بين أقسام النفس الثلاث فإنه يقع وفقاً للتصور الإسلامي بين الجانب المادي متمثلاً بالمرسلات الشيطانية، وبين الجانب الروحي متمثلاً بالمرسلات الرحمانية من شخصية الإنسان، وتبعاً لنتيجة هذا الصراع تنشأ الحالات الثلاث. (الأمانة، اللوامة، المطمئنة).

٣- الطاقة الروحية:

إنّ القيم الروحية النابعة من الأديان قادرة على هداية الإنسان، وعلى إضاءة حياته بنور الإيمان، وعلى منحه طاقة روحية لا حدود لها من أجل الخير والحق والمحبة. (عيسى وآخرين، ب-ت، ص: ٤٠) وقد تبين من البحوث الحديثة أن أصل كل طاقة هي (طاقة روحية) فقد انتهى علماء الفيزياء، والعلوم التطبيقية إلى القول ب: (لامادية المادة ولا شبيهة الأشياء ولوجوهية الجوهر) وذلك أنهم لما واجهوا الحد غير المنتهي في الصفر للمادة بعد تجزيء المادة، وتقسيم الذرة على أنواع كثيرة من الكهارب على أشكالها المختلفة والمعقدة وقفوا في النهاية عند مفهوم الطاقة (الألكترومغناطيسية)، والتجوال في مجال من العمليات الرياضية بحيث أقترب المبنى المادي للأشياء بالمعنى المجرد للمفاهيم العلمية العامة. بل تجاوز بعضهم هذا

المدلول قائلاً: إن وجود مفهوم الإلكترون، والطاقة الإلكترونية فيما يخص الإنسان لا يفهم حقيقة إلا إذا أضفينا معنى روحياً على صورته في أذهاننا، والروح سيال يقوم على ذرات مخالفة لصور الذرات التي تخيلها علماء الفيزياء، وهي دوائر نورانية تخترق الأجسام والأحشاء وتسري فيها سريان النار في المادة، ولكل روح طاقة وشكل وهي درجات بقدر ما خلق الله من خلق ويؤثر ذلك في درجة العلاج. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص:٦).

٤- دوافع النفس ومستقبلاتها، وصراعاتها:

إن في الإنسان طاقة روحية، هي التي تعطي للإنسان صفته الإنسانية والبشرية، وهذه الطاقة هي من روح الله، قال تعالى: ﴿فَنَفَخْنَا فِيهَا مِنْ رُوحِنَا﴾ (الأنبياء: ٩١). وهي موجودة في كل مفاصل، وعوامل النفس الإنسانية، وهدفها مساعدة النفس في تحقيق غايتها الكبرى، ألا وهي خلافة الله في الأرض وحمل الأمانة، وتستمد هذه الطاقة الروحية قوتها بمستقبلات رحمانية لتوضيفها في خدمة دوافع التقوى في النفس البشرية التي تحمل استعداداً لاستقبال رسائل (علوية إلهية). (قطب، ١٩٦٢، ص:١٣٠). وهي المد والعون الإلهي، وهي صلة العبد بربه وتعمل هذه المستقبلات الرحمانية عندما يستمر الإنسان بهذه الصلة مع ربه عن طريق العقائد والعبادات. وتقابل هذه المستقبلات الرحمانية، (مستقبلات شيطانية). (المهدي، ١٩٩١، ص:٥٢). تستحوذ على الطاقة الروحية وتسخرها في خدمة دوافع الفجور في النفس الأمارة التي يكون الشيطان قريناً لها، وتحمل هذه الدوافع الأمارة بالسوء الاستعداد لاستقبال رسائل (شيطانية سفلية) من قرينها في النفس الأمارة. قال تعالى: ﴿فَوَسْوَسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ﴾ (الأعراف: ١٩). وطبيعة عمل كلاً من المستقبلات الرحمانية والشيطانية عملاً متداخلاً في الوظيفة مختلفاً ومعاكساً في الاتجاه. فإن الحكمة الإلهية اقتضت أن تكون الطاقة الروحية لوظائف النفس، لتتمكن هذه النفس من تحقيق أهدافها التي أكلها إليها الله سبحانه وتعالى، لكن الشيطان الرجيم الذي ناصب الإنسان العداً واستحوذ على دوافعه الأمارة بالسوء، وكان قريناً لها، ولكونه كما وصفه رسول الله -ﷺ-: ((يجري من ابن

آدم مجرى الدم)). فإنه ما برح أن استحوذ على أي طاقة في النفس البشرية إلا وسخرها لدوافع الفجور، ولذلك فإن أهم أهداف المستقبلات الشيطانية هي:

أ- غواية الإنسان والاستحواذ على طاقته وتسخيرها في خدمة دوافع الفجور قال تعالى واصفاً وعيد الشيطان الرجيم للإنسان: ﴿لَأَغْوِيَنَّهُمْ أَجْمَعِينَ ﴿٨٢﴾ إِلَّا عِبَادَكَ مِنْهُمْ الْمُخْلِصِينَ﴾ (ص: ٨٢-٨٣).

ب- التشويش على المستقبلات الرحمانية من خلال (وسوسة الشيطان)، وإضعاف صلة العبد بربه، وإضعاف استقبال الرسائل العلوية من الله سبحانه وتعالى، كي لا تقوى دوافع التقوى في النفس البشرية. وعكس هذا تكون أهداف المستقبلات الرحمانية، وبذلك فإن الصراع بين المستقبلات الشيطانية والمستقبلات الرحمانية هو صراع فطري وأزلي (ويبدو أن هذا الصراع حتمياً أيضاً مع بداية الوعي بالحاجات بين الخير والشر، وبين إتباع أوامر ونواهي الله (سبحانه وتعالى) إرضاءً له وبين اتباع غواية الشيطان، وإرضاءً للشيطان، ويقود الشيطان حملة الصراع النفسي هذه متخذاً من النفس الأمانة بالسوء منطلقاً لمهاجمة كل من النفس اللوامة، والنفس المطمئنة، ووسيلته في ذلك ما يوسوس في صدور الناس في تزيين طريق الشر، وما يترك الناس فيه من حيرة وقلق، ويأس وقتل وما يصيبهم من غفلة ونسيان. (موسى، ١٩٩٣، ص ص: ٥٧٨-٢٧٩). ويشير القرآن الكريم إلى هذا الصراع في آيات كريمات منها في قوله تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ (البلد: ٤). وقوله تعالى: ﴿فَأَمَّا مَنْ طَغَى ﴿٤٠﴾ وَآثَرَ الْحَيَاةَ الدُّنْيَا ﴿٤١﴾ فَإِنَّ الْجَحِيمَ هِيَ الْمَأْوَى ﴿٤٢﴾ وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَى ﴿٤٣﴾ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَى﴾ (النازعات: ٣٧-٤١). وإن هذا الصراع بين المستقبلات الرحمانية والمستقبلات الشيطانية لا ينقطع فإذا استحوذت المستقبلات الشيطانية على الطاقة فإنها توظفها في إشباع دوافع الفجور في النفس الأمانة بالسوء ومن ميزات هذه الدوافع أنها تحقق لذة حياتية آنية زائلة، ومن مساوئها أنها تجعل النفس تشعر بالقلق والتوتر والخوف المستمر من فقدانها لهذه اللذة الآنية، أو الصعوبة

في الحصول عليها، أو تكتشف دائماً أنها تعيش في لذة واهمة غير حقيقية، لأن المستقبلات الشيطانية تخدعها وتزين لها الأعمال السيئة بحيث تبدو لها بأحسن صورة.

أما إذا تمكنت المستقبلات الرحمانية من تقويض عمل المستقبلات الشيطانية، وحصولها على طاقتها الروحية، فإنها توظفها في خدمة دوافع التقوى، وعندما تحصل دوافع التقوى على هذه الطاقة فإنها تمارس عدة وظائف منها:

١- تقويض عمل المستقبلات الشيطانية وسحب طاقتها من النفس الأمارة بالسوء وتزكية هذه النفس من الفجور.

٢- تقوية المستقبلات الرحمانية بإدامة الصلة بين النفس، وخالقها.

٣- تقوية استعداد النفس على استلام رسائل علوية من الله سبحانه وتعالى عن طريق العقائد والعبادات.

٤- تعمل على توازن، وتكامل قوى النفس كافة، بحيث تعطي لكل وظيفة نفسية ما يكفيها من الطاقة الروحية لتمارس عملها بأفضل حالة ممكنة لكي تتكامل وتتأزر هذه الوظائف في اختيار الوسط العدل وطريق الاستقامة كما أمرها الله سبحانه وتعالى به.

٥- السمو، والارتقاء بعوامل النفس والبحث عن اللذة الآجلة ذات النفع الأكبر (الفوز بالجنة) وتفضيلها على اللذة العاجلة الزائلة ذات النفع الأقل، وعندما تمارس (التقوى) كل هذه الوظائف بعد أن تعمل المستقبلات الرحمانية بكامل طاقتها الروحية، فإنها تدخل الراحة والأمان، والاطمئنان في كل وظائف النفس وعندها تصل إلى مستوى (النفس المطمئنة).

إن هذين النوعان قد أخذنا نصيهما من الصراع على نحو أساسي، لكن بقيت هناك أنواع أخرى من الصراعات النفسية، وهو ما يحصل لعامة الناس وليس حالات متطرفة (سلبية كانت، أم إيجابية) هذه الصراعات مستمرة عبر المواقف والزمن ولم

تستقر على حال فتارة تحصل المستقبلات الرحمانية على الطاقة فيبدوا الإنسان فيها تقياً مؤمناً، وتقوى صلته بخالقه، وتارة أخرى تستحوذ المستقبلات الشيطانية على الطاقة فيكون الإنسان فيها فاجراً ملحداً وتضعف صلته بخالقه، أو أحياناً يأخذ كل مسار أو مستقبل قسماً من الطاقة، فتنشبت هذه الطاقة، ويصبح الإنسان فريساً للصراعات النفسية وعندها يشعر بالتوتر، والقلق، وعدم الأمن وقلّة الفاعلية والكفاءة... الخ، أو أحياناً تختلف عوامل النفس في كمية الطاقة التي تحصل عليها فقد يحصل العقل على طاقة روحية من مستقبلات رحمانية أكثر من القلب فيشعر بالأثم، وتأنيب الضمير، لكنه لا يستطيع استعادة قواه النفسية بسهولة، فيحاول جاهداً استعادة وتقوية المستقبلات الرحمانية، لكنه يصطدم بطاقة مقابلة من المستقبلات الشيطانية تعيق محاولاته هذه، فيبقى شاعراً بالقلق والتوتر، لكن هذا النوع من القلق هو (رحماني)، لأنه يعرف ما يريد أن يفعل خيراً لكنه لا يستطيع. أو قد يحصل العكس، حين يحصل القلب على طاقة روحية من مستقبلات رحمانية أعلى من العقل؛ لكنه يصطدم بطاقة من المستقبلات الشيطانية (وسوسة الشيطان) فتعيق محاولاته هذه، فيشعر بالتردد والحيرة، والقلق، لأنه لا يعرف، ولكنه يريد وهذا النوع من القلق هو (شيطاني). وقد يحصل أن تضعف الطاقة بين قوى النفس وتتداخل صراعاتها فعندها يسمى (قلقاً نفسياً)، ومن الجدير بالذكر أن: (القلق الرحماني): هو الخوف من عدم إرضاء (الرحمن الرحيم) أو إرضاء الضمير.

أما (القلق الشيطاني): هو الخوف من عدم إرضاء ملذات النفس. أما (القلق النفسي): هو الخوف من فقدان السيطرة على النفس. نتيجة لتشتت الطاقة في كل عواملها، حيث يحدث تضارب أو تصادم أو عدم تآزر أو انسجام بين وظائف وعوامل النفس. وقد يحصل في أنواع النفوس (الأماره، اللوامة) أن تأخذ (المرسلات الشيطانية) طاقة (المستقبلات الرحمانية) فتوظفها لصالحها بحيث تصبح أفعالها أكثر قبولاً من الآخرين، كأن تضمّر أحد النفوس (مستقبلاً شيطانياً في نياتها)، وتتعامل مع الآخرين من خلال (المستقبلات الرحمانية) (الجوهر شيطاني، والمظهر رحماني)، والعكس لا يحدث، وما يحدث في النفس اللوامة هو صراع بين المستقبلات الرحمانية والشيطانية في نية الفعل بالدرجة الأساس، مما يجعل السلوك المرتبط بها مضطرباً، وغير مستقر.

أما القلب، فهو مركز النفس، وهو مصدر الطاقة الروحية فيها، وهو الموجه للكيان النفس ككل، ويعمل بحسب نوع المرسلات (رحمانية كانت أم شيطانية) ودرجة وقوة تركيز طاقتها، قال تعالى: ﴿فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبَ الَّتِي فِي الصُّدُورِ﴾ (الحج: ٤٦). وهو ليست تكوين بايولوجي أو طاقة عاطفية، حسب، وإنما هو مركز لتفاعل جميع قوى النفس. (المعرفية والتكوينية)، والانفعالية، والاجتماعية، وهذا التفاعل لا يحدث إلا بفعل الطاقة الروحية الممتزجة والمتفاعلة في كل قوى النفس، وأشكالها اللامتناهية، ولكل من قوى النفس هذه وأشكالها اللامتناهية، درجة من التفاعل، وكلما كانت درجة أي من قوى النفس أكبر في هذا التفاعل، أعطت صفتها سمة غالبية في الشخصية إن كانت في موقف سلوكي، أو سمة مهيمنة، واتجاه هذه السمة (سلبية - كانت أو إيجابية) (شيطانية - أو رحمانية، إيمانية) تعتمد نوع المرسلات المسيطرة على الطاقة في تفاعل قوى النفس.

من هذا التحليل النفسي الإسلامي، تبدو الحكمة الإلهية في خلق الإنسان، والهدف من هذا الخلق، وتبدو الحكمة الإلهية كذلك، في إن المسؤولية الإنسانية هي على (النفس)، وما القلب إلا مركزاً لإتمام وظائف النفس وتفاعلها ليكون سلوك النفس

إنسانياً محاسباً وما العقل إلا وظيفة مركزية من وظائف النفس، لتبطل حجتها أمام الله سبحانه، وتعالى، وتكون قادرة على الاختيار، قال تعالى: ﴿إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا﴾ (الإنسان: ٣)، وما الروح إلا نفحة من روح الله لهديته إلى تزكية النفس من خلال (المد) والعون الإلهي، وهي طاقة تدخل في جميع عوامل النفس وقواها وتمتزج بها وتتفاعل معها وهي المحركة لها عندما يقوِّض شيطان النفس وتكون مرسلاتها الرحمانية قوِّية، ولهذه الأسباب فإن النفس من دون الروح لا تستطيع القيام بوظائفها، وعندما تقتضي إرادة الله (سبحانه وتعالى) أن ترجع هذه النفس إلى خالقها فإن الله (سبحانه وتعالى) يأمر ملائكته بسحب الروح منها ليذهب وظائفها، وعندها تموت. لكن هذه الروح التي خرجت من النفس عند الموت تحمل كل شفرات التفاعل لقوى النفس ورموزها منذ أن دخلت هذه النفس عند الولادة، ولذلك فإن حساب هذه النفس عند خروج الروح منها، ليس حساباً لهذه النفس كما عند دخول الروح فيها، وأن خروج هذه الروح من نفس الإنسان المؤمن هي ليس خروجاً لهذه الروح كما عند الإنسان الكافر، أو الملحد (والله أعلم).

والجسد الذي يحمل كل شفرات هذا التفاعل لقوى النفس من خلال الطاقة الروحية، فهو الهيئة الخارجية لهذه النفس التي تميزه عن الآخرين وتعطيه رمزاً لفرديته، وهو يتأثر أيضاً بنوع المرسلات (شيطانية) كانت أو (رحمانية) فإذا كانت الطاقة التي تحكم نتيجة التفاعل لقوى النفس هي ذات (مستقبلات شيطانية) فإن أعضاء الجسم تكون أدوات منفذة لطبيعة هذه المرسلات، فقد تكون اليد للسرقة، والعين للفواحش وأعضاء الجسم للزنا..... الخ).

أما عندما تكون هذه الطاقة ذات مرسلات رحمانية، فإن أعضاء الجسم تكون للإيمان، والتقوى، والبر، والعمل الصالح.

على إن هناك نوع آخر من الصراعات يسمى (صراع الغيبيات) الذي أخبرنا به رسول الله محمد ﷺ - في خطبة الوداع، حين قال: ((فإن العبد بين مخافتين: بين عاجل قد مضى لا يدري ما الله صانع به، وبين آجل قد بقى لا يدري ما الله قاضٍ فيه، فلينظر العبد من نفسه لنفسه، ومن دنياه لآخرته، ومن الشبيبة قبل الكبر، ومن الحياة قبل الموت. فوا الذي نفس محمد بيده، ما بعد الموت من مستعجب، ولا بعد الدنيا من دار إلا الجنة أو النار)) * (عدس، ب - ت، ص: ٣٧).

٥- أنماط النفس وسماتها وفقاً لمرسلاتها الرحمانية والشيطانية

النمط: هو تشابه مجموعة من الناس بسمات معينة، وأنماط الشخصية الإسلامية (النفس) تقسم وفقاً لدفعي الفجور، والتقوى وبناءً على مستقبلياتها الشيطانية، أو الرحمانية إلى ثلاثة أنماط رئيسية هي:

أ- المؤمنون ب- الكافرون ج- المنافقون، ولكل نمط من هذه الأنماط سماته الرئيسية التي تميزه عن النمطين الآخرين. (عبود، ١٩٧٨، ص ص ١٥٢-١٥٨).

وقد جاء ذكر هذه الأنماط في مواقع كثيرة من القرآن الكريم، فضلاً عن أن هناك سورة كاملة في القرآن الكريم باسم كل نمط من هذه الأنماط. (فارس، ب - ت، ص ص: ٦١-٨٥). وهذه الأنماط وسماتها هي:

آ- المؤمنون: يمكن تصنيف سمات المؤمنين التي وردت في القرآن الكريم إلى تسعة مجالات هي:

١- سمات عقيدة (الإيمان بالله، ورسله، وكتبه، وملائكته، واليوم الآخر، والبعث، والحساب، والجنة والنار، والحياة والموت، والغيب والقدر). وكل ما ورد من سمات العقيدة الإسلامية).

٢- سمات عبادات (عبادة الله الواحد الأحد، أداء الفرائض، تقوى الله، ذكر الله،

* (عن البيان والتبيين للجاحظ ص ص ٧٥-٩٠).

- الاستغفار، التوكل على الله، الاستعانة بالله وحده، قراءة القرآن).
- ٣- سمات اجتماعية (معاملة الناس بالحسنى، الكرم، والإحسان، التعاون، التماسك، التكافل الاجتماعي، الأمر بالمعروف، والنهي عن المنكر، العفو، الإيثار، الإعراض عن اللغو... الخ من سمات الإيمان الاجتماعية.
- ٤- سمات تتعلق بالعلاقات الأسرية (بر الوالدين، والإحسان لهما، صلة القربى، حسن المعاشرة بين الأزواج، احترام الكبير، والعطف على الصغير، رعاية الأسرة والإنفاق عليها، التماسك الأسري الإيماني).
- ٥- سمات خُلقية (الصبر، الحلم، الصدق، الأمانة، العدل، الوفاء بعهد الله وعهد الناس، العفة، التواضع، القوة في الحق، وفي سبيل الله، عزة النفس، قوة الإرادة، التحكم في أهواء النفس وشهواتها).
- ٦- سمات عاطفية وانفعالية (حب الله، الخوف من عذاب الله، الأمل، والرجاء في رحمة الله، حب الناس، وحب الخير لهم، كظم الغيظ، والعفو عن الناس، والتحكم في انفعال الغضب، غَضَّةُ النفس على أعداء الله، الغيرة على الدين، والأرض، والعرض، والمال، عدم الاعتداء على الآخرين أو إيذائهم، تجنب الحسد للآخرين، والعجب بالنفس، الرحمة، والإحسان، لوم النفس ومحاسبتها، الشعور بالندم عند ارتكاب الخطايا والذنوب).
- ٧- سمات عقلية، ومعرفية (التفكير في الكون، وما خلق الله سبحانه وتعالى، طلب المعرفة، والعلم، عدم اتباع الظن وتحري الحقيقة، حرية الفكر والعقيدة).
- ٨- سمات العمل الصالح (الإخلاص في العمل، وإتقانه، السعي والنشاط في كسب الرزق، الإيجابية الفاعلة، القيام بالعبادات جميعاً، إخلاص النية في العمل لله سبحانه، وتعالى، وأن يكون العمل صحيحاً وفقاً للشرع الإسلامي).
- ٩- سمات بدنية (القوة، الصحة، النظافة، الطهارة).
- هذه السمات ليست مستقلة بعضها عن البعض في شخصية المؤمن، بل أنها

تتفاعل، وتتكامل، وتتشرك جميعاً في توجيه سلوك المؤمن في جميع مجالات حياته، وتؤدي السمات المتعلقة بالعقيدة أثراً مركزياً في قيادة مجموعة هذه السمات (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٢٤).

وليس جميع المؤمنين في مستوى واحد من هذه السمات وإنما يختلفون حسب درجة دوافع التقوى عندهم وقد ذكر (سبحانه وتعالى) المؤمنين على ثلاث فئات هي:
أ- الظالمون لأنفسهم ب- المقتصدون ج- السابقون

قال تعالى: ﴿ثُمَّ أَوْرَثْنَا الْكِتَابَ الَّذِينَ اصْطَفَيْنَا مِنْ عِبَادِنَا فَمِنْهُمْ ظَالِمٌ لِنَفْسِهِ وَمِنْهُمْ مُقْتَصِدٌ وَمِنْهُمْ سَابِقٌ بِالْخَيْرَاتِ إِذِنَ اللَّهُ ذَلِكَ هُوَ الْفَضْلُ الْكَبِيرُ﴾ (فاطر: ٣٢).
وحسب تفسير (ابن كثير)، (الظالم لنفسه: هو المفرط في فعل عدد من الواجبات، المرتكب لعدد من المحرمات. والمقتصد: هو المؤدي للواجبات التارك للمحرمات، وقد يترك قسماً المستحبات، ويفعل بعض المكروهات. أما السابق للخيرات بأذن الله: وهو الفاعل للواجبات، والمستحبات، التارك للمحرمات، والمكروهات وقسم من المباحات).
(ابن كثير، ج ٣ ص ٥٥٤-٥٥٥).

أما (القرطبي) فيقول: (الظالم لنفسه: هو الذي يعمل الصغائر. والمقتصد: هو الذي يعطي الدنيا حقها، والآخرة حقها. والسابق للخيرات: هم السابقون من الناس كلهم)، ويقول القرطبي إنَّ هذه الآية هي نظير قوله تعالى في سورة الواقعة: (وكنتم أزواجاً ثلاثاً، فمنهم ظالم لنفسه) (أصحاب المشأمة، ومنهم مقتصد)، (أصحاب اليمين)، (ومنهم سابق للخيرات) (السابقون السابقون من الناس كلهم). (القرطبي، ج ١٤، ص: ٣٤٦).

ب- الكافرون: يمكن تصنيف سمات الكافر التي وردت في القرآن الكريم على النحو الآتي:

١- سمات عقائدية (عدم الإيمان بالله، وتوحيده، عدم الإيمان بالرسول، واليوم الآخر، والبعث والحساب).

- ٢- سمات عبادية (يعبدون من دون الله ما لا يضرهم، ولا ينفعهم).
- ٣- سمات اجتماعية (الظلم، العدوان، المكر، النهي عن المعروف).
- ٤- سمات خلقية (نقض العهد، الفجور، اتباع الأهواء، والشهوات، الغرور، التكبر).
- ٥- سمات أسرية (عق الوالدين، قطع صلة الرحم، التفكك الأسري).
- ٦- سمات انفعالية وعاطفية (كراهيتهم للمؤمنين، وحقدهم عليهم، وحسدهم لهم).
- ٧- سمات معرفية، وعقلية (عدم التفكير في الخلق، والكون، الختم والطبع على قلوبهم، التقليد الأعمى لمعتقدات الآباء، خداع النفس، التفكير المادي).

وقال تعالى فيهم: ﴿خَتَمَ اللَّهُ عَلَىٰ قُلُوبِهِمْ وَعَلَىٰ سَمْعِهِمْ وَعَلَىٰ أَبْصَارِهِمْ غِشَاوَةً﴾ (البقرة: ٧). إن فقدان الكافرين للإيمان بعقيدة التوحيد، والبعث، والحساب في الآخرة، قد أفقدهم القوة المحركة، والموجهة، والمنسقة للسمات الأخرى في شخصيتهم، والموجهة لها نحو هدف معين، وواضح في الحياة، وهو عبادة الله، وابتغاء وجهه تعالى في كل ما يقوم به الإنسان من عمل، أملاً في مغفرته، ورضوانه، وطمعاً في ثوابه في الدنيا، والآخرة. إن غياب هذا الهدف الدافع، والموجه للسلوك فضلاً عن قطعهم الصلة الروحية، والرحمانية مع الله سبحانه وتعالى، واستغنائهم عن رحمته -ﷻ-، قد أفقد الكافرين توازن شخصياتهم، فأنحرفوا نحو إشباع شهواتهم، وملذاتهم البدنية، والدنيوية. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٢٧).

ج. المنافقون: هم فئة من الناس ضعاف الشخصية مترددين، لم يستطيعوا أن يتخذوا موقفاً صريحاً من الإيمان. وقد ذكر الله سبحانه، وتعالى في القرآن الكريم سماتهم المميزة لهم، وتوعدهم بأشد العقاب، وقال سبحانه وتعالى: ﴿إِنَّ الْمُنَافِقِينَ فِي الدَّرَكِ الْأَسْفَلِ مِنَ النَّارِ وَلَنْ تَجِدَ لَهُمْ نَصِيرًا﴾ (النساء: ١٤٥)، وأهم سماتهم التي وردت في القرآن الكريم هي:

- ١- سمات عقائدية (يظهرون الإيمان إن وجدوا بين المسلمين المؤمنين، ويظهرون الشرك إن وجدوا بين المشركين).

- ٢- سمات عبادية (يؤدون العبادات رياءً بغير اقتناع، ولا نية صادقة، وإذا قاموا للصلاة قاموا كسالى).
- ٣- سمات اجتماعية (يأمرون بالمنكر وينهون عن المعروف، يعملون على إثارة الفتن بين صفوف المسلمين، ويستعملون في ذلك الشائعات، يميلون إلى خداع الناس، يحسنون الكلام للتأثير على السامعين، يكثر من الحلف لدفع الناس إلى تصديقهم، يحسنون الظهور بمظهر حسن في ملبسهم، ومعاشرتهم لجلب انتباه الناس، والتأثير عليهم).
- ٤- سمات خلقية (ضعف الثقة بالنفس، وبالأخرين، نقض العهد، الرياء، الجبن، الكذب، البخل، النفعية والانتهازية، اتباع الهوى).
- ٥- سمات انفعالية ومعرفية (التردد، والريبة وعدم القدرة على اتخاذ القرار، عدم القدرة على التفكير السليم، وكثرة استعمال الدفاعات النفسية). (نجاتي، ١٩٨٧، ص ٢٢٠-٢٢٩). وبين نمطي المؤمنون والمنافقون توجد أنماط أخرى حسب درجة الإيمان ودرجته مثل (المحسنون والمسلمون). (الصالح والطارق، ١٩٩٦، ص: ٢٣٤).
- ٦- النفس: (مرضها وسواءها): يتضح مما سبق، من خلال الصراعات الدائرة، بين المستقبلات الشيطانية، والمستقبلات الرحمانية، وفي جميع وظائف وعوامل النفس البشرية، ثلاثة أنواع من الصراعات (شيطانية، رحمانية، نفسية) يتبعها ثلاثة أنواع من القلق يحملان السمات نفسها، مما يتسبب بوجود ثلاث حالات للنفس من (المرض - والسواء). فالصراع الشيطاني الذي يتخذ من النفس الأمانة بالسوء مقرأً له يولد قلقاً شيطانياً: (وهو الخوف من عدم إشباع ملذات النفس)، والخلاصة نفس تحمل الاستعداد للمرض النفسي، وهي (النفس المريضة). أما الصراع الرحماني: (الذي يتخذ من النفس المطمئنة، واللوامة مقرأً له، يولد قلقاً رحمانياً) (وهو الخوف من عدم إرضاء الله - سبحانه، وتعالى، وإرضاء الضمير) ويولد نفساً سوية، كلما

تخطأ تستغفر، وتعمل صالحاً لتشعر بالأمان، والاستقرار. أما الصراع النفسي الذي يظهر نتيجة لتداخل، وتصارع كل المستقبلات الرحمانية، والشيطانية في كل وظائف النفس بحيث يصبح الشخص عاجزاً من السيطرة على نفسه ومن ثم اختلال واضطراب كل وظائف النفس، وعندها يولد قلقاً نفسياً، مما يتسبب في اضطراب نفسي عام يتخذ واحداً من أشكال الاضطرابات النفسية المصنفة دولياً. والقلق النفسي هنا ما هو إلا نتيجة لتطور القلق الشيطاني. أما القلق الرحماني فهو قلق طبيعي بمثابة الحافز الذي يجعل الإنسان على اتصال دائم مع خالقه، وتنفيذ أوامره، والعمل بكتابة، ويكون بمثابة الدافعية ليكون الإنسان فاعلاً إيجابياً لتحقيق الأهداف التي أوكها الله (سبحانه وتعالى) له، والنفس المريضة الناتجة عن القلق الشيطاني ما هي إلا استعداد للإصابة بالمرض النفسي، وليست مريضة نفسياً، أما النفس الناتجة عن القلق النفسي فهي مصابة بالمرض النفسي المصنف دولياً، لأن المرض النفسي لا يحدث إلا بتفاعل شرطين أساسيين هما (الاستعداد للمرض النفسي): أي سمات شخصية تتصف بالمرض النفسي قبل حدوث المرض و (العوامل المرسبة)، وهي آخر ضغط نفسي (شدة نفسه، أو صدمة، أو تجربة مؤلمة) تتفاعل مع الاستعداد المرضي فتسبب المرض (كمال، ١٩٨٣، ص: ٦٥) (العبيدي، ١٩٩١، ص: ٣٧)، كذلك يصنف الباحث حالات النفس من حيث (مرضها وسواءها) إلى ثلاث: - أ. النفس المريضة ب. نفس مصابة بالمرض النفسي ج. نفس سليمة تتمتع بالصحة النفسية.

أ. النفس المريضة:

يميل أغلب علماء المسلمين، تقسيم أنواع النفوس المريضة على ١- مرض شبيهة وشك ٢- مرض شهوة، وغبي. (القحطاني، ١٤١٩هـ، ص: ٧٥-٧٧)، وأمراض الشبهة، والشك تؤدي إلى اختلال العقيدة الإيمانية، قال تعالى: ﴿فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا﴾ (البقرة: ١٠)، وأمراض الشهوة، والغبي تحول الإنسان من فطرته الخيرية إلى البهيمية التي لا تعرف كيف تضبط غرائزها، ولا تعرف كيف تشبع

تلك الغرائز. (صالح والطارق، ١٩٩٦، ص: ٢٥٦). قال تعالى: ﴿يَا نِسَاءَ النَّبِيِّ لَسْتُنَّ كَأَحَدٍ مِنَ النِّسَاءِ إِنَّ أَعْيُنُنَّ فَلا تَخْضَعْنَ بِالْقَوْلِ فَيَطْمَعَ الَّذِي فِي قَلْبِهِ مَرَضٌ﴾ (الأحزاب: ٣٢).

وهذه الأمراض معنوية تصيب القلوب، وتظهر آثارها على الجوارح، وتسبب للإنسان خسارة أخروية، وإحباطاً للثواب، وجلباً للعقاب إذا لم تعالج. ويرد في القرآن الكريم نمأً لأصحابها، واستتكار أخلاقهم، والقرآن الكريم يصف هذه النفس المريضة، والوصف القرآني لهذه النفس له وصف في علم النفس الإكلينيكي يسميها (الشخصية العصابية) أي أن لكل مرض نفسي، شخصية مريضة تسبق الإصابة بهذا المرض ولذلك فإن العصابية تختلف عن العصاب، فالعصابية هي الاستعداد للإصابة بالمرض النفسي، أما العصاب هو المرض النفسي، والعصابية تقابل هذا النوع من الأمراض المعنوية، ومن سمات هذه النفس ذات المرض المعنوي (الرياء، الكبر، العجب، الغضب، الحسد، سوء الظن، البخل، حب الدنيا، الشهوة، الغرور) (الطائي، ٢٠٠١، ص: ١١٤).

ب. النفس المصابة بالمرض النفسي:

ليس الهدف أن نضع تصنيفاً للأمراض النفسية، فهي مصنفة دولياً وفقاً لطبقات معروفة للمتخصصين (ICD) و (DSM)، وتصنيفات أخرى، لكن نوضح تصور المنظور السيكولوجي في الإسلام بخصوص المرض النفسي من خلال الآتي:

١- إن النفس المريضة التي جاء وصفها في الفقرة (أ) التي تستلم رسائل سلبية من قرين النفس الأمانة بالسوء، هي المعرضة للإصابة بالمرض النفسي إذا ما تعرضت لضغط، أو صدمة نفسية بدرجة من الشدة بحيث لو تفاعلت هذه الشدة مع سمات هذه النفس المريضة فإن المرض النفسي يحدث عندها، ونوع هذا المرض يعتمد نوع السمات الشيطانية لهذه النفس المريضة. والحقيقة أن هذا ما يفسر عجز جميع، وسائل العلاج الدوائي، والنفسي في الحد من تزايد نسبة

الأمراض النفسية في المجتمعات الغربية والأمريكية؛ لأن هذه النفس خاوية بسبب ضعف الإيمان؛ لأنها قلقة من أن تفقد ملذات الحياة التي لا تنتهي بسبب، وسوسة وتزيين الشيطان لها.

٢- إن النفس السليمة المطمئنة ذات المستقبلات الرحمانية التي تستلم، رسائل علوية من الله سبحانه وتعالى، وهو سندها في (السراء - والضراء) لا تصاب بالمرض النفسي، حتى وإن تعرضت لضغط، أو عامل مرسب، أو صدمة نفسية مهما بلغت شدة هذه الصدمة؛ لأنها تعدّها جزءاً من الابتلاء في هذه الحياة، أنّها قد تضعف وتضطرب وظائفها النفسية أحياناً، ولكن سرعان ما تعود إلى حالتها الطبيعية، و (طول أو قصر) مدة العودة إلى الحياة الطبيعية يعتمد درجة الإيمان، ومواصلة الإنسان الصلة مع خالقه، ودرجة شدة الصدمة. وسيوضح هذا من خلال التفسير السيكولوجي في الإسلام للصدمة النفسية واضطرابها.

٣- أسباب أمراض النفس:

أ- الذنوب: هو مخالفة القوانين الإلهية، واتباع النفس الأمانة بالسوء، وهي لا تصدر إلا من قلب ضعيف الإيمان، قال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ يَكْسِبُونَ الْإِثْمَ سَيُجْرُونَ بِمَا كَانُوا يَفْتَرُونَ﴾ (الأنعام: ١٢٠).

ب- الظلال: أتباع الهوى، قال تعالى: ﴿وَمَنْ أَضَلُّ مِمَّنْ اتَّبَعَ هَوَاهُ بَغِيرَ هَوَىٰ مِنْ اللَّهِ﴾، ومن الظلال أيضاً اتباع الشيطان، مما يؤدي إلى انحراف السلوك، قال تعالى: ﴿إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمْ عَدُوٌّ فَاتَّخِذُوهُ عَدُوًّا﴾ (فاطر: ٦). وقال تعالى: ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا﴾ (طه: ١٢٤)، ومن الظلال ارتكاب ما حرم الله سبحانه وتعالى، قال رسول الله -ﷺ-: ((إتق المحارم تكن أعبداً للناس)) (النيسابوري، ٢٠٠٠، ص: ٢٩٧)، ومن الظلال (الغفلة)، قال تعالى: ﴿اقْتَرَبَ لِلنَّاسِ حِسَابُهُمْ وَهُمْ فِي غَفْلَةٍ مُّعْرِضُونَ﴾ (الأنبياء: ١).

ج- ضعف الضمير: أي ضعف الواعز الداخلي الذي يحكم السلوك نتيجة البعد عن

حدود الله وتعديها.

د- الصراعات الشيطانية والنفسية السابقة الذكر.

هـ- أسباب أخرى: مثل السمات المرضية للنفس (السابقة الذكر) والسلوك الناشئ عنها (صالح والطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٥٤-٢٥٦).

ج. نفس سليمة تتمتع بالصحة النفسية:

وهي النفس الراضية المطمئنة السليمة السوية، التي لا تتقطع مستقبلاتها الرحمانية من الله (سبحانه، وتعالى)، وإن حصل في داخلها صراع، فهو رحماني، خوف من عدم إرضاء الله سبحانه، وتعالى وإرضاء الضمير، والخوف هنا من الله فقط، والشعور بالأمان من نفسها والآخرين، ومن سمات هذه النفس (الخوف من الله العزيز القدير، والرجاء من الله في قبول التوبة، والرجاء في الحصول على محبة الله، والرضا عن الله وعن النفس، وقد عرّف (ابن عجيبة) الرضا في هذه النفس بقوله: (الرضا هو تلقي المهالك بوجه ضاحك أو سرور يجده القلب عند حصول القضاء، أو ترك الاختيار على الله فيما دبّر وأمضى) (بن عجيبة، ٣٥٥هـ، ص: ٨)، والزهد: وهو تفرغ القلب من حب الدنيا، وشهواتها، وامتلاؤه بحب الله، ومعرفة. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٥٧)، وكذلك الشكر بالقول، والفعل، وكذلك الصبر، والصدق، ومحاسبة النفس حسب شرع الله، ومراقبة النفس التي تعني إنَّ العبد يتذكر الله (سبحانه وتعالى) دوماً. وكذلك سمة التوكل على الله والتوبة إليه. (الطائي، ٢٠٠١، ص ص: ٤٨-٥٠).

ولذلك فإن هناك شروط للصحة النفسية وفقاً للمنظور السيكولوجي في الإسلام أهمها:

١- الإيمان بالله وملائكته، وكتبه، واليوم الآخر، والقضاء، والقدر، واتباع العقائد والعبادات الإسلامية.

٢- سلامة القلب من أمراض الشبهة والشك، وأمراض الشهوة والغى.

٣- عدم الخضوع لمطالب النفس الأمارة بالسوء، أو لمطالب النفس اللوامة المغالية في اللوم.

- ٤- سلامة الجسد من الأمراض، أو قبول المرض كابتلاء، وعدم التأثر به نفسياً.
- ٥- المداومة على ذكر الله بتناول القرآن الكريم تلاوة، أو سماعاً.
- ٦- سلامة النفس من الهم، والحزن، والعجز، والكسل، والجبن، والبخل. تيمناً بحديث الرسول -ﷺ- القائل لرجلٍ شكى لرسول الله همومه وديونه: ((أفلا أعلمك كلاماً إذا قلته أذهب الله همك، وقضى عنك دينك؟ قال: بلى يا رسول الله: فقال الرسول -ﷺ- قل إذا أصبحت وإذا أمسيت قل: اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن، وأعوذ بك من العجز والكسل، وأعوذ بك الجبن، والبخل وأعوذ بك من غلبة الدين، وقهر الرجال)). (البيهقي، ١٣٧٢هـ، ١٧٧).
- ٧- التمتع بعلاقات اجتماعية سليمة وتحمل المسؤولية الاجتماعية واحترام آراء الجماعة بما ينسجم، والمنهج الإسلامي (صالح و الطارق، ١٩٩٦، ص ص: ٢٥٧-٢٥٨).
- ويعتمد المنظور السيكولوجي في الإسلام منهجاً تربوياً هادفاً لتحقيق الصحة النفسية يحقق فيه التوازن بين جميع، وظائف النفس. ويعتمد هذا المنهج على أسلوبين في التربية هما:
- ١- الأسلوب الأول: تقوية الجانب الروحي في الإنسان عن طريق:
- أ. الإيمان بالله سبحانه وتعالى والإيمان بكل ما أمرنا الله به.
- ب. التقوى: وهو أن يقي الإنسان نفسه من غضب الله، وعذابه، وهي وسيلة لتفريج الكرب، وحل المشاكل (عدس، ب- ت، ص: ٤٧)، وهي الدافع الرحماني الأساسي في النفس الذي يسيطر على سلوك الإنسان، ويوجهه بما يرضي الله.
- ج. العبادات: إن القيام بالعبادات (من صلاة وصوم وزكاة وحج .. الخ) إنما تعمل على تربية النفس، وتزكيتها.
- ٢- الأسلوب الثاني: السيطرة على الجانب البدني في الإنسان، من خلال:
- أ. السيطرة على الدوافع: وإشباعها بما يرضي الله، وحسب الشرع.

ب. السيطرة على الانفعالات والتحكم فيها (نجاتي، ٢٠٠٢، ص ١-٤).

سادساً: التفسير السيكولوجي في الإسلام للصدمة النفسية واضطرابها

إن في الإسلام تفسيراً للصدمة النفسية، واضطرابها (وفقاً لتسميات علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية) المصائب، والابتلاءات والكروب، والهموم الناتجة عنها (وفقاً للتسمية الإسلامية)، لا يوجد لهذا التفسير الإسلامي نظير في أي من الفلسفات العالمية حتى وأن توحدت جميعاً، فالإيمان بالقضاء والقدر (خيرِه وشرِه)، والموت، والابتلاءات، والمصائب، هو إيمان حق يجب التسليم به وتقبله، قال تعالى: ﴿هَلْ أَتَى عَلَى الْإِنْسَانِ حِينٌ مِّنَ الدَّهْرِ لَمْ يَكُنْ شَيْئًا مَّذْكُورًا﴾ (الإنسان: ١). (والابتلاء وسيلة لغاية عظيمة إذ هو امتحان يستهدف به الله سبحانه وتعالى) خيراً فاضلاً، ويتعرف عمل عبده المبتلى، وهو طريق للصحة النفسية، إذ به تستقيم حال النفس، وتتخلص من شوائب الأهواء، وتستقيم خوفاً من الله، وطمعاً في رحمته). (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ٥٤، ٥٧).

لقد قضى الله (سبحانه وتعالى) أن يختبر عباده المؤمنين لبيان مدى قوة إيمانهم، وقدرتهم على الصبر، والتحمل واتخذ لذلك، وسيلتين هما (السراء والضراء)، واقتضت عدالته (سبحانه وتعالى) أن لا يمنح في الدنيا أي إنسان مهما كان كل شيء ولا يحرمه من كل شيء، فإذا أعطاه الصحة، فقد يحرمه من وفرة المال، وإذا وهبه العلم، والجاه، أو كثرة الولد، حرمه من أمور أخرى، وإذا أعطاه الدنيا فقد حرمه الآخرة، وإذا حرمه الدنيا فقد أعطاه الآخرة، قال تعالى: ﴿وَرَفَعَ بَعْضَكُمْ فَوْقَ بَعْضٍ دَرَجَاتٍ لِّيَبْلُوكُمْ فِي مَا آتَاكُمْ إِنَّ رَبَّكَ سَرِيعُ الْعِقَابِ وَإِنَّهُ لَغَفُورٌ رَّحِيمٌ﴾ (الأنعام: ١٦٥).

ومن حكمته (سبحانه وتعالى) في هذا التفاوت أن يكون لهذه النعم قيمة في النفوس وأثر على السلوك، حتى يميز (جلت قدرته) الخبيث من الطيب، والجاحد من الشاكر، قال تعالى: ﴿وَيَلُونَاهُمْ بِالْحَسَنَاتِ وَالسَّيِّئَاتِ لَعَلَّهُمْ يَرْجِعُونَ﴾ (الأعراف: ١٦٨). وقد أتخذ (سبحانه وتعالى) من البأساء، والضراء طريقاً لعلاج النفوس، وسبيلاً لتقويم سلوكها، حتى ترجع إلى الله تعالى، وتدعوه طلباً للنجاة بالآخرة،

والفوز بها. قال تعالى: ﴿وَمَا أَرْسَلْنَا فِي قَرْيَةٍ مِّن نَّبِيٍّ إِلَّا أَخَذْنَا أَهْلَهَا بِالْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ لَعَلَّهُمْ يَضَّرَّعُونَ﴾ (الأعراف: ٩٤).

إن الهدف من (السراء) التي تصيبنا، والنعمة التي يفيء الله بها علينا هو أن نستعملها في تقواه، وفي طاعته، قال تعالى: ﴿وَمَثَلُ الَّذِينَ يُنْفِقُونَ أَمْوَالَهُم مِّبْغَاءَ مَرْضَاةِ اللَّهِ وَتَثْبِيْتًا مِّنْ أَنْفُسِهِمْ كَمَثَلِ جَنَّةٍ بِرَبْوَةٍ أَصَابَهَا وَابِلٌ فَآتَتْ أُكُلَهَا ضِعْفَيْنِ فَإِن لَّمْ يُصِْبْهَا وَابِلٌ فَطَلَّ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ﴾ (البقرة: ٢٦٥).

إنَّ الإنسان لينقلب في حياته بين حالتين من التطرف:

١- (اليأس والقنوط): فيشعر وكأنَّ هموم الدنيا، وأحزانها كلها قد، دلفت إليه إذا زالت عنه النعمة.

٢- (الفرح والسرور، والشعور بالنشوة): إذا زال عنه مكروه، حين يعتقد إنَّ الدنيا قد زهت له، وأقبلت عليه بأفراحها ونعمها من دون أن يفطن، أن كلاً من الحالين (السراء والضراء) هما من الله (سبحانه وتعالى)، الهدف منهما هو اختبار الإنسان في صيره على المكروه، وشكره على النعمة، وهو أمر كثير ما يغفل عنه الناس، إلا المؤمنون الصالحون، قال تعالى: ﴿وَلَئِن أَدْقْنَا الْإِنْسَانَ مِنَّا رَحْمَةً ثُمَّ نَزَعْنَاهَا مِنْهُ إِنَّهُ لَيُتَوَسَّنْ كُفُورًا ﴿٩٠﴾ وَلَئِن أَدْقْنَاهُ نِعْمَاءً بَعْدَ ضَرَّاءٍ مَسَّتْهُ لَيَقُولَنَّ ذَهَبَ السَّيِّئَاتُ عَنِّي إِنَّهُ لَفَرِحَ فَخُورًا ﴿٩١﴾ إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُولَئِكَ لَهُمْ مَغْفِرَةٌ وَأَجْرٌ كَبِيرٌ﴾ (هود: ٩-١١).

(ولحكمته (سبحانه، وتعالى) ولعلمه بعباده، فلم يغدق الرزق، والنعمة على عباده جميعاً، وإنما جعلهم متفاوتين، وجعل الضراء تتألم كما تتألم السراء، ليكون من هذه، وتلك ما يصلح به المرء نفسه، ويقوم سلوكه، ويرده إلى حضيرة الإيمان فيعمل بتقوى الله وطاعته). (عدس، ب - ت، ص ص: ٨٠-٨١)، وقال تعالى: ﴿وَلَوْ بَسَطَ اللَّهُ الرِّزْقَ لِعِبَادِهِ لَبَغَوْا فِي الْأَرْضِ وَلَكِن نُّنَزِّلُ بِقَدَرٍ مَّا يَشَاءُ إِنَّهُ بِعِبَادِهِ خَبِيرٌ بَصِيرٌ﴾ (الشورى: ٢٧).

والمؤمن الصادق يؤمن بالقضاء، والقدر (خيرهِ وشَرهِ)، وإيمانه هذا يجنبه الإصابة بالأمراض النفسية، خصوصاً الناشئة عن المصائب، والإبتلاءات، والكروب (الصدّات النفسية)، فهو يوقن إن ما يصيب الإنسان في هذه الدنيا هو امتحان، واختبار له فهو يصبر، ويتحمل الأذى، ولا يجزع إذا مسّه الشر، ولا يطغى إذا أصابه الخير. وروي مسلم عن النبي -ﷺ- قال: عَجَباً لأمر المؤمن إن أمره كلّهُ له خير، إذا أصابه سرّاً شكر فكان خيراً له، وإن أصابته ضرّاً صَبَرَ فكان خيراً له) (رواه مسلم في كتاب الزهد - باب المؤمن أمره كله خير).

والمؤمن يقف هذا الموقف؛ لأنه يعلم أنّ ما قدره الله على الإنسان ليس عبثاً، وإنّ المصائب التي تحل به هي في حقيقة الأمر، دروس يلقبها (العليم الخبير) على بني الإنسان، فتتهذّب نفوسهم، ويذهب صدى قلوبهم، وقد روي عن عمر بن الخطاب -رضي الله عنه- أنه قال: (ما أصبْتُ في ديناي بمصيبةٍ، إلا رأيت الله عليّ فيها ثلاث نعم، إنّها لم تكن في ديني، وأنّها لم تكن أكبر منها، وإنّي أرجو ثواب الله عليها) (النعمة، ١٩٨٥، ص: ٢٧٥).

والمسلم يأخذ بالأسباب، لئلا يقع المكروه، ولكن حين يقع، يرضى بما وقع، وهذا الرضا يوصله إلى الراحة النفسية التي تدفع عنه أمراضاً عديدة، ومصائب كثيرة، فإن عدم الصبر على المصيبة إنّما هي مصيبة أخرى فوق مصيبته التي نزلت عليه. (النعمة، ١٩٩٧، ص: ٢٧).

وحين يؤمن المسلم بأنّ المصيبة هي من قدر الله، وأنه أمر مكتوب فإن هذا الإيمان يخفف، وطأة الصدمة عليه، قال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ﴾ ﴿٢٢﴾ لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَى مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ﴾ (الحديد: ٢٢، ٢٣)، وقال رسول الله -ﷺ-: ((.. إحرص على ما ينفعك، واستعن بالله، ولا تعجز، وإن أصابك شيء، فلا تقل لو إني فعلت كذا وكذا وكذا، ولكن قل: قدر الله وما

شاء فعل، فإن (لو) تفتح عمل الشيطان) (رواه مسلم في كتاب القدر - باب الأمر بالقوة وترك العجز)، وقال الحسن البصري (رحمه الله): (لا تكرهوا النقمات الواقعة، والبلايا الحادثة، فَلَرُبَّ أمرٍ تكرهه فيه نجاتك، ولربَّ أمرٍ تؤثره فيه عَطْبُكَ) (الميداني، ب - ت، ص: ٨٠٢).

ولربما أخذ (الحسن البصري) هذا القول من قول الله تعالى: ﴿وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ (البقرة: ٢١٦)، والمؤمن الصادق لا يخاف الموت، ولا يخاف من مصائب الدنيا، فالمؤمن ينظر إلى الموت نظرة واقعية، فهو يعلم أنه حقيقة لا مفر منها، وإن لكل إنسان أجلاً محددًا، فلو جاء أجله لن يستطيع أن يؤخره. (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ١٠٠ - ١٠٢).

وقد ورد هذا في آيات كثيرة من القرآن الكريم، قال تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ﴾ (آل عمران: ١٨٥)، وقال تعالى: ﴿وَلَنْ يُؤَخَّرَ اللَّهُ نَفْسًا إِذَا جَاءَ أَجَلُهَا﴾ (المنافقون: ١١)، و قال تعالى: ﴿كُلُّ مَنْ عَلَيْهَا فَانٍ ﴿١﴾ وَيَبْقَى وَجْهَ رَبِّكَ ذُو الْجَلَالِ وَالْإِكْرَامِ﴾ (الرحمن: ٢٦، ٢٧)، وقال تعالى: ﴿يُذَرِكُمْ الْمَوْتَ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُشِيدَةٍ﴾ (النساء: ٧٨)، وقال تعالى: ﴿قُلْ إِنَّ الْمَوْتَ الَّذِي تَفِرُونَ مِنْهُ فَإِنَّهُ مُلَاقِيكُمْ﴾ (الجمعة: ٨)، وقال تعالى: ﴿وَمَا تَذَرِي نَفْسٌ بِأَيِّ أَرْضٍ تَمُوتُ﴾ (لقمان: ٣٧)، وآيات أخرى كثيرة.

وبذلك فإن المؤمن لا يخاف الصدمة النفسية (المصيبة) وإن كانت مواجهة حقيقية مع الموت. (الناقلي، ١٩٩١، ص: ٣)؛ لأنه لا يخاف الموت أصلاً وبذلك فإنها لن تترك آثاراً نفسية تهز كيانه النفسي بحيث تولد أعراضاً نفسية لديه. ويقول (الرازي) إنَّ الصدمات (المصائب) تجعل الفرد أمام الموت، وإن هذا لا يمكن دفعه عن النفس، بل يجب إقناعها إنها تصير (ما بعد الموت) إلى ما هو أصلح لها مما كانت فيه والذي يخاف الموت هو الذي يتبع هواه دون عقله، ويجب إقناع أصحاب المصائب إنَّ

الموت أصلح للإنسان من الحياة؛ لأنّ الأذى والألم إحساس، والموت ليس فيه إحساس بالألم، وإذا كانت للحَيِّ مِلذات في الحياة، فإن الميت لا حاجة له لأيّ مِلذة؛ وإذا كان الموت لا بد منه فإنّ الاغتنام (الغم والحزن) بالخوف منه فضل، والتلهي، والتناسي عنه ربح وغم.

إنّ التفكير في الموت وإعادة تصويره يجلب الألم، ويلاحظ إنّ هذه الفقرة هي واحدة من معايير (PTSD) وفقاً لـ (DSM-IV-94) (إعادة خبرة الحدث الصدمي) مع أنّ الرازي صنفها قبل أكثر من (مئات السنين)، ويقول الرازي (إنّ المتصور للموت الخائف منه يموت في كل تصويره موته فتجتمع عليه من تصوره له مدة طويلة موات كثيرة. فالأجود إذن، والأعود على النفس (التطلف والاحتيال) لإخراج هذا الغم عنها. وهذا يكون كما قيل -إنّ العاقل لا يغتم البتة- وذلك أنه إذا كان لما يغتم به سبب يمكنه دفعه، جعل مكان (الغم) فكراً في دفع السبب وإذا كان مما لا يمكن دفعه، أخذ على المكان في التلهي، والتسلي عنه وعمل في محوه، وإخراجه عن نفسه. (الرازي، ١٩٨٦م - ١٤٠٧هـ، ص ص: ٤٧، ١٢٣).

وفي هذا التفسير العلمي الدقيق يكون الرازي قد سبق علماء النفس الإكلينيكيين، وعلماء الصحة النفسية والطب النفسي المعاصرون بمئات السنين في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وقلق الموت والاكتئاب واستعمال الوسائل والأساليب الحقيقية في علاج هذه الأمراض.

الباب الرابع: العلاج النفسي - الإسلامي

أولاً: طبيعته:

يعتمد هذا النوع من العلاج على المنظور السايكولوجي في الإسلام، وعلى مصدرية المتمثلان (بالقرآن الكريم، والسنة النبوية المشرفة) (الذي يقوم على صورة الإنسان في الإسلام، والنظرة الشمولية للوجود والإنسان) (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ١). وعلى الرغم من أن هذا العلاج ليس بجديد من حيث المحتوى، حيث عدّ الرسول الكريم محمد -ﷺ- وبحق أول معالج في الإسلام. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٧٣-١٧٤)، وكذلك اتباع الرسول -ﷺ-، والسلف الصالح من علماء المسلمين، إلا أن هذا النوع من العلاج لم يبدأ بمنهجية واضحة وإجراءات معروفة إلا في بداية الثمانينات من القرن المنصرم، حيث كانت المحاولة الأولى قد بدأها (أبو العزائم) في مستشفى العباسية بمصر، وقام (فخر الإسلام) بالمحاولة الثانية في مستشفى القصر العيني بمصر أيضاً؛ ولكنها لم تستمر طويلاً لعدم انتظام الأعضاء ثم قام (الرضاوي) بممارسة هذا العلاج على نطاق واسع، ونشر عنه بحثاً، وبدأ تطبيق هذا النوع من العلاج في (العربية السعودية) عام ١٩٨١ تحت إشراف (الأطروني) و (أسامة الراضي) بمستشفى الصحة النفسية في الطائف، وكانت النتائج مشجعة بنسبة ٧٥% ثم استمر تطبيق هذا العلاج خصوصاً من قبل علماء الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية وأثبتت وجوده على نحو كبير. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٢٧).

إن العلاج النفسي - الإسلامي (الفردية - أو الجماعية) يتبنى أسلوب الإقناع عن طريق الموعظة (صالح وطارق، ١٩٩٦، ص: ٢٥٩-٢٦٠). (وهو إحدى وسائل العلاج النفسي - الروحي الذي يتعلم من خلالها الفرد طرائقاً أفضل من عادات التفكير، والاعتقاد، والسلوك في جو من الوعي المعرفي، والتوجه الإرادي، والسلام الروحي. ويهدف إلى مساعدة المريض على التغيير فكرياً، وشعورياً، وسلوكياً، وروحياً، على نحو يساعد على التصالح العام مع نفسه، ومجتمعه، والكون، والتصالح مع الله - سبحانه وتعالى). (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٩٠-٩١، ١٢٦).

والعلاج النفسي - الإسلامي، لا يمكن وصفه كأحد أنواع العلاجات النفسية، على الرغم من التقائه في الكثير من الإجراءات؛ إلا أنه يتميز تمييزاً كاملاً عن تلك العلاجات في تصويره الشامل للإنسان، والمجتمع، والكون، والله سبحانه وتعالى، وهو مع هذا يجمع مميزات معظم هذه الأنواع من مدارس العلاج النفسي خصوصاً (الجمعي) مع فارق جوهرية هو تجنبه لنظرتها المادية للإنسان، والمجتمع. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٢٦).

ثانياً: الأدلة الشرعية على جواز استخدامه:

١. القرآن الكريم: وردت في القرآن الكريم (ست) آيات تدل على جواز الاستشفاء بالقرآن الكريم، مع أنّ قسماً من العلماء يتخذها آيات علاجية. (أبو الفداء، ١٤١٢هـ، ص: ٢٧)، إلا أن الباحث يعتقد أنها آيات تدلنا، وترشدنا إلى القرآن الكريم بكليته أو عدد من آياته، وسوره للشفاء حسب العلة المرضية، (والله أعلم) والآيات الكريمة هي في قوله تعالى:

أ. ﴿وَيَشْفِ صُدُورَ قَوْمٍ مُّؤْمِنِينَ﴾ (التوبة: ١٤).

ب. ﴿وَشِفَاءَ لِمَا فِي الصُّدُورِ﴾ (يونس: ٥٧).

ج. ﴿يَخْرُجُ مِنْ بُطُونِهَا شَرَابٌ مُّخْتَلَفٌ أَلْوَانُهُ فِيهِ شِفَاءٌ لِلنَّاسِ﴾ (النحل: ٦٩).

د. ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢).

هـ. ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِي﴾ (الشعراء: ٨٠).

و. ﴿قُلْ هُوَ الَّذِي آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءً﴾ (فصلت: ٤٤).

٢. السنة النبوية الشريفة: فضلاً عن كون الرسول -ﷺ- كان يقوم بالعلاج بنفسه؛ إلا ان هناك أحاديث نبوية صحيحة تؤكد جواز هذا العلاج. فعن أبي هريرة -رضي الله عنه- عن النبي محمد -ﷺ- قال: (إن الله لم ينزل داءً إلا أنزل له شفاء). (أخرجه البخاري - فتح الباري - ج ١، ص: ١٣٤) و (جامع الأوصل، ج ٣، ص: ١٩٨). وعن جابر -رضي الله عنه- عن النبي محمد -ﷺ- أنه قال: (لكل داء دواء فإذا أصيب دواء

الداء بريء بأذن الله عز وجل). (صحيح مسلم - التاج لجامع الأصول، ج ٣، ص: ١٩٨).

ثالثاً: خصائص العلاج النفسي - الإسلامي

يمتاز هذا العلاج من غيره من أنواع العلاج للأمراض النفسية بالآتي:

- ١- إنه علاج إيماني: أي يعتمد على ترسيخ، دعائم الإيمان في نفس الفرد، ولإيمان قيمة علاجية قوية، وقيمة، وقائية تجعل المؤمن يشعر بالأمن، والاطمئنان، والاستقرار، والهدوء والسكينة، والزهد في متاع الدنيا، وشهواتها، والرضا بقضاء الله وقدره.
- ٢- إنه علاج خلقي: يحترم في منهجه كرامة الإنسان، ويصونها، ويعتمد في الوقاية، والشفاء على بث المبادئ الخلقية، والفضائل الحميدة في نفس الفرد.
- ٣- إنه علاج امتثالي: أي يدعو الفرد للامتثال للقيم، والمبادئ والمثل العليا، والأعراف السائدة في المجتمع، بعد امتثاله لله سبحانه وتعالى، وسنة رسوله الكريم، وهذا من شأنه أن يحقق قمة التكيف في المجتمع.
- ٤- إنه علاج تعضيدي: فهو يقدم العون، والمساعدة، والتأييد، والتشجيع للمريض حتى يرضى عن نفسه ويثق بها، ويتحرر من مشاعر النقص العدوانية.
- ٥- إنه علاج إقناعي: يقوم على أساس إقناع المريض بالحلول المنطقية العقلية، وهو بذلك يستعمل تأثير العقل إلى جانب التأثير في إرادة المريض وفي شعوره فهو يستعمل أساليب العلاج العقلي المعرفي، والعلاج بتقوية الإرادة والبصيرة ضمناً.
- ٦- إنه علاج سلوكي: يستهدف تعديل سلوك الفرد نحو العمل الصالح الذي يرضى الله (سبحانه وتعالى)، ويطمئن النفس، والعلاج بالاسترخاء، واحدة من أساليبه.

٧- إنه علاج شمولي: حيث يتناول شخصية المسلم بكافة جوانبها الجسمية، والعقلية والروحية والخلقية والاجتماعية والعلمية والعملية والأسرية كافة.

٨- إنه علاج واقعي: أي لا يعتمد على الأمور الفلسفية أو الخيالية أو الوهمية (العيسوي، ١٩٧٩، ص ص ٤٦-٤٧).

ويضيف الباحث خصائص أخرى للعلاج النفسي - الإسلامي من خلال تجربته العملية لهذا العلاج:

أ. إنه علاج رحماني: أي لا يكفي لشفاء المريض كل ما يقوم به من سلوك وعقيدة إيمانية فحسب، وإنما أولاً وأخيراً رحمة الله سبحانه وتعالى من دونها لا يحدث الشفاء.

ب. إنه علاج تقويمي: ويعتقد الباحث أن هذه الميزة الأساسية التي يختلف بها العلاج النفسي - الإسلامي عن كل العلاجات الأخرى، وهي سر نجاحه وفي الوقت عينه سبب فشل كل الأنواع الأخرى من العلاج، وهو اعتماد العلاج النفسي - الإسلامي على تقويم الإنسان وبيان هدفه من الحياة، والوجود، وهي من أكبر نعم الله سبحانه وتعالى على المسلمين.

ج. إنه علاج تعريزي: قال تعالى: ﴿وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا﴾ (القصص: ٧٧).

رابعاً: صفات المعالج النفسي المسلم

- ١- هو العامل الأول في العملية العلاجية، وعليه يقع العبء الأكبر.
- ٢- العلاج النفسي - الإسلامي، موهبة وقدرة تنمي بالدراسة والممارسة.
- ٣- توافر شخصية قوية في المعالج النفسي - الإسلامي.
- ٤- أن يكون ملماً بقدر كافٍ بروح الإسلام، وتعاليمه وتصوراته وأهدافه وأن يكون مؤمناً حقيقياً بها.
- ٥- أن يكون قدوة للآخرين في حياة وطريقة تفكيره ومشاعره وسلوكه.

- ٦- أن يكون دائم النشاط، والنمو والتطور، حتى يستطيع توجيه مريضه نحو السواء.
- ٧- أن يؤمن بأن عمله رسالة هي استمرار لرسالة الأنبياء والصالحين في إصلاح النفوس، وهداية القلوب.
- ٨- أن يكون واسع الصدر، له القدرة على استيعاب المتناقضات، وسماع الرأي الآخر دون تعصب.
- ٩- أن يكون قادراً على مصاحبة المريض، والاهتمام به وكأنه أحد إخوانه الأعزاء.
- ١٠- أن يكون وسطاً عدلاً (لا مسيطر ولا متفرج) مؤثراً، وفاعلاً إيجابياً.
- ١١- أن يكون دافئ المشاعر طيب القلب يأنس المريض بقربه.
- ١٢- أن يكون نكياً فظناً يعرف كل مريض ما يناسبه من التوجيه، والمعاملة.
- ١٣- أن يواظب على العبادات لتكون له زاداً يعينه؛ لأن أمامه مسألة صعبة جاهد من أجلها الأنبياء، والرسل، والصديقين، والصالحين ومن تبعهم بإحسان.
- ١٤- أن يسعى في سبيل الحصول على أكبر قدر ممكن من تعليم أصول مهنة هذا العلاج، وأن يكون ذا ثقافة شمولية لجوانب كثيرة من أوجه الحياة، وأن يكون واعياً بمعان الأهداف الإنسانية في الحياة، وبعد الممات، وواعياً بنفسه، ومجتمعه وكونه وخالقه.
- ١٥- أن يديم الإطلاع على سيرة الرسول محمد -ﷺ-، وأصحابه، والشخصيات الإسلامية العظيمة حتى يتوسم في ذهنه دائماً مستويات العظمة البشرية في ظل التصور الإسلامي فيحاول الرقي إليها قدر طاقته، ويجذب معه مرضاه إلى تلك المستويات. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٧٨-٨٠) ويضيف الباحث النقطة الآتية:
- ١٦- أن يكون القرآن الكريم زاده الفكري اليومي، ويتأدب بآدابه ويهتدي بهداه.

خامساً: أهداف العلاج النفسي الجماعي - الإسلامي

- ١- تحقيق وإزالة الأعراض المرضية.
- ٢- التغلب على الشعور بالوحدة.
- ٣- تغيير السلوك عن طريق السيطرة الواعية عليه من قبل المريض بمساعدة المجموعة.
- ٤- التكيف السليم (التصالح مع النفس، ومع المجتمع، ومع الله).
- ٥- النمو الشخصي، وزيادة الوعي، ومحاولة إطلاق المواهب، والقدرات الشخصية.
- ٦- تكوين فكرة مركزية قائمة على القيم، والمبادئ الإسلامية لدى كل فرد في المجموعة، ولدى المجموعة كلها بحيث يكون لهذه الفكرة قوة جذب كبيرة تجعل بقية نشاطات الفرد تدور في فلكها. (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ١٢٦-١٣٤).
- (الراضي، ١٩٩٣، ص ص: ١٨-٢٣).

سادساً: مراحل العلاج النفسي - الإسلامي

١. الاعتراف والتفريغ: Confession and Catharsis:

من خلال تخلية النفس من عاداتها المذمومة وعيوبها وإخراج هذه العيوب إلى النور (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٣)، كما قال موسى لربه، في قوله تعالى: ﴿قَالَ رَبِّ إِنِّي ظَلَمْتُ نَفْسِي فَاغْفِرْ لِي﴾ (القصص: ١٦)، وكما نادى يونس في الظلمات، بقوله تعالى: ﴿لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ﴾ (الأنبياء: ٨٧)، ويتضمن الاعتراف شكوى النفس طلباً للغفران. (عمار، ٢٠٠٢، ص: ٢)، وتتم عملية الاعتراف والتفريغ من خلال:

- أ- إشعار المريض بتقبله وحبه.
- ب- تقبله هو لذاته واحترامه لها.
- ج- اعترافه وتفريغه. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٥٣).

٢. التوبة: Repentance:

وهي تقابل المغفرة، وتمثل أمل المخطئ الذي يتحرر من ذنوبه فيشعر الفرد بعدها بالتفريغ النفسي والانفراج، وهي كما يقول الغزالي: (لها أركان ثلاث: علم وحال وفعل، فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل: هو ترك الذنب، والنزوع نحو الفعل الخير). (عمار، ٢٠٠٢، ص: ٢). قال تعالى في التوبة: ﴿ قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ ﴾ (الزمر: ٥٣)، ويقول الرسول الكريم محمد -ﷺ-: ((التائب حبيب الله، والتائب من الذنب كمن لا ذنب له)) (رواه البخاري)، (الازدي، ب-ت، ص: ٣١٧).

٣. الاستبصار:

أي الوصول بالمريض إلى فهم أسباب شقائه ومشكلاته النفسية وإدراك الدوافع التي أدت به إلى حالته المضطربة وفهم ما ينفعه من خير وشر وتقبل المفهومات الجديدة. (عمار، ٢٠٠٢، ص: ٣)، وكذلك تكوين ذات اجتماعية جديدة. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٥٤)، ومجاهدة النفس المريضة بامتدادها. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ٣).

رابعاً. تكوين، واكتساب اتجاهات وقيم إيمانية إسلامية جديدة:

ومن خلالها يتم تقبل الذات، وتقبل الآخرين، والقدرة على تحمل المسؤولية، وعلى تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية، وخدمة الآخرين، وكذلك اتخاذ أهداف واقعية في الحياة، مثل القدرة على الصمود، والعمل المثمر والإنتاج. (عمار، ٢٠٠٢، ص: ٣)، والشعور بالسعادة. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٥٤).

سابعاً: عناصر العلاج النفسي - الإسلامي.

١- التوبة:

إن التوبة إلى الله (سبحانه وتعالى) تغفر الذنوب، وتقوي في الإنسان الأمل في

رضوان الله فتخفف حدة قلقه، ثم أنها تدفع بالإنسان إلى إصلاح الذات، وتقويمها، حتى لا يقع مرة أخرى في الأخطاء، والمعاصي، ويساعد ذلك على زيادة تقدير الإنسان لنفسه، وزيادة ثقته بها ورضائه عنها، مما يؤدي ذلك إلى بث الشعور بالأمن، والطمأنينة في النفس. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٨٢). قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا﴾ (النساء: ١١٠).

٢- تصحيح التصورات والمفاهيم:

إن من سمات الحياة العصرية، تداخل، وتضارب، واختلاط التصورات، والمفاهيم، وفي المريض النفسي ذاته تزيد حدة هذه الظاهرة، فهو يأتي إلى المعالج تائهاً مضطرباً حائراً، وقد تلوث، وعيه بكم هائل من الأفكار، والتصورات المشوهة، والخطئة. ومهمة المعالج هو تخليئة نفس المريض من تلك التصورات المرببة في بداية العملية العلاجية، ليس هذا فحسب بل تحليلتها وتغذيتها بالمفاهيم، والتصورات الصحيحة. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٩٣).

٣- الإيمان:

قال تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا مَعَ إِيمَانِهِمْ﴾ (الفتح: ٤). لا أحد ينكر تأثير قوة الإيمان بالله في الصحة النفسية للإنسان فهذا التأثير حقيقة أزلية أصبحت من المسلمات التي لا تحتاج إلى دليل، ونظراً لالتزام الباحث بالمنهج العلمي في البحث فلا بد من إيضاح هذه النقطة من خلال العوامل النفسية الناتجة عنها:

أ- إن الإيمان الصحيح يمنح الإنسان أعظم علاقة حب وأروعها مع الله (سبحانه وتعالى) ومن ثم الناس وكل المخلوقات. وقد دلت الدراسات على أن للإيمان قيمة عظيمة على صحة الفرد النفسية والعقلية والجسمية، وأن له أثراً علاجياً في تحقيق شفاء المرضى النفسيين. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٢٢٥).

ب- الإيمان يوقظ في الإنسان الكثير من العواطف الإيجابية مثل الحب والرحمة والتسامح والإيثار والتضحية (نجاتي، ٢٠٠٢، ص: ٢). يقول (ابن القيم الجوزية) (في القلب شعث لا يلمه إلا الإقبال على الله وفيه وحشة لا يزيلها إلا الأتس بالله، وفيه حزن لا يذهب إلا السرور بمعرفة الله وصدق عبادته، وفيه قلق لا يسكنه إلا الاجتماع إليه، وفيه نيران حشرات لا يطفئها إلا الرضا بأمره، وفيه فاقة لا يسدها إلا محبته والإنابة إليه ودوام ذكره وصدق الإخلاص له، ولو أعطي الدنيا وما فيها لم تسد تلك الفاقة أبداً). (النعمة، ١٩٩٧، ص: ١٣-١٤)

ج- الإيمان يشيع الأمل وروح التفاؤل تجاه الحاضر والمستقبل، وهو يطمئن من مغفرة الله للماضي.

د- يتمتع المؤمن بالقوة الروحية التي تحافظ على تماسك الشخصية وتتناسق عمل مكوناتها.

هـ- يتمتع المؤمن بقوة إصدار القرار الصحيح وسرعة اتخاذه في الزمان والمكان المناسبين. (أحمد وأحمد، ٢٠٠٢، ص: ١). (عدس، ب-ت، ص: ٦٣). قال تعالى: ﴿فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ﴾ (آل عمران: ١٥٩).

و- الإحساس بالقرب من الله وإمكانية مناجاته بالدعاء والاستغفار والتوبة وقد أثبت آخر الأبحاث العملية في مراكز الطب النفسي الأوربية والأمريكية، أن الأشخاص الذين يتمتعون بإيمان قوي بالله تعالى ويقين بأن كل شيء بيد الله يتخلصون من المخاوف وتزيد فرص شفائهم من الأمراض، خصوصاً (الاكتئاب والقلق) (الشرييني، ١٩٩٩، ص: ١١).

ز- يعطي الإيمان للفرد إحساساً باحترام الذات. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٩٩-١٠٠)، (الوتاري، ١٩٩٦، ص: ٢٠٤). قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبَسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ﴾ (الإنعام: ٨٢). وقال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد: ٢٨).

قال تعالى: ﴿إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ﴾ (العنكبوت: ٤٥). معناها وجود صلة بين الإنسان وخالقه العظيم، وهي مناجاة روحية بين العبد وخالقه بصورة مباشرة ومن خلال هذا الموقف السامي يشعر الإنسان بصفاء روحه واطمئنان قلبه واستقراره. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ١٨٤-١٨٧). إن أداء الصلاة بمواقيتها تعد محطات راحة واسترخاء وتجديد للنشاط في طريق الحياة القاسي. وقد أثبت علمياً فائدة الصلاة العلاجية للأمراض النفسية، فقد اتضح من دراسة نشاط المخ بوساطة جهاز رسم المخ الكهربائي، إن كمية النوم الحالم تزيد في الجزء الأخير من الليل، وإن هناك علاقة بين زيادة كمية النوم الحالم وبين الاكتئاب، وهناك وسيلة لعلاج الاكتئاب بأيقاظ المريض في أثناء النوم الحالم، ولذلك يلاحظ أن من يقومون لصلاة الفجر، يظلون طوال يومهم نشطين مستبشرين. وقال رسول الله ﷺ: من فاتته صلاة الصبح فليس في وجهه نور، ومن فاتته صلاة الظهر فليس في رزقه بركة، ومن فاتته صلاة العصر فليس في بدنه قوة، ومن فاتته صلاة المغرب فليس في أولاده ثمرة، ومن فاتته صلاة العشاء فليس في نومه راحة. (طرية، ١٩٩٤، ص: ٣٧).

وقد ثبت أيضاً أن كمية الأدرينالين تزداد في الجسم في وقت صلاة العصر بالذات ولذلك أكد الإسلام على الصلاة الوسطى وهي على الأرجح صلاة العصر. (المعدي، ١٩٩٠، ص: ١٠٣). قال تعالى: ﴿حَافِظُوا عَلَى الصَّلَوَاتِ وَالصَّلَاةِ الْوُسْطَىٰ وَقُومُوا لِلَّهِ قَانِتِينَ﴾ (البقرة: ٢٣٨). وإذا لاحظنا مواعيد الصلاة نجد أن الوقت الفاصل بين صلاة الفجر وصلاة الظهر نحو (٧) ساعات، وهذه أطول مدة لأنها تأتي بعد راحة النوم في الليل، ثم تأتي صلاة الظهر لتريح الشخص من عناء العمل والإرهاق النفسي والجسمي، ثم تأتي صلاة العصر بعد نصف المدة السابقة إذ إن الإنسان يكون مرهقاً أكثر فيحتاج إلى راحة أقرب، ثم تأتي صلاة المغرب بعد مدة أقصر من سابقتها، وتأتي صلاة العشاء بعد مدة أقصر وأقصر، وهكذا اقتضت الحكمة الإلهية التناسب الطردي بين طول المدة الزمنية من صلاة لأخرى (ابتداء من صلاة الفجر إلى العشاء)

وبين شدة الإجهاد النفسي والجسمي مع هذه المدد. وهذا يدل على الأثر العلاجي للصلاة في الحالة النفسية والجسمية للفرد. قال تعالى: ﴿وَاسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى الْخَاشِعِينَ﴾ (البقرة: ٤٥). وكان رسول الله -ﷺ- إذا حَزَّ به أمر فزع إلى الصلاة كما كان يقول لبلال -رضي الله عنه-: (قم يا بلال فأرحنا بها) (الوتاري، ١٩٩٦، ص: ٥-٢)، (أخرجه أحمد وأبو داود من حديث حذيفة ابن اليمان)، ويقول (ابن القيم الجوزية) واصفاً فوائد الصلاة: (أنها مجلبة للرزق، حافظة للصحة، دافعة للأذى، مطردة للأدواء، مقوية للقلب، مبيضة للوجه، مفرحة للنفس، مذهبة للكسل، منشطة للجوارح، ممدة للقوى، شارحة للصدر، مغذية للروح، منورة للقلب، حافظة للنعمة، دافعة للنقمة، جالبة للبركة، مبعدة عن الشيطان، مقربة من الرحمن وبالجملة: فلها تأثير عجيب في حفظ صحة البدن والقلب، وقواهما، ودفع المواد الرديئة عنهما، وما أبتلى رجلان بعاهة أو داء أو منحة أو بلية إلا كان حظ المصلّي منهما أقل وعاقبته أسلم، لأن الصلاة من أكبر الأدوية والمفرحات). (الجوزية، ١٩٨٨، ص: ٣٣٢).

إن وقوف الإنسان في الصلاة أمام الله (سبحانه وتعالى) في خشوع وتضرع يمدّه بطاقة روحية تبعث فيه الشعور بالصفاء الروحي، والاطمئنان القلبي والأمن النفسي، ففي الصلاة بخشوع، يتوجه الإنسان بكل جوارحه وحواسه إلى الله تعالى وما يشعر به من الإحساس الروحي لآيات القرآن من شأنه أن يبعث في الإنسان حالة من الاسترخاء التام وهدوء النفس وراحة العقل، ولحالة الاسترخاء هذه والهدوء النفسي التي تحدثها الصلاة، أثرها العلاجي المهم في تحقيق حدة التوترات العصبية، وفي خفض القلق الذي يعانيه بعض الناس. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٦٤) (أحمد وأحمد، ٢٠٠٢، ص: ٣).

ويقول الطبيب (توماس هايسلوب): (إن الصلاة أهم أداة علاجية عرفت حتى الآن لبتث الطمأنينة في النفوس وبتث الهدوء في الأعصاب) (كارنجي، ١٩٥٦، ص ص ٣٥٩-٣٦٠). مع أن هذا الرأي ليس للصلاة في الإسلام، التي لها معنى

وطعم وفائدة علاجية لا تضاهي بأية صلاة أخرى. إذ إن واحداً من الفوائد العلاجية هو الاسترخاء العام الذي تحدثه الصلاة، وهو يماثل أو يفوق أسلوب العلاج النفسي - السلوكي، القائم على الاسترخاء في علاج التوتر والقلق مثل أسلوب (جوزيف ولبي) في الكف المتبادل (Reciprocal Inhibition) الذي يطلق عليه العلاج الاسترخائي أو (العلاج بالتقليل من الحساسية الانفعالية) (شوين، ١٩٧٩، ص ص: ٨٤٦-٨٥٤).

إن أثر الصلاة يفوق كثيراً أثر العلاج النفسي، فضلاً عن تحرر طاقة الإنسان النفسية من قيود القلق (وهو هدف العلاج النفسي) فإن الاتصال الروحي بين الإنسان وربه في أثناء الصلاة يمدّه بطاقة روحية تجدد فيه الأمل وتقوي فيه العزم وتطلق في نفسه قدرات هائلة تمكنه من تحمل المشاق والقيام بجلائل الأعمال. (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص: ٢٦٨-٢٦٩).

يقول الدكتور (كاريل): (لعل الصلاة هي أعظم طاقة مولدة للنشاط عُرفت إلى يومنا هذا - وقد رأيت بوصفي طبيباً - كثيراً من المرضى فشلت العقاقير في علاجهم، فلما رفع الطب يديه عجزاً وتسليماً تدخلت الصلاة فأبرأتهم من علهم. وقد وجدت أنّ الصلاة كمعدن (الراديوم) مصدر للإشعاع ومولد ذاتي للنشاط، وبالصلاة يسعى الناس إلى استزادة نشاطهم المحدود، حين يخاطبون القوة التي لا يغني نشاطها. (القرضاوي، ١٩٧٧، ص: ٢٩٢).

وتعد الصلاة من أكمل الأدوية وأعظم الأغذية التي تصبح علاجاً ناجحاً للقلوب السلمية والقلوب المريضة (إذا تابوا واستغفروا لذنوبهم ورجعوا عن غيهم). والصلاة رياضة للنفس والبدن جميعاً، فهي فضلاً عن تأثيرها في النفس، لها تأثير في البدن أيضاً لما تشتمله على حركات مختلفة للجسم، ولاشك أن الصلاة وما يتبعها من هذه الحركات المختلفة تعمل على تحليل المواد، والمعاونة على استخراج الفضلات وتقوية الجسم فتطرد الأرواح الضارة فينصلح الجسم كله. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ص: ١٣٨-١٣٩). والدليل الشرعي على الأثر العلاجي للصلاة، هو من السنة فضلاً عما

ذكر من القرآن، فعن أبي هريرة -رضي الله عنه- قال: (رأني رسول الله -صلى الله عليه وسلم- وأنا نائم أشكو وجعاً في بطني، فقال لي: يا أبا هريرة أیوجعك بطنك؟ قلت نعم يا رسول الله. قال: قم فصلِّ فإن في الصلاة شفاء) (القزويني، ب-ت، ص: ٣١٨).

وإن لصلاة الجماعة أيضاً أثراً علاجياً هاماً فتردد الفرد على المسجد يتيح له فرصة التعرف على الناس وتكوين علاقات تؤدي إلى نمو الشخصية والنضج الانفعالي والوقاية من القلق. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٦٩-٢٧٠).

فضلاً عن الفوائد العلاجية للصلاة، فإن الضوء لغرض التهيؤ للصلاة له فوائد علاجية أيضاً، فحين ينظف المسلم يديه من الوسخ الظاهر وينظفهما كذلك مما اجترحا من أثام وهو يغسل عينيه لينظفهما من التراب والوسخ، كذلك يزيل عنهما كل نظرة آثمة أو نظرة خائنة... وهكذا لأعضاء الجسم الأخرى. (قطب، ١٩٨٥، ص: ٦٣)، (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٥٢-٥٣).

وقد كشفت الدراسات الحديثة عن أثر الضوء في شعور الفرد بالهدوء والاسترخاء والسكينة والطهارة وإزالة مشاعر التوتر والقلق والتأزم النفسي والعصبي والعقلي، فالعلاج النفسي - الإسلامي بالضوء هو الأصل للعلاج النفسي الحديث الذي يعرف بـ (Water therapy)، إذ يستحم المريض مرات متعددة بالماء الفاتر ويضع نفسه تحت (الدش) لفترات يحددها الطبيب النفسي له. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٦٥، ١٢٤). قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قُمْتُمْ إِلَى الصَّلَاةِ فَاغْسِلُوا وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى الْمَرَافِقِ وَامْسَحُوا بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى الْكَعْبَيْنِ وَإِنْ كُنْتُمْ جُنُبًا فَاطَّهَّرُوا وَإِنْ كُنْتُمْ مَرْضَىٰ أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوْ جَاءَ أَحَدٌ مِنْكُمْ مِنَ الْغَائِطِ أَوْ لَامَسْتُمُ النِّسَاءَ فَلَمْ تَجِدُوا مَاءً فَتَيَمَّمُوا صَعِيدًا طَيِّبًا فَامْسَحُوا بِوُجُوهِكُمْ وَأَيْدِيكُمْ مِنْهُ مَا يُرِيدُ اللَّهُ لِيَجْعَلَ عَلَيْكُمْ مِنْ حَرَجٍ وَلَكِنْ يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمْ وَلِيُتِمَّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ (المائدة: ٦).

وفي الحديث النبوي، عن أبي هريرة -رضي الله عنه-، أن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: ((إذا توضئ العبد المسلم، أو المؤمن، فغسل وجهه خرج من وجهه كل خطيئة نظر إليها

بعينه مع الماء أو مع آخر قطرة الماء، فإذا غسل يديه خرج من يديه كل خطيئة كانت بطشتها يده مع الماء أو مع آخر قطرة الماء، فإذا غسل رجليه خرجت كل خطيئة مشتها رجلاه، مع الماء أو مع آخر قطرة الماء حتى يخرج نقياً من الذنوب). (الأزدي، مختصر صحيح مسلم، رقم الحديث: ١٢١).

وفضلاً عن الأثر النفسي للوضوء، فإن له أثراً فسيولوجياً، إذا تبين من التجارب الحديثة (اسامة الراضي، جمال أبو العزائم)*، إن الاغتسال بالماء خمس مرات يومياً وعلى مدد معينة من العمل اليومي تساعد على استرخاء العضلات وتخفيف حدة التوتر البدني والنفسي، (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص: ٢٧١-٢٧٢)، ولذلك أوصى الرسول محمد -ﷺ- بعلاج الغضب بالوضوء فقال: ((إن الغضب من الشيطان وإن الشيطان من نار، وإنما تطفئ النار بالماء، فإذا غضب أحدكم فليتوضأ)) (سسن أبي داود، ج ٣، ص ٢٤٩ - رقم الحديث: ٤٧٨٤).

٥-الصوم:

قال تعالى: ﴿شَهْرُ رَمَضَانَ الَّذِي أُنزِلَ فِيهِ الْقُرْآنُ هُدًى لِّلنَّاسِ وَبَيِّنَاتٍ مِّنَ الْهُدَى وَالْقُرْآنِ﴾ (البقرة: ١٨٥). وقال سبحانه وتعالى: ﴿كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾ (البقرة: ١٨٣). وفي الحديث الشريف (رواه البخاري وأبو داود عن الرسول -ﷺ- قال: ((الصيام جُنَّةٌ، فإذا كان أحدكم صائماً، فلا يرفث ولا يجهل، فإن أمروء قاتله، أو شامته فليقل: إني صائم (مرتين)، والذي نفس محمد بيده، لخلوف فم الصائم أطيب عند الله من ريح المسك، يترك طعامه وشرابه وشهوته من اجلي -الصيام لي وأنا أجزي به، والحسنة بعشرة أمثالها-) (سابق، ب - ت، ص: ٤٣١) وقال -ﷺ-: ((من صام رمضان إيماناً واحتساباً غفر له ما تقدم من ذنبه)) (متفق عليه).

ومن الفوائد الروحية للصوم، إنه يعوّد الصبر ويقوي عليه، ويعلم ضبط النفس ويساعد عليه، ويوجد في النفس ملكه التقوى وبريئها، ومن فوائده الاجتماعية، يعود

* ندوة علم النفس والإسلام، كلية التربية، جامعة الرياض، ١٩٧٨.

الأمّة النظام والاتحاد وحب العدل والمساواة ويصون المجتمع من الشرور والمفاسد. (طريبة، ١٩٩٤، ص: ٣٥)، والصائم يشعر بما يشعر به الفقراء والجوع والمحرومون، ومن ثم فهو يعطف عليهم ويحسن إليهم (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ١٢٨).

وينمي الصيام الإحساس بالطاعة لله سبحانه وتعالى، بحيث يشعر الفرد بالرضا والسعادة والأمان النفسي العميق. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٢٠). يقول الغزالي، رحمه الله: (إن الصوم: هو حبس النفس عن الشهوات وتعديل قوتها الشهوانية استعداداً لطلب ما فيه منتهى سعادتها ونعيمها، وفيه زكاة للنفس في حياتها، فالجوع يكسر من حدة الغضب وثوراته والظمأ يعلم الإنسان الصبر، ويذكره بالأكباد الجائعة من المساكين والفقراء، وهو يسكن ويهدأ كل عضو من أعضاء الجسم وكل قوة من قواه عن جموحها وإفراطها، بالصوم تلجم الجوارح جميعاً بلجام التقوى). (الغزالي، ب-ت، ص: ٤٢٠-٤٢١).

وفي الصوم قهر للشيطان لأن الشيطان يحب الشهوات ويحب فاعلها، وعندما تقل الشهوات في الصيام فإن الشيطان يعجز عن غواية بني آدم، لذلك يقول الرسول الكريم محمد -ﷺ-: ((إن الشيطان ليجري من أبن آدم مجرى الدم، فضيقوا مجاريه بالجوع) (من حديث ابن مسعود). (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٤٢). وللصيام فوائد طبية علاجية، فالصيام يساعد على ضبط النفس والتحكم في الدوافع وإلى تقوية الإرادة والعزيمة وينمي القدرة على التحمل. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ١٩١).

٦. الزكاة

قال تعالى: ﴿آمِنُوا بِاللَّهِ وَرَسُولِهِ وَأَنْفِقُوا مِمَّا جَعَلَكُمْ مُسْتَخْلِفِينَ فِيهِ﴾ (الحديد: ٧). وقال تعالى: ﴿وَأَتَوْهُمْ مِنْ مَالِ اللَّهِ الَّذِي آتَاكُمْ﴾ (النور: ٣٣). وقال تعالى: ﴿خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِمْ بِهَا﴾ (التوبة: ١٠٣). فالزكاة تطهر النفس من دنس البخل والطمع والأثرة (وهي حب الذات والقسوة على الفقراء). (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٢٧٤). والزكاة تنمي النفس وترفعها بالخيرات والبركات الخلقية والعملية، حتى تكون بها أهلاً للسعادة الدنيوية والآخروية. (سابق، ب - ت، ص: ٣٢٨).

والزكاة فريضة على كل مسلم حر له من الملكية الخاصة (عشرون ديناراً ومئتا درهم - في معيار المسلمين الأوائل) مما يمضي عليها حولاً كاملاً وما يزيد على حاجته وحاجة عائلته. وهي لها أثر في الصحة النفسية، وهي وسيلة علاجية لتطهير النفس من الأثره وحب الذات، وأفضل الزكاة ما كانت سراً فلا يطلع عليها غير الله ولا يرجو صاحبها إلى وجهه الكريم قال تعالى: ﴿لَا تُبْطِلُوا صَدَقَاتِكُمْ بِالْمَنِّ وَالْأَذَى﴾ (البقرة: ٢٦٤).

فعلامه فساد الصحة النفسية المن والأذى، وهذا يجعلها تشعر بالعجب والخيلاء ويمتلكها الغرور وتفقد الاعتدال والاستقامة، ويرى بعض علماء المسلمين أن إخفاء الصدقة من كنوز البر لأنه يخلص الإنسان من كثير من الآفات النفسية مثل الكِبَر والتجبر والاستعلاء والشعور بالعظمة والاعتزاز والمن والأذى. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٤٧-١٤٨).

إن إعطاء الزكاة يشعر الفرد بعدم ملكيته المطلقة للمال، وإنما الملك لله وحده، ويحاسب الإنسان على طرق اكتساب المال وإنفاقه (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٦٩) وهذا يخفف من تعلق الإنسان بالمال وما يتبعه من قلق على تحصيله وخوفاً عليه حين يحصل وحجزه عن النفع العام وعن فقراء المسلمين. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٠٨).

وهناك آيات كريمات تحذّر من اكتناز المال وعدم صرفه على الفقراء والمساكين أو صرفه بطريقة غير شرعية أو اكتنازه وحرمان الناس منه. قال تعالى: ﴿وَفِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ لِّلسَّائِلِ وَالْمَحْرُومِ﴾ (الذاريات: ١٩).

٧. الحج

قال تعالى: ﴿وَلِلَّهِ عَلَى النَّاسِ حِجُّ الْبَيْتِ مَنِ اسْتَطَاعَ إِلَيْهِ سَبِيلًا وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ عَنِ الْعَالَمِينَ﴾ (آل عمران: ٩٧). إن في الحج مراجعة للأهواء النفسية، ومغالبة الشهوات، والتوقف عن قبيح الكلام والابتعاد عن اللغو والعبث، وهو فرصة للنفس لتعيد حساباتها وترجع عن غيها ليعتدل أمرها وتدخل في طاعة الله، ولو تمسك الحاج بأوامر الله لتغيرت نفسه، ووُلِدَ ولادة جديدة وتخلص تماماً من أمراضه وأسقامه وآفاته. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٤٤-١٤٦). وللحج فوائد علاجية كثيرة أهمها قهر النفس إزاء الرغبات، وكبح جماح النزوات، والبعد عن حياة الترف، وفي ابتهاج الحج (لبيك اللهم لبيك) تهدئة للأعصاب وراحة للنفس ومناجاة لله وأدعية الحج تفرغ عن الأزمات النفسية. (طربية، ١٩٩٤، ص: ٣٨).

إن جميع مناسك الحج تمد المسلم بطاقة روحية عظيمة تزيل عنه كرب الحياة وهمومها، وتغمره بشعور عظيم من الأمن والطمأنينة والسعادة. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٧٥).

٨. قراءة القرآن والاستماع إليه

قال تعالى: ﴿لَوْ أَنزَلْنَا هَذَا الْقُرْآنَ عَلَى جَبَلٍ لَّرَأَيْتَهُ خَاشِعًا مُّتَصَدِّعًا مِّنْ خَشْيَةِ اللَّهِ وَتِلْكَ الْأَمْثَالُ لِنَضْرِبُهَا لِلنَّاسِ لَعَلَّهُمْ يَتَفَكَّرُونَ﴾ (الحشر: ٢١). وقال تعالى: ﴿وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢). وقال تعالى: ﴿يَأَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ﴾ (يونس: ٥٧). وقال تعالى: ﴿وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنْصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ﴾ (الأعراف: ٢٠٤).

وفي الحديث النبوي الشريف عن ابن مسعود، عن رسول الله -ﷺ- قال: ((إنَّ

هذا القرآن مآدبة الله، فتعلموا من مآدبته ما استطعتم، إن هذا القرآن هو حبل الله والنور المبين، والشفاء النافع، عصمة لمن تمسك به، ونجاة لمن اتبعه لا يعوج فيقوم، ولا يزيغ فيستعذب، ولا تنقضي عجايبه، ولا يخلق من كثرة الرد. فأتلوه فإن الله تعالى يأجركم على تلاوته بكل حرف عشر حسنات، أما إنني لا أقول (ألف لام ميم) حرف ولكن: ألف ولام وميم، ولا ألفين أحدهم واضعاً إحدى رجليه يدع أن يقرأ سورة البقرة فإن الشيطان يقرأ من البيت الذي تقرأ فيه سورة البقرة، وإن أصغر البيوت لجوف أصغر من كتاب الله) (أخرجه الحاكم، ج ١، رقم: ٥٥٥) و (المجمع، ج ٧، رقم: ١٦٤) و (الكنز، رقم ٢٢٨٥ - ٢٣٥٦) و (الترغيب، ج ٢، رقم: ٣٥٤) و (ابن أبي شيبة، ج ١، رقم: ٤٨٣).

وعن أبي هريرة -رضي الله عنه- عن الرسول محمد -صلى الله عليه وسلم- قال: (إن البيت ليتسع على أهله وتحضره الملائكة وتهجره الشياطين، إن يقرأ فيه القرآن) (أخرجه الدارمي، ج ٢، رقم: ٤٢٩-٤٣٠). أما عن الأثر الشفائي للقرآن الكريم (قراءة واستماعاً فقد ثبت شرعاً من القرآن والسنة النبوية الشريفة، كما سبقت الإشارة إليه (في الأدلة الشرعية، ص: (فضلاً عن الأحاديث النبوية الآتية:

عن عائشة -رضي الله عنها- عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: (عالجها بكتاب الله) (موارد الضمان، رقم: ١٤١٩) و (الكنز، رقم: ٢٨١٠٥) و (الصحيحة، رقم: ١٩٣١).

وعن الإمام علي -رضي الله عنه- عن الرسول محمد -صلى الله عليه وسلم- قال: (خير الدواء القرآن) (ابن ماجة، الأرقام: ٣٥٠١، ٣٥٣٣، ٣٥٣٧) و (الكحال/ أحكام نبوية، ج ١، رقم: ٦٤) و (الكنز، رقم: ٢٨١٠٣).

وعن أبي سعيد، عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: (عليك بتقوى الله فإنها جماع كل خير، وعليك بالجهاد فإنه رهبانية المسلمين وعليك بذكر الله وتلاوة كتاب الله تعالى، فإنه نور لك في الأرض، وذكر لك في السماء، وأخره لسانك، إلا من خير، فإنك بذلك تغلب الشيطان) (الدر المنثور، ج ٦، رقم: ٩٩) و (الطبراني، ج ٢، رقم: ٦٦) و

(المجمع، ج ٤، رقم: ٢١٥) و (الكنز، رقم: ٤٣٤٣٧).

وهناك شروط وأداب لتلاوة القرآن الكريم، يذكرها (النووي) بالآتي:

أ- المحافظة على تلاوته ليلاً ونهاراً. وقد كانت للسلف الصالح -ﷺ- عادات مختلفة في القدر الذي يختمون فيه القرآن، فمنهم كل شهرين، ومنهم كل شهر، وأسبوع، إلى أن وصل، قسماً فهم إلى ختم القرآن في ركعة من الصلاة منهم (عثمان بن عفان، وتميم الداري، وسعيد بن جبير) -ﷺ- ومن لم يكن من هؤلاء المذكورين، فليستكثر ما أمكنه من (تلاوة القرآن الكريم) من غير الخروج إلى حد الملل أو الهذرمه في القراءة (النووي، ١٩٥٥، ص ٩٥-٩٦).

ب- أفضل أوقات القراءة، هي في الصلاة (تطيل في القيام أفضل من أن تطيل في السجود) وفي الليل وفي النصف الأخير منه، أفضل من الأول والقراءة بين المغرب والعشاء محبوبة، أما قراءة النهار، فأفضلها ما بعد صلاة الصبح - ولا إكراه في القراءة في أي وقت من الأوقات، ومن الأيام، الجمعة، الاثنين، الخميس/ يوم عرفة/ ومن الأعشار الشهرية: العشر الأول من ذي الحجة، والعشر الأخير من رمضان.

ج- يستحب الدعاء عند ختم القرآن.

د- عدم ترك القرآن وتعريضه للنسيان: ورد في الصحيحين (مسلم وبخاري) عن ابن عمر (رضي الله عنهما)، أن رسول الله -ﷺ- قال: (إنما مثل صاحب القرآن كمثل الإبل المعقلة، إن عاهد عليها أمسكها، وإن أطلقها ذهب) (النووي، ١٩٥٥، ص: ٩٩). وروى النووي في سنن أبي داود ومسند الدارمي عن سعد بن عبادة -ﷺ-، عن النبي -ﷺ- قال: ((من قرأ القرآن ثم نسيه لقي الله تعالى يوم القيامة أجْزَمَ)) (النووي، ١٩٥٥، ص: ٩٩).

هـ- ومن آداب قراءة القرآن، الإخلاص في القراءة لله (سبحانه وتعالى) وأن لا يقصد أن يحصل على شيء. وأن يتأدب مع القرآن، ويستحضر في ذهنه إنه يناجي الله

(سبحانه وتعالى) ويتلو كتابه.

و- من يريد قراءة القرآن أن ينظف فَمَهُ (بالسواك) أو غيره. ويقول في سنة السواك، (اللهم بارك لي فيه يا أرحم الراحمين) ويستاك في ظاهر الأسنان وباطنها وكراسي أضراسه وسقف حلقه امراراً لطيفاً، ويستاك بعود متوسط (لا شديد اليبوسة ولا شديد اللين)، أما إذا كان فَمُهُ نَجِساً بَدَمَ أو غيره، فإنه يكره له قراءة القرآن قبل غسله.

ز- في قراءة القرآن الخشوع والتدبر والخضوع، ويستحب البكاء، فإن البكاء عند القراءة صفة العارفين وشعار عباد الله الصالحين، قال تعالى: ﴿وَيَخِرُّونَ لِلأَذْقَانِ يَبْكُونَ وَيَزِيدُهُمْ خُشُوعًا﴾ (الإسراء: ١٠٩).

ح- إن قراءة القرآن في المصحف أفضل من حفظه.

ط- الجمع بين رفع الصوت في القراءة وبين الإسرار فيه.

ي- يستحب تحسين الصوت بالقراءة وتزيينه ما لم يخرج عن حد القراءة بالتمطيط. (النووي، ١٩٥٥، ص: ٩٥-٩٩).

أما من يخالف شريعة الله وسنة رسوله -ﷺ-، ما أورده أهل العلم (رضي الله عنهم أجمعين): إن من البدع في قراءة القرآن، التتمطيط الفاحش وزيادة الحروف ومراعاة الأنغام مما يدخل في القرآن من الحروف الزائدة وهو حرام. ويسن ترتيل القرآن، والتأني فيه والاعتبار، وتزيين الصوت، ما لم يخرج عن حد القراءة بالتمطيط، فإن أفرط حتى زاد حرفاً أو أخفاه، فهو حرام عليه، فعلى ذلك قال الشافعي -ﷺ-: (واجب أن يقرأه حدرًا و تحزينًا، فالحدر (الإدراج بلا تمطيط) والتحزين (ترقيق الصوت به). (المقدسي، ١٩٨٣، ص: ٢٥).

أما القدرة الشفائية والأثر العلاجي لقراءة القرآن الكريم والاستماع إليه، فقد ثبت بما لا يقبل الشك من خلال التجارب الفعلية العلمية، فضلاً عن الأدلة الشرعية (من القرآن الكريم والسنة النبوية)، وقد تم استعراض هذه التجارب والدراسات في فصل (الدراسات السابقة، ص ص:).

٩. ذكر الله

قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد: ٢٨). وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اذْكُرُوا اللَّهَ ذِكْرًا كَثِيرًا ﴿١﴾ وَسَبِّحُوهُ بُكْرَةً وَأَصِيلًا﴾ (الأحزاب: ٤١-٤٢). وقال تعالى: ﴿وَالذَّاكِرِينَ اللَّهَ كَثِيرًا وَالذَّاكِرَاتِ أَعَدَّ اللَّهُ لَهُمْ مَغْفِرَةً وَأَجْرًا عَظِيمًا﴾ (الأحزاب: ٣٥).

وفي الحديث الشريف، ما روي به النووي عن ابن ماجة عن أبي الدرداء -رضي الله عنه- قال: قال رسول الله -ﷺ-: ((ألا أنبئكم بخير أعمالكم وأزكاها عند مليكم وأرفعها في درجاتكم وخير لكم من إنفاق الذهب والورق وخير لكم من أن تلقوا عدوكم فتضربوا أعناقهم؟ قالوا بلى، قال: ذكر الله تعالى)). (قال الحاكم أبو عبد الله في كتابه -المستدرک علی الصحیحین- هذا حديث صحيح الإسناد). (النووي، ١٩٧٠، ص ص: ١٩-٢٠).

وروى النووي عن كتاب الترمذي عن ابن مسعود -رضي الله عنه-، قال: قال رسول الله -ﷺ-: ((لقيت إبراهيم -عليه السلام- ليلة أسري ربي، فقال: يا محمد: أقرئ أمتك السلام وأخبرهم أن الجنة طيبة التربة، عذبة الماء، وإنها قيعان، وأن غراسها: سبحان الله، والحمد لله، ولا إله إلا الله، والله أكبر)) (فقال الترمذي، حديث حسن) (النووي، ١٩٥٥، ص ص: ٢٠).

وروى النووي عن كتاب الترمذي أيضاً، عن ابن ماجة، عن جابر ابن عبد الله (رضي الله عنهما) قال، سمعت رسول الله -ﷺ- يقول: ((أفضل الذكر - لا إله إلا الله-)) (النووي، ١٩٧٠، ص ص: ١٨).

إن ذكر الله: هو شعور الإنسان بوجود الله معه طوال الوقت، مراقباً، ومؤانساً ومؤيداً، وهذه في الأساس صفة قلبية، يعززها ويغذيها ذكر الله باللسان في الأحوال المختلفة للإنسان. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١١٦).

إنَّ الذكر يحبه الله تعالى وتبسط له الملائكة أجنحتها، وهو الذي تتجلى آثاره على جوارح صاحبه وحركاته وأعماله ومنهجه في السلوك العام. (الدرمك، ٢٠٠١، ص: ٦٣). وذكر الله، هو من أفضل طرق العلاج في علم النفس الإسلامي، لأنه يصلق القلوب، إذ إنَّه يبدل الخوف أمناً والعداوة محبة ويحول القلق والجزع والاضطراب إلى سكينة والرعب إلى طمأنينة. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٢٩٧).

وذكر الله هو غذاء روحي يمدُّ النفس الإنسانية بما يحتاجه من سكينة وطمأنينة، وأن الإعراض عن ذكر الله يضرُّ الإنسان ويؤدي إلى شقائه. (الدرمك، ٢٠٠١، ص: ٦٣). يقول تعالى: ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى﴾ (طه: ١٢٤)، وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَعِشْ عَن ذِكْرِ الرَّحْمَانِ نُفِضْ لَهُ شَيْطَانًا فَهُوَ لَهُ قَرِينٌ ﴿٦٦﴾ وَإِنَّهُمْ لَيَصُدُّونَهُمْ عَنِ السَّبِيلِ وَيَحْسَبُونَ أَنَّهُمْ مُهْتَدُونَ﴾ (الزخرف: ٣٦، ٣٧).

إنَّ الذي يذكر الله ويتأمل في عظمته ويتصور قدرته، يلين قلبه ويخشع، ويبطأ رأسه، فلا يصدر عنه من الأقوال والأعمال إلا ما فيه الخير والإصلاح، وهكذا تسري الطمأنينة في نفسه، ولا يكون للهيم والقلق إلى قلبه من سبيل. (النعمة، ١٩٩٧، ص: ١٧).

ومن فوائد (ذكر الله) العلاجية، هو تزكية النفس وصفائها وشعورها بالأمن والطمأنينة. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٧٩). وحينما يداوم المسلم على ذكر الله، فإنه يشعر بأنه قريب من الله تعالى وأنه في حمايته ورعايته، ويبعث ذلك في نفسه الشعور بالثقة والقوة والشعور بالأمن والطمأنينة والسعادة. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٣٠٣).

قال تعالى: ﴿فَاذْكُرُونِي أَذْكُرْكُمْ وَاشْكُرُوا لِي وَلَا تَكْفُرُونِ﴾ (البقرة: ١٥٢). وعن

أبي هريرة -رضي الله عنه- أن النبي -صلى الله عليه وسلم- قال: ((لا يفعد قوم يذكرون الله -صلى الله عليه وسلم- إلا حفتهم الملائكة وغشيتهم الرحمة، ونزلت عليهم السكينة، وذكرهم الله فيمن عنده)). (رواه مسلم وأبو داود والترمذي).

ويقول -صلى الله عليه وسلم-: ((ذكر الله شفاء للقلوب)). (رواه الديلمي عن أنس). ولذكر الله فضائل متعددة وآثار نفسية وثمرات جليلة، وهو يعين الإنسان على المصاعب، ويساعده في التغلب على العقبات، ويجعله قادراً على طرح رياء النفس جانباً، كما أنه يعمل على تخليّة القلب من الآفات ويصرف عنها الخواطر المذمومة، ويدفع عن الإنسان غواية الشيطان ويزيل عنه الحقد والغل والحسد والآفات النفسية الأخرى.

ومهما تكالبت على الذاكر الابتلاءات والمصائب والصدمات وأثقلته الحياة بمتاعبها، فإنه بالذكر يستريح ويطمئن ويقتنع ويرضى، ويعرف أن الشكوى لغير الله مذلة وأنه مع الله وهو المنتصر أبداً فلا يمتلكه يأس ولا اكتئاب، والذكر الجماعي يقوي العزائم ويعاف على البر والتقوى، لأن المؤمن قوي بإخوانه. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص ١٩٥، ٢٩٩-٣٠٠).

١٠. الدعاء

قال تعالى: ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ﴾ (غافر: ٦٠). وقال سبحانه وتعالى: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِي إِذَا دَعَانِي فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ﴾ (البقرة: ١٨٦).

وفي الحديث النبوي الشريف قال النبي -صلى الله عليه وسلم-: [الدعاء هو العبادة، قال ريكم: "قَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ"]. (أخرجه أبو داود، ج ٢، رقم: ٧٨) و (الترمذي، ج ٥، رقم: ٢١١) و (ابن ماجة، ج ٢، رقم ١٢٥٨).

وقال -ﷺ-: ((إنَّ ربكم تبارك وتعالى حيي كريم يستحي من عبده إذا رفع يديه إليه ان يردها صفراً)). (أخرجه أبو داود، ج ٢، رقم: ٧٨) و (الترمذي، ج ٥، رقم: ٥٥٧) و (ابن ماجة، ج ٢، رقم: ١٢٧١).

وقال -ﷺ-: [ما من مسلم يدعو الله بدعوةٍ ليس فيها أثم ولا قطعٍة رحم، إلا أعطاه الله بها إحدى ثلاث: إمَّا أن تعجل له دعوته، وأمَّا أن يدخرها له في الآخرة وإمَّا أن يصرف عنه من السوء مثلها، قالوا: إذن نكثرُ قال: (الله أكثر)]. رواه (الترمذي، ج ٥، رقم: ٥٦٦) و (أحمد، ج ٣، رقم: ١٨).

وفي الدعاء، يقوم الإنسان بمناجاة ربه ويبث إليه ما يشكوه وما يعانیه في حياته من مشكلات وأزمات ومصائب، تزججه وتقلقه، وهو في هذه الحالة من الاسترخاء والهدوء النفسي يؤدي أيضاً إلى التخلص من القلق، وبصرف النظر عن كون الله تعالى قد استجاب فعلاً لدعاء الإنسان أو لم يستجب فإن مجرد التوجه إلى الله سبحانه وتعالى بالدعاء، وأمل الإنسان في استجابة الله تعالى له، يؤدي عن طريق الإيحاء الذاتي إلى تخفيف حدة قلقه، فضلاً عن استجابة الله له. (نجاتي، ١٩٨٧، ص ص: ٢٦٧-٢٦٨). وقال النبي -ﷺ-: ((الدعاء سلاح المؤمن، وعماد الدين، ونور السماوات والأرض) (أخرجه أحمد، ج ٣، رقم: ٢١).

ويذكر الغزالي في (إحياء علوم الدين) آداب الدعاء بعشرة هي:

أ- أن يترصّد الإنسان الأزمان الشريفة (يوم عرفة - شهر رمضان - يوم الجمعة - الثلث الأخير من الليل - وقت الأسحار).

ب- أن يغتنم الأحوال الشريفة (السجود- التقاء الجيوش- نزول الغيث- إقامة الصلاة - بعد الإقامة - رقة القلب).

ج- استقبال القبلة ورفع الدين (ويمسح بهما وجهه في آخره).

د- ضعف الصوت بين المخافة والجهر.

هـ- أن لا يتكلف السجع، والأولى أن يقتصر على الدعوات المأثورة وقال البعض: (أدعو

بلسان الذله والافتقار لا بلسان الفصاحة والانطلاق). ويقال إن العلماء والأبدال، لا يزيدون في الدعاء على سبع كلمات، ويشهد له ما ذكره الله سبحانه وتعالى في آخر سورة البقرة (ربنا لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا ... إلى آخر الآية) ويستحب الإكثار من الدعاء مطلقاً.

و- التضرع والخشوع والرهبه قال تعالى: ﴿نَهُمْ كَانُوا يُسَارِعُونَ فِي الْخَيْرَاتِ وَيَدْعُونَنَا رِعَبًا وَرَهَبًا وَكَانُوا لَنَا خَاشِعِينَ﴾ (الأنبياء: ٩٠). وقال تعالى: ﴿ادْعُوا رَبَّكُمْ تَضَرُّعًا وَخُفْيَةً﴾ (الأعراف: ٥٥).

ز- أن يلحَّ في الدعاء ويكرره ثلاثاً ولا يستبطي الإجابة.

ح- أن يجزم بالطلب ويوقن بالإجابة ويصدق رجاءه فيها.

ط- أن يفتح الدعاء بذكر الله تعالى. (ويزيد النووي - وبالصلاة على رسول الله ﷺ - بعد الحمد والثناء عليه) ويختتمه بذلك كله.

ي- وهو أهمها والأصل في الإجابة، وهو التوبة ورد المظالم والإقبال على الله تعالى. (النووي، ١٩٥٥، ص: ٣٥٣-٣٥٤).

ويضيف علماء آخرون شروطاً أخرى للدعاء، فالحقطناني يضيف الآتي:

أ- عدم الدعاء على الأهل والمال والولد والنفس.

ب- فضلاً عن الاعتراف بالذنب، الاعتراف بالنعمة والشكر لله عليها.

ج- الوضوء قبل الدعاء إن تيسر.

د- عدم الاعتداء في الدعاء.

هـ- أن يبدأ الداع بنفسه إذا دعا لغيره.

و- أن يتوسل باسماءه الحسنی وصفاته العلی، أو بعمل صالح قام به الداع نفسه أو بالدعاء له من رجل صالح حي حاضر.

ز- أن يكون المطعم والملبس والمشرب من حلال.

ح- أن يبتعد عن جميع المعاصي. (القحطاني، ١٤١٩هـ، ص ص: ٧-١١).

ويضيف (الطبيي) إلى ما سبق الآتي:

أ- إدبار الصلوة المكتوبة.

ب- عند صعود الإمام يوم الجمعة على المنبر حتى تقضي الصلاة في ذلك اليوم.

ج- آخر ساعة بعد العصر.

د- يفضل تقديم صدقة مع الدعاء.

هـ- يتوجب اتباع السنّة في الدعاء. (الطبيي، ١٩٩٤، ص ص: ٥-٦).

وهناك ثلاث دعوات مستجابة، كما ورد في الحديث النبوي الذي رواه أبو هريرة عن الرسول محمد ﷺ - قال: (ثلاث دعوات مستجابة لا شك فيهن: دعوة المظلوم، ودعوة المسافر، ودعوة الوالد على ولده). (رواه مسلم)، (النيسابوري، ٢٠٠٠، ص: ٢١٣).

ولا ينبغي أن يفهم من الدعاء الاقتصار على الطلب في التوجه، وإنما معناه الواسع يجعله ممكناً خارج الصلاة وداخلها ومراعياً أن يدعو الإنسان بالهداية مع الطلب لقضاء الحوائج ومنها العافية والصحة. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ١٢).

١١. الصبر

بقول (ابن القيم الجوزية) عن الإمام أحمد (رحمه الله): الصبر في نحو (تسعين) موضعاً، وهو واجب بإجماع الأمة، وهو نصف الإيمان فالإيمان: نصف صبر ونصف شكر، وهذه المواضع (التسعين) مذكورة في القرآن الكريم على ستة عشر نوعاً*:

أ- الأمر للعمل به: كقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ﴾ (البقرة: ١٥٣).

ب- النهي عن ضده: لقوله تعالى: ﴿وَلَا تَهِنُوا وَلَا تَحْزَنُوا﴾ (آل عمران: ١٣٩). دليل

* ما ذكره ابن القيم الجوزية أو جزءه الباحث باستشهادات فقط.

على عدم الصبر.

ج- الثناء على أهله: ﴿الصَّابِرِينَ وَالصَّادِقِينَ﴾ (آل عمران: ١٧).

د- ايجابه سبحانه وتعالى محبته لهم، قال تعالى: ﴿وَاللَّهُ يُحِبُّ الصَّابِرِينَ﴾ (آل عمران: ١٤٦).

هـ- ايجاب معيته لهم، وهي معية إلهية خاصة (الرعاية والإحاطة)، قال تعالى: ﴿وَاصْبِرُوا إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾ (الأنفال: ٤٦).

و- إخباره -ﷺ- بأن الصبر خير لأصحابه. قال تعالى: ﴿وَلَسِن صَابِرِينَ لَكُمْ خَيْرٌ لِلصَّابِرِينَ﴾ (النحل: ١٢٦). وقوله تعالى: ﴿وَأَنْ تَصْبِرُوا خَيْرٌ لَكُمْ﴾ (النساء: ٢٥).

ز- ايجاب الجزاء لهم بأحسن أعمالهم. قال تعالى: ﴿وَلَنَجْزِيَنَ الَّذِينَ صَبَرُوا أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ (النحل: ٩٦).

ح- ايجابه سبحانه وتعالى الجزاء لهم بغير حساب. قال تعالى: ﴿إِنَّمَا يُوفَى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ﴾ (الزمر: ١٠).

ط- إطلاق البشرى لأهل الصبر: قال تعالى: ﴿وَلَنبَلِّغَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَيَشْرُ الصَّابِرِينَ﴾ (البقرة: ١٥٥).

ي- الإخبار منه تعالى بأن أهل الصبر هم أهل العزائم. لقوله تعالى: ﴿وَلَمَنْ صَبَرَ وَعَفَرَ إِنَّ ذَلِكَ لَمِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ﴾ (الشورى: ٤٣).

ك- ضمان النصر والمدد لهم. لقوله تعالى: ﴿بَلَىٰ إِنْ تَصْبِرُوا وَتَتَّقُوا وَيَأْتُوكُمْ مِنْ فُورِهِمْ هَذَا يُمْدِدْكُمْ رَبُّكُمْ بِخَمْسَةِ آلَافٍ مِنَ الْمَلَائِكَةِ مُسَوِّمِينَ﴾ (آل عمران: ١٢٥).

ل- الإخبار منه سبحانه وتعالى، أنه ما يلقي الأعمال الصالحة وجزاءها والحظوظ العظيمة إلا أهل الصبر. لقوله تعالى: ﴿ثَوَابُ اللَّهِ خَيْرٌ لِمَنْ آمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا وَلَا يُلْقَاهَا إِلَّا الصَّابِرُونَ﴾ (القصص: ٨).

م- الإخبار إنه إنما ينتفع بالآيات والصبر أهل الصبر. لقوله تعالى لموسى -ﷺ-: ﴿أَنْ أَخْرِجَ قَوْمَكَ مِنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ وَذَكَرَهُمْ بِآيَاتِ اللَّهِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِكُلِّ صَبَّارٍ شَكُورٍ﴾ (إبراهيم: ٥).

ن-الإخبار بان الفوز المطلوب المحبوب والنجاة من المكروه المرهوب، ودخول الجنة،
 إنّما نالوه بالصبر. لقوله تعالى: ﴿وَالْمَلَائِكَةُ يَدْخُلُونَ عَلَيْهِمْ مِنْ كُلِّ بَابٍ﴾ سَلَامٌ
 عَلَيْكُمْ بِمَا صَبَرْتُمْ فَنِعْمَ عُقْبَى الدَّارِ ﴿الرعد: ٢٣، ٢٤﴾.

س-أنه يورث صاحبه درجة الإمامة: لقوله تعالى: ﴿وَجَعَلْنَا مِنْهُمْ أُمَّةً يَهْتَدُونَ بِأَمْرِنَا
 لَمَّا صَبَرُوا وَكَانُوا بِآيَاتِنَا يُوقِنُونَ﴾ (السجدة: ٢٤).

ع-اقتترانه بمقامات الإسلام والإيمان والتقوى والتوكل والشكر والعمل الصالح والرحمة،
 ولهذا كان الصبر من الإيمان بمنزلة الرأس من الجسد. (محمد، ب-ت، ص
 ص: ٣٩-٤٢).

وفي الحديث النبوي، قال الرسول -ﷺ-: ((قال الله -ﷻ- إذا وجهت إلى عبد
 من عبدي مصيبة في بدنه وماله وولده، ثم استقبل ذلك بصبر جميل، استحيت منه
 يوم القيامة أن انصب له ميزناً أو أنشأ له ديواناً)). (رواه البخاري). وقال -ﷺ-: ((إن
 النصر مع الصبر)). (البخاري، ١٩٨٧، ص: ٣١٢).

والصبر: بهذه المعان هو مفهوم إسلامي، لا يعرفه علم النفس الغربي، الذي لم
 يعرف غير الكبت، الذي يختلف عنه الصبر كثيراً، فالكبت بالمفهوم الغربي - هو
 عملية لا شعورية تدفع بالذكريات المؤلمة والرغبات الغريزية المرفوضة إلى أعماق
 اللاشعور محملة بطاقة تقلق الإنسان في محاولتها للخروج إلى مستوى الشعور،
 ومحاولة الجهاز النفسي كتمانها- أما الموقف الإسلامي فهو جداً مختلف، إذ إن
 المؤمن بتصوراته الصحيحة ونظام عباداته، ومعاملاته وأخلاقه يتناول معظم الأفكار
 والمشاعر والمؤثرات بإدراك واع منطقي وواعي. فموقف الصبر موقف واع، وهو
 طريق مجاهدة وضبط النفس وتقوية الإرادة، وهو موقف صحي، لا ينجم عنه ما ينجم
 عن الكبت عن مشكلات. والكابت غير الصابر، فالكابت يحمل نفساً مريضة، يخاف
 أن تفضحه وتكشف عن نزعاته الشهوانية، وأهوائه المتقلبة، وربما وقع في العلل
 والأمراض. أما الصابر فهو قوي بالله ومن الله وفي الله. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١١٩).

والصابر ليس مستذلاً ولا مكبوتاً ولا جزعاً إنما هو متوكل على الله... راضي بما يأتيه من خير أو مصيبة. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٣١) والجاهل إذا ما حلت به مصيبة يضجر ويحزن ويكتئب. أما العاقل فيتمس وجوه الخير ويصبر لما يبثليه الله من الشدائد. (طبارة، ١٣٨٩هـ، ص: ٢٠٧).

والصبر قوة عظيمة يستعين بها المسلم فيما يلاقيه من نكبات الزمن ومشقات الطريق، لذلك أمر الحكيم الخبير المؤمنين أن يستعينوا به في حياتهم. (النعمة، ١٩٩٧، ص: ١٩). ومن فوائد الصبر العلاجية، إذا تعلم الإنسان الصبر على تحمل مشاق الحياة، ومصائب الدهر، والصبر على أذى الناس وعداوتهم، والصبر على عبادة الله وطاعته وعلى مقاومة شهواته وانفعالاته، والصبر على العمل والإنتاج، فإنه يصبح إنساناً ذا شخصية ناضجة متزنة متكاملة منتجة فعالة ويصبح عصياً على القلق وفي مأمن من الاضطرابات النفسية. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٧٩).

على أن الصبر لا ينبغي أن يفهم منه الخضوع والاستكانة والاستسلام والكسل والتراخي، وإنما الصبر الصحي الإيجابي وهو المرتبط بالمشابرة والجد والاجتهاد والجهاد والإصرار على تحقيق الأهداف المشروعة. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ١٩٥-١٩٦).

١٢. العمل الصالح

قال تعالى: ﴿فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ﴾ (الزلزلة: ٧). وقال تعالى: ﴿وَالْعَمَلُ الصَّالِحُ يَرْفَعُهُ﴾ (فاطر: ١٠). وقال تعالى: ﴿قُلْ يَا قَوْمِ اعْمَلُوا عَلَىٰ مَكَانَتِكُمْ إِنِّي عَامِلٌ﴾ (الأنعام: ١٣٥). وقوله تعالى: ﴿أَنِّي لَا أُضِيعُ عَمَلَ عَامِلٍ مِّنْكُمْ مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ﴾ (آل عمران: ١٩٥). وآيات كثيرة تؤكد الوجوب الإلهي للعمل الصالح. (الوتاري، ١٩٩٦، ص: ٢٠٦).

إن العمل الصالح في التشريع الإسلامي يستهدف مصلحة العامل في الدنيا والآخرة، فهو بهذا المعنى طريق عدل للصحة النفسية، فلا يعمل العامل لرغبة إشباع ذاتي أو الترويج عن النفس (كما في العلاج بالعمل وفقاً للنظريات الغربية)، وإنما هو الوسيلة الناجحة للاستقامة والاعتدال، كما أنه السبيل الطيب للثواب في الآخرة، وإذا

فهم العامل ذلك جيداً ووعاه، فإنه سيقبل على عمله حتماً برضا واطمئنان وإخلاص وهذا مما لا شك فيه يحقق الصحة النفسية. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٥٦).

إنّ الله لا يقبل من العمل إلا ما كان له خالصاً وابتغى به وجهه. (السنجري، ٢٠٠١، ص: ٥). قال (الفضيل بن عياض) في قوله تعالى: ﴿لِيَبْلُوكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا﴾ (الملك: ٢). قال في معنى أحسن عملاً: أخلصه وأصوبه.

وقال: إنّ العمل إذا كان خالصاً ولم يكن صواباً، لم يقبل، وإذا كان صواباً ولم يكن خالصاً لم يقبل، حتى يكون خالصاً وصواباً.

وقال: الخالص: إذا كان لله -ﷻ-. والصواب: إذا كان على السنة. (السنجري، ٢٠٠١، ص ص: ٥-٦). وقال الإمام الشافعي، ناصحاً لأحد إخوانه: (يا أبا موسى لو اجتهدت كل الجهد على أن ترضي الناس كلهم، فلا سبيل إليه، فإن كان كذلك فأخلص عملك ونيتك لله -ﷻ-). (النووي، ١٩٧٠، ص: ٩١). ولقد قرن الله سبحانه وتعالى كلاً من الاستقامة والعمل الصالح بالإيمان والتقوى، لرفع هموم النفس وأحزانها عن طريق الاطمئنان النفسي، جراء الاستقامة والعمل الصالح المرتبطة بالإيمان والتقوى. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٤). وللعمل الصالح أثر كبير في حالة الإنسان النفسية.

والمعالج النفسي المسلم يستطيع أن يّمي هذه الصفة (العمل الصالح) في مريضه بتكليفه بجدول يومي أو أسبوعي معين يلتزم المريض بأدائه في البداية تكلفاً ثم يصبح عادة سلوكية صالحة. (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ١٢٢-١٢٣).

١٣. الرقية الشرعية

هي التعويذ، قال (ابن القيم الجوزية): هي من الأدوية التي تشفي من الأمراض، ما لم يهتد به أكابر الأطباء، ولم تصل إليها علومهم وتجاربهم في الأدوية القلبية والروحية. (حمزة، ب - ت، ص: ٢١)

إن النظرة الإسلامية للعلاج النفسي تحتم الجانبين (الوقائي والعلاجي) وهي نظرة

تمتد لتشمل الإنسان بكليته، وما دام المرض قد تم بقدر الله، فإن الشفاء يتم بقدره تعالى أيضاً، ولكي يحصل الشفاء يجب العمل بالدواء الإلهي، (والرقية الشرعية) نوع من الدواء الإلهي، لأنها من قدر الله ومشيتته. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٩٦).

والرقية الشرعية، هي المأخوذة من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة التي تبين أهمية الاعتماد على الله والتوكل عليه والالتجاء إليه، فوجدوا لها من التأثير في الشفاء ما لم يصل إليه أكبر الأطباء، وتفعل ما لم تفعله الأدوية الحسية. (حمزة، ب-ت، ص: ٢١).

ولما كانت الأمراض تعالج بأضدادها بحسب الهدى الإلهي والنبوي، فإن استعمال الرقي، إنما هو دفاع مضاد، ضد بعض ما يتعرض له الإنسان من أزمات نفسية أو متاعب أو مشاكل... الخ. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٩٦).

ومن أوضح الأدلة على مشروعية الرقية بالقرآن الكريم، قوله تعالى: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾ (الإسراء: ٨٢). فضلاً عن الأدلة القرآنية للآيات الشفائية التي ذكرت في (ص:) .

أما أوضح الأدلة على مشروعية الرقية فضلاً عن القرآن الكريم، ما ورد في سنة المصطفى -ﷺ-. فقد ورد في صحيح مسلم، عن أبي سعيد الخدري إن جبريل -ﷺ- أتى النبي -ﷺ- فقال: يا محمد أشتكيت؟ فقال: نعم. فقال جبريل -ﷺ-: (باسم الله أرقيك من كل شيء يؤذيك، من شر كل نفس أو عين حاسد، الله يشفيك، باسم الله أرقيك). (أخرجه مسلم، رقم: ٢١٨٦).

وفي صحيح مسلم والبخاري، عن عائشة (رضي الله عنها)، أن النبي -ﷺ- كان يعوذ بعض أهله، يَمْسُحُ بيده اليمنى ويقول (اللهم رب الناس اذهب البأس، أشفي أنت الشافي، لا شفاء إلا شفاءك شفاء لا يغادر سقيماً) وفي رواية أخرى -كان يركي ويقول: أذهب البأس رب الناس، بيدك الشفاء، لا كاشف له إلا أنت). (النووي، ١٩٧٠، ص: ١٢٣).

يقول أبو خزيمة للرسول -ﷺ-: (يا رسول الله، أرأيت رقي نسترقئها، ودواء نتدوي

به، وتقاة نتقيها، هل ترد من قدر الله؟ فقال رسول -ﷺ-: هي من قدر الله). (رواه أحمد وابن ماجة والترمذي).

وعن أنس عن رسول الله -ﷺ- قال: (اللهم رب الناس مذهب البأس، أشفي أنت الشافي، لا شافي إلا أنت أشفي شفاءً لا يغادر سقماً) (أخرجه الإمام أحمد، ج ٣، رقم: ١٥١) و (أبو داود، رقم ٣٨٩٠) و (الخطيب، ج ٤، رقم ٢٥٧) و (جمع الجوامع، رقم: ٩٦٨٣) و (الكنز، رقم ٢٨٣٦٧) و (الدر المنثور، ج ٦، رقم: ٤١٧) وذكره (الطبيبي، ١٩٩٤، ص: ٧٧).

وعن ميمونة بنت أبي عسيب، عن رسول الله -ﷺ- قال: [صَفِي يَدِكَ اليمينى على فؤادك وقولي: اللهم داوني بدوائك، وأشفي بشفائك وأغنني بفضلك عمّن سواك وأحذر عني أذاك (أي أبعد عني أذاك)] (أخرجه ابن السنّي، رقم ٦١٥) و (الكنز، رقم ٢٨٣٣٠) وذكره (الطبيبي، ١٩٩٤، ص: ٧٨).

هذه بعض القبسات من الأحاديث النبوية الشريفة، والحق أن هناك إجماع في كتب السيرة النبوية المشرفة (من صحاح ومساند وسنن) على جواز استخدام (الرقية الشرعية) شرعاً. وبذلك تكون الرقي وسيلة علاجية مثلها في ذلك مثل الأدوية في الأمراض العضوية، وإبطال قول من أنكرها وإثبات قول من أثبتها. (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ١٩٦).

وهناك فرق بين الرقية الشرعية (من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة) وهي رقية إيمانية وبين (الرقية غير الشرعية) وهي رقية كفرية، الأولى واجبة الإثبات والعمل بها والثانية واجبة الإنكار والتحريم، فعن عوف بن مالك، عن رسول الله -ﷺ- قال: (إعرضوا عليّ رقاكم، لا بأس بالرقى ما لم يكن فيه شرك). (أخرجه مسلم، رقم: ٢٢٠٠) و (أبو داود، رقم: ٣٨٨٦) و (ابن ماجة، رقم: ٣٥١٥) و (الحاكم، ج٤، رقم: ٢١٢) و (البيهقي، ج٩، رقم: ٣٤٩) و (مشكاة المصابيح، رقم: ٤٥٣٠) ومساند وسنن وأخرى.

ويصعب أحياناً للناس البسطاء من التمييز بين النوعين، فالعلاج بالسحر، قائم على الرقية غير الشرعية، بسبب استعمال الساحر للزيمة الكفرية التي يُستتر بها ويعلن فيها آيات قرآنية ليسمعها المريض فيضن إن علاجه بالقرآن، فيسلم لكل أمر يأمر به الساحر. (بالي، ١٤١١هـ، ص: ٣٣).

ولذلك هناك شروط في (الرقية الشرعية)، إذ إن العلاج بالرقى يكون بأمرين:

أ- أمر من جهة المريض.

ب- أمر من جهة المعالج.

فالذي من جهة المريض يكون بقوة نفسه وصدق توجهه إلى الله تعالى واعتقاده الجازم بأن القرآن الكريم شفاء ورحمة للمؤمنين، والتعوذ الصحيح الذي ينسجم به القلب واللسان. أما الأمر الثاني من جهة المعالج بالقرآن الكريم والسنة أن يكون فيه هذان الأمران أيضاً. (القحطاني، ١٤١٩هـ، ص: ٧٩-٨٣).

وقد أجمع العلماء على جواز الرقى عند اجتماع ثلاثة شروط هي:

أ- أن تكون بكلام الله (سبحانه وتعالى أو بأسمائه وصفاته أو بكلام رسول الله -ﷺ- وسننه.

ب- أن تكون باللسان العربي، أو بما يعرف معناه من غيره.

ج- أن يعتقد أن الرقية لا تؤثر بذاتها، بل بقدرته الله تعالى، والرقية إنما هي سبب من

الأسباب. (حمزة، ب-ت، ص: ٢٣) و (القحطاني، ١٤١٩هـ - ص: ٧٩-٨٣).

وينقل لنا (النووي) شروطاً للراقي (المعالج بالرقية الشرعية) هي:

أ- أن يكون مؤمناً لم يلبس إيمانه بشرك، قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ﴾ (الأنعام: ٨٢).

ب- أن يكون من الاستقامة على الطاعات محافظاً على صلاته، مؤدياً كل التكاليف الشرعية عن حب.

ج- أن يفوض أمره إلى الله وأن يستسلم بقلبه وجوارحه إلى الله تعالى.

د- أن لا يمد يده إلى الحرام. وقد قال رسولنا الكريم -ﷺ- لسعد بن أبي وقاص -ﷺ-: ((أطب مطعمك تكن مستجاب الدعوة)). (رواه النووي)

ه- لا يحرك لسانه بلغو أو زور أو كذب ولا تشغله الدنيا عن الآخرة.

و- إلزام الاعتقاد بأن كل ما يجري به القدر سابق في علم الله، وأن الرقية لا ترد قدر الله إذا أراد إنقاذه، وأن المريض إذا شفاه الله، فإن الرقية تكون من قدر الله. قال تعالى: ﴿هَلْ أَتَى عَلَى الْإِنْسَانِ حِينٌ مِّنَ الدَّهْرِ لَمْ يَكُنْ شَيْئًا مَّذْكُورًا﴾ (الإنسان: ١).

ز- ينبغي أن لا يقصد في رقيته التوصل إلى غرض من أغراض الدنيا. قال تعالى: ﴿مَنْ كَانَ يُرِيدُ حَرْثَ الْآخِرَةِ نَزِدْ لَهُ فِي حَرْثِهِ وَمَنْ كَانَ يُرِيدُ حَرْثَ الدُّنْيَا نُؤْتِهِ مِنْهَا وَمَا لَهُ فِي الْآخِرَةِ مِنْ نَصِيبٍ﴾ (الشورى: ٢٠).

ح- أن يتخلق بالأخلاق الحسنة التي ورد شرع فيها، من مكارم الأخلاق وطلاقة الوجه والصبر على المريض.

ط- على الراقي أن يبيت في وجدان المريض، إن الله يبسط رحمته لمن التجأ إليه واستعان به، وأن المرض قد يكون كقارة، وقد رفع الله به المريض درجات عنده، وإن الاستغاثة بالله دليل على عمق الإيمان برحمته.

ي- إذا دخل الراقى على المريض يجب أن يبشّره بالشفاء، وأن يغرس في نفسه الأمل.
ك- يستحب للراقى أن يصلي ركعتين قبل قراءة الرقية على المريض، وإذا كان المريض في وضوء فإن ذلك يكون أعجل على الشفاء.

ل- يستحب النفث مع القرآن للرقية. وهو سنة مستحبة. والدليل على ذلك ما ثبت عن عائشة (رضي الله عنها). أن النبي -ﷺ-، كان إذا أوى إلى فراشه - كل ليلة- جمع كفيه- ثم نفث فيهما، فقرأ فيهما المعوذات الثلاث، ثم مسح بهما ما استطاع من جسده يبدأ بهما رأسه ووجهه وما أقبل جسده- يفعل ذلك ثلاث مرات). (رواه البخاري ومسلم). على أن الفرق بين الدعاء والرقية، أن الرقية تزيد عليه المسح باليد والنفث بالفم (وهو النفث بدون ريق) وقد نادى الإمام مالك والشافعي وأحمد وإسحاق وأبو ثور بجواز أخذ الأجر على الرقية، أما أبو حنيفة فمنعها على تعليم القرآن وأجازها على الرقية. (حمزة، ب-ت، ص ص: ٢١-٢٢).

يقول الشيخ (محمد بن صالح العثيمين) عضو هيئة كبار العلماء بالسعودية، في فتوة حديثة له بهذا الشأن: (إنَّ الرقية على المريض لا بأس بها، إذا كانت من القرآن الكريم أو من الأدعية المباحة، فقد ثبت عن النبي -ﷺ- إنّه كان يرقى أصحابه، ومن جملة ما يرقاهم به (ربنا الذي في السماء تقدّس أسمك أمرك في السماء والأرض، كما رحمتك في السماء، فأجعل رحمتك في الأرض، أنزل رحمة من رحمتك وأشفي من شفائك على هذا الوجع فيبرأ بأذن الله).

ومن الأدعية المشروعة (بسم الله أرقيك من كل داء يؤذيك من شر كل نفس أو عين حاسد الله يشفيك، بسم الله أرقيك). (أبو الفداء، ١٤١٢، ص: ٨٣).

وفي صحيح البخاري ومسلم وسنن أبي داود وغيرها عن عائشة (رضي الله عنها) قالت: (إنَّ النبي -ﷺ- كان إذا أشتكى الإنسان الشيء منه أو كانت قرحة أو جرح، قال النبي -ﷺ- بأصبعه هكذا، ووضع سفيان بن عيينة (الراوي للحديث) سبابته بالأرض ثم رفعها وقال:- بسم الله تربة أرضنا بريقة- بعضنا يشفى به سقيمنا بإذن

رينا)، قال العلماء (بريقة بعضنا : أي ببصاقة). والمراد بصاق بن آدم. (النووي، ١٩٥٥، ص: ١٢٣) وهذا دليل على أن الرقية الشرعية، تفيد في الأمراض العضوية أيضاً.

ثامناً: طريقة إجراء العلاج النفسي - الإسلامي الجمعي

١. تعقد الجلسة في المسجد غالباً (مرة أو مرتين إسبوعياً لمدة (١.٥-٣) ساعة يتبعها لقاء فردي لأعضاء المجموعة للتقويم والمتابعة - ويحضر المجموعة من (٣-١٥) فرداً، ولمدة شهرين.

٢. تقوم المجموعة العلاجية في ضوء القيم والتقاليد والمبادئ الإسلامية.

٣. نوعية الاضطرابات التي يهتم بها هذا العلاج: (مرضى العصاب بصورة عامة وبعض حالات الذهان، واضطرابات الشخصية، والمدمنون، ويجوز ان يحضرها أشخاص ليسوا مرضى، وإنما لديهم الرغبة في تحسين وتطوير شخصياتهم نحو الأفضل فكرياً وشعورياً وروحياً وسلوكياً).

٤. محتوى التواصل: يتم التركيز على العلاقات داخل المجموعة مع التركيز على مبدأ (هنا والآن)، بشكل خاص لتعميق التفاعل ولتجنب هروب المريض في دهاليز الماضي أو خيالات المستقبل. وأحياناً تذكر أحداث الماضي إذا كان لها علاقة مباشرة بالحاضر أو لها تأثير إيجابي في الحاضر والمستقبل.

٥. العلاقات داخل المجموعة: تنمي العلاقات وتشجعها الطيبة الدافئة الحقيقية المخلصة. أما المشاعر السيئة الهدامة فيتم تناولها داخل المجموعة بروح التقبل والتسامح لتقتل بالتدرج.

٦. الإعتمادية: غير مسموح بالإعتمادية على شخص معين، بل يشجع الاعتماد على الله (القادر على كل شيء)، بشكل صحي بعيداً عن التواكل السلبي، وهذا لا يمنع من طلب النصح والمساعدة من المعالج وباقي أفراد المجموعة.

٧. دور المعالج:

أ- يكون دوره أساسياً في هذا النوع من العلاج، فليس هو دور الرفيق الذي يسير مع

المريض، إذ يريد الأخير كما هو الحال في (العلاج المتمركز حول المريض) ولا هو دور (الواعظ) الذي يحدد أفكار المريض وخطواته تحديداً خانقاً بالمواعظ المتكررة، وإنما هو دور المصحابة الراشدة والمرشدة والمتسامحة والمتقبلة للمريض في اتجاه واضح نحو هدف واضح معلوم يوضحه المعالج من وقت لآخر في أثناء رحلة العلاج.

ب- يعمل المعالج على تقليل الدفعات المرضية بتعريفها وتفسيرها وضربها في الوقت المناسب وبالجرعة المناسبة.

ج- يعطي المعالج استجابات معينة لأقوال وأفعال المجموعة العلاجية وبيتعد قدر الإمكان عن النصح المباشر، لأن هذا من شأنه أن يشعر المريض بالدونية، وتغلق الباب بوجهه سريعاً، وعموماً فإن المريض النفسي بحاجة إلى تهيئة وتمهيد وتقبل وإشعاره أن المؤمن للمؤمن كالبنين المرصوص.

د- يهيئ المعالج جواً من التعاطف والمشاعر الدافئة والاحترام المتبادل داخل المجموعة العلاجية.

٨. العمليات الرئيسة للمجموعة العلاجية.

أ- الترابط والتلاحم: وهو أهم عامل في العلاج، لأنه مطلب عقائدي وأخوي في آن واحد، ويجب التركيز عليه.

ب- اختبار الواقع ومعرفته: والواقع، ليس هو الحياة المادية التي نعيشها فقط (كما يصوره علم النفس الغربي)، بل يشمل الإنسان والمجتمع والحياة والكون والموت وما بعد الموت والله (سبحانه وتعالى) والإسلام فكل هذا في نظر المعالج المؤمن والمريض واقع لا بد من معرفته واختباره.

ج- تحويل المشاعر نحو المجموعة: وهذا تدريب للمريض على جعل العالم الخارجي محلاً لرؤيته ومشاعره، بدلاً من تركيزها داخل نفسه. فتركيز المشاعر على

المجموعة ثم المجتمع ثم الحياة ثم الكون... الخ يخفف من ضغطها داخل حدود الذات الضيقة.

د- القدوة: للقدوة أثر كبير في التغيير، يفوق أثر الكلمة والموعظة، ولا بد أن ينتبه الفريق العلاجي (المعالج، المرشد الديني، والنفسي والاجتماعي) بأنهم قدوة للمريض. والمريض يسير في طريق القدوة على مراحل: (يبدأ بالاقتراب بأحد أفراد المجموعة المتميزين في نواحي معينة، أو الاقتراب بالمعالج أو المرشد الديني أو النفسي والاجتماعي. ثم يقتدي برموز أخرى، ذات نطاق اجتماعي وروحي أكبر، ثم يتدرج في مستويات القدوة أثناء مراحل تطوره، محاولاً الاقتراب من القدوة العظيمة المتمثلة بشخصية سيد الكائنات محمد -ﷺ-، وكأن المريض في هذه الحالة، مثل شخص يحاول الوصول إلى الطريق الرئيس، من خلال الطرق الفرعية، التي تؤدي به في النهاية إلى الطريق الرئيس. ومهمة المعالج هنا هو إرشاد المريض إلى الطريق الرئيس. (القدوة العظيمة) حتى لا يتوه.

هـ- ضغط المجموعة: لتحسين سلوكيات أفرادها نحو الأفضل.

و- عقانة (تصحيح التصورات الخاطئة) لجزء كبير من المشكلات الانفعالية وتهدئتها.

ز- التنفيس وإخراج الشحنات الانفعالية المكبوتة.

ح- غرس التصورات والقيم الإسلامية: بحيث تصبح هي الفكرة المركزية لأفراد المجموعة. وللمجموعة ككل.

٩. الوسائل

أ- اتباع طريقة الفرد داخل المجموعة: بحيث توضع مصلحة الفرد في الاعتبار مع مراعاة عدم التعارض مع مصلحة المجموعة، ومراعاة تضحية الفرد في سبيل المجموعة.

ب- الألعاب النفسية: (Games) والتي تزيد من بصيرة المريض نحو الألعاب النفسية

الهدامة والدفاعات المريضة.

ج- لعب الأدوار (Psychodrama): وهذه الوسيلة هي الأساس لمورينو (Morenono, 1946)، كمنهج في العلاج الجمعي، إذ يتم تشجيع المرضى على ممارسة الأدوار وتمثيلها. وتستعمل هنا، عندما يعرض المعالج مشكلة أحد المرضى، ويأخذ المريض فيها دوراً معيناً، ويأخذ باقي المرضى، أدواراً أخرى، (دور الأب أو الابن أو الأخ أو الزوجة... الخ) ومن خلال هذه العملية، يكتشف المريض وزملاءه، أخطاءهم في التفاعل، ويكتشفون أيضاً، الكثير من الحلول البديلة والأفكار النافعة، ويخرجون في أثناء تفاعلهم الكثير من الشحنات الانفعالية الصادرة من (أو) الموجهة إلى الرموز التي تمارس الأدوار.

د- التركيز على مبدأ (هنا والآن)، مع اعتبار أن القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة حاضرة في (هنا والآن). ففي المدارس الأخرى (الوجودية والإنسانية) مثلاً، يقولون: (أنا وأنت هنا والآن)، أما في المفهوم الإسلامي فنقول: (أنا أنت مع الله وعلى هدى رسوله هنا والآن).

هـ- التواصل غير اللفظي بما يرضي الله، وانسجاماً مع سنة رسوله الكريم ﷺ - عن طريق تعبيرات الوجه، لغة العينين... الخ).

و- التعليم: في هذا الأسلوب أو الوسيلة، تبدأ الجلسة العلاجية بمادة دينية ونفسية، بمحاضرة قصيرة يلقيها المرشد الديني، ويحرص المعالج على إعطاء مفاهيم وتصورات صحيحة طوال الجلسة. ويتم التعليم بطرق أخرى أيضاً من خلال القدوة، والطريقة السلوكية في تعليم المريض طرق الاستجابة الصحيحة، من خلال تعديل السلوك القائم على رفض أو قبول المجموعة لسلوك معين. وكذلك الطريقة المعرفية من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة وطرق أخرى.

ز- طريقة إحياء المعنى وفق التصور الإسلامي: وذلك بأن يكون لكل كلمة ولكل فعل في حياة المريض معنى وهدف، والأكثر من ذلك، أنه يعطي معنى لما بعد

هذه الحياة. (وهذه النقطة الأخيرة هي ميزة التصور الإسلامي عن ما جاء به - فرانكل - في العلاج بإحياء المعنى. (الراضي، ١٩٩٣، ص ص: ١٨-٢٣) (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ١٢٨-١٣٣).

١٠. مراحل التغيير في العلاج النفسي - الإسلامي الجمعي.

أ- المرحلة الأولى: تكوين البصيرة

في أثناء هذه المرحلة يحاول المعالج مع المريض، رؤية عيوبه ومميزاته ويساعد أفراد المجموعة على استبصار أنفسهم وموقعهم منها ومن الناس والحياة والكون والله سبحانه وتعالى، وهي مرحلة لتقويم الذات والآخرين.

ب- المرحلة الثانية: (اتخاذ القرار بالتغيير للأفضل)

بعد أن يعي المريض، ويستبصر نفسه، ويكون أكثر وضوحاً لنفسه، ويرى إمكانياته الواقعية، وأهدافه، يبدأ في اتخاذ قرارات عدّة متعاقبة لتغيير طريقة تفكيره وسلوكه نحو الأفضل.

ج- المرحلة الثالثة: (التطبيق)

لابد من أن يتبع اتخاذ القرارات، تطبيقاً عملياً، يمارسه المريض داخل المجموعة، بتدعيم من أفرادها، ومن المعالج والمرشد الديني. وأحياناً يشوب التطبيق بعض الأخطاء، يجب أن تصحح أولاً بأول، ويشجع المريض على عدم التراجع، إذا واجهته بعض الصعوبات. (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ١٣٣-١٣٤).

تاسعاً: العلاج النفسي - الإسلامي من آثار المصائب والكروب والشدائد (الصدمة النفسية)

١. الأدلة من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.

إنّ العلاج الإسلامي للآثار النفسية والأحزان الناتجة عن المصائب والكروب والابتلاءات، هو من أبلغ الطرق العلاجية وأنفعها للإنسان في دنياه وأخرته، قال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿٢٢﴾ لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَى مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ ﴿٢٣﴾ (الحديد: ٢٢، ٢٣). وقال تعالى: ﴿أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِن بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ ﴿١١﴾ (التغابن: ١١).

وفي الحديث النبوي الشريف، الكثير مما يصلح علاجاً للآثار النفسية للمصائب والكروب والشدائد، فعن أم سلمة قالت: سمعت رسول الله -ﷺ- يقول: ((ما من عبد تصيبه مصيبة فيقول، إنا لله وإنا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبي وأخلف لي خيراً منها، إلا أجره الله في مصيبيته وأخلف له خيراً منها)) قالت: فلما توفي أبو سلمة، قلت: من خير من أبي سلمة: صاحب رسول الله؟ ثم عزم الله لي فقلت: قالت: فتزوجت رسول الله -ﷺ-. (أخرجه مسلم في صحيحه، رقم: ٤٥، ٤٦).

وروي الإمام أحمد في مسنده بسند عن أبي سنان، قال: دفنت ابناً لي. وإني لفي القبر، إذ أخذ بيدي أبو طاعة (يعني الخولاني) فأخرجني وقال: إلا أبشرك؟ قلت بلا. قال: حدثني الضحاك بن عبد الرحمن عن أبي موسى الأشعري قال: قال رسول الله -ﷺ-: قال الله تعالى: يا ملك الموت، قبضت ولد عبدي، قبضت قرّة عينه وثمره فؤاده؟ قال: نعم. قال: فما قال؟ قال: حمدك وأسترجع. قال أبناؤه له بيتاً في الجنة وسمّوه بيت الحمد). (أخرجه الإمام أحمد، ج ٤، ص: ٤١٥).

(والأحاديث بعلاج المصائب وآثارها معروفة في كتب السنة النبوية المشرفة وأجمعت هذه الكتب على أن أبلغ ما فيها هو قول: (إنا لله وإنا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبي وأخلف لي خيراً منها). (حمزة، ب - ت، ص: ٨٥-٩٠).

٢. طرق العلاج الإسلامي لآثار المصائب والكروب والشدائد النفسية

إن العلاج الإسلامي لآثار المصائب والكروب والشدائد النفسية يتمثل بالإيمان بالنقاط الآتية، فضلاً عما ذكر سابقاً عن العلاج النفسي - الإسلامي، وهذه النقاط ذكرها (ابن القيم الجوزية) وعلماء آخرون:

١- إن العبد وأهله وماله وكل شيء، ملك لله -عز وجل- حقيقةً، وقد جعله الله عند العبد أمانة، وما على العبد إلا المحافظة على الأمانة، والله (جلت قدرته) يأخذ أمانته متى يشاء.

٢- إن مصير العبد ومرجعه إلى الله (تعالى)، مولاه الحق، وبذلك فإنه لا بد أن يترك وراءه الدنيا وما فيها (عاجلاً أم آجلاً) ولا يحمل معه إلا عمله (حسناً أم سيئاً). فإذا كانت هذه بداية العبد ونهايته، فكيف يفرح بوجود أو ييأس على مفقود. ورسوخ هذا الإيمان في ذهن المريض هو أكبر علاج لآثار المصائب والشدائد النفسية.

٣- أن يعلم العبد علم اليقين إنَّ ما أصابه لم يكن ليخطئه وما أخطأه لم يكن ليصيبه.

٤- أن يطفئ نار مصيبيته ببرد التأس بأهل المصائب، وليعلم أنه لو فتش العالم: لم يرَ فيهم إلا مبتلى، وإنَّ سرور الدنيا أحلام نوم أو كظل زائل: إنَّ أضحكت قليلاً، أبكت كثيراً، وإنَّ سرت يوماً، أحزنت دهرًا، وإنَّ متعت قليلاً مُنعت طويلاً، ولأسرته يوم سرور، إلاَّ خبأت له يوم شرور، فهي امتحان وابتلاء، من صَبِرَ فاز، ومن جزع منها خَسِرَ، قال تعالى: ﴿ لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ ﴾ (الحديد: ٢٣). وقال النبي -ﷺ- لأصحابه: ((لو تعلمون ما أعلم لبكيتم كثيراً وضحكتم قليلاً)). (رواه الترمذي، ١٩٦٧، رقم ٣٧). وقال ابن مسعود -رضي الله عنه-: (لكل فرحة ترحه، وما مليء بيت فرحة، إلا مليء ترحاً)، وقال ابن سيرين: (ما كان ضحك فقط؛ إلا كان من بعده بكاء) (حمزة، ب - ت، ص: ٨٦).

٥- أن يعلم المريض إنَّ الجزع من المصيبة، لا يردّها، بل يضاعفها، وهو في الحقيقة

يزيد المريض.

٦- أن يعلم المريض أن قوت ثواب - الصبر والتسليم لله - هو من الصلاة والرحمة والهداية التي ضمنها الله (تعالى) على الصبر والاسترجاع - وهو اعظم من المصيبة.

٧- أن يعلم المريض أن الجزع شَمِتَ عَدُوهُ، ويسيء صديقه، ويغضب ربه ويسر ويحبط شيطانه أجره ويضعف نفسه. وإذا صبر واحتسب: أقصى شيطانه، وأرضى ربه وسر صديقه وساء عدوه.

٨- أن يعلم أن أجر الصبر والاحتساب على المصائب، وما يحصل عليه من ملذة مُيسرة، لا يمكن أن يقارن بما كان يحصل عليه لو لم يتعرض إلى مصيبة. فليُنظر أي المصيبتين أعظم مصيبة، العاجلة؟ أم مصيبة فوات (بيت الحمد) في جنّة الخلد؟ ومن حكمته (سبحانه وتعالى) إن ما من عبد إلا وأصابته مصيبة، فجعل مصيبة عباده المؤمنين الصالحين في دنياهم وليس في آخرتهم.

٩- أن يُروِّحَ المريض قلبه بروح رجاء الخلق من الله. فإنه من كل شيء عوض، إلا الله فما منه عوض. قال الشاعر: (من كل شيء إذا ضيَّعته عوض - وما من الله - إذا ضيَّعته عوض).

١٠- أن يعلم المريض إن حظّه من المصيبة، ما تحدّثه له، فمن رضي له الرضا، ومن سخط له السخط.

١١- أن يعلم المريض إنّه، وإنْ بَلَغَ في الجزع غايته، فأخِرُهُ إلى صبر الأضرار، وهو غير محمود، عن أنس -رضي الله عنه- قال: (مَرَّ النَّبِيُّ -صلى الله عليه وسلم- بامرأة تبكي عند قبر فقال: ((أتق الله وأصبري)) فقالت: إليك عنّي؛ فإنك لم تُصب بمصيبتي، ولم تعرفه، فقيل لها: إنّه النبي -صلى الله عليه وسلم-، فأنت باب النبي -صلى الله عليه وسلم- فلم تجدّ عنده بوابين، فقالت لم أعرفك، فقال -صلى الله عليه وسلم-: ((إنما الصبر عند الصدمة الأولى)). (أخرجه البخاري، ج ٣، ص: ١٣٨). وقال بعض الحكماء: (العاقل يفعل في أول يوم من المصيبة ما يفعله

الجاهل بَعْدَ أيام، ومن لم يَصْبِرْ صير الكرام، سلا سلَوَ البهائم). (حمزة، ب - ت، ص: ٨٨).

١٢- أن يعلم المريض أن أنفع الأدوية له موافقة ربّه فيما أحبّه ورضيّه له، ومن يحب ويرضى أن يخلص لهذه المحبة والرضا، لا يسخط ولا يجزع.

١٣- أن يوازن المريض، بين أعظم لذّتين للمصائب: لذّة تمتعه بما أصيب ولذّة تَمَتَّعَهُ بثواب الله له، ويحمد الله على توفيقه في رجحان أيّ منهما.

١٤- أن يَعْلَمَ أن الذي ابتلاه بهذه المصيبة، هو أحكم الحاكمين وأرحم الراحمين، وأنّه (سبحانه وتعالى)، لم يرسل إليه البلاء لِيُعَذِّبَهُ، وإنّما ليَمْتَحِنَ صبره ورضاه عنه وإيمانه به، وليسمع تضرّعه وابتهاله، وليراه طريحاً ببابه، لاثناً بجانبه، مكسور القلب بين يديه، رافعاً الشكوى له.

١٥- أن يعلم المريض، إنّه لولا محن الدنيا ومصائبها، لأصحاب العبد من أدواء الكِبَرِ والعُجْبِ والفرعنة وقسوة القلب... ما هو سبب هلاكه عاجلاً وآجلاً. فمن رحمته - ﷺ - أن جعل لنا المصائب، حماية لنا من هذه الأمراض، فسبحان من يرحم ببلائه، وبيئتي بنعمائه.

١٦- أن يعلم المريض، أنّ مرارة الدنيا، هي بعينها حلاوة الآخرة، يقبلها الله (سبحانه وتعالى) وحلاوة الدنيا بعينها مرارة الآخرة- وأن ينتقل من مرارة منقطعة إلى حلاوة دائمة خير له من عكس ذلك. وهذا مصداق لقول رسول الله - ﷺ -: ((حُضَّتْ الجَنَّةُ بالمكاره، وحقّت النار بالشهوات)). (متفق عليه) (حمزة، ب - ت، ص: ٨٥- ٩٠) (الجوزي، ب - ت، ص: ١٥٥-١٥٦) (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢١٤-٢١٥) (الشرقاوي، ١٩٨٣، ص: ٢١٩، ٢٣٦-٢٣٧).

٣. آيات القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة (الأدعية النبوية) للشفاء من آثار المصائب والكروب والشدائد النفسية (الصددمات)

أ- الاستشفاء بالقرآن الكريم وآياته

١- الاستشفاء بالاستعاذة:

قال تعالى: ﴿فَإِذَا قَرَأْتَ الْقُرْآنَ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ﴾ (النحل: ٩٨).
وقال تعالى: ﴿وَقُلْ رَبِّ أَعُوذُ بِكَ مِنْ هَمَزَاتِ الشَّيَاطِينِ ﴿١٠٠﴾ وَأَعُوذُ بِكَ رَبَّ أَنْ يَحْضُرُونِ﴾ (المؤمنون: ٩٧). وقال تعالى: ﴿وَإِنَّمَا يَنْزَغَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْغٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ﴾ (الأعراف: ٢٠٠). والاستعاذة معناها: استدعاء عصمة الله سبحانه وتعالى) من الشيطان الرجيم. (الطبيبي، ١٩٩٤، ص: ٣٣).

٢- الاستشفاء بالبسملة (بسم الله الرحمن الرحيم)*:

قال رسول الله -ﷺ-: [كل أمرٍ ذي بال لا يبدأ فيه (بسم الله الرحمن الرحيم) فهو أجدم أو أبتّر] (أخرجه البخاري). (البخاري، ١٩٨٧، ص: ٢١٨)
وقال -ﷺ- [من رفع قرطاساً من الأرض فيه (بسم الله الرحمن الرحيم) إجلالاً له تعالى كُتِبَ عند الله من الصديقين وخفف العذاب عن والديه، وإن كان من المشركين].
(رواه الترمذي). (الترمذي، ١٩٦٧، ص: ٣٧٤)

وروي عن جابر -رضي الله عنه- أنه قال: [لما نزلت (بسم الله الرحمن الرحيم) هرب الغيم إلى المشرق، وسكنت الرياح، وهاجت البحار، وأصغت البهائم بإذن الله ورجمت الشياطين من السماء وأقسم رب العزة- لا يسمى اسمي - على مريض إلا شُفي ولا على شيء إلا بورك فيه]. (طريبة، ١٩٩٤، ص: ١٩).

* هناك حالتنا لا يذكر فيهما (بسم الله الرحمن الرحيم):-

أ- عند الذبح، حيث نقول: (بسم الله أكبر).

ب- (سورة التوبة) المشتملة على أمر القتال، حيث لم يكتب في أولها (بسم الله الرحمن الرحيم) لأن وقت القتال والقتال لا يليق بذكر الرحمن الرحيم. (طريبة، ١٩٩٤، ص: ٢٢).

وروي أن بعضهم طلبَ من خالد بن الوليد، برهان يَدُلُّ على عظمة الإسلام كي يسلموا، فقال -ﷺ- إئتوني بالسّم القاتل فأتي بوعاء من السم، فأخذه بيده، وقال (بسم الله الرحمن الرحيم) وأكل الكل، وقام سالماً بإذن الله تعالى، فقال المجوس: هذا دين حق. (طريفة، ١٩٩٤، ص: ٢١).

٣- الاستشفاء بفاتحة الكتاب

عن عبد الملك بن عمير -ﷺ- عن النبي محمد -ﷺ- قال: (فاتحة الكتاب شفاءً من كل داء). (رواه البيهقي، وأخرجه الامام احمد). (البيهقي، ١٣٧٢، ص: ٤٧٩)

وعن أبي هريرة -ﷺ- أنّ النبي -ﷺ- قال: [يقول الله تعالى: (قسمت الصلاة بيني وبين عبدي نصفين، فإذا قال العبد بسم الله الرحمن الرحيم، قال الله سبحانه: مجّدني عبدي، وإذا قال الحمد لله رب العالمين، قال الله تبارك وتعالى: حمدني عبدي. وإذا قال مالك يوم الدين، قال الله تعالى فوّض إليّ عبدي، وإذا قال إياك نعبد وإياك نستعين، قال الله تعالى: هذا بيني وبين عبدي. وإذا قال اهدنا الصراط المستقيم. قال الله تعالى: هذا لعبدي، ولعبدي ما سأل). (رواه أحمد ومسلم وأبو داود والترمذي والنسائي وابن ماجه - عن أبي هريرة).

وروي أن جبريل -ﷺ- قال للنبي محمد -ﷺ- يا محمد: كنت أخشى العذاب على أمّتك، فلما نزلت الفاتحة أمنت. قال لِمَ يا جبريل، قال: لأن الله سبحانه وتعالى، قال: (وإنّ جهنّم لموعدهم أجمعين، لها سبعة أبواب، كل باب منها جزء مقسوم وآياتها سبع فمن قرأها، صارت كل آية طبقاً على باب من أبواب جنّهم فتَمَرُّ أمّتك عليها سالمين). (طريفة، ١٩٩٤، ص: ٢٠).

وعن أبي هريرة عن رسول الله -ﷺ- قال: (والذي نفسي بيده ما أنزل في القرآن ولا في الزبور ولا في الإنجيل ولا في الفرقان مثلها- يعني فاتحة الكتاب- أم القرآن- وأنها لسبع من المثاني والقرآن العظيم الذي أعطيته). (أخرجه الإمام أحمد والترمذي).

٤- الاستشفاء بالإخلاص والمعوذتين

عن عبد الله بن حبيب -رضي الله عنه- قال: قال رسول الله -صلى الله عليه وسلم-: (أقرأ قل هو الله أحد والمعوذتين، حين تسمي وحين تصبح، ثلاث مرات تكفيك من كل شيء). (رواه أبو داود والترمذي).

روي في صحيح مسلم والبخاري، عن عائشة (رضي الله عنها): (أن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- كان إذا أوى إلى فراشه جمع كفه ثم نفث فيهما، فقرأ فيهما: قل هو الله أحد، وقل أعوذ برب الفلق وقل أعوذ برب الناس، ثم يمسح بهما ما استطاع من جسده، يبدأ بهما على رأسه ووجهه وما أقبل من جسده يفعل ذلك ثلاث مرات). (أخرجه الإمام أحمد، ج ٦، رقم: ١١٤) و (مسلم - السلام - ب، ٢٠، رقم ٥١). (متفق عليه) (النووي، ١٩٥٥، ص: ١٢٢).

وفي فضل (سورة الإخلاص) عن أبي هريرة -رضي الله عنه- عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: (أحشدوا فأني سأقرأ عليكم ثلث القرآن، فقرأ: قل هو الله أحد، وقال: (إلا إنها تعدل ثلث القرآن). (أخرجه أحمد ومسلم والترمذي).

٥- الاستشفاء بآية الكرسي

عن أبي بن كعب عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: (يا أبا المنذر أتدري أي آية من كتاب الله معك أعظم؟ قال: قلت، لا إله إلا هو الحي القيوم، فضرب في صدري، وقال: (والله ليهنك العلم يا أبا المنذر) (رواه مسلم). (النيسابور، ٢٠٠، ص: ٣١٨)

وروي عن عبد الله ابن عمر (رضي الله عنهما) عن النبي -صلى الله عليه وسلم- أنه قال: (من كانت له حاجة إلى الله، فليصم الأربعاء والخميس والجمعة، فإذا كان يوم الجمعة، اغتسل وذهب إلى المسجد وتصدق بشيء، فإذا صلى الجمعة قال بعدها: اللهم إني أسألك بسم الله الرحمن الرحيم، الله لا إله إلا هو الحي القيوم لا تأخذه سنة ولا نوم... إلى آخر الآية. الذي عنت له الوجوه وخشعت له الأصوات ووجلّت القلوب من خشيته، أسألك أن تصلي وتسلم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه، وأن تقضي حاجتي وهي، كذا وكذا.. (طريية، ١٩٩٤، ص: ٢٠).

٦- الاستشفاء بخواتيم سورة البقرة

عن عبد الله بن مسعود، عن النبي -ﷺ- قال: (من قرأ الآيتين من آخر سورة البقرة في ليلة كفتاه). (الأزدي، ب-ت، ص: ٢٩٣).

وعن النعمان بن بشير، عن رسول محمد -ﷺ- قال: (إن الله تعالى كتب كتاباً قبل أن يخلق السماوات والأرض بألف عام، وهو عند العرش، وأنه أنزل منه آيتين ختم بهما سورة البقرة، ولا يقرآن في دار ثلاث ليال، فيقربها الشيطان). (رواه مسلم). (النيسابور، ٢٠٠، ص: ٣١٩)

وعن ابن عباس قال: بينما رسول الله -ﷺ- وعنده جبريل إذ سمع نقيضاً فوقه فرفع جبريل بصره إلى السماء فقال: (هذا بابٌ قد فتح من السماء ما فتح قط، قال: فنزل منه ملك فأتى النبي -ﷺ- فقال: أبشر بنورين قد أوتيتهما، لم يؤتهما نبي قبلك (فاتحة الكتاب - وخواتيم سورة البقرة). لم تقرأ حرفاً منها إلا أوتيته) (أخرجه مسلم والنسائي). (النيسابور، ٢٠٠، ص: ٣١٩) (النسائي، ١٩٣٠، ص: ٤٧٩)

وعن أبي إمامة، عن رسول الله -ﷺ- قال: (أربع أنزلت من كنز تحت العرش - أم الكتاب، وآية الكرسي، وخواتيم سورة البقرة والكوثر-) (أخرجه الطبراني في الكبير) (الطبراني، ب-ت، ص: ٢١٩) وذكره (الطبيبي، ١٩٩٤، ص: ٨٧).

وروي النووي في كتاب ابن السني عن أبي قتادة -رضي الله عنه- قال: قال رسول الله -ﷺ-: (من قرأ آية الكرسي وخواتيم سورة البقرة عند الكرب أغاثه الله). (النووي، ١٩٥٥، ص: ١١٢). (الدر المنثور، ج ١، رقم: ٣٢٥).

٧- الاستشفاء بسورة يس

قال النبي -ﷺ-: ((إن لكل شيء قلباً، وقلب القرآن - يس - ومن قرأ -يس- كتب الله له بقراءتها قراءة القرآن عشر مرات). (رواه الترمذي). (الترمذي، ١٩٨٧، ص: ٣٩٧).

وعن يحيى ابن أبي كثير عن الرسول -ﷺ- قال: (من قرأ سورة يس - إذا أصبح لم يزل في فرح حتى يمسي، ومن قرأها إذا أمسى لم يزل في فرح حتى يصبح) (رواه مسلم). (طريبة، ١٩٩٤، ص: ١٤).

وعن أنس -رضي الله عنه- أنه قال: قال رسول الله -ﷺ-: (من داوم على قراءة يس - كل ليلة ثم مات، مات شهيداً) (رواه أبو الشيخ عن أبي هريرة في الكنز).

٨- الاستشفاء باسم الله الأعظم وأسمائه الحسنی.

قال تعالى: ﴿وَلِلَّهِ الْأَسْمَاءُ الْحُسْنَىٰ فَادْعُوهُ بِهَا﴾ (الأعراف: ١٨٠). وعن أبي هريرة -رضي الله عنه- أن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: (إن الله تعالى تسعة وتسعون اسماً، مائة إلا واحداً، من أحصاها دخل الجنة، أنه وتر يحب الوتر...) (البخاري، ومسلم (النووي، ١٩٧٠، ص: ٩٤).

وعن أسماء بنت يزيد، أن النبي -صلى الله عليه وسلم- قال: (اسم الله الأعظم في هتين الآيتين (والهكم اله واحد لا إله إلا هو الرحمن الرحيم) و فاتحة آل عمران (ألم الله لا إله إلا هو الحي القيوم). (أخرجه أبو داود وابن ماجه والترمذي وقال: الحديث صحيح).

ولقد أجمع العلماء والفقهاء إن اسم الله الأعظم خفي في الأسماء الحسنی التي أمر الله عباده أن يدعوه بها- ولقد أخفى الله اسمه الأعظم من بين أسمائه الحسنی، كما أخفى ليلة القدر في الوتر من العشر الأواخر من رمضان- ويرى الكثير من العلماء والفقهاء على أن اسم الله الأعظم هو (الله) لأنه جامع لجميع الموجودات وأسباب الكائنات. (طريفة، ١٩٩٤، ص: ١٧-١٨).

قال تعالى: ﴿إِنِّي أَنَا اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنَا فَاعْبُدْنِي وَأَقِمِ الصَّلَاةَ لِذِكْرِي﴾ (طه: ١٤). وقال تعالى: ﴿إِنِّي أَنَا اللَّهُ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾ (القصص: ٣٠). وقال جلت قدرته: ﴿يَا مُوسَىٰ إِنَّهُ أَنَا اللَّهُ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ﴾ (النمل: ٩).

ب- الاستشفاء بأدعية الرسول -صلى الله عليه وسلم-

١- عن أم سلمة، قالت: سمعت رسول الله -صلى الله عليه وسلم- يقول: (ما من عبد تصيبه مصيبة، فيقول، إنا لله وإنا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبتى وأخلف لي خيراً منها، إلا أجره الله في مصيبتيه وأخلف له خيراً منها) (رواه مسلم).

(النيسابور، ٢٠٠، ص: ٦٣٣)

٢- عن سعد بن أبي وقاص، عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: [ألا أخبركم بشيء إذا نزل بأحدكم كرب أو بلاء من أمر الدنيا، دعا به، فيفرج عنه، دعاء ذي النون - لا إله

إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين)]. (أخرجه الحاكم، ج ١، رقم: ٥٠٥). و (الكنز، رقم: ٣٤١٨). وعن عبد الرحمن بن عوف عن النبي -ﷺ- قال: (لقد كان دعاء أخي يونس عجباً، أوله تهليل، وأوسطه تسبيح، وآخره، إقرار بالذنب - لا إله إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين، ما دعا به مهموم ولا مفهوم ولا مكروب ولا مديون، في اليوم ثلاث مرات إلا استجيب له) (الكنز، رقم: ٣٤٢٨).

٣- وعن علي بن أبي طالب -رضي الله عنه- عن النبي -ﷺ- قال: (إذا وقعت في ورطة، فقل: بسم الله الرحمن الرحيم، ولا حول ولا قوة إلا بالله العلي العظيم، فإن الله تعالى يصرف بها ما شاء من أنواع البلاء). (الكنز، رقم ٣٤١٦) و (الدر المنثور، ج ١، رقم: ٩) و (ابن السني، رقم: ٣٣١) و (الأتحاف، ج ٤، رقم: ٣٣١).

٤- وعن عبد الرحمن بن أبي بكره، عن أبيه، عن النبي -ﷺ- قال: (دعوات المكروب: اللهم رحمتك أرجو فلا تكلني إلى نفسي طرفة عين، وأصلح لي شأني كله، شأن الدنيا والآخرة، في عفو منك وعافية لا إله إلا أنت). (أخرجه الإمام أحمد، ج ٥، رقم: ٤٢). (أبو داود، رقم: ٥٠٩٠) و (مشكاة المصابيح، رقم: ٢٤٤٧) و (الأذكار، رقم: ١١٢) و (الكنز، رقم: ٣٤٢٢).

٥- وعن علي بن أبي طالب -رضي الله عنه- قال: علمني رسول الله -ﷺ-، إذا نزل بي كرب أن أقول: (لا إله إلا الله الحليم الكريم، سبحان الله وتبارك الله رب العرش العظيم، والحمد لله رب العالمين). (أخرجه الإمام أحمد، ج ١، رقم: ٢٠٦-٤٠٦) و (الحاكم، ج ١، رقم: ٥٠٨-٣، رقم: ١٣٨-٥٠٨) و (الكنز، رقم: ١٨٠٠).

٦- وعن عبد الله ابن مسعود، عن رسول الله -ﷺ- قال: ((وما أصاب مسلماً هم ولا حزن، فقال: اللهم إني عبدك وابن أمتك ناصيتي في يديك، ماضٍ في حكمك، عدل في قضاءك. أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك أو أنزلته في كتابك أو علمته أحداً من خلقك أو استأثرت به في عالم الغيب عندك، أن تجعل القرآن ربيع قلبي وجلاء حزني وذهاب همي - إلا أذهب الله همّه وأبدل مكان حزنه فرحاً)) قالوا: يا رسول الله أفلا نتعلم هذه الكلمات؟ قال: (بلى ينبغي لمن سمعهن أن يتعلمهن)). (أخرجه الحاكم، ج ١، رقم: ٥٠٩) و (الطبراني، ج ١، رقم: ٢١٠) و (الأتحاف، ج ٥، رقم: ١٠٦) و (الكنز، رقم: ٣٤٣٤).

٧- وعن أنس -رضي الله عنه- عن النبي -ﷺ-: أنه كان إذا أكرهه أمر قال: يا حي يا قيوم برحمتك استغيث). (قال الحاكم هذا حديث صحيح بالإسناد رواه الترمذي) (النووي، ١٩٧٠، ص: ١١١).

٨- وفي صحيح مسلم والبخاري عن ابن عباس (رضي الله عنهما) أن رسول الله -ﷺ- كان يقول عند الكرب: (لا إله إلا الله العظيم الحليم، لا إله إلا الله رب العرش العظيم، لا إله إلا الله رب السماوات ورب الأرض ورب العرش الكريم). (النووي، ١٩٧٠، ص: ١١١).

٩- وعن أسماء بنت عميس قالت: سمعت رسول الله -ﷺ- يقول: (ما أصابه غم أو حزن أو شدة أول أزل - ضيق شديد - فقال: الله الله ربي لا شريك له كشف عنه ذلك). (أخرجه ابن ماجة، رقم: ٣٨٨٢) و (البخاري، التاريخ الكبير، ج ٤، رقم: ٣٢٩).

أولاً: دراسات عن طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) وشيوعه:-

١- دراسة السامرائي (١٩٩٤)

هدفت هذه الدراسة تعرف نسبة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الأسرى العراقيين العائدين من أقاليم الأسر الإيرانية، وتعرف علاقة المتغيرات الاجتماعية - الديمغرافية لتلك الاضطرابات-.

أختار الباحث عشوائياً (١٠٦) أسرى، من العائدين في الأسبوع الأول لعودتهم من أقاليم الأسر، في أثناء مراجعتهم للجنة فحص الأسرى في شعبة الأمراض الانتقالية في بغداد عام ١٩٩٠، وتراوح أعمارهم بين (٢٧-٤٥) سنة. وأجرى الطبيب النفسي الاختصاصي تقويم لحالتهم النفسية اعتماداً على الأعراض التشخيصية (Checklist) للاضطرابات النفسية وفق التصنيف الدولي العاشر للأمراض. (ICD-10)، فضلاً عن التاريخ المرضي، والشخصي، والعائلي وتثبيت المعلومات في الاستمارة.

أظهرت النتائج: إصابة (٤٦.٢%) من الأسرى بواحد من الاضطرابات النفسية (الكآبة، والقلق، والفصام)، وكان اضطراب الكآبة أكثر انتشاراً إذ أصيب به (٤١.٥%) من الأسرى بمختلف درجات الشدة. أما الاضطراب القلق العام فقد بلغت نسبة الإصابة به (٣.٨%)، وذهان الفصام، بلغت نسبة الإصابة به (١%). أما اضطراب ما بعد ضغط الصدمة النفسية (PTSD)، فقد أصيب به النسبة الأكبر، إذ كانت نسبة الإصابة (٧١.٩%) من الأسرى العائدين. (السامرائي، ١٩٩٤، ص ٣٩-٤٨).

٢- دراسة الكرخي ١٩٩٤:

هدفت هذه الدراسة إلى بيان نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). اختار الباحث عشوائياً عينة مؤلفة من (٣٠) مريضاً ممن زادت أعمارهم على (٢٠) سنة من مراجعي العيادات الخارجية النفسية، والعيادات الخارجية غير النفسية. تم استعمال المقابلة التنظيمية الإكلينيكية شبه المقننة باعتماد الدليل التشخيصي في المراجعة الثالثة المعدلة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (-DSM-III-R).

وقد أشارت نتائج الدراسة: إلى إصابة (٤٥%) من أفراد العينة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وإن (١٦%) من المصابين بـ (PTSD) لديهم ميل لاحتساء الكحول و (٤٩%) من العينة لديهم وسوء استعمال العقاقير النفسية. (الكرخي، ١٩٩٤، ص ٥).

٣- دراسة كيرماير (Kirmayer) وآخرون (١٩٩٥).

هدفت هذه الدراسة تعرف إصابة المشاركين في استعادة قتلى الحرب باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) لقوات التحالف في الحرب ضد العراق في حرب الخليج الأولى عام ١٩٩١. اختار الباحث عينة عشوائية مؤلفة من (١١٦) رجلاً وامرأة من المستعدين للجثث، و (١١٨) ممن لم يتعاملوا مع الجثث، وطبق عليهم أستبانة لـ (PTSD) بعد (٣-٥) أشهر من عودتهم شارك منهم أيضاً (٥٥) من المتعاملين مع الجثث، و (٥٦) من غير المتعاملين مع الجثث في تقويم متابعة بعد مرور (١٣-١٥) شهراً من عودتهم.

أظهرت النتائج: إن المشاركين باستعادة الجثث كانوا أكثر إصابة بـ (PTSD) من غير المشاركين في استعادة الجثث. وبعد مرور سنة، وفي اختبار تقويم متابعة آخر تبين إن الأفراد الذين تعاملوا مع الجثث البشرية خلال الحرب معرضين لخطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) أكثر من غيرهم ممن لم يتعاملوا مع الجثث البشرية. (Kirmayer, et al, 1995. PP: 503-521).

٤ - دراسة موركان (Morgan) وآخرون (١٩٩٥).

هدفت هذه الدراسة قياس انعكاس (الجفلة المفرطة) أحد أعراض (PTSD) لدى الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في الحرب على العراق في معركة حرب الخليج الأولى ١٩٩١. أختار الباحث (١٠) جنود مصابين باضطراب (PTSD) من الجنود الأمريكيين المشاركين في الحرب على العراق. و (٧) جنود آخرين شاركوا في الحرب لكنهم غير مصابين باضطراب (PTSD). و (١٥) مفحوصاً مدنياً غير مصابين بهذا الاضطراب.

أشادت نتائج الدراسة. أن استجابة (الجفلة المفرطة) أعلى عند المصابين باضطراب (PTSD)، مما هي عليه من غير المصابين (من الذين شاركوا في الحرب أو المدنيين). (Morgan, et al, 1996, PP.64-68).

٥ - دراسة الكبيسي وآخرون (١٩٩٥):

هدفت هذه الدراسة تعرف نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) من مراجعي العيادات الخارجية النفسية لمستشفيات ابن رشد التعليمي، والرشد العسكري. اختار الباحث عينة مؤلفة من (١٩٠) ذكراً و (٣٠) أنثى ممن زادت أعمارهم على (٣٠) سنة ومن الأميين.

وقد تم تشخيصهم وفقاً لمعايير (PTSD) باعتماد المراجعة الثالثة المعدلة للجمعية الأمريكية للطب النفسي. (DSM-III-R).

وأظهرت نتائج الدراسة: عن إصابة (٥٣,٣%) من أفراد العينة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). وتبين أن (٤٦%) من المصابين باضطراب (PTSD) لديهم رغبة في زيادة احتساء المسكرات، وأن (٤٦%) منهم يستعملون العقاقير المهدئة والمنومة. وكذلك أظهرت النتائج أن جميع المصابين بـ (PTSD) يعانون من أفكار اقتحامية، وأن (٧٨%) منهم يعانون من كوابيس و (٣٢%) منهم يعانون من مشاعر الذنب و (٩٩%) منهم يعانون من أعراض التجنب. (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥، ص ٢٢٢-٢٢٩).

٦- دراسة العطراني (١٩٩٥):

هدفت هذه الدراسة إلى بناء مقياس لعقائيل التعرض للشدائد النفسية (PTSD) ومعرفة مدى انتشار أعراض هذه العقائيل لدى الضحايا من طلبة الإعدادية موازنة بأقرانهم من غير المتعرضين، ومعرفة مدى انتشار هذه العقائيل لدى ضحايا ملجأ العامرية من طلبة الإعدادية تبعاً لمتغير الجنس، وتعرض الأهل والأقارب، مقابل تعرض الأصدقاء من جهة أخرى.

أجرى الباحث هذه الدراسة على عينة قصدية عددها (١٥٠) طالباً وطالبة من أقارب ضحايا ملجأ العامرية وأصدقائهم و (١٥٠) طالباً وطالبة من غير المتعرضين لفاجعة ملجأ العامرية.

وقد أعد الباحث مقياساً لتعرف عقائيل الشدائد النفسية (PTSD) وفقاً لمعايير المراجعة الثالثة المعدلة للجمعية الأمريكية للطب النفسي. (APA, DSM, III, 1987). وقد أجرى الباحث الخطوات العلمية لإعداد هذا المقياس، إذ طبق المقياس على عينة مكونة من (٣٠٠) طالب وطالبة نصفهم من أقارب ضحايا ملجأ العامرية وأصدقائهم موزعين بالتساوي بين الجنسين.

وقد أظهرت النتائج: إصابة (٣٧%) باضطراب (PTSD) من بين أقارب ضحايا الملجأ وأصدقائهم و (٥%) فقط من عينة غير المتعرضين لأي حدث صدمي. ووجد الباحث إصابة نسبة (٦٥%) باضطراب (PTSD) من بين الذين فقدوا أفراداً من عوائلهم، وأقاربهم و (١٩%) من الذين فقدوا أصدقائهم. وكانت نسبة الإصابة بين الذكور (١٦%) والإناث (٨٤%). وأوصى الباحث بتقديم الرعاية النفسية والسلوكية لعوائل ضحايا ملجأ العامرية وأصدقائهم وأقاربهم وبيّن الحاجة الماسة لإجراء دراسات متابعة وعلاج مناسب (العطراني، ١٩٩٥).

٧- دراسة باومان (Bowman) وآخرون (١٩٩٦)

هدفت هذه الدراسة تعرف أثر اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) عند المرضى المصابين بخلجات صرعية زائفة (Pseudoseizures)، وكذلك بيان العلاقة بين التعرض للصدمة وحدوث الخلجات الصرعية الكاذبة هذه. استعمل الباحثون طريقة المقابلة للمرضى المصابين بخلجات صرعية كاذبة، وعددهم (٤٥) فرداً تشكل الإناث فيهم نسبة (٧٨%)، ومتوسط أعمارهم (٣٧.٥) سنة بانحراف معياري (٩.٧). استعمل الباحثون، وسائل قياسية سريرية لقياس عدد من الاضطرابات النفسية واستعمال (EEG)، وسيلة لتخطيط الدماغ لتقويم الخلجات الصرعية الكاذبة.

كشفت نتائج الدراسة: أن نسبة الاضطرابات الانفعالية في العينة هي (٩١%)، والاضطرابات الجسدية (٨٩%)، والاضطرابات الوجدانية Affective disorder (٦٤%) واضطرابات شخصية (٦٢%) واضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) (٤٩%)، وأشتر (٨٤%) من المفحوصين عن وجود صدمة الإيذاء الجنسي Sexual Abuse، وكذلك الإيذاء الجسدي Physical Abuse و (٧٠%) صدمات أخرى (Bowman, et al, 1996, PP: 57-63).

٨- دراسة سيللي (Selly) وآخرون (١٩٩٧).

هدفت هذه الدراسة متابعة لمدة طويلة لأشخاص شهدوا أحداث صدمية، وبيان مدى أصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD).

شملت الدراسة أشخاص ناجين من حادث اصطدام كلفام (Calapham) بين قطارين لنقل المسافرين، كانا يسيران بالاتجاه نفسه في جنوب لندن عام ١٩٨٩، وراح ضحيته (٣٥) راكباً، وأصيب أكثر من (١١٨) راكباً، وأدخلوا المستشفى، حالات طوارئ. وبعد (١٠-٢٢) شهراً من الحادثة أجاب (١٨٧) فرداً من الناجين عن استبانة بريرية، تم تقسيم الأشخاص بناء عليه على أربعة مجاميع:

أ. مجموعة التعرض العالي (تضمنت المسافرين في كلا القطارين الذين كانت فيهما

الوفيات والإصابات شديدة، والذين كانوا قريبين من موقع الاصطدام، ومعرضين لخطر الموت أكثر من غيرهم).

ب. مجموعة التعرض الواطئ (من غير المصابين بجروح، ومن غير الموجودين في مجموعة التعرض الحالي).

ج. مجموعة المستشفى (المسافرون الذين خضعوا لعلاج مباشر من الراقدين في المستشفى أو مراجعين العيادة الخارجية).

د. المجموعة الضابطة (من المغادرين في إحدى محطات مسافري القطار في لندن، لإحدى الأمسيات في تشرين/ ١ عام ١٩٩١، وأعطى لهم الاستبيانات نفسها التي أعطيت للمجاميع الثلاث أعلاه، عدا استبانة تأثير الحادث (IES)، وهذه الاستبيانات قائمة الحادث (AIQ) (Accid Inventory Question) لروزر Rosser وهو عبارة عن أسئلة ديمغرافية للمفحوص في الحدث الصدمي وتجربته، وكذلك مقياس تأثير الأحداث (IES) لهوروايتز (Horo Witz) وفيه مقياسان فرعيان يقيسان أعراض إعادة خبرة الحدث الصدمي (المعيار - ب)، وأعراض التجنب (المعيار - ج) بحسب المراجعة الثالثة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA; DSM-III-R) وهما من معايير (PTSD)، وكذلك استبانة الصحة العامة كلولديبرغ (Goldberg) المؤلف من (٢٨) فقرة (GHA)، وكذلك مقياس تدرج شدة الإصابة (ISS) Injure Severity Scorlss.

وكشفت نتائج الدراسة هذه: أن الأشخاص الذين شهدوا الموت والأشخاص الذين حوصروا بخطر الموت ظهرت عندهم أعراضاً اقتحامية بنسبة (٣٧%)، وتجنبه بنسبة (٢٨%)، وبشدة أكبر من الآخرين، وكانت هناك علاقة بين شدة الإصابة الجسمية باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بنسبة (٣٠%) ممن لديهم أصابات جسمية، هم مصابون بأعراض اقتحامية وتجنبية وهي من أكثر معايير (PTSD) (Selly, et, al, 1997, PP: 478-482).

٩-دراسة مكنللي (McNally) وآخرون (١٩٩٨)

هدفت هذه الدراسة اختبار فرضيات نظرية فك الرموز التجنبي لاضطراب (PTSD)، إذ اختبرت هذه الدراسة فيما إذا كانت النساء اللواتي يُعانين من اضطراب (PTSD)، واللأئي تعرضن لسوء المعاملة الجنسية في الطفولة لديهن صعوبة في تذكر العبارات المتعلقة بالصدمة أكثر من النساء اللواتي لم يتعرضن لسوء المعاملة، أو النساء اللواتي تعرضن لسوء المعاملة لكنهن لا يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) حيث قسمت المجاميع التجريبية على النحو الآتي:-

لم يعانين من سوء المعاملة	عانين من سوء المعاملة	
٢٠	٢٠	وجود (PTSD)
٢٠	٢٠	عدم وجود (PTSD)

قدم الباحثون إلى النساء في المجاميع التجريبية الأربعة قائمة تحتوي على عبارات وكلمات متعلقة بالصدمة (الإيذاء الجنسي) كلمات مثل (التحرش) وكلمات إيجابية مثل (الثقة) وكلمات محايدة مثل (صندوق البريد). وبعد كل كلمة يقوم الباحثون بتوجيه النساء المشاركات نحو تذكر الكلمة أو نسيانها.

وعادة في مهمة مثل التوجيه نحو النسيان هذه، يميل الأفراد إلى تذكر الكلمات التي طلب منهم تذكرها، ونسيان الكلمات التي طلب منهم نسيانها، وحسب (نظرية فك الرموز التجنبي) فعلى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية أن يتجنبوا تذكر الكلمات المتعلقة بالصدمة حتى لو طلب منهم تذكرها، ويكونوا جيدين على نحو خاص في نسيان الكلمات المتعلقة بالصدمة التي طلب منهم نسيانها.

أما نتائج هذه الدراسة: فلم تؤيد فرضيات نظرية فك الرموز التجنبي، بل جاءت على العكس منها، إذ بنيت إن النساء اللواتي تعرضن لسوء المعاملة الجنسية في طفولتهن، ويعانين من اضطراب (PTSD) في البلوغ يتذكرون معلومات الصدمة

موازنة بالنساء اللواتي لم يتعرضن لسوء المعاملة الجنسية، وكذلك الناجين من سوء المعاملة الجنسية الذين لم يصابوا باضطراب (PTSD)، إذ كانت المجموعة المصابة باضطراب (PTSD) تعاني من صعوبات في تذكر الكلمات التي لا علاقة لها بالصدمة حتى تلك الكلمات التي طلب تذكرها. ويتذكرون كلمات متعلقة بالصدمة بعدد الكلمات التي يتذكرها النساء في المجاميع الأخرى. وقد خلصت الدراسة إلى أن اضطراب (PTSD) قد يؤثر سلباً على قدرة النساء على التركيز على الكلمات الإيجابية والمحايدة لكنه يركز انتباههن على المعلومات المتعلقة بالصدمة. (Mcnally, et al, 1998, PP: 596-601).

١٠ - دراسة الكبيسي (١٩٩٨).

هدفت هذه الدراسة إلى بناء مقياس تشخيصي للمرضى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، ولتعرف أكثر المظاهر إسهاماً في هذا الاضطراب، والكشف عن دلالة الفروق في هذا الاضطراب تبعاً لمتغيري الجنس والعمر. اختار الباحث بالطريقة القصدية (١٥٠) فرداً منهم (١١١) من الذكور و (٣٩) من الإناث. تراوحت أعمارهم بين (١٩-٥٩) سنة بمتوسط عمره، مقداره (٢٨) سنة، وانحرف معياري مقداره (٥.٧) سنة وتوزعت العينة بحسب مهنتها إلى (٨٢) أسيراً عراقياً عائداً من أقصاء الأسر في إيران منهم (٦٣) مكلفاً، أو احتياطاً، و (٧) ضابط دائمين، و (١٢) أسيراً من المراتب المتطوعين، و (٦٨) مدنياً، و (١٠) موظفين، و (١٦) كاسباً، و (٣٤) بين متقاعد، وعاطل عن العمل أو ربة بيت و (٨) من الطلبة. وتوزعت العينة بحسب الموقع الجغرافي إلى (١٢٨) فرداً من سكنة المدينة، و (٢٢) فرداً من سكنة الريف.

وقد تم اختيار هذه العينة من مراجعي العيادات الخارجية النفسية، ومن الجنسين لمستشفى الرشيد العسكري التعليمي، ومستشفى ابن رشد التعليمي، ومستشفى بغداد التعليمي، ومستشفى الكاظمية التعليمي، ومستشفى ابن زهر، ومركز استلام الأسرى

الجدد، وأمريّة اللجان الطبية العسكرية، والعيادة الاستشارية للدكتور طارق فحل الكبيسي. قام الباحث ببناء مقياس تشخيصي لاضطراب (PTSD) معتمداً على المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA;DSM-IV,1994) ومقاييس أخرى مثل CAPS-2 و CAPS-SX. وتكون المقياس بصورته النهائية من (٨٧) سؤالاً، وقد حسب الباحث صدق المقياس وثباته.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن فقرات معايير اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) تساهم جميعاً في الاضطراب وبدلالات مبيّنة إحصائياً. ولم تشر النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين، أو بين الأعمار المختلفة في هذا الاضطراب.

وقد أشارت نتائج الدراسة أيضاً على أن اضطراب (PTSD) المزمن حصل على أعلى نسبة من بين أفراد العينة المدروسة إذ كانت النسبة (٧٤.٦%)، واضطراب (PTSD) المتأخر الظهور (٢٠%)، واضطراب (PTSD) الحاد (٥.٣%).

ويفسر الباحث هذه النتيجة هو بسبب ضغط الصدمات العالي، والطويل الأمد خصوصاً لدى عينة الأسرى العائدين من إيران الذين أمضوا سنوات طويلة في أقفاص الأسر.

ووجدت هذه الدراسة أيضاً اضطرابات مصاحبة لـ (PTSD) مثل اقتراف الأخطاء والإهمال ووجود مشاعر الذنب لدى الناجين من الأحداث الصدمية. ووجود انخفاض بالوعي. عند عدد من المصابين باضطراب (PTSD)، وكذلك وجدت هذه الدراسة إدراكاً خاطئاً للواقع عند المصابين باضطراب (PTSD)، ووجود تغيير ذاتي في الشخصية لدى المصابين. وكذلك وجدت الدراسة مشاعر اليأس والتحرر من الأفكار البراقة التي كان يحملها الفرد عن ذوي الهيئة لديه قبل التعرض للأحداث الصدمية، ووجود ضعف الذاكرة، والنيسان، والحزن، والاكتئاب ووجود معاناة من الاضطرابات الجنسية لدى المصابين باضطراب (PTSD). (الكبيسي، ١٩٩٨).

١١ - دراسة راسخ (Rasekh) وآخرون ١٩٩٨.

هدفت هذه الدراسة، قياس اهتمامات الصحة النفسية والجسمية، وحقوق الإنسان، وظروف النسوة اللواتي يعشن في (كابول) في أفغانستان. اشتملت الدراسة على النساء الساكنات في كابول، ومخيمات اللاجئين، والساكنات في باكستان من الأفغانيات. تضمن التصميم مسح عرضي المقطع لنسوة يعشن في كابول قبل أيلول عام ١٩٩٦، عند تسلّم (طالبان) للحكم في أفغانستان.

بلغ عدد المشاركات في الدراسة (١٦٠) امرأة بضمنها (٨٠) امرأة تعيش حالياً في كابول و (٨٠) امرأة أفغانية هاجرت إلى باكستان. استعملت مقاييس التقدير الذاتي في الصحة الجسدية، والنفسية، والحصول على العناية الصحية والصدمات المرتبطة بالحرب. كان متوسط عمر المشاركات (٣٢) سنة بمعدل (١٧-٧٠) سنة، وكان معدل التعليم الرسمي (١٢) سنة. عاشت (١٣٦) امرأة أي (٨٥%) من المشاركات في كابول لآخر (١٩) سنة من حياتهن. ذكرت (٩٩-١٨٠) امرأة من المشاركات نسبة (٦٢%) أنهن كن موظفات قبل حكم طالبان، وكانت (٣٢) امرأة مشاركة أي ٢٠% امرأة موظفة خلال آخر سنة لهن في كابول.

أشارت النتائج: أي أن معظم النسوة ذكرن أنهن يعانين من تدهور في حالتهم الصحية الجسدية والنفسية بنسبة (٧١% - ٨١%) على التوالي. وأن الكثير منهن ذكرن أعراضاً تطابق المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بنسبة (٤٢%)، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن (٨٤%) أي من (١٣٤-١٦٠) من هؤلاء النسوة ذكرن أن واحد على الأقل من أفراد أسرة كل منهم قتل في الحرب. (Rasekh, et al, 1998, PP:449-455).

١٢-دراسة حسين (Husain) (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وأعراض الكآبة، وعلاقتها بعدد من المتغيرات لدى أطفال، ومراهقين تعرضوا لظروف الحصار في (سراييفو)، وكان من هذه المتغيرات العمر والجنس وحالة فقدان من أفراد أسرهم، والحاجة إلى ضرورات الحياة اليومية كالطعام، والمأوى، والملبس، والماء، والتعرض لإطلاق النار. إذ ذهب الباحث إلى (سراييفو) والبوسنة والهرسك، وجمع بيانات عن (٧٩١) طفلاً ومراهقاً بأعمار (٦-١٥) سنة في مدارس إحدى الضواحي، واستعمل الباحث مقاييس عدة منها، مؤشر استجابة الأطفال لضغط ما بعد الصدمة وقائمة أثر الحادث، واستبانة المعلومات العامة. ترجمت جميع المقاييس إلى اللغة البوسنية، وأعيد ترجمتها إلى الإنكليزية من قبل مترجم مستقل لأغراض الدقة.

ومن أجل مطابقة معايير (DSM.IV) تم دمج المقياسين لأعراض التحليل. ثم استعمال تحليلات مربع كاي (Chi) واختبارات رتبة (Wilcoxin) لأغراض التحليل الإحصائي، ونتج عن تحليل التباين المتعدد المتغيرات اكتشافات كبيرة لفرق العمر من كل من استجابات (PTSD) ($P:<0.001$)، وأعراض الكآبة ($P:<0.001$) وإن الأطفال الأكبر عمراً يعانون من الأعراض أكثر. كشفت تحليلات مربع كاي (chi) أن مستويات الأهمية السريرية لاستجابة (PTSD)، والكآبة ارتبطت على نحو كبير مع بعضها لدى (٢٩٧) طفلاً ومراهقاً من ذوي استجابات لـ (PTSD) مهمة سريراً.

وأظهر (١٨.٢%) أعراض كآبة مهمة سريراً. وأن (٨٠) طفلاً ومراهقاً كانت لديهم أعراض كآبة مهمة سريراً. كان لدى (٦٥.٥%) من الأطفال، والمراهقين استجابة (PTSD) مهمة سريراً، وكشف معامل ارتباط سبيرمان علاقة قوية بين أعراض (PTSD)، وأعراض الكآبة ($P:<0.001$) واستنتج الباحث ارتباط التعرض لصدمة الحرب على نحو كبير بأعراض كل من (PTSD)، والكآبة وظهر المرضان لدى المراهقين أكبر من الأطفال، واستخلص الباحث من الدراسة. أن الصغار الذين فقدوا أحد أفراد أسرهم عانوا من حرمان كبير، وكثرت

لديهم أعراض (PTSD) أكثر من الذين لم يفقدوا أحد أفراد أسرهم، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى ظهور أعراض إعادة الحدث الصدمي، والانعزال على الفتيات أكثر بكثير من الصبيان. ارتبط فقدان أحد أفراد الأسرة بأعراض أكثر لإعادة الحدث الصدمي (استرجاع - تذكر)، والانعزالية وأعراض الكآبة و (PTSD)، وارتبطت الحاجة للطعام، والمأكل، والملبس، والمأوى بأعراض أكثر لـ (PTSD). (Husain,1999,P:1).

١٣ - دراسة ماسك (Masic) (٢٠٠٢)

هدفت هذه الدراسة إلى بيان العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) والصدمة الثقافية Culture Shock لدى اللاجئين البوسنيين في شيكاغو. قام الباحث بتقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين على أساس تجربتهم في اللجوء، عاشت المجموعة الأولى لبعض الوقت في أوروبا الغربية خصوصاً في ألمانيا قبل المجيء إلى الولايات المتحدة الأمريكية، هذه المجموعة تمكنت من التكيف بسهولة في المجتمع الأمريكي. أما الثانية فتضمنت مهاجرين من البوسنة إلى الولايات المتحدة الأمريكية مباشرة دون أن يقضوا أي مدة في أوروبا. وقد عانت هذه المجموعة من صعوبة كبيرة للتكيف مع المجتمع الجديد.

أشارت الدراسة: إلى معاناة نسبة كبيرة من البوسنيين المهاجرين إلى شيكاغو من اضطراب (PTSD) وكانت نسبة الإصابة (١٠٠% - ٢٢%) حسب (-DSM-IV) (94)، وهناك توقعات بإصابة (٣٠% - ٥٨%) منهم بـ (PTSD) المتأخر الظهور وقد وجد الباحث علاقة قوية بين الصدمة الحضارية و (PTSD) بحسب معايير الكراس التشخيصي والإحصائي السادس (ICD-6) للاضطرابات النفسية (Masic,2002,P:6).

ثانياً: دراسات عن علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية
(Treatment of PTSD)

١- دراسة ديهي (Deahi) وآخرون (١٩٩٤).

هدفت هذه الدراسة إلى بيان مدى فاعلية طريقتين علاجيتين في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) هما (الإرشاد المختصر) (Brief Counseling) (والتفريغ النفسي) (Psychological debriefing). أختار الباحث عينة عشوائية عددها (٢٦) جندياً بريطانياً من القوات المتحالفة ضد العراق في حرب الخليج الأولى تضمنت واجباتهم تحديد هويات الجثث للجنود المتحالفين والجنود العراقيين. واشترط لكل مفحوص تلقيه الإرشاد المختصر، أو التفريغ النفسي بعد انتهاء الواجب. أجاب المبحوثون عن استبيانين عن طريق البريد، هما استبيان الصحة العامة (GHQ-28) لكولبدرغ، ومقياس تأثير الأحداث (IES). وبعد تسعة أشهر تبين أن (٥٠%) منهم يعانون من الاضطرابات النفسية التي تدل على وجود اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) وأن (١٨%) منهم حاول الحصول على مساعدة متخصصة، وبلغ (٢٦%) منهم عن وجود صعوبات في العلاقات الاجتماعية، وقد أشارت نتائج البحث إلى أن التفريغ النفسي بعد الأحداث الصدمية لا يقلل من الحالات المرضية النفسية اللاحقة. وتنبأ الباحثون أيضاً باحتمال زيادة نسبة المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية خلال تسعة أشهر اللاحقة خصوصاً عند الذين لديهم تاريخ سابق من المشاكل النفسية، أو الذين يشعرون بأن حياتهم مهددة عند وجودهم في منطقة الخليج. (Deahi, et al, 1994, PP:60-65).

٢- دراسة ستام (Stamm) ١٩٩٨

هدفت هذه الدراسة موازنة نوعين واسعين من العلاج الجماعي لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) هما (العلاج الجماعي المتمركز على الصدمة) و (العلاج الجماعي المتمركز على الحاضر). يتطرق العلاج الجماعي المتمركز على الصدمة لتجارب المشاركين في الحرب عندما كانوا في فيتنام، أما العلاج الجماعي المتمركز

على الحاضر فيقوم على التركيز على خبرات الحياة الحالية وكيفية تعايش ضحايا الحرب مع حياتهم اليومية. تم تقسيم المشاركين عشوائياً على المجموعتين من العلاج، وتم تصميم كلا العلاجين خصيصاً للراغبين في العلاج من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المرتبط بحرب فيتنام. أما إجراءات الدراسة فقد تم معالجة كل المجموع مدة سنة وعن طريق المقابلات الشخصية بواقع (ساعة ونصف إلى ساعتين) أسبوعياً للسبعة أشهر الأولى و (مقابلة واحدة) شهرياً للخمسة أشهر التالية، على أن يتلقى المشاركون من ضحايا الحرب اتصالات هاتفية منظمة من معالجهم، إذ خصص معالج لكل حالة، ومهمة هذا المعالج علاج جميع مشكلات الحالة المسؤول عنها قيد الدراسة والتي يمكن ان تقف عائقاً أمام انتفاع المشارك من العلاج الجماعي قدر الإمكان. ويمكن لعدد ضحايا الحرب من المشاركين في البرنامج أن يتلقوا الأدوية لمعالجة مشكلاتهم النفسية، والصحية، إذا كان أحد الضحايا في حالة طوارئ خلال البرنامج العلاجي فيمكن إدخاله إلى المستشفى. وقد تعرض أفراد المجموعتين إلى عدة اختبارات، منها الاختبار القبلي، إذ خضعوا لقياس شامل لتحديد مدى الإصابة وتشخيصها باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وتحديد مدى الحاجة والملاءمة للمشاركة في الدراسة. وخلال مدة البرنامج ملأ المشاركون استمارات مختصرة للتقويم الذاتي ولمرة واحدة كل شهر. وفي نهاية كل جلسة من الجلسات الأسبوعية للسبعة أشهر الأولى وفي نهاية الجلسات الشهرية للأشهر الخمسة التالية. وأجريت اختبارات متابعة لما بعد العلاج لمدة ستة أشهر، وسنة أخرى بعد الستة أشهر، بعد العلاج تم إجراء هذه المعالجات في عشرة مواقع لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية كل موقع موجود في مؤسسة لشؤون ضحايا الحرب. لم تشر الدراسة إلى النتائج. (Stamm,1998,PP:1-4).

٣- دراسة دازديفيك (Dizdarevic) (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة إلى استعمال عدد من التداخلات (البرامج) العلاجية لشفاء ضحايا الصدمة المزمنة. وقد أجرى الباحث تحليلات لتصريحات عينة من أفراد مخيمات الأسر في البوسنة من الذين تعرضوا لصدمة متكررة وطويلة المدى والذين ظهرت عليهم أعراض قوية من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (Chronic PTSD)، وظهرت عليهم أيضاً تغيرات، واضحة في الجوانب المعرفية، والإدراكية والانفعالية في شخصياتهم. مثل فقدان الشعور بهوية الذات، والشعور بالبوؤس، واليأس، والكآبة، والخمول الانفعالي (السلوك الآلي) وفقدان المبادرة ... الخ.

وبالنظر لتكرر الصدمة المزمنة في ظروف الأسر فقد سميت بـ (أعراض مخيم الاعتقال)، أو (أعراض النجاة)، وقد استعمل الباحث عدداً من المقاييس النفسية والتدخلات العلاجية مثل التدخلات النفسية الأساسية، والحاجة إلى التآلف، والاعتقاد على خصائص الظروف، والحوادث الصدمية، وخواص شخصية الفرد المتأثر بالصدمة، وخواص البيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش ضحايا الصدمة المزمنة فيها. وتضمن تقديم الدعم النفسي المناسب للمصدمين: (خلق جو ملائم، ومشجع ليشعر فيه مريض الصدمة المزمنة بالحاجة لمواجهة التجربة الصدمية بنفسه) وفي هذا الجو، وعند تجربة الدعم والعناية الاجتماعية الحقيقية فإن الرفض الداخلي (تجنب التفكير، والتحدث عن المعاناة)، والتطفل، (الإثارة بتكرار تجربة الصدمة) و (البحث عن معنى) حسب طريقة (فرانكل) عدت كلها سبل مرغوبة نحو الشفاء. وضمن مقياس التدخل الشخصي (النفسية) فقد كان الهدف هو تحفيز عملية السيطرة على خبرات الصدمة (القصدية، والدعم في الأنشطة العملية، والدعم الانفعالي، واختبار الواقع، وتفسير التجربة) فضلاً عن شمولها في الانسيابية العملية للنشاط الاجتماعي والتعليمي والمهني. وقد أثبتت هذه التدخلات العلاجية كفاءة ملموسة في الشفاء من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (Chronic-PTSD). (Dizdarevic, 1999, P:1).

٤- دراسة مورفي (Murphy) وآخرون (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير وتقويم إجراءً علاجياً جديداً هو (مجموعة تعزيز التحفيز، أو الدافعية)، (تدخل التحفيز) الذي يهدف إلى رفع الدافعية نحو تغيير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، ومشاكل السلوكية ذات العلاقة. قام الباحث وزملاؤه في مركز (PTSD) القومي (منلو بارك)، أولاً بتطوير واستعمال هذه الطريقة: وهي عبارة عن برنامج لمدة (٦٠) يوماً يمارس في المستشفى يهدف إلى خدمة ضحايا الحرب الفيتنامية من الأمريكان. وقد أجرى الباحثون أيضاً في وحدة (صدمة النساء) في المركز القومي لـ(PTSD) بهدف مساعدة ضحايا الاعتداء الجسدي، والجنسي من النساء. وقد أجرى الباحثون المخططات، والتحليلات الإضافية على البيانات المتجمعة خلال سنتين من إجراء البرنامج في المركز، وقد أشارت هذه التحليلات إلى تطمينات تشجيعية لاستعمال هذا البرنامج في علاج (PTSD) (Murphy, et al,1999,PP1-12).

٥- دراسة كابيدزيك (Kapidzic) وآخرون (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل مجموعة مكونة من (٣٠) ضحية حرب في البوسنة والهرسك من ذوي الأطراف المبتورة متعرضين لصدمة جسدية ونفسية ولم يتضح لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، ولم يخضعوا للمعالجة النفسية، وكانت هذه (مجموعة A)، وكذلك تم تحليل مجموعة أخرى مكونة من (٥١) ضحية حرب غير معاقين جسدياً، لكنهم تلقوا علاجاً نفسياً نظراً لمعاناتهم من مشاكل نفسية. وكانت هذه (مجموعة B) تشابهت المجموعتان من حيث التصنيف العمري، والمهني، واختلفتا في الحالة الزوجية تميزت (المجموعة A) باحتوائها على عزاب أكثر من (المجموعة B). استعملت في هذه الدراسة استبانة الصدمة ومؤشر (Pluik) للانفعالات واستبانة الآليات الدفاعية، وأسلوب المعيشة و (MMPI). وجد الباحثون في هذه الدراسة ضمن (المجموعة A) معدل (٦) ستة تجارب صدمية ومستوى واطيء نسبياً من الضغط. في حين وجد (٧) سبعة تجارب صدمية في

(المجموعة B) ومستوى عال من الضغط لدى (٥٠%) منهم. أشارت نتائج الدراسة: إلى أن نسبة (PTSD) التام، أو الجزئي عالية في المجموعتين (٧٣%) و(٨٨%) على التوالي. لم تتمكن نتائج أبحاث القياس النفسي المطبقة من تفسير (PTSD) المستتر في (المجموعة A)، التي أظهرت إنكار مؤكد وعدم تقبل للعوق الجسدي الواقعي. يعتقد (٤٠%) من أفراد (المجموعة A)، أنهم قادرون على أداء المهام نفسها والتي كانوا يؤديها في السابق وهذا بالطبع ما يختلف كثيراً عن رأي لجنة الخبراء التي قيمت حالة القدرة هذه لدى (١٣%) فقط من المشاركين. (Kapidzic, et al,1999,PP:1-2).

٦- دراسة سلامبك (Selimbaic) وآخرون (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار أثر العلاج النفسي - الاجتماعي في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). تم تحديد وجود الصدمة ووقت ظهورها، وطريقة التعرض لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية.

استعملت طريقة المقابلة التركيبية واستبانة (PTSD) للأطفال ومقياس تقويم اشتراك الأطفال في العمل الجماعي. تضمن البرنامج العلاجي (الوقاية النفسية - الاجتماعية) لأطفال مشردين وللاجئين بأعمار (٧-١١) سنة ومراهقين مشردين بأعمار (١٢-١٦) سنة. كانت الفتيات أكثر من الصبيان بمستوى دلالة ($P < 0.005$).

كان للطرائق العلاجية المستعملة تأثير كبير على زيادة الاستعداد للكلام بدلالة ($P < 0.005$). وأثبتت النتائج إن تأثير الخطوات المنهجية والمعالجة على الأطفال ناجحة وقابلة للتطبيق في الأنشطة المستقبلية. (Selimbasic, et al,1999,PP:1-12).

٧- دراسة كاتك (Catic)، وسنانوفيك (Sinanovic) (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر العلاج النفسي المنظم لمستوى الصدمة. اشتملت عينة الدراسة على (٨٠) طفلاً لاجئاً يسكنون دار الأيتام و (٨٠) طفلاً آخر لاجئين عاشوا مع أفراد ناجين من أسرهم لكن من دون معالجة نفسية منظمة. تضمنت إجراءات الدراسة استعمال تسجيل (VRT) للتجربة الصدمية، ومقياس بيرلسون للتقويم الذاتي لتحديد أعراض الكآبة ومقياس تأثير الحدث الصدمي. وتم اختبار كلا المجموعتين على نحو مسبق وفحصهم حال وصولهم، وقبل بداية العلاج النفسي للأطفال في الدار المذكورة. وتمت إعادة فحصهم بعد سنة واحدة (اختبار تقويم متابعة)، وقد أشارت نتائج الدراسة: إلى أن المعالجة النفسية أدت إلى انخفاض في أعراض الانعزال، وهي واحدة من مجموعة أعراض (PTSD) والكآبة والتطفل، لدى أطفال الدار. أما الأطفال اللاجئون الذين يعيشون مع أسرهم أو مخيمات اللاجئين من دون علاج نفسي منظم، فقد انخفضت أعراض الانعزالية لديهم بدرجة قليلة، لكن لم يلاحظ عليهم انخفاض في أعراض التطفل، والكآبة على الإطلاق. (Catic & Sinanovic, 1999, PP: 1-2).

٨- دراسة نيشيث (Nishith) وآخرون (٢٠٠٠).

هدفت هذه الدراسة إلى موازنة مجموعتين علاجية هي (العلاج المعرفي)، و (العلاج بالتعرض الطويل مع إعادة الانتظار) لمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) والكآبة. تم اختيار (١٧١) ضحية اغتصاب جنسي من الإناث على نحو عشوائي، قامت (١٢١) منهن بإكمال العلاج. يتألف العلاج من (١٣) ساعة من العلاج الذي تم إجراؤه بمعدل (مرتين) في الأسبوع، وتم تعريف المشاركات للقياس باستعمال مقياس (PTSD) الذي يقدمه الطبيب، ومقياس أعراض (PTSD) والمقابلة السريرية المركبة (DSM.IV)، وقائمة (بيك) للاكتئاب، وقائمة الذنب المتصل بالصدمة لمدرجات الذنب.

أجريت الاختبارات المستقلة قبل العلاج، وبعد العلاج. وبعد (٣) أشهر، ثم بعد (٩) أشهر من العلاج، أجريت اختبارات (تقويم المتابعة) ثم أجريت تقديرات الكفاءة، والتماسك المستقلة (الالتزام).

أشارت التحليلات على العينة التي استهدفها العلاج، ومع من اكمل العلاج: إلى كفاءة المعالجين. وأسفرت المعالجتان عن نتائج متشابهة باستثناء العلاج المعرفي إذ كان أفضل في النتائج على المقاييس الأربعة للذنب. (Nishith,et al,2000,PP:20-25).

٩- دراسة لانج (Lange) وآخرون (٢٠٠٠).

هدفت هذه الدراسة، استعمال إستراتيجيات علاجية مختلفة لعلاج المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، مثل التداخلات الدوائية كتناول (موانع سيرونيين الانتقائي)، و (الترازودون)، و (الكلونيدين) فضلاً عن العلاج النفسي. بعد الصدمة مباشرة تم إجراء أساليب الوقاية من تطور الاضطراب وما بعد الصدمة النفسية مثل استجابات محددة لتخفيف الضغوط، والمطلوب أن يظهر على المريض مؤشر عال لإصابته بهذا الاضطراب كونه ذو تأريخ يحتوي على صدمة مهمة. تم تشخيص الاضطراب للمصابين وفقاً لمعيار التشخيصي لـ (DSM.IV.94) وللمجاميع الأربعة من المعايير. أما المعالجة فقد تمت وفقاً لدعائم ثلاث هي (مستوى المريض التعليمي) و(العلاج الدوائي) و (العلاج النفسي).

وقد ثبت: أن العلاج الدوائي، والعلاج النفسي قد نجحا في تخفيف المجموعات الثلاث لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، التي هي (إعادة خبرة الحدث الصدمي)، و (التحاشي، أو الانعزال)، و (الأرق). واستعمل الباحثون في هذه الدراسة عدد من البرامج العلاجية النفسية فضلاً عن العلاج الدوائي فقد تم استعمال برنامج (فوا) foa's brief المختصر، وقد اظهر أملاً في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية عندما يبدأ البرنامج في غضون (١٤) يوماً من الصدمة، يتم تعليم

الضحايا حول الاستجابات الشائعة للاعتداء، أو الاغتصاب ... الخ ويتعلمون التنفس وترخية العضلات، ويطلب منهم مواجهة مخاوفهم عن طريق تخفيف آثار حدث الصدمة، وتغيير معتقداتهم التي تهيجهم بشأن الصدمة التي واجهوها. وبعد شهرين من العلاج كانت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحادة (Chronic- PTSD) في المجموعة المعالجة تقدر بنصف أعراض المجموعة التي لم تعالج. وقد توافق (١٠%) من المرضى المعالجين مع معايير اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) في حين مازال (٧٠%) من المرضى غير المعالجين تطابقهم معايير التشخيص. وهذا يوضح (من وجهة نظر الباحثين) أن التداخلات العلاجية المبكرة بإمكانها الحد على نحو أساس من آثار اضطراب (PTSD). واستعملت أيضاً طريقة (الاستجواب من اجل تنفيس ضغط الحادث)، التي تستعمل على نحو متكرر جداً لدى مجاميع معينة مثل (الجنود، ضحايا الكوارث الطبيعية)، وفي هذه الطريقة تقوم مجموعة من المشاركين في البرنامج بمناقشة العوامل الأساسية لحادث الصدمة بعد الحادث مباشرة لغوياً عن انفعالاتهم، ومستعدين ردود أفعالهم تجاه الحادث الصدمي الذي شهده. إن هذه الطريقة، حدثت من أعراض القلق، وعززت الشعور بالتعافي واستعادة القوة والجلد. (Lange,2000,PP:1-9).

١٠ - دراسة فالستي (Falstti) وآخرون ٢٠٠١

هدفت هذه الدراسة إلى إجراء تقويم للعلاج السلوكي المطور حديثاً، وعلاج التعرض متعدد القنوات (MCET) لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) ونوبات الهلع المصاحبة له مرضياً. يستعمل العلاج عناصر المعالجة المعرفية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية، وعناصر علاج السيطرة على الهلع للأعراض النفسية والمعرفية والسلوكية. وبناءً على ذلك تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين علاجية (العلاج المعرفي - السلوكي المطور)، و (علاج التعرض)، وقد تم إجراء مجموعة من الاختبارات القبلية، والبعديّة في التشخيص والمتابعة والقياس.

أشارت نتائج هذه الدراسة: إن علاج (MCET) يمكن أن يكون برنامجاً علاجياً واعداً لمجموعة نوعية من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) الذين يعانون من نوبات الهلع. و قدمت هذه الدراسة إرشادات أولية لإجراء علاج (MCET) بصيغة العلاج الجماعي للمشاركين الذين تعرضوا لحوادث صدمية مختلفة. (Falstti,et al,2001,PP:252-260).

١١- دراسة ستوينبورت (Stubenbort) وآخرون (٢٠٠١).

هدفت هذه الدراسة: إلى بيان مدى فاعلية العلاج السلوكي - المعرفي للبالغين، والأطفال الناجين من كارثة تحطم طائرة الخطوط الجوية الأمريكية (٤٢٧) في الثامن من أيلول عام ١٩٩٤ المسافرة من شيكاغو، وهبوطها في مطار بتسبرغ الدولي. كان اختيار العينة قصدياً شمل جميع الناجين من الحادث، وقد أثبتت الفحوصات أن الجميع كانوا مصابين بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). وقد أشارت النتائج: إلى أن العلاج (السلوكي - المعرفي) ذو فاعلية لدعم المعرضين للكوارث وتطوير الأنفاق القومي للكوارث الجوية. (Stubenbort,et al,2001,PP:261-276).

١٢- دراسة لاين (Layne) وآخرون (٢٠٠١).

هدفت هذه الدراسة تقويم برنامج علاجي متركز على الصدمة لمراهقين بوسنيين مصدومين بالحرب. اعتمد هذا البرنامج على خمسة أوجه علاجية هي: (التجارب الصدمية السابقة، ذكريات فقدان، ومحن ما بعد الحرب، والتيتم، وتداخل الصدمة والحزن في التأثير وتطور التأثير)، شارك في هذه الدراسة (٥٥) طالباً في مدارس ثانوية منهم (٨١%) فتيات بأعمار (١٥-١٩) سنة بمتوسط عمري مقداره (١٦.٨١) سنة من عشرة مدراس بوسنية. اكمل الطلبة مقاييس التقدير الذاتي قبل البرنامج، وبعد البرنامج لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، والكآبة، وأعراض الحزن ومقاييس بعد البرنامج للتكيف النفسي والقناعة الجماعية. أشارت نتائج الدراسة: إلى

التخفيف من الضغط النفسي، والعلاقات الإيجابية. (Layne, et al,2001,PP:277-290).

١٣-دراسة سالتزمان (Saltzman) (٢٠٠١).

هدفت هذه الدراسة إلى قياس ظهور التعرض للصدمة بين طلبة المدارس المتوسطة وتقويم فعالية برنامج العلاج النفسي المدرسي الجماعي المرتكز على الصدمة والحزن لمراهقين تعرضوا لعنف المجتمع من الذين تعرضوا لاضطراب الضغط الشديد والحاد لما بعد الصدمة النفسية والاختلال الوظيفي. تم استعمال طريقة التصفية الطبقية. اكمل (٨١٢) طالباً مسح طبقي، وطابق منهم (٥٨) طالباً (٧.١%) من الذين شملهم المسح معايير العلاج الجماعي، وشارك منهم (٢٦) طالباً في المجموعة. ارتبطت المشاركة الجماعية بتحسّنات في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، وأعراض الحزن المعقدة وفي الأداء المدرسي.

أشارت نتائج الدراسة: إلى أن الطلبة الذين تعرضوا لمستويات حادة من عنف المجتمع يكون من الصعب تحديدهم وعلاجهم. وأشارت النتائج أنّ الاضطراب الحاد لما بعد الصدمة النفسية لدى المراهقين قد يرتبط بسوء الاداء المدرسي، وأن انخفاض اعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) يمكن أن يرتبط بالتحسن المدرسي. (Saltzman,et al,2001,PP:291-303).

١٤-دراسة سنانوفيك (Sinanovic) (٢٠٠٢).

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد إمكانية خفض صدمة الحرب لدى أطفال ما قبل المدرسة، وكذلك أمهاتهم عن طريق (الدعم النفسي الاجتماعي المنظم). شملت الصيغ المستعملة للدعم النفسي الاجتماعي (التعليم المستمر للمعلمين في مجالات علم نفس النمو، وصدمة الحرب، والتشاور مع الأمهات من خلال المقابلة الفردية والعمل ضمن مجموعات صغيرة، واستشارة النفساني من خلال المحادثات اليومية). استغرق العلاج النفسي المنظم (١٠) أشهر، أجري على ثلاث مجاميع فحص تألفت كل منها من

(٣٢) طفلاً لاجئاً بأعمار (٦-٧) سنة وأمهاتهم. وقد تم اختيارهم على نحو عشوائي. تألفت المجموعة الأولى من أطفال روضة تلقوا دعم نفسي منظم، والمجموعة الثانية من أطفال روضة دون دعم، والمجموعة الثالثة أطفال غير مسجلين في روضة، ولم يتلقوا أي نوع من أنواع الدعم. استعمل استبانة الصدمة على الأطفال، ومقياس تقويم الحوادث الصدمية للأمهات (PTSS-IO)، ولأغراض الدراسة تم إكمال الفحوصات، والاختبارات قبل البدء بالعلاج، وفي منتصف العلاج وبعد العلاج.

أظهرت النتائج: انخفاضاً كبيراً للأعراض لدى أطفال المجموعة الأولى (الروضة +الدعم) موازنة بالمجموعتين الأخيرتين. وأظهرت النتائج، أن هناك انخفاضاً كبيراً لأعراض الصدمة لدى أمهات أطفال المجموعة الأولى موازنة بأمهات المجموعتين الثانية، والثالثة. لوحظ أسوأ وضع لدى أطفال، وأمهات المجموعة الثالثة (دون روضة + دون دعم). (Sinanovic,2000,PP:1-2).

١٥-دراسة باك (back) (٢٠٠٢).

هدفت هذه الدراسة إلى استعمال العلاج بالتحفيز المستحدث بـ (EEG)، لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية. استعمل الباحث جهاز (EDS) طريقة معتمدة، ووسيلة سريعة على نحو معقول للحد من إبطاء (EEG)، وليس علاجاً سحرياً (كما يشير الباحث) يعالج نطاقاً متنوعاً من الاضطرابات. وتجدر الإشارة هنا، أن جهاز (EDS) يستعمل أضواء، وهاجة براقعة عند إثارة الاسترجاع، والتي تؤدي إلى تخفيف كبير لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). أما جهاز (EEG) يتألف من موجات دماغية واطئة التردد ويتباين عال، ونطاق مرتفع).

ولاختبار فاعلية (EEG) قام الباحث بالتجريب على (٤٥) مريضاً مصاباً باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) من المراهقين إلى كبار السن إذ أظهر جميع المرضى ارتياحاً من مشكلات أعراض (PTSD). إن جهاز (EEG) يعمل عن طريق موجات دماغ المريض، وتحليل أنماط (EEG)، واستغلال (EEG) دائمة التغير

ليجعل تكرار الأضواء الوهاجة باستمرار مرتبط بعلاج المريض، وبدلاً من إثارة النوبات المرضية، كما يتوقع الكثيرون يعمل هذا الجهاز كونه مضاد، لأحداث الاضطراب، ويتيح للمرضى الحد من أدويتهم على نحو أمين. أن معظم هؤلاء المرضى حساسون للضوء. يزيل الطور الأول من العلاج إحساسهم للضوء بتحفيز الضوء، وفي هذا الوقت يقل إبطاء (EEG) الأولي على نحو كبير، ويشمل الطور الثاني من العلاج اكتشاف منتظم ومعالجة لجميع مواقع إبطاء (EEG) الأخرى على فروة الرأس. تتضمن الممارسة الأكلينيكية لهذا العلاج بأن يجلس المريض على كرسي ويغلق عينيه ويرتاح (خمسة - عشرين) دقيقة (كمعدل)، ويستمر العلاج (ساعتين). يكون العلاج اليومي مؤشراً أكثر وتقليل من الأعداد الكلية للجلسات المطلوبة. أن معدل عدد الجلسات هو (٢٠)، ومع ذلك يقلل من مشكلات المرضى، ولأن (EDS) هو إجراء علاجي لا نفسي، فإنه مهم دوماً للمرضى في أن يكتسبوا علاجاً نفسياً مصاحباً، وإسناداً عند مستوى التناقص مع خطورة أي مشكلة سلوكية. (back,2002,PP:1-2).

١٦-دراسة باونوفيك (Paunovic) (٢٠٠٢).

تضمنت هذه الدراسة أربعة تجارب، أول تجربتين منها تستبينان كفاءة المعالجات المعرفية - السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) بتوزيع المرضى على نحو عشوائي على مجموعتين. والتجربتان الأخرتان تختبران أجزاء من النظرية المعرفية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). تفحص التجربة الأولى الكفاءة الوقائية للتدخل العلاجي (المعرفي - السلوكي) لدى ضحايا الجريمة الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute - PTSD). وتبحث التجربة الثانية مدى كفاءة العلاج (المعرفي - السلوكي)، وهل هو أكثر كفاءة من علاج (التعرض) لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (Chronic - PTSD) لدى اللاجئيين. وتفحص التجربة الثالثة مدى تميز اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute- PTSD) عند ضحايا الجريمة بانحرافات انتباهية للذاكرة المتعلقة بالتهديد باستعمال

مهمات (Stroop) الانفعالية المشتركة والذاكرة البعيدة والقصيرة المدى. وتبحث التجربة الرابعة مدى اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) لدى ضحايا الجريمة متميزاً بانحراف معرفي، أو إدراكي لوجوه انفعالية في مهمة التعرف على الوجوه.

بينت النتائج المستخلصة من هذه الدراسة: في التجربة الأولى: أن (العلاج المعرفي - السلوكي) يمكن أن يكون علاجاً وقائياً فعالاً لضحايا الجريمة الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) وأن المسار المزمّن لهذا الاضطراب يمكن إيقافه. إذ أن إحدى المجموعات التي خضعت للعلاج (المعرفي - السلوكي) قد تحسنت على نحو واضح أكثر من المجموعة الضابطة التي خضعت لأسلوب قائمة الانتظار على نطاق واسع من المقاييس بما فيها أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، والكآبة والقلق وجوده الحياة والتكيف الاجتماعي. في حين لم تجد التجربة الثانية أي فرق ذات دلالة بين (العلاج المعرفي - السلوكي)، و (العلاج بالتعرض) في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمّن (-Chronic PTSD) لدى اللاجئين. مع ذلك قاد كل من العلاجين السابقين إلى تحسنات واضحة على نطاق واسع من المقاييس بما فيها أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، والكآبة، والقلق، وجودة الحياة والجوانب المعرفية.

أما نتائج التجربة الثالثة فقد بينت أن اضطراب ما بعد ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) لدى ضحايا الإجرام يتميز بانحرافات في الانتباه والذاكرة للمادة المتعلقة بالتهديد. وقد وجد تداخل (Stroop)، واعبي، وانحراف في الذاكرة القصيرة المدى في عبارات صدمية، ولكن لم يكن هناك انحراف (قبل - انتباهي) أو في الذاكرة البعيدة المدى.

أما التجربة الرابعة فقد وجدت انحرافاً تمييزياً (ادراكياً) للوجوه كونه تمييز عدواني في أثناء حل شفرات المهمة من قبل ضحايا الإجرام الذين يعانون من اضطراب ما بعد

الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD).

واستنتج الباحث من هذه التجارب: أن التداخلات (العلاجية المعرفية - السلوكية) يمكن أن تكون علاجات فعالة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد والمزمن (Acute-PTSD) (Chronic-PTSD). وأن (العلاج المعرفي - السلوكي) ذو كفاءة مساوية (للعلاج بالتعرض). وأن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) يتميز بانحراف واع في الانتباه نحو المادة المتعلقة بالتهديد، وانحراف في الذاكرة نحو المثيرات اللغوية والتعبيرية (الوجوه) المتعلقة بالتهديد. (Paunovic,2002,PP:1-2).

١٧-دراسة جامعة بنسلفانيا (Pennsylvania) (٢٠٠٢).

هدفت هذه الدراسة، استعمال برنامجين علاجيين جمعيين لضحايا الاغتصاب والجريمة من النساء اللواتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) لثلاثة أشهر، أو أكثر بعد التعرض للاعتداء. شملت الدراسة، عينة من النساء الراغبات في العلاج ممن تتراوح أعمارهن بين (١٨-٦٥) سنة.

تم تشخيص الإصابة من قبل أخصائي نفسي. وشمل البرنامج (٩-١٢) دورة أسبوعية (للعلاج المعرفي - السلوكي) تستمر الدورات أو الجلسات (ساعة ونصف) لكل جلسة وهي مصممة لتمكين الناجيات من جريمة عنف على التعامل مع مشاعر الخوف، والقلق، والضغط. ويشمل العلاج مناقشة الأفكار المخيفة، والتدريب على الاسترخاء ومواجهة المواقف الآمنة أو تذكر الذكريات المؤلمة بوساطة التخيل من أثرها الانفعالي. وقد أثبتت هذه البرامج فاعليتها للتخلص من أعراض ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) إلى حد ما. (University of Pennsylvania,2002,PP:1-2).

ثالثاً: دراسات عن العلاج النفسي - الإسلامي.

١ - دراسة حالات: بدري (Badry) (١٩٧٩).

يذكر بدري دراسة لأربع حالات قام بعلاجها مستعملاً العلاج النفسي -

الإسلامي:

الحالة الأولى: فتاة مغربية تعاني من قلق عام، وإحساس بعدم الكفاءة، و اكتئاب

وأعراض رهابية (وهي أهم أعراض PTSD)، وقد مكثت في المستشفى

عام كامل، ولم ينجح علاجها الفردي، أو الجماعي، ولم تؤثر فيها

المهدئات. وقد شفيت هذه الحالة (بالعلاج النفسي الإسلامي) عن طريق

تطبيق برنامج يتضمن التوبة، والاستغفار، وتقوية الإيمان، والعبادات مع

استعمال أساليب نفسية تتناسب مع الشرع الإسلامي.

الحالة الثانية: فتاة سودانية تعاني من عصاب الوسواس القهري، وقد حاول الأطباء

معها بالعلاج عن طريق الأدوية، والصدمات الكهربائية، والعلاج

السلوكي دون جدوى. وقد عولجت هذه الحالة (بالطريقة النفسية -

الإسلامية)، عن طريق الصلاة في جماعة يؤمها أحد أفراد أسرتها بحيث

تلتزم بإتباع الإمام ملقية مسؤولية صحة الصلاة (التي تشك فيها دائماً)

على عاتق الإمام، لأن سبب وساوسها القهرية هو الشكوك التي تنتابها

في الصلاة.

الحالة الثالثة: شاب سوداني عمره (٣٥) سنة ماتت أمه فجأة وكان هو الابن المحبب

لديها، وفي أثناء مدة الحداد رأى أمه في المنام فأخبرته أن خاله (عمره

٤٠ سنة) سوف يموت ويلحق بها، ثم يأتي الدور عليه هو، ويلحق بها.

ولم يأخذ الشاب الحلم مأخذ الجد حتى حدث انه بعد شهر قليلة مات

خاله فجأة في حادث. وهنا أصيب هذا الشاب بحالة شديدة من الرهاب،

وتوهم المرض، ولم ينفذ معه العلاج بالأدوية، أو العلاج النفسي إلا حين

لجأ المعالج إلى (العلاج النفسي - الإسلامي) بالتدعيم السلوكي الإيماني إذ أصبح المريض قادراً على العودة إلى حياته الطبيعية.

الحالة الرابعة: طبيب باكستاني حاول الانتحار بسبب اكتئاب تفاعلي نشأ من العلاقة التحكيمية المسيطرة من جانب والده. ومن خلال العلاج النفسي - الإسلامي بالطريقة المعرفية المتضمنة تصحيح المفهومات وفقاً للشريعة الإسلامية تحسنت هذه الحالة. (Badry,1979:43-47).

٢- دراسات الجمعية الطبية الإسلامية (١٩٨٤).

عُرضَ في المؤتمر السابع عشر للجمعية الطبية الإسلامية بأمريكا الشمالية المنعقدة في مدينة (سانت لويسا) بولاية ميزوري عام ١٩٨٤. نتائج مجموعة من الدراسات عن أثر القرآن الكريم في صحة الفرد النفسية واستعملت في هذه الدراسات أجهزة المراقبة الإلكترونية المزودة بالحاسوب الإلكتروني (كمبيوتر) لقياس أي تغييرات فسيولوجية عند عدد من المتطوعين الأصحاء في أثناء استماعهم لتلاوات قرآنية.. وتم قياس وتسجيل أثر القرآن الكريم عند عدد من المسلمين المتحدثين بالعربية موازنة بغير المتحدثين بالعربية (مسلمين أو غير مسلمين). وقد تليت عليهم مقاطع من القرآن الكريم، ثم تلت عليهم ترجمة هذه المقاطع باللغة الإنكليزية.

وفي كل هذه المجموعات أثبتت التجارب: وجود أثر مهديء للقرآن الكريم بنسبة (٩٧%)، وظهر هذا الأثر في شكل تغييرات فسيولوجية تدل على تخفيف درجة توتر الجهاز العصبي التلقائي. وقد ظهر من هذه الدراسات. ان تأثير القرآن الكريم على خفض التوتر يمكن أن يعزى إلى عاملين:

- أ- صوت القرآن الكريم (بعينه) في كلمات عربية بغض النظر عما إذا كان المستمع قد فهمها أو لم يفهمها، وبغض النظر عن إيمان المستمع (فهو كلام الهي).
- ب- معنى المقاطع القرآنية التي تليت حتى ولو كانت مقتصرة على الترجمة الإنكليزية من دون الاستماع إلى الكلمات القرآنية.

وقد أجرت هذه المؤسسة الطبية الإسلامية (٢١٠) مائتين وعشرة تجارب على (خمسة) متطوعين أصحاء (٣) من الذكور و (٢) من الإناث. تراوحت أعمارهم بين (١٧-٤٠) سنة بمتوسط عمري (٢٢) سنة. وكل المتطوعين كانوا من (غير المسلمين)، و (من غير الناطقين بالعربية)، وقد أجريت هذه التجارب خلال (٤٢) جلسة علاجية تضمنت كل جلسة (خمسة) تجارب تليت على المتطوعين قراءات قرآنية باللغة العربية (المجودة) خلال (٨٥) تجربة. وتليت عليهم قراءات عربية (غير قرآنية) خلال (٨٥) تجربة أخرى. وقد روعي في هذه القراءات غير القرآنية أن تكون باللغة العربية (المجودة) بحيث تكون مطابقة للقراءات القرآنية من حيث اللفظ، والوقع على الأذن. ولم يستمع المتطوعون، لأي قراءة خلال (٤٠) تجربة أخرى وخلال تجارب الصمت هذه كان المتطوعون جالسين جلسة مريحة، وأعينهم مغمضة وهي الحالة نفسها التي كانوا عليها في أثناء (١٧٠) مائة وسبعين تجربة أخرى التي استمعوا فيها للقراءات العربية (القرآنية وغير القرآنية)، لقد كان الهدف من هذه التجارب، هو معرفة ما إذا كان لفظ القرآن الكريم أي أثر فسيولوجي على من لا يفهم معناه، وعمّا إذا كان هذا الأثر - إن وجد - هو فعلاً لفظ القرآن الكريم، وليس لأثر وقع اللغة العربية (المرتلة)، وهي غريبة على أذن المستمع. أما التجارب التي لم يستمع فيها المتطوعون، لأي قراءات فكانت لمعرفة ما إذا كان الأثر الفسيولوجي نتيجة للوضع الجسدي المستخري في أثناء الجلسة المريحة والأعين مغمضة. ولقد ظهر بوضوح منذ التجارب الأولى أن الجلسات الصامتة التي لم يستمع فيها المتطوع لأي قراءات، لم يكن لها تأثير مهديء للتوتر ولذلك اقتصررت التجارب في المرحلة المتأخرة من الدراسة على القراءات (القرآنية وغير القرآنية). وكانت (٦٥%) من تجارب القراءات القرآنية له تأثيراً مهدياً للتوتر. في حين ظهر هذا الأثر في (٣٥%) من القراءات غير القرآنية (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ١١٥-١١٦)، (عبد الله، ١٩٩٦، ص ص: ٢٣، ٢٢)، (النعمية، ١٩٩٧، ص ص: ٣٥-٤٠).

٣- دراسة أبي العزيم (Abo El - Azayem) (١٩٨٩).

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم أربعة برامج علاجية تتم في عيادة طبية (عادية) موازنة بالبرامج هذه نفسها التي تتم في (المركز النفسي - الإسلامي). اجري البحث بالتعاون مع (إحدى الجمعيات الأمريكية المهتمة بالإدمان) على مجموعتين من مدمني (الأفيون).

المجموعة الأولى: عولجت في عيادة طبية عادية (تقليدية)

المجموعة الثانية: ألحقت بالمساجد إذ كانت الشعائر التقليدية (والعلاج النفسي - الإسلامي) هي العامل الأساسي.

وكانت كل مجموعة تتكون من (١٢٠) مريضاً، وقسمت كل مجموعة إلى (أربع) مجاميع صغيرة. يقدم لكل منها العلاجات الآتية:

أ- العلاج المعدل بالأنسلولين.

ب- مضادات الاكتئاب (توفرانيل - تريبتيزول).

ج- الأنسلولين فضلاً عن مضادات الاكتئاب.

د- العلاج بمادة غير فعالة (Placibo). وكانت الطريقة المتبعة في استقصاء النتائج هي (التعمية المزدوجة) (Double blind).

وقد أظهرت النتائج: أن المدمنين الذين عولجوا في المسجد، قد أحرزوا (٧) سبعة نقاط على المقياس المشتمل لتقويم التحسن بالموازنة (بنقطتين) فقط للمجموعة الأخرى من المدمنين الذين عولجوا في عيادة طبية عادية. وأظهرت نتائج (تقويم المتابعة) أن عمليات الانتكاس كانت (أقل) في المجموعة التي عولجت في المسجد، وقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي هذه النتائج. (Abu El - (Azayem,1989,P:273).

٤- دراسة الأطروني والراضي (١٩٩٠).

هدفت هذه الدراسة، علاج الأدمان (بالعلاج النفسي - الإسلامي) شملت العينة (٤٠) مدمناً في مستشفى (شهار) بالطائف. تم استعمال البرنامج اليومي الإسلامي (من صلاة في أوقاتها، ثم جلسات علاج نفسي - جمعي بالمسجد وجلسات توعية إسلامية ... الخ).

وأشارت نتائج الدراسة: إلى أن (٧٥%) من هؤلاء المدمنين لم يعودوا إلى الإدمان مرة أخرى خلال مدة متابعتهم التي استمرت لمدة عامين، ويرى الباحثان أن هذه النتيجة لم تتحقق في أي طريقة علاجية أخرى. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٧٥).

٥- دراسة موسى (١٩٩٣).

هدفت هذه الدراسة، بيان أثر التدخين على الاكتئاب النفسي. اختار الباحث عينة عشوائية مؤلفة من (١٨٠) طالباً وطالبة نصفهم من الذكور من كل كلية من كليات التربية والدراسات الإنسانية بجامعة الأزهر من الصفوف الأولى، والثانية والثالثة في تخصصات (الكيمياء والطبيعيات، واللغة العربية والدراسات الإسلامية، وعلم النفس)، تراوحت أعمارهم بين (١٩-٢٣) سنة بمتوسط عمري مقداره (٢٢.٦٧)، وانحرف معياري مقداره (١.١٣). تم تطبيق اختبار الصحة النفسية - الدينية على عينة الكليتين المؤلفة من (٣٠٠) طالباً وطالبة (نصفهم من الذكور). تم تقسيم إجابات أفراد العينة على المقياس على خماسيات (يتمل الخميس الأول: الأفراد ذو التدخين المرتفع)، و(يتمل الخميس الأوسط: الأفراد ذو التدخين المتوسط)، و(يتمل الخميس الأدنى: الأفراد ذو التدخين المنخفض).

وقد أشارت نتائج هذه الدراسة: إلى أن الأفراد ذوي التدخين المرتفع (ذكوراً وإناثاً) أقل حدة في الأعراض الاكتئابية من الأفراد (متوسطي ومنخفضي التدخين)، وكذلك الأفراد متوسطي التدخين هم أقل حدة في الأعراض الأكتئابية من الأفراد منخفضي التدخين. ويرى الباحث أن نتائج دراسته تتفق مع العديد من الدراسات منها (كيلي

ودويدك (١٩٧٧)، و (هولتز ١٩٨٠)، و (موريس ١٩٨٢)، و (براون وجاري ١٩٨٥)، و (هويخ وجرامبور ١٩٨٦)، و (جراي ١٩٨٧)، و (بيدمين وآخرون ١٩٨٧)، (براون وجاري ١٩٨٨) من أن التدخين يقلل من الأعراض العصابية. (موسى، ١٩٩٣، ص ٥٦٦-٥٧٧).

٦-دراسة عبد الله (١٩٩٦).

هدفت هذه الدراسة، معرفة أثر سماع القرآن الكريم على مستوى الأمن النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية في محافظة أربد (الأردن). اختارت الباحثة عشوائياً عينة مؤلفة من (١٣٠) طالبة موزعات على مجموعتين: التجريبية تكونت من (٧٣) طالبة من الفرعين (العلمي والأدبي) خضعت لسماع القرآن الكريم على مدار (١٢) جلسة مدة كل منها (١٥) دقيقة، والمجموعة الضابطة تكونت من (٥٧) طالبة من الفرعين (العلمي والأدبي)، ولم تخضع لأي معالجة تجريبية. استعملت به اختبار (ماسلو) للشعور بالأمن النفسي، وعدمه، والمطور من قبل (ديراني ودواني ١٩٨٣) بعد إجراء عدد من التعديلات عليه. واختبار القيم الإسلامية المعد من قبل (التل، وأبو بكره، ١٩٩٤). بعد إجراء عدد من التعديلات عليه أيضاً، قامت الباحثة باستخراج صدق وثبات الأداة. وكذلك استعمال تسجيلات لعدد من سور القرآن الكريم.

تم تطبيق كل من مقياس (الأمن النفسي) ومقياس (القيم الإسلامية) على مجموعتي الدراسة قبل إجراء المعالجة التجريبية من أجل التأكيد من تكافؤ المجموعتين. ثم تم تطبيق مقياس (الأمن النفسي)، على مجموعتي الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج (سماع آيات وسور القرآن الكريم) للتأكد من استمرار أثر المعالجة التجريبية ثم إعادة تطبيق مقياس (الأمن النفسي) على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور أسبوعين تقريباً من انتهاء تطبيق الاختبار البعدي الأول.

أظهرت النتائج: أن التغيير في مستوى الأمن النفسي للمجموعة التجريبية أعلى منه عند المجموعة الضابطة، مما يدل على وجود أثر لسماع القرآن على مستوى الأمن النفسي للطالبات وأظهرت النتائج وجود أثر لسماع القرآن الكريم على مستوى الأمن النفسي تعزى لتخصص الطلبة (علمي/ أدبي) وذلك لصالح طالبات الفرع العلمي. (عبد الله، ١٩٩٦، ص: ٣٠-٥٨).

٧- دراسة طاهر والمخزومي (٢٠٠٠).

هدفت هذه الدراسة إلى بيان أثر سماع القرآن الكريم على رفع الروح المعنوية للمرضى عند إجراء العملية الجراحية لديهم. اختار الباحثان عينة عشوائية من المرضى المزمع إجراء عمليات جراحية لهم. وتم تسميهم عدداً من الآيات القرآنية مثل ﴿قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا﴾ (التوبة: ٥١)، ﴿فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا﴾ ﴿إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا﴾ (الشرح: ٥-٦)، ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِي إِذَا دَعَانِ﴾ (التوبة: ١٨٦)، ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ﴾ (غافر: ٦٠)، ﴿قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ﴾ (يونس: ٥٧).

وأشارت النتائج: أن درجة تأثير الآية الأولى على النفس الإنسانية ورفعها للروح المعنوية بلغت (٩٠%) من مجمل العينة المدروسة من المرضى الذين لديهم مشكلات جراحية كبيرة وخطورة عالية. في حين أخذت الآية الثانية تأثيراً نفسياً بلغ (٩٦%) من مجمل أفراد العينة المدروسة.

ويعلق (القبانجي، ٢٠٠٢) على نتائج هذه الدراسة بالقول (لربما نجد في بحوث إحصائية قادمة أن درجة الاستجابة النفسية للفرد مع ربه إذا ما أصابته مصيبة قد تصل إلى درجة (١٠٠%)، وقد تقل عن ذلك في الظروف الاعتيادية، وهو يرى أن هذا (العلاج النفسي - الإسلامي) يمثل مدرسة مستقلة خاصة يتوجب دراستها في المعاهد الدراسية النفسية كافة ومنهجاً ضرورياً للعلاج السريري أيضاً (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

رابعاً: دراسات عن أثر العلاج النفسي - الإسلامي في اضطراب ما بعد الصدمة

النفسية (PTSD).

١- دراسة جليلوفيك (Djelilovic) وبرافو (Bravo) (١٩٩٩).

هدفت هذه الدراسة، استعمال (العلاج النفسي - الإسلامي) في علاج مجموعة نساء بوسنيات تعرضن للكثير من الصدمات والخسارات النفسية في الحروب. تم التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث المستوى المعيشي، والطبقي والجنس وتجربة صدمة الحرب. كانت مدة البرنامج (شهر واحد) أجريت الجلسات بين (يوم ويوم بمعدل (٩٠) دقيقة لكل جلسة. تركز البرنامج على التذكر، والحزن، وإعادة الاندماج في المستقبل. وكان الإيمان بالإسلام (العقيدة الإسلامية) موجوداً في جميع مظاهر المجموعة التجريبية وفي جميع أطوار عملياتها الجماعية.

أشارت النتائج إلى: نجاح (العلاج النفسي - الإسلامي) في المساعدة على إعادة الاندماج مع المستقبل وفي التكيف، إذ كان الإسلام هو العامل المباشر، والعلاجي في عملية إعادة التأهيل والاندماج للنساء المصدومات داخل مجتمعهن.
(Djelilovic & Bravo, 1999, PP:1-2).

٢- دراسة حسنوفيك (Hasanovic) (٢٠٠٢)

هدفت هذه الدراسة، بيان فاعلية (العلاج النفسي - الإسلامي) في علاج الإدمان والكآبة والانتحار والصدمة. قدمت هذه الدراسة إطاراً لأهمية الدين في صحة المؤمن النفسية، وقدمت وجهة نظر الإسلام عن الروح مبدءاً أساسياً في حياة الإنسان طالما كان مستقيماً، وعنصراً نافعاً في مواقفه وسلوكه. وتحدثت الدراسة عن جميع الآثار السلبية على الروح التي تعد أساس اختلال الصحة النفسية والتي تسبب اضطرابات وأمراض نفسية. إن الإسلام هو بؤرة الاهتمام في هذه الدراسة كونه نظاماً تأسس على (نظرية النص القرآني الكريم) وسيرة المصطفى -ﷺ-. تتطرق الدراسة لمبادئ الإسلام الجوهرية (النظرية والعملية) مع فوائدها الوقائية، والعلاجية على الصحة النفسية، والاجتماعية والسايكوسوماتية للفرد في المجتمع الذي يعيش في ظل الممارسة

الإسلامية.

أكد الباحث على الدور العلاجي للإسلام في علاج الإدمان ضمن (أربع مستويات) طريقة (سلوكية - معرفية)، وجاء بها الرسول الكريم محمد -ﷺ- من خلال كونه قدوة حسنة في اتباع توجيهات القرآن الكريم. يستشهد الباحث أيضاً (بالعلاج النفسي - الإسلامي) في علاج الكآبة على أساس النص القرآني إذ يرد ذكر ذلك في آيات القرآن الكريم، ويستند (العلاج النفسي - الإسلامي) في علاج الميول الانتحارية على الأمر الإلهي في تحريم إيذاء المرء لنفسه بأي وسيلة والتحريم الصريح للانتحار. تتطرق هذه الدراسة للمبادئ الإسلامية الجوهرية التي بإمكانها مساعدة الناس في التغلب على الكوارث والمصائب المفاجئة، والطويلة، والقصيرة الأمد، التي تسبب في الصدمة النفسية، وعواقبها الحادة، والمزمنة، ويوفر لها معالجة سريعة وكفوءة.

(Hasanovic,2002,PP:1-2).

خامساً: مدى فائدة البحث الحالي من دراساته السابقة وموقعه منها.

أولاً: تمكن الباحث بتوفيق من الله (العزيز القدير) من الحصول على (١٢٦٧) دراسة اختصت (بواحد أو أكثر) من متغيرات البحث الحالي، شكلت دراسات (PTSD) منها نسبة (٩٤.٦%) من مجموع هذه الدراسات. وشكلت دراسات (العلاج النفسي - الإسلامي) نسبة (٤.٣%) منها، وشكلت دراسات (العلاج النفسي - الإسلامي لـ PTSD) نسبة (١.١%). وقد اختار الباحث من بين مجموع هذه الدراسات التي حصل عليها (٣٩) دراسة، وأهمل الباقي للأسباب والمبررات الآتية:

- ١- اكتفى الباحث بالدراسات ذات العلاقة المباشرة بمتغيرات بحثه.
- ٢- اكتفى الباحث بالدراسات ذات المنهجية الواضحة.
- ٣- اكتفى الباحث بالدراسات ذات الفائدة الأكبر والأكثر من غيرها في بحثه.
- ٤- أهملت الدراسات التي شعر الباحث أن، وراءها (قصد سياسي)، أو (أعلامي)، واكتفى بالدراسات العلمية الصرفة.
- ٥- اعتمد الباحث على أحدث الدراسات، إذ كانت أغلبها من (١٩٩٠-٢٠٠٢).
- ٦- يعتقد الباحث أن عدد الدراسات التي ضمنها بحثه وعددها (٣٩) دراسة كافية، وتفي بمتطلبات البحث.

ثانياً: أفادت هذه الدراسات البحث الحالي: في جميع متغيراته وفصوله، فقد أتضح للباحث من خلال هذه الدراسات أن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) يعد عالمياً مشكلة إنسانية حقيقية يتوجب دراستها، ووضع الحلول لها، واتضح هذا من شيوع هذا الاضطراب عالمياً، ومن زيادة الاهتمام به ودراسته من قبل المختصين في العالم أجمع، وقد أفادت أكثر في هذا الجانب دراسات كل من (السامرائي، ١٩٩٤)، و(الكرخي، ١٩٩٤)، و (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥)، و (العطراني، ١٩٩٥)، و (الكبيسي، ١٩٩٨). وأكدت شيوعه محلياً وبينت مدى الحاجة الماسة لدراسته وعلاجه لكونه مشكلة إنسانية في جوانبها (النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية كافة... الخ) وكذلك دراسة (Kirmyer, 1995)، ودراسة (Morgan, 1995)،

ودراسة (Bowman,1996)، ودراسة (Selly,1997)، ودراسة (Mcnally,1998)، و (Rasekh,et al,1998)، ودراسة (Husain,1999)، ودراسة (Masic,2002) إذ بينت شيوعه عالمياً وأعدته مشكلة إنسانية حقيقية في كل جوانبها، وبينت أهمية دراستها. وأن اختلاف هذه الدراسات، وعدم اعتمادها إطاراً نظرياً، واضحاً قد أفادت الباحث من تعزيز مشكلة بحثه، والحاجة إلى الاعتماد على منهج وإطار نظري واضح يتلائم مع البيئة العربية الإسلامية. كذلك أفادت هذه الدراسات البحث الحالي في التعرف على طبيعة هذا الاضطراب، والعوامل التي تسهم فيه، وكيفية تشخيصه، ومشاكل التشخيص والقياس له. أما بخصوص المنهجية، والإجراءات المتبعة في هذه الدراسات، ومدى فائدة البحث الحالي منها، فقد تبين أن أغلب هذه الدراسات استعملت المنهج التجريبي، الذي عزز مبررات الباحث في استعمال هذا المنهج في بحثه، إذ اعتمدت عليه دراسات كل من (Selly,1997)، ودراسة (Mcnally , et al,1998)، (Masic , 2002)، (Stamm , 1998) و (Kapidzic ,et al ,1999)، و (Selimbasic ,et al ، 1999)، و (Castic & Sinanovic, 1999)، و (Nishith ,2000)، و (Lange , 2000)، و (Falstti , 2001)، (Layne ,et al,2001)، و (Sinanovic,2002)، و (back,2002)، و (Paunovic,2002) ودراسة جامعة (Pennsylvania,2002) ودراسات (الجمعية الطبية الإسلامية - 1984) و (Abo Al - azayem.1989) و (الأطروني والراضي، 1990)، و (موسى، 1993)، و (عبد الله، 1996)، و (طاهر والمخزمي، 2000)، و (Djelilovic& Bravo,1999) هذه الدراسات التي كان منهجها التجريبي واضحاً وبماثل المنهج التجريبي المعتمد في البحث الحالي إذ الاختبارات القبليّة، والتكافؤ بين المجموعتين، وتقسيم المجاميع التجريبية والضابطة وإعطاء البرنامج للمجاميع التجريبية ومن ثم الاختبارات البعدية ومن ثم اختبارات تقويم المتابعة، إلا أن هناك دراسات أخرى استعملت المنهج التجريبي، ولكنها لم تشر إليه إشارة واضحة مثل:-

(Rasekh,etal,1998)،و(Deani,etal,1994)،و(Dizdarevic,1999)،(Murphy,etal, 1999)،و(Stubenbort,etal,2001)،و(Saltzman,2001)،و(Hasanovic,2002).

أما بخصوص أدوات الدراسة فقد أفادت البحث الحالي الكثير من هذه الدراسات إذ اعتمد البحث الحالي ثلاث أدوات في قياس وتشخيص (PTSD)، وهي:

١- استعمال مقياس إكلينيكي لقياس وتشخيص (PTSD)، وقد استعملت هذا النوع من القياس والتشخيص دراسات كل من (العطراي، ١٩٩٥)، و (Kirmyer,etal,1995)، و (Selly,etal,1997)، و (الكبيسي، ١٩٩٨) (الذي اعتمد مقياسه في البحث الحالي كأحد معايير التشخيص).

و (Deahi,etal,1994) و (Kapidzic,etal,1999) و (Selimbasic,etal,1999) و (Nishith,etal,2000)، و (Layine,etal,2001)، و (Sinanovic,2002).

٢- التقويم الطبي النفسي، لقياس وتشخيص (PTSD)، وهو أحد المعايير أيضاً المعتمدة في قياس وتشخيص (PTSD) في البحث الحالي، وقد استعمل في دراسات (السامرائي، ١٩٩٤).

و (Bowman,etal,1996) و (Rasekh,etal,1998) و (Stamm,1998) و (Selimnasic,etal,1999) و (Sinanovic,2002)، ودراسة جامعة (Pennsylvania)، (2002).

٣- استعمال معايير (DSM) في تشخيص اضطراب (PTSD) وهو أحد المعايير أيضاً في قياس وتشخيص (PTSD) المستعملة في البحث الحالي، وقد استعملت في دراسات عديدة مثل دراسة (الكرخي، ١٩٩٤)، و (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥)، و (العطراي، ١٩٩٥) في بناء مقياسه. و (Selly,etal,1997) و (الكبيسي، ١٩٩٨) في بناء مقياسه أيضاً، و (Susain,1999) و (Masic,2002) و (Dizdarevic,1999) و (Nishithe,etal,2000) و (Lange,etal,2000) و (Paunovic,2002) فضلاً عن أن هناك دراسات أخرى اعتمدت معايير (DSM) لكنها لم تشر إليها على نحو واضح. أما بخصوص العلاج الجماعي في علاج (PTSD) المستعمل في البحث الحالي، فقد استعمل في الكثير من الدراسات، مثل دراسة:

(Deahi,etal,1994)و (Sizdarevic,1999)و (Kapidzic,etal,1999)و (Catic&Sinanovic,1999)و (Nishith,etal,2000)و (Lange,etal,2000)و (Falstti,etal,2000)و (Stubenrt,etal,2001)و (Layne,etal,2001)و (Saltzman,2001)و (Sinanovic,2002)و (Paunovic,2002). ودراسة جامعة (Pennsylvania,2002)، فضلاً عن العلاج الجماعي النفسي - الإسلامي للأمراض النفسية وخصوصاً (PTSD)، إذ في العلاج النفسي الإسلامي الأمراض النفسية على نحو عام استعمل في دراسات (الجمعية الطبية الإسلامية ١٩٨٤)، و (Abo Al-Azayem,1989) و (الأطروني والراضي، ١٩٩٠) و (موسى، ١٩٩٣)، و (عبد الله، ١٩٩٦) وفي استعماله لعلاج (PTSD) استعمل في دراستي: (طاهر والمخزومي، ٢٠٠٠)، و (Djelilovic&Bravo,1999) فضلاً عن أن هناك دراسات استعملت العلاج الجماعي لـ (PTSD) لكنها لم تشر له على نحو واضح.

أما بخصوص الإجراءات فيلاحظ أنها تختلف من دراسة لأخرى حسب هدف الدراسة وطبيعتها والمنهجية المتبعة، ونوع العلاج... الخ) فمن حيث العينة ونوعيتها أغلبها اختارت عينات قصدية أو عشوائية من مجتمع قصدي خصوصاً فيما يتعلق بدراسة (PTSD)، لأنه مشخص اكلينيكيًا، وليس سمة عامة موجودة عند غالبية الناس ولذلك حتى العشوائية منها لم يتم اختيارها على هذا الأساس (أي سمة عامة موجودة عند غالبية الناس)، وإنما تم اختيارها من الناس الذين مرّوا بتجارب أو أحداث صدمة أو اختيار عشوائي من بين المرضى وهذا ما حصل في الغالبية العظمى من الدراسات التي ضمنها البحث الحالي.

أما أعمار أفراد العينة، فقد اختلفت الدراسات وحسب طبيعة كل منها، ومدى اهتمامها، إذ تناولت أعماراً مختلفة (أطفال، ومراهقين وراشدين وكهول) لكن تركزت أغلب الدراسات على الفئة العمرية والمحصورة بين (٢٠-٦٠) سنة، وتناولت كلا الجنسين (ذكوراً وإناثاً) وقسم منها أهتم بالذكر خصوصاً في صدمات الحروب، وتجارب الأسر، وقسم اهتم بالإناث خصوصاً في

(صدّات الاغتصاب والاعتداء الجنسي)، أما عدد أفراد العينة فقد اختلفت الدراسات فيه أيضاً حسب طبيعتها، وأهدافها ومنهجها، فالدراسات ذات المنهج الوصفي التي هدفت إلى بيان مدى انتشار (PTSD) أو قياسه فقد كانت عيناتها أكبر مثل دراسة (السامرائي ١٩٩٤-١٠٦ أسير)، و (الكرخي، ١٩٩٤-٣٠ مريض) و (Kermyer,etal,1995 -١٦٦مستعدي جثث)، و (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥-٢٢٠ مراجعي مستشفيات)، و (العطرائي، ١٩٩٥-٣٠٠ من أقارب ملجأ العامرية وأقربانهم)، و (Bowman,et,al,1996 -٤٥ مرضى خلجات حركية)، و (Selly,et,al,1997 -١٨٧ ناجين من اصطدام قطارين)، و (McNally,et,al,1998 -٨٠ اعتداء جنسي)، و (الكبيسي ١٩٩٨-١٥٠ مراجعي مستشفيات) و (Rase KH,et,al,1998 -١٦٠ امرأة صدمات حرب) و (Husain,1999 -٧٩١ صدمات حرب وحصار)، وهناك دراسات وصفية لم تشر بوضوح إلى عدد أفراد العينة، ولكن يتضح من سياق الدراسة أنها كبيرة مثل دراسة (Masic,2002). أما الدراسات التي استعملت المنهج التجريبي، فكانت عيناتها أقل مثل دراسة (Deahi,etal,1994 -٢٦ جندي صدمة حرب) و (Kapidzic,etal,1999 -٣٠ صدمة حرب) و (Layne,etal,2001 -٥٥ طالب صدمة حرب) و (Saltzman,2001 -٢٦ طالب صدمة حرب) (Sinanovic,2002 -٣٢ طفل صدمة حرب) فضلاً عن دراسات العلاج النفسي الإسلامي، إذ كانت العينات التجريبية صغيرة أيضاً مثل دراسة (الجمعية الطبية الإسلامية ١٩٨٤- خمسة متطوعين) و (Abo Al-Azyem,1989 -المجاميع الصغيرة ٣٠ فرداً)، إلا أن هناك دراسات تجريبية عديدة لم تشر بوضوح إلى عدد أفراد كلا العينتين التجريبية، والضابطة. علماً أن العينات في البحوث التجريبية (سابقة الذكر) هي لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة.

أما بخصوص إجراءات البرامج العلاجية، ونوعها فقد اختلفت في الأنواع لكنها تشابهت في أغلب الإجراءات. فعدد من الدراسات استعملت واحداً أو أكثر من طرق العلاج النفسي (الإرشاد المختصر، التفريغ النفسي) كما في دراسة (Deahi,1994) أو طريقة (العلاج المتمركز) نحو دراسة (Stamm,1998) إذ كان على الصدمة أو على الحاضر ودراسة (Layne,etal,2001) ودراسة (Satzman,2001) أو طريقة (الدعم النفسي) مثل دراسة (Dizdarevic,1999) أو طريقة (تعزيز التحفيز) مثل دراسة (Marphy,etal,1999)، أو

طريقة (العلاج النفسي - الاجتماعي) مثل دراسة (Selimbasic,et,al,1999).

وطريقة (إحياء المعنى) نحو دراسة (Dizdarevic,1999)، وطريقة (العلاج النفسي - المنظم) مثل دراسة (Catic,1999)، وطريقة (العلاج المعرفي) مثل دراسة (Nishith,etal,2000)، وطريقة (العلاج بالتعرض) نحو دراسة (Nishith,etal,2000)، ودراسة جامعة، (Pennsylvania,2000)، وطريقة العلاج السلوكي - المعرفي، ودراسة (Stubenbort,etal,2001)، و (Paunovic,2002) وكذلك العلاج الكيميائي (الدوائي) نحو دراسة (lange,et,al,2000)، وعلاج التعرض متعدد القنوات (MCET) كما في دراسة (Filstti,etal,2001)، والعلاج بالتحفيز المستحدث بـ (EEG) كما في دراسة (back,2002)، أو العلاج النفسي الإسلامي كما في دراسات (بدري ١٩٧٩) و (الجمعية الطبية الإسلامية، ١٩٨٤) و (Abo Al- Azayme,1989)، و (الأطروني، ١٩٩٠)، و (موسى، ١٩٩٣) و (عبد الله، ١٩٩٦)، و (Djelilovic&Bravo,1999) و (طاهر والمخزومي ص: ٢٠٠٠) و (Hasannovic,2001). أما إجراءات البرامج العلاجية الجماعية فقد تشابهت في أغلب الدراسات، إذ اعتمدت على إجراء جلسة أو جلستين أسبوعياً لشهر أو شهرين مدة الجلسة (١-٣) ساعات تسبقها اختبارات قبلية وتتبعها اختبارات بعدية، ومن ثم اختبارات (تقويم متابعة)، وهذه هي الإجراءات المتبعة في البحث الحالي واتبعت في دراسات كل من:

(Stamm,1998)، و (Murph,etal,1999)، و (Kapidzic,etal,1999)، و (Catic&Sinnanovic,1999)، و (Nishith,etal,2000)، و (Lange,etal,2000)، و (Falstti,etal,2001)، و (Layne,etal,2001)، و (Sinanovic,2002)، و (back,2002)، و (Paunovic,2002) ودراسة جامعة (Pennsylvania,2000)، وقد استعملت الدراسات الإسلامية أغلب إجراءات هذه المنهجية مثل دراسة (الجمعية الطبية الإسلامية، ١٩٨٤)، و (Abo Al-Azayme,1989) و (الأطروني والراضي، ١٩٩٠) و (موسى، ١٩٩٣)، و (عبد الله، ١٩٩٦)، و (Djelilovic&Braro,1999)، و (طاهر والمخزومي، ٢٠٠٠). وقد أفاد الباحث من نتائج هذه الدراسات أيضاً في جميع إجراءات وفصول البحث خصوصاً في توضيح مشكلة وأهمية البحث،

وكذلك في تفسير النتائج.

ثالثاً: موقع البحث الحالي من الدراسات السابقة: إن القيمة العلمية النظرية، لأي بحث تتحقق عندما يكون لهذا البحث موقعاً متناسقاً بين الدراسات ذات العلاقة، ومسجلاً إضافات نوعية لها. إن واحدة من الإضافات النوعية للبحث الحالي هو انه وجد له مكاناً متناسقاً في أربع مواقع:

١- في بحوث ودراسات الصدمة النفسية والاضطرابات الناشئة عنها وخصوصاً (PTSD) ففي أحد جوانبه والمتضمنة (طبيعة -PTSD- وقياسه وتشخيصه، وبيان مدى انتشاره) جاء في سياق دراسات كل من (السامرائي، ١٩٩٤) و (الكرخي، ١٩٩٤)، و (Kirmyer,et,al,1995) و (Morgan,etal,1995)، و (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥)، و (العطرانسي، ١٩٩٥)، و (Selly,et,al,1997) و (الكبيسي، ١٩٩٨)، و (Husain,1999).

٢- في البحوث والدراسات المتعلقة بعلاج (PTSD)، وفي جانب آخر من البحث الحالي وهو (علاج PTSD) جاء متناسقاً مع دراسات كل من:

(Deahi,etal,1994)و(Stamm,1998)و(Dizdarevic,1999)،و(Deahi,etal,1994)و(Murphy,etal,1999)و(Kapidzic,etal,1999)و(Selimbasic,etal,1999)،و(Catic&Sinanovic,1999)و(Nishith,et,al,2000)و(Lange,etal,2000)،و(Falstti,et,al,2001)و(Stabenbort,et,al,2001) و (Layne,et,al,2001)، و(Saltzman,2001)، و (Sinanovic,2002)، و (back,2002)، و (Paunovic,2002)، ودراسة جامعة (Pennsylvania,2002).

٣- في بحوث ودراسات (العلاج النفسي - الإسلامي): وفي جانب آخر من البحث الحالي أيضاً وهو (العلاج النفسي - الإسلامي) جاء متناسقاً مع دراسات كل من (بدري ١٩٧٩) ودراسات (الجمعية الطبية الإسلامية، ١٩٨٤)، (Abo Al-Azyem,1989)، و(الأطروني والراضي، ١٩٩٠)، و (موسى، ١٩٩٣)، و (عبد الله، ١٩٩٦)، و (طاهر

والمخزومي، ٢٠٠٠).

٤- في بحوث ودراسات (لعلاج النفسي - الإسلامي في اضطراب PTSD): وهو الجانب الأهم الذي اهتم به البحث الحالي (العلاج النفسي - الإسلامي لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية). إذ لاحظ الباحث الندرة الكبيرة من البحوث، والدراسات المتعلقة في هذا الجانب، فمن بين (١٢٦٧) دراسة، لم يحصل الباحث منها إلا (٤) دراسات فقط أهملت (٢) أثنان منها لعدم وجود منهجية واضحة فيها. وبذلك فإن البحث الحالي جاء في هذا المجال لسد فراغ كبير تعاني منه دراسات (PTSD)، وتفتقر إليه المكتبة العربية في علم النفس، وبذلك كان البحث الحالي مكملاً لدراساتي، (Djelilovic&Bravo,1999)، و (Hasanoric,2002) على الرغم من افتقارها لكثير من الإجراءات.

أولاً. إجراءات اختيار العينة:

أختار الباحث عينة بحثه بالطريقة القصدية للأسباب الآتية:-

أولاً. إن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، هو أحد الاضطرابات النفسية المصنفة عالمياً (DSM) (ICD-IO)، وبذلك فهو سمة مرضية لا تتوزع بالطريقة الاعتدالية، كما في السمات الإيجابية في الشخصية.

ثانياً. تعذر جمع المعلومات عن المجتمع الأصلي، وذلك للأسباب الآتية:-

١- عدم توافر الإحصاءات الدقيقة عن الأحداث الصدمية، في المؤسسات ذات العلاقة (المستشفيات التخصصية والوحدات النفسية في المستشفيات الحكومية وحتى العيادات الاستشارية النفسية الخاصة).

٢- صعوبة تشخيص هذا الاضطراب من قبل الأخصائيين، للأسباب الآتية:

أ- تداخل أعراضه مع أعراض اضطرابات أخرى مثل (الكآبة والقلق).

ب- اختلاف معايير تشخيصه من مراجعة إلى أخرى في التصنيفات العالمية،

(DSM-II,1951) (DSM-II,1968) (DSM-III,1980)

(DSM,III-R,1987) (ICD-IO,1990) (DSM,IV,1994).

٣- تغيير أنواعه وشدة اضطرابه من المتأخر الظهور (Delayed-PTSD) إلى

المزمن (Chronic-PTSD) أو الحاد (Acute-PTSD)، عبر الزمن

نتيجة للشفاء التلقائي أو العكس نتيجة لتطور الحالة المرضية.

(APA,2002,P:3).

ثالثاً. تشير الدراسات ذات العلاقة إنه ليس كل من يتعرض للصدمة النفسية يصاب

باطراب (PTSD)، وإنما يعتمد ذلك على عوامل عديدة. (الكبيسي، ١٩٩٨،

ص:٢٢).

رابعاً. تشير دراسات (PTSD) إن أنواع الصدمات الأكثر إسهاماً في هذا الاضطراب، هي صدمات الأسر خلال العمليات العسكرية، والتعرض للتعذيب والتجارب القتالية الحربية، وقصف الدور السكنية والاعتداء الجنسي. (Atkinson,et.al,1990,P:565). وإن الكثير من المتعرضين لهذه الصدمات لا يصرحون بها للآخرين، خصوصاً ممن تعرض لها وأصيب باضطراب (PTSD).

خامساً. إن الكثير من ضحايا (PTSD) لا يراجع المختصين أو العيادات النفسية، ولا يطلب مشورة طبية، لأسباب كثيرة منها، ثقافة المريض النفسية ومدى نظرتة للمرض النفسي، والتوقعات التي يحملها المريض عن نظرة الناس له فيما لو راجع طبيباً نفسياً، وعدم ثقته بالعلاج الطبي.

ونتيجة للأسباب الواردة سابقاً، فقد اختار الباحث عينة قصدية من:

- ١- مراجعي العيادات الخارجية للمستشفيات التخصصية النفسية، والوحدات النفسية في المستشفيات الحكومية، في مركز مدينة بغداد.
- ٢- مركز استلام الأسرى العراقيين العائدين حديثاً من إيران.
- ٣- المصابين باضطراب (PTSD)، والراغبين في (العلاج النفسي - الإسلامي عن طريق إعلان نشر في جامعة بغداد (مجمع باب المعظم) ملحق (٩)).
- ٤- مراجعي الباحث لغرض الاستشارات النفسية*.

وبذلك تم الحصول على (٥٤) شخصاً من المسلمين الذكور فقط، انسجاماً مع متطلبات البرنامج العلاجي (النفسي - الإسلامي) الجمعي، والجدول () يوضح ذلك:

* يعمل الباحث في الاستشارات النفسية، لمدة تزيد على العشرات سنوات، وسبق له أن عمل، باحثاً نفسياً في مستشفى الرشيد العسكري وأستاذاً معاشياً في مستشفى ابن رشد التعليمي

جدول (١) أماكن أخذ أفراد العينة وعدد كل منها ونسبها المئوية

ت	أماكن أخذ أفراد العينة	العدد	النسبة المئوية
١.	مستشفى الرشيد العسكري.	٤	%٧.٤٠٧
٢.	مستشفى بغداد التعليمي.	١	%١.٨٥١
٣.	مستشفى الكاظمية التعليمي.	٢	%٣.٧٠٣
٤.	مستشفى ابن رشد التعليمي.	٣	%٥.٥٥
٥.	مركز استلام الأسرى الجدد.	١٣	%٢٤.٧٤
٦.	متطوعين عن طريق الإعلان.	٢٢	%٤٠.٧٤٠
٧.	مراجعي الباحث لغرض الاستشارات النفسية.	٩	%١٦.٦٦٠

وتراوحت أعمار العينة بين (٢٥-٥٥) سنة بمتوسط عمري مقداره (٤٠) سنة، وتوزعت العينة حسب المهنة إلى: (٣٤) أسير عراقي عائد من إيران، منهم: (١٥) أسير ضابط، و (١٩) أسير من المراتب والمتطوعين، و (١١) طالباً و (٥) خمسة موظفين و (٤) أربعة متقاعدين أو عاطلين عن العمل. والجدول (٢) يوضح ذلك:

جدول (٢) توزيع أفراد العينة حسب العمر والمهنة

ت	الفئة العمرية	العدد	المهنة				
			أسير عائد		طلاب	موظفين	متقاعدين
			ضابط	مراتب			
١.	٢٥-٣٠	٤	-	١	٣	-	
٢.	٣١-٣٥	٦	-	٢	٤	-	
٣.	٣٦-٤٠	١٠	-	٥	٤	١	
٤.	٤١-٤٥	١٢	٧	٥	-	-	
٥.	٤٦-٥٠	١٣	٥	٤	-	٤	
٦.	٥١-٥٥	٩	٣	٢	-	٤	
	المجموع	٥٤	١٥	١٩	١١	٥	

أما أنواع الصدمات التي تعرض لها أفراد العينة، فكانت (٢١) شخصاً تعرض

لصدمة الأسر وتعذيب في الأسر، و (١٣) شخصاً، تعرضوا لصدمة التجارب القتالية العنيفة، و (٨) أشخاص، تعرضوا لصدمة موت شخص عزيز، و (٦) أشخاص تعرضوا لصدمة حادث قتل، و (٢) شخصان تعرضوا لصدمة مشاهدة حوادث صدمية و (٢) شخصان تعرضوا لصدمة حريق أو قصف دورهم السكنية و (٢) شخصان تعرضوا لصدمة السطو المسلح. والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣) توزيع أفراد العينة الكلية حسب نوع الصدمة ونسبها المئوية

ت	أنواع الصدمات النفسية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
١.	أسر وتعذيب في الأسر.	٢١	%٣١.٨٨
٢.	تجربة قتالية عنيفة.	١٣	%٢٤.٠٧٤
٣.	موت شخص عزيز.	٨	%١٤.٨١٤
٤.	النجاة من حادث قتل محقق.	٦	%١١.١١١
٥.	مشاهدة حوادث صدمية.	٢	%٣.٧٠٣
٦.	قصف أو حريق دار سكنية.	٢	%٣.٧٠٣
٧.	سرقة بقوة السلاح (سطو مسلح).	٢	%٣.٧٠٣
	المجموع	٥٤	%١٠٠

ثانياً. إجراءات التشخيص وأدواته:

لتحقيق أهداف البحث الحالي، ولطبيعة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، ولصعوبة تشخيصه، فضلاً عن المبررات التي ذكرت في اختيار العينة، فقد تطلب استعمال ثلاثة أنواع من الأدوات في التشخيص القبلي والبعدي والمتابعة وهي:

- ١- التشخيص الطبّي - النفسي.
 - ٢- التشخيص بمعايير (DSM-IV,1994) لاضطراب (PTSD).
 - ٣- التشخيص بمقياس اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، الذي أعدّه (الكبيسي، ١٩٩٨).
- ١- التشخيص الطبّي - النفسي: وهو تشخيص يجريه استشاري الطب النفسي لعينة البحث، وفقاً (لاستمارة الفحص الطبي - النفسي) التي أعدها الباحث ملحق (١) للإيفاء بمتطلبات البحث في هذا الجانب، وللطبيب النفسي، الحرية الكافية في الأسلوب الذي يتبعه في التشخيص مع مراعاة جوانب استمارة الفحص، مع تنبيه الطبيب النفسي، بضرورة عدم التلميح للمريض، إلى أي نوع من أنواع العلاج، والاقتصار على التشخيص فقط مع بيان شدة المعاناة ونوع الاضطراب إن وجد بحيث تعطى (١) للمصابين باضطراب بسيط، و (٢) درجتان اضطراب متوسط و (٣) اضطراب شديد. ووفقاً لهذا الأسلوب فقد تم عرض جميع أفراد العينة على أخصائي في الطب النفسي، وحسب الجدول الآتي، وتم تشخيص (٣٦) فرداً مصاباً باضطراب (PTSD) من أصل المجتمع البالغة (٥٤) فرد.

الجدول (٤) التشخيص الطبي النفسي، حسب اسم الطبيب ومكان عمله والأفراد المشخصين

ت	أماكن أخذ أفراد العينة	الطبيب الاختصاص	عدد الأفراد	
			المشخصين PTSD	غير المشخصين
١.	مستشفى الرشيد العسكري.	حيدر عبد المحسن	٢	٢
٢.	مستشفى بغداد التعليمي.	عبد المناف حسين	-	١
٣.	مستشفى الكاظمية التعليمي.	محمد عبد الحميد	١	١
٤.	مستشفى ابن رشد التعليمي.	مكحولة* احمد	٢	١
٥.	مركز استلام الأسرى الجدد.	مكحولة احمد	٩	٤
٦.	متطوعين عن طريق الإعلان.	مكحولة احمد	١٤	٨
٧.	مراجعي الباحث لغرض الاستشارات النفسية.	مكحولة احمد	٨	١
المجموع		٤	٣٦	١٨

٢- التشخيص بمعايير (DSM-IV,1994) (APA,DSM,IV,1994): قام الباحث بتشخيص مضطربي ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، من بين أفراد عينة البحث الإجمالية، وفقاً لمعايير (DSM-IV,1994)، من خلال استمارة فحص نفسي أعدّها الباحث ملحق (٢)، واشتملت الاستمارة المعايير المذكورة في الإطار النظري (ص:) . وتضمنت (١٧) فقرة، تمثل كل فقرة واحداً من الأعراض المرضية، ويشترط في المصاب توفر (٦) أعراض في الأقل. ووفقاً لهذا الأسلوب، تم تشخيص (٣٣) فرداً مصاباً باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، من بين أفراد العينة البالغ عددها (٥٤) فرداً، جمعهم كانوا من بين الأفراد الذين شخّصهم الطبيب النفسي، باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، و (٣) أشخاص، من الذين شخّصهم الطبيب النفسي لم تتوفر فيهم

* تم اصطحاب أفراد العينة المذكورين في التسلسل (٥، ٦، ٧) إلى مستشفى الكاظمية التعليمي، حيث تم تشخيصهم من قبل الدكتورة (مكحولة أحمد) بعد أن تم أخذ موعد منها.

معايير (PTSD). وقد اعتمد من توافر فيه (٦-٩) أعراض بأنه مصاب باضطراب بسيط و (١٠-١٣) اضطراب متوسط و (١٤-١٧) اضطراب شديد.

٣- التشخيص بمقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، (الكبيسي، ١٩٩٨): قام بينائه (الكبيسي، ١٩٩٨)، وقد مر بناء هذا المقياس بخطوات عدة هي:-

أ- أُجري تحديد لمجالاته في ضوء المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM,IV,1994) لاضطراب (PTSD)، بعد الإطلاع على الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب.

ب- صيغت فقرات أو أسئلة تمثل أعراض (PTSD)، حيث بلغ عدد الأسئلة بصورتها الأولية (٨٥) سؤالاً، توزعت على ثلاث معايير رئيسية، وللتحقق من إن الفرد قد تعرض إلى حدث صادم [الشرط الأول من المعيار (١-أ)]، وضع ابتداءً (١٤) سؤالاً تمثل أنواع الحوادث الصادمة، وتكون الإجابة عنها ب (نعم) أو (لا). ووضع سؤالاً عن استجابة الفرد المقترنة بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب. [الشرط الثاني من المعيار الفرعي (١-أ)]، ووضعت خمسة أسئلة أخرى ترفد المعالج بمعلومات لوضع البرنامج العلاجي. وبهذا أصبح مجموع الأسئلة الكلي لهذا المعيار (٢٠) عشرون سؤالاً. وعلى هذا الأساس يتكون المعيار الفرعي (١-أ) من شرطين أساسيين، يجب توافرها معاً في المريض ليعد مصاباً باضطراب (PTSD). ويشترط توافر المعيار الفرعي (١-أ) لتكملة الإجابة على المقياس في معايير الأخرى. ولهذا لا تكون هناك درجة لهذا المعيار بضمن الدرجة الكلية للمقياس.

أما المعيار (١-ب)، فيتكون من (٥) خمسة أعراض. والمعيار (١-ج) يتكون من (٧) سبعة أعراض، والمعيار (١-د) يتكون من (٥) خمسة أعراض. أما الاضطرابات المصاحبة (المعيار -٣)، تألفت من (اثنتي عشر) عرضاً، ووضع لكل عرض سؤالاً عن (التكرار) وسؤالاً آخر عن (الشدة). ووضعت في المقياس (خمس) بدائل للإجابة هي، (صفر، ١، ٢، ٣، ٤) طريقة لقياس التكرار والشدة، ويتم وفقاً للآتي:-

أ- (صفر): يشير إلى أن المريض لا يعاني من ذلك العرض المرضي.

ب- (٤): تشير إلى أعلى تكرار أو شدة لذلك العرض.

وقد وضعت بعد البدائل، أسئلة عن وصف الحالة مع الأمثلة (للتكرار) وأسئلة عن تحديد شدة الحالة (الشدة). وذلك زيادة لتوضيح حالة المريض ومعاناته، وعند عدم مقدرة المفحوص، تحديد درجة تكرار حالته وشدتها، يمكن أن يضع الفاحص الدرجة بدقة مستقيماً من وصف المريض لحالته، كما وضع سؤالاً واحداً للمعيار الفرعي (١-هـ) لتعرف معاناة المريض ووفقاً لثلاثة أنواع أو درجات من شدة المعاناة: (اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية الحاد أو المزمن، أو المتأخر الظهور).

ولا يدخل هذا المعيار بضمن حساب الدرجة الكلية، بل لتمييز أنواع هذا الاضطراب فقط. كما وضعت ثلاثة أسئلة أخرى للمعيار الفرعي (١-و) تمثل الانزعاج الذاتي والعجز في الوظيفة الاجتماعية والمهنية للمريض، ولا تدخل كذلك بضمن الدرجة الكلية للمريض. وأخيراً وضعت ثلاثة أسئلة (فقرات) للتقديرات الإجمالية (المعيار الرئيسي -٢) التي تمثل الصدق الإجمالي (٢-أ) والشدة الإجمالية (٢-ب) والتحسن الإجمالي (٢-ج)، ولا تدخل درجاتها التي يحصل عليها المفحوص بضمن الدرجة الكلية، وإنما لتعرف مدى صدق استجابات المفحوص.

وبهذا يستفاد من المعايير الفرعية (أ-١) و (هـ-١) و (و-١) في رفض أو قبول الاستمارة بتعرف استيفاء شرط المعايير الأخرى. أما الاضطرابات المصاحبة (المعيار -٣-) فلا علاقة لها بالدرجة الكلية وإنما يستفاد منها في معرفة أنواع الاضطرابات المصاحبة لـ (PTSD) ومعالجتها.

أما طريقة القياس فتكون على النحو الآتي:

أ- التأشير بـ (✓) تحت البديل المناسب بـ (نعم) أو (لا) عن الحوادث الصدمية الموجودة في المعيار (أ-١).

ب- تأخذ المعلومات من المفحوص والتي تتعلق بطبيعة البحث، مع التأشير على أكثر الحوادث الصدمية، إزعاجاً للشخص وتحديد تاريخ وقوعها.

ج- بعد توافر المعيار (أ-١)، تطرح أسئلة المعايير الأخرى على المريض، ابتداءً من التكرار ثم الشدة.

د- بعد استيفاء الإجابة عن أسئلة المقياس لشروط المعيار الأول (١) في معايير الفرعية (أ، ب، ج، د، هـ، و) جميعها، تحسب الدرجة الكلية للمقياس، وذلك بجمع درجات التكرار على حدة ودرجات الشدة على حدة لكل معيار من المعايير الفرعية (أ-١) و (ب-١) و (ج-١) و (د-١).

هـ- بعد جمع التكرار والشدة على هذه المعايير، نحصل على الدرجة الكلية.

و- من أجل تصنيف الحالة المرضية للمريض (بسيط، متوسط، شديد)، نرجع إلى الدرجة الكلية التي حصل عليها المريض، في (هـ) سابقاً، فقد

وزعت المسافة بين (١٨) درجة و (١٣٦) درجة على ثلاث مديات متساوية، وبذلك يتم التصنيف وفقاً للآتي:

١- (PTSD) بسيط: هو المريض الذي يحصل على درجة كلية في هذا المقياس تتراوح ما بين (١٨ - أقل من ٥٧.٣).

٢- (PTSD) متوسط: هو المريض الذي يحصل على درجة كلية في هذا المقياس تتراوح ما بين (٥٧.٣ - أقل من ٩٦.٦).

٣- (PTSD) شديد: هو المريض الذي يحصل على درجة كلية في هذا المقياس تتراوح ما بين (٩٦.٦ - ١٣٦).

احتسبت الدرجة (١٨) في (PTSD - البسيط) وهي أقل درجة في المقياس، ليعد الشخص مريضاً، من خلال حصول الفرد على أدنى درجة تكرار (١) ودرجة شدة (٢) ليكون المجموع (٣). وبما إن الاضطراب يشخص من خلال توافر (٦) ستة أعراض في الأقل من المعايير الفرعية الثلاث [عرض في الأقل من المعيار الفرعي (١-ب) وثلاثة أعراض من المعيار الفرعي (١-ج) وعرضين في الأقل من المعيار الفرعي (١-د)].

فيكون حاصل ضرب (٣ × ٦ = ١٨) تعد أدنى درجة كلية يحصل عليها الفرد فيما إذا أجاب عن (٦) أعراض فقط.

ويتمتع هذا المقياس بأربعة أنواع من الصدق هي:-

وقد قام الباحث باتباع الإجراءات اللازمة لهذه الأنواع من الصدق. أما الثبات

فقد بلغ (٠.٨٠) باستعمال معادلة بيرسون وهو دال عند مستوى (٠.٠٥)، وقد استعمل بطريقة إعادة الاختبار ملحق (٣). (الكبيسي، ١٩٩٨، ص ص ٦٤-٨٧).

وبعد أن استعمل الباحث (مقياس الكبيسي، ١٩٩٨) في البحث الحالي، لتشخيص اضطراب (PTSD)، فقد تبين إصابة (٣٢) فرداً باضطراب (PTSD)، من أصل العينة البالغة (٥٤) فرداً، حيث كان جميعهم من بين الأفراد الذين شخّصوا، وفقاً للتشخيص الطبي - النفسي والتشخيص بمعايير (DSM-IV, 1994)، وإنّ (٤) أربعة أفراد من بين الذين شخّصهم الطبيب النفسي، لم تنطبق عليهم معايير هذا المقياس و (واحد) فقط من بين الذين شخّصوا بمعايير (DSM-IV, 1994) لم تنطبق عليه معايير هذا المقياس أيضاً.

وقد اعتمد الباحث المرضى الذين اتفقت على تشخيصهم جميع هذه الطرائق من التشخيص، وبذلك أصبح حجم العينة النهائي (٣٢) فرداً مصاباً باضطراب (PTSD) من أصل العينة البالغ (٥٤).

وبذلك توفرت خصائص عدّة في العينة النهائية التي خضعت للمعالجة التجريبية هي:-

١- شرط انطباق المعايير التشخيصية الثلاث [التشخيص الطبي - النفسي، والتشخيص بمعايير DSM-IV, 1994، والتشخيص بمقياس PTSD (الكبيسي، ١٩٩٨) على من يدخل قيد المعالجة التجريبية.

٢- خلو المشارك من الأمراض الذهانية.

- ٣- عدم تعاطي المشارك العقاقير الطبية.
- ٤- أن لا يكون المشارك متعرض لأي نوع من البرامج العلاجية لـ (PTSD).
- ٥- أن يبدي رغبته في المشاركة (بالبرنامج العلاجي النفسي - الإسلامي) الحالي.

ثالثاً. إجراءات بناء البرنامج العلاجي:

أولاً. اعتمد الباحث في بناء برنامج (العلاج النفسي - الإسلامي) لاضطراب ما بعد

الصدمة النفسية، وتطبيقه على الأسس الآتية:

- ١- القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.
- ٢- التراث العربي الإسلامي، في ميدان العلاج الإسلامي.
- ٣- الدراسات والأدبيات ذات العلاقة.
- ٤- معايير اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD): في ضوء المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤. (DSM-IV,1994).
- ٥- اعتماد أسلوب العلاج النفسي - الجمعي وفي ضوء الأسس أعلاه، تم تحديد متطلبات البرنامج العلاجي.

ثانياً. التخطيط للبرنامج العلاجي: وتم من خلال اختيار أنسب النماذج المعروفة في

البرامج الإرشادية والعلاجية، مثل أنموذج التخطيط وأنموذج التخطيط والبرمجة والميزانية. (الدوسري، ١٩٨٥، ص ص: ٢٤٢-٢٤٣) وأنموذج بوردرس ودروري ١٩٩٢، وأنموذج بيترسون ١٩٩٧ وأنموذج سليمان ١٩٩٩. (الطائي، ٢٠٠١، ص:٥٠). وقد اعتمد الباحث أنموذج (بوردرس ودروري ١٩٩٢) (Borders and Drury,1992) في بناء برنامجه العلاجي الذي يقوم على خطوات عدّة، هي:

- ١- تقرير وتحديد الاحتياجات والمتطلبات.
- ٢- كتابة وإعداد أهداف البرنامج.
- ٣- تحديد الأولويات.
- ٤- العناصر التي يقوم عليها البرنامج العلاجي.
- ٥- الأشخاص المنفذون للبرنامج العلاجي.
- ٦- اختبار وتنفيذ نشاطات البرنامج.

٧- تقييم وتقدير مدى كفاءة البرنامج. (الطائي، ٢٠٠١، ص ص: ٥٠-٥٢).

١- تحديد احتياجات ومتطلبات البرنامج العلاجي:

لتقرير وتحديد متطلبات واحتياجات برنامج العلاج النفسي - الإسلامي وبالاعتماد على الإطار النظري والدراسات السابقة، بخصوص العلاج النفسي الإسلامي ومعايير اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وفق تصنيف (DSM-IV, 1994)، خصوصاً المعايير الفرعية (ب، ج، د) من المعيار الرئيسي (١)، لتحديد احتياجات ومتطلبات مضطري ما بعد الصدمة النفسية.

٢- كتابة وإعداد أهداف البرنامج العلاجي:

تمت صياغة أهداف البرنامج العلاجي لتتناسب مع أهداف وطبيعة البحث الحالي، بكل خطواته، حيث صيغ الهدف العام للبرنامج بـ (علاج الأشخاص المصابين باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، باستعمال العلاج النفسي - الإسلامي وبالأسلوب الجمعي). وتمت صياغة الأهداف الفرعية وفق الحاجات والمتطلبات التي بنيت على أساس الأولويات.

٣- تحديد الأولويات:

بعد استكمال إجراءات التشخيص القبلي، ومعرفة الأشخاص المصابين باضطراب (PTSD)، وباستعمال مقياس (PTSD) (الكبيسي، ١٩٩٨) وحساب تكرار الأعراض المرضية، تم حساب نسبها المئوية، وتم ترتيبها تنازلياً من أعلى التكرار والنسب المئوية إلى أدناها، لتحديد الأولويات العلاجية، والجدول (٥) يوضح ذلك:

جدول (٥) الأعراض المرضية حسب تسلسل تكراراتها ونسبها المئوية عند مرضى (PTSD) من أعلى إلى أدنى (الأولويات العلاجية)

رقم الفقرة في المقياس	الفقرات (الأعراض المرضية)	المعيار	التكرار	النسبة المئوية
١٣-	هل لاقيت صعوبة عند الخلود أو الاستمرار في النوم؟	د-١	٣١	٩٦.٩%
١٥-	هل وجدت صعوبة في التركيز على ما كنت تفعله أو على الأشياء التي تجري من حولك؟	د-٣	٣٠	٩٣.٨%
٢-	هل حلمت أحلاماً مزعجة تتعلق بالحدث؟	ب-٢	٢٨	٨٧.٥%
٦-	هل حاولت تجنب أفكار ومشاعر تتعلق بالصدمة؟	ج-١	٢٨	٨٧.٥%
١١-	هل مررت بحالات من الفطور العاطفي؟ أو صعوبات في إظهار العواطف (كعدم القدرة على الشعور بالحب نحو الآخرين).	ج-٦	٢٧	٨٤.٤%
١٤-	هل مررت بنوبات من الهياج أو بمشاعر قوية من الغضب؟	د-٢	٢٧	٨٤.٤%
٤-	(خلال اليقظة فقط) هل انزعجت عندما صادفت شيئاً ما يتعلق بالحادثة (الصدمة)؟	ب-٤	٢٥	٧٨.١%
٨-	هل عانيت من صعوبة في استرجاع أو تذكر بعض الجوانب المهمة للحادثة (الصدمة) كنسيان الأسماء أو الوجوه أو التسلسل المنطقي للحدث؟	ج-٣	٢٤	٧٥%
٧-	هل حاولت تجنب النشاطات أو الأماكن أو الناس الذين يذكرونك بالحادثة؟	ج-٢	٢٣	٧١.٩%
١-	(خلال اليقظة فقط) هل مررت بذكرات غير مرغوبة عن الحادث بدون أن تتعرض لشيء يذكرك بها؟	ب-١	٢٣	٧١.٩%
٣-	(خلال اليقظة فقط) هل تصرفت أو شعرت وكأن الحدث يتكرر؟ (هل استرجعت صورة flash back بصورة سريعة).	ب-٣	٢٣	٧١.٩%
١٧-	هل جفنت من شيء ما؟	د-٥	٢١	٦٥.٦%
١٢-	هل شعرت بعدم الحاجة إلى التخطيط للمستقبل؟ وكأن مستقبلك قد انتهى، أو أنه غير مضمون.	ج-٧	١٩	٥٩.٤%
٥-	هل عانيت من انفعالات نفسية - جسدية (وظيفية) (كالتعرق أو تسارع ضربات القلب أو رعشة أو تغير في التنفس) عندما ذكرك شيء ما بالصدمة؟	ب-٥	١٧	٥٣.١%
٩-	هل قلَّ اهتمامك بالنشاطات (الهوايات) التي كنت تستمتع بها سابقاً؟	ج-٤	١٦	٥٠%
١٦-	هل كنت نشطاً أو يقظاً بصورة غير اعتيادية حتى لو لم تكن هناك حاجة لذلك؟	د-٤	١٥	٤٦.٩%
١٠-	هل شعرت بالانفصال عن الآخرين؟	ج-٥	١٥	٤٦.٩%

٤- العناصر والخطوات التي يقوم عليها البرنامج العلاجي:

اعتمد الباحث أسلوب (العلاج النفسي الجمعي - الإسلامي) وفقاً للإجراءات والخطوات الآتية:

أ- الاعتراف والتفريغ (confession and catharsis)، وتتضمن:-

١- إشعار المريض بتقبله وحببه.

٢- تقبله هو لذاته واحترامه لها.

٣- اعترافه وتفريغه.

ب- التوبة والتكفير (Repentance and epiation).

ج- تكوين ذات اجتماعية جديدة (Social self).

د- تكوين مجموعة من الاتجاهات والقيم الإسلامية لدى المريض، من خلال:-

١- القدرة على الصمود.

٢- القدرة على العمل والإنتاج.

٣- تقبل الذات وتقبل الآخرين.

٤- اتخاذ أهداف واقعية.

٥- القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية.

٦- القدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة.

٧- القدرة على التضحية وخدمة الآخرين.

٨- الشعور بالسعادة. (المهدي، ١٩٩٠، ص ص: ٥٣-٥٤).

ثالثاً. الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي: اتبع الباحث في برنامجه

العلاجي الأساليب والفنيات الآتية:

١- اتباع طريقة الفرد داخل المجموعة: بحيث توضع مصلحة الفرد في الاعتبار،

مع مراعاة عدم التعارض مع مصلحة المجموعة، ومراعاة تضحية الفرد في

- سبيل المجموعة. (وهو التصور الإسلامي للفرد والمجتمع).
- ٢- الألعاب النفسية (Games) وهي تزيد من بصيرة المريض نحو الألعاب النفسية الهدامة والدفاعات المرضية.
- ٣- لعب الأدوار (Psychodrama) وهو أسلوب في العلاج النفسي الجمعي، ادخله مورينو (Moreno,1946) ويعتمد على لعب الأدوار وتمثيلها. وقد استعمله الباحث في هذا البرنامج في فقرة (مناقشة المشاكل العلاجية مع المجموعة).
- ٤- التركيز على مبدأ (هنا والآن): مع اعتبار أن القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة موجودان في (هنا والآن). وبذلك فإن شعار أي من أفراد المجموعة العلاجية هو (أنا وأنت مع الله هنا والآن). وبهذا الأسلوب وبالتدرج يعدّل المريض من تصورات الخاطئة ويدرك إننا جميعاً وفي أي زمان ومكان، مع الله نعبد (سبحانه وتعالى).
- ٥- التواصل غير اللفظي: عن طريق الإحساس بالأخوة الصادقة، حتى وإن كانت بدون كلام، مثل تعبيرات الوجه، لغة العين، لغة الجسم ... الخ.
- ٦- التعليم: بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي والتواصل، تضمن البرنامج عدداً من الأساليب التعليمية مثل:-
- أ- المحاضرات.
- ب- الإرشاد الديني.
- ج- إعطاء المفاهيم والتصورات الصحيحة.
- د- التعليم من خلال القدوة.
- هـ- التعليم بتعديل السلوك الخاطيء وإرساء ما هو صحيح.
- و- التعليم الذاتي من خلال (الكتب والأدعية وغيرها من التي وزعت على أفراد المجموعة العلاجية).

- ز - الواجبات البيتية والعمل اليومي الصالح.
- ٧- أسلوب (إحياء المعنى): وذلك بأن يكون لكل كلمة ولكل فعل في حياة المريض معنى وهدف، فضلاً عن، مساعدة المريض على إدراك معنى لما بعد الحياة، وهذه نقطة الاختلاف بين المدرسة الإسلامية في العلاج وطريقة (فرانكل) في إحياء المعنى.
- ٨- التعزيز الاجتماعي: ويتم من خلال تحديد المثيرات الجيدة، للحصول على استجابة سلوكية مرغوبة، حيث يتم تعزيز سلوك أفراد المجموعة العلاجية، عند تصرفهم على الكيفية التي يصلون فيها إلى تغيير سلوكهم بطريقة ذاتية عن طريق التعزيز الذاتي والمكافئة الذاتية لسلوكهم الإيجابي. (الحياني، ١٩٩٨، ص: ١٢٨). ويجب أن يؤخذ بنظر الاعتبار، إن الاستجابة التي يسعى المريض للوصول إليها ستتشكل بالتدرج من خلال استعمال هذا الثناء والمدح والتعزيز. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٥٣)، ويجب إظهار التعزيز مباشرة بعد ظهور السلوك المرغوب حتى تظهر فائدته. (الحياني، ١٩٩٨، ص: ١٣٠).
- ٩- التدريبات البيتية: هي نشاطات تعطى لأفراد المجموعة العلاجية على أن تتابع كل النتائج، أولاً بأول، ويقدم أفراد المجموعة العلاجية تقارير في كل جلسة عن هذه الواجبات ومشاعرهم والمصاعب التي واجهوها. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٥٥)، وهذه التدريبات هي الجانب التطبيقي الذي يمكن أفراد المجموعة العلاجية من تطبيق المهارات التي اكتسبوها في الجلسات إلى مواقف الحياة الواقعية. (الحياني، ١٩٩٨، ص: ١٣٠). ولهذه التدريبات، طابعاً سلوكياً، حيث يقوم المريض بتنفيذ ما تعلمه في البيئة الواقعية. (الطائي، ٢٠٠١، ص: ٥٤).
- ١٠- الأساليب والوسائل المساعدة: مثل الكتب والأدعية وتعليمات عن تنفيذ

العلاج داخل المجموعة وخارجها.

رابعاً. العمليات المستخدمة في البرنامج العلاجي (النفسي - الإسلامي).

استعمل الباحث في البرنامج العلاجي الحالي مجموعة من العمليات هي:

١- الترابط والتلاحم: وهو مطلب عقائدي إسلامي وعلاجي في الوقت عينه، ويؤكد عليه المعالج في كل جلسة من جلسات البرنامج مستشهداً بما جاء من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، بهذا الخصوص.

٢- اختبار ومعرفة الواقع: والواقع هنا (في البرنامج العلاجي الحالي) يشمل الإنسان والمجتمع والحياة والكون والموت وما بعد الموت والألوهية والربوبية، فكل هذا عند المعالج المؤمن والمريض واقع لا بد من معرفته واختباره.

٣- تحويل المشاعر نحو المجموعة: وهو تدريب للمريض على جعل العالم الخارجي محلاً لرؤيته ومشاعره بدلاً من تركيزها داخل ذاته. فتنوع المشاعر على المجموعة، ثم على المجتمع ثم على الحياة والكون، حيث يخفف من ضغطها داخل حدود الذات الضيقة.

٤- القدوة: للقدوة أثر كبير في التغيير والعلاج يفوق أثر الكلمة والموعظة، ولا بد أن ينتبه الفريق العلاجي (المعالج، المرشد الديني، الأخصائي الاجتماعي الإسلامي) إلى أنهم قدوة للمريض. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٣٢). واستعملت هذه العملية في البرنامج العلاجي الحالي على مراحل هي:-

أ- الاقتداء بأحد أفراد المجموعة المتميزين بنواحي معينة، مع أنهم يشتركون بنفس الاضطراب.

ب- ثم الاقتداء بالمعالج أو المرشد الديني.

ج- ثم التوصية للاقتداء برموز أخرى ذات نطاق اجتماعي وروحي أكبر.

د- ثم التوصية لأفراد المجموعة بالتدرج في مستويات القدوة، محاولين الاقتراب والاقتداء بالرسول محمد ﷺ، وأن تبقى شخصيته ﷺ - النور

الهادي للوصول إلى بر الأمان.

٥- تعديل التفكير الخاطئ وعقلنة النظرة إلى الصدمة النفسية والأعراض المرتبطة بها وتهدئتها.

٦- الترويح عن النفس والتدريب على الصبر.

٧- غرس التصورات والقيم الإسلامية بحيث تصبح هي الفكرة المركزية للمجموعة ككل.

خامساً. مراحل التغيير في العلاج.

مر برنامج العلاج النفسي - الإسلامي في البحث الحالي بثلاث مراحل أساسية هي:

١- تكوين البصيرة: حيث حاول المعالج في هذه المرحلة مساعدة المرضى على استبصار عيوبهم ومحاسنهم، وتعريفهم على طبيعة أعراضهم النفسية وطبيعة الصدمات التي تعرضوا لها، بحيث يحمدا الله (سبحانه وتعالى) أن أنعم عليهم بالحياة بعد الصدمة، وكثيراً ما يحدث هذا من خلال التفاعل مع أفراد المجموعة والألعاب النفسية.

٢- اتخاذ القرار بالتغيير والرغبة الذاتية في التخلص من الأعراض المرضية، لأنها اعتراض لا شعوري على إرادة الله (سبحانه وتعالى) في قضاءه وقدره.

٣- التطبيق: لا يكفي اتخاذ القرار بالتغيير للأفضل، ولكن لابد أن يتبع ذلك تطبيقاً عملياً، يمارسه المريض داخل المجموعة بتدعيم من أفرادها ومن المعالج والمرشد الديني، وقد تم تصحيح الأخطاء أولاً بأول التي ظهرت من خلال التطبيق، من خلال مساعدة المريض بعدم التراجع عن العلاج عندما واجهته بعض الصعوبات.

سادساً. التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي الحالي.

تم استعمال التقنيات الآتية:-

١- كتيب آيات الشفاء من القرآن الكريم، للاستشفاء من آثار الصدمات والشدائد

والكروب الملحق (٤).

٢- كتيب الأذكار النبوية و أدعية الرسول محمد ﷺ، للاستشفاء من آثار الصدمات والشدائد والكروب، الملحق (٥). وقام الباحث بأعداد هذين الكتيبين من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، بعدما ثبت شرعاً وعلمياً جواز استعمالها للاستشفاء من آثار الصدمات (الإطار النظري ص:) وأيدت ذلك الدراسات التراثية الإسلامية والحديثة وعدد من الدراسات الأجنبية (الدراسات السابقة ص:)، وقد تم عرض هذين الكتيبين على مجموعة وأساتذة وخبراء العلوم الإسلامية وحصلوا على نسبة اتفاق مقدارها (٨٠%). الملحق (٧).

٣- كاسيت الرقية الشرعية.

٤- الواجبات الدينية والعمل اليومي الصالح، ملحق (٦-خامساً).

سابعاً. التحقق من صدق البرنامج

بعد بناء البرنامج العلاجي النفسي - الإسلامي في البحث الحالي، وبهدف التحقق من صدقه، فقد تم عرض هذا البرنامج (بصيغته الأولى) ملحق (٦) على مجموعة من الخبراء والمختصين في:-

١- الطب النفسي: ممن لديه درجة علمية ومهنية، في ممارسة الطب النفسي ومن المتعاملين مع حالات (PTSD)، ملحق (٧-أ).

٢- العلوم الإسلامية: ممن لديه درجة علمية (أكاديمية) في العلوم الإسلامية ومن المتعاملين مع العلاج الإسلامي ملحق (٧-ب).

٣- علم النفس: ممن لديه درجة علمية (أكاديمية) في تخصصات علم النفس السريري والشخصية والصحة النفسية والإرشاد. ملحق (٧-ج).

وكان الهدف من عرض البرنامج العلاجي الحالي على الخبراء والمختصين هو معرفة مدى:

- ١- مناسبة الأنشطة والفعاليات المستعملة لتحقيق الأهداف العامة والخاصة للبرنامج العلاجي الحالي، واقتراح التعديلات والإضافات المناسبة.
- ٢- ملائمة عدد جلسات البرنامج وأوقاتها لنشاطات وفعاليات البرنامج. واقتراح عدد الجلسات المناسبة لأهداف البرنامج وأوقاتها.
- ٣- صلاحية البرنامج العلاجي النفسي الجمعي - الإسلامي، الحالي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). هذا وقد تحقق صدق البرنامج العلاجي الحالي من خلال حصوله على نسب اتفاق عالية بين المحكمين، حيث كانت نسبة اتفاق الخبراء والمتخصصون كآتي:
- أ- العلوم الإسلامية (١٠٠%).
- ب- علم النفس (١٠٠%).
- ج- الطب النفسي (٨٣.٣٣%).
- د- المجموع الكلي للخبراء (٩٣.٧٥)، وقد أخذ الباحث بأغلب المقترحات والملاحظات في إغناء برنامجه العلاجي. وبذلك أصبح صالحاً للتطبيق.
- هـ- الأشخاص المنفذون للبرنامج العلاجي الحالي:
- ١- المعالج النفسي الإسلامي (الباحث).
- ٢- المرشد أو الواعظ الديني، وقد تبرع متطوعاً أحد المشايخ* لمساعدة المعالج في الجانب الديني من هذا البرنامج.
- ٣- الزاقي الإسلامي، وقام بهذا الدور المرشد الديني.
- ٤- المجموعة العلاجية.

* لم يذكر الاسم بناءً على رغبته، وهو خطيب وإمام جامع، ومشهود له في العلاجي بالرقى.

رابعاً. إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي (النفسي – الإسلامي).
 أولاً. اختيار نوع المنهج ونوع البحث الملائمين لطبيعة وأهداف البحث الحالي:

حيث تم اعتماد المنهج السريري، والذي تطلب في العديد من إجراءاته اعتماد المنهج التجريبي، لأنه أدق المناهج العلمية، كما إنه يمثل منهجاً مناسباً لاختبار الفرضيات الخاصة من نوع (سبب ونتيجة)، وهو يمثل أكثر الأساليب البحثية صدقاً في حل المشكلات التربوية والنفسية (النظرية والعملية). (عدس، ١٩٩٨، ص: ١٨٤)، وهناك أنواع عدة من التصميم التجريبي، تختلف هذه التصميم في درجة السهولة والتعقيد بناءً على أهداف كل منهما وطبيعة البحث. وقد استعمل الباحث تصميم (المجموعات المتكافئة)، للمبررات التالية:

- ١- لأنه أكثر ملائمة لاختبار أهداف وفرضيات البحث الحالي.
- ٢- أنه من التصميمات التجريبية ذات الضبط المحكم، والتي تعد من أفضل التصميمات التجريبية المستعملة في البحوث.
- ٣- يوفر الكثير من الجهد والوقت. (نيل وليبرت، ١٩٨٢، ص: ٧٥).
- ٤- يوفر درجة عالية من الضبط التجريبي (عريبات، ٢٠٠١، ص: ١٣٨)، ويرى واينر (whyner)، إن هذا التصميم، يمنح الباحث قدرًا مقبولاً من الثقة بأن الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة ينجم عن أثر المتغير المستقل فقط. (نيل وليبرت، ١٩٨٢، ص: ٧٥) والجدول (٦) يوضح هذا التصميم.

جدول (٦) نوع التصميم التجريبي في البحث الحالي (المجموعات المتكافئة)

مجموعة تجريبية	اختبار قبلي	متغير مستقل	اختبار بعدي	اختبار متابعة
مجموعة ضابطة	اختبار قبلي	X	اختبار بعدي	

ثانياً. تنفيذ وتطبيق التصميم التجريبي:

بهدف تطبيق هذا التصميم، فقد اتبع الباحث الخطوات الآتية:

١- إجراء اختبار قبلي على أفراد العينة (وهو التشخيص القبلي الذي اعتمد طرائق

ثلاث هي:

أ- التشخيص الطبي - النفسي. (الذي أجراه الطبيب النفسي، وفقاً للاستمارة

المعدة من قبل الباحث، الملحق (١).

ب- التشخيص بمقياس (PTSD) (الكبيسي، ١٩٩٨)، ملحق (٣)

ج- التشخيص بمعايير (PTSD) وفقاً لـ (DSM,IV,1994) (ملحق ٢)

٢- تقسيم أفراد العينة من المصابين باضطراب (PTSD) إلى مجموعتين

(تجريبية وضابطة: بعد أن تم تشخيص الأفراد المصابين باضطراب

(PTSD) البالغ عددهم (٣٢) فرداً من أصل العينة الإجمالية (٥٤) فرداً،

حيث اعتمد مبدأ التشخيص هو (شرط انطباق معايير الأنواع الثلاثة السابقة

من التشخيص ليعد الفرد مصاباً باضطراب (PTSD). تم تقسيمهم إلى

مجموعتين بصورة قصدية لتحقيق التكافؤ وفق متغيرات المزاوجة الفردية.

وبناءً على رغبة كل منهم في هذا النوع من العلاج.

٣- تم اعتماد أسلوب (المزاوجة الفردية) لتقسيم أفراد العينة على المجموعتين (الضابطة)

و (التجريبية) وفقاً (لنوع الصدمة وشدة الاضطراب والعمر، علماً أن جميعهم من

الذكور)، وهذه العوامل هي الأكثر إسهام في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية التي

من الممكن أن توجد فروقاً فردية في العلاج. (Athkinson,1990,P:566)

(American Rescu Team,2002,P:2)، والجدول (٧) يوضح ذلك.

الجدول العرضي

- ٤- تم أخذ معلومات كافية عن أفراد كلا المجموعتين (التجريبية والضابطة) لتأمين الاتصال بهم وحسب متطلبات البحث.
- ٥- تم الاتصال بأفراد المجموعة التجريبية (المجموعة الخاضعة للبرنامج العلاجي) والبالغ عددهم (١٦) فرداً مصاباً باضطراب (PTSD)، وراغب في علاجه بالطريقة النفسية - الإسلامية، بعد أن تم تحديد مكان ووقت عقد الجلسة الأولى في البرنامج العلاجي، حيث كانت (الساعة ١٢.١٥ من يوم السبت الموافق ٢٠٠٢/٣/٣٠)، وقد تخلف (٣) ثلاثة من أفراد المجموعة التجريبية عن الحضور وحتى الجلسة الثالثة، تم حذف (٥) خمسة من المشاركين في البرنامج العلاجي بسبب ضعف التزامهم بالبرنامج العلاجي وحتى نهايته والذين يمثلون (المجموعة التجريبية) هو (١١) إحدى عشر فرداً مصاباً باضطراب (PTSD).
- ٦- طبقت على أفراد المجموعة التجريبية (١٦) ستة عشر جلسة، (١٤) أربعة عشر منها (علاجية)، والأولى للتعرف والأخيرة للتقويم.
- ٧- قام الباحث بوضع وتطبيق جلسات البرنامج العلاجي، وكما موضحة في الجدول (٨).
- ٨- تم اختيار جامع (الرحمن) مكاناً لتطبيق البرنامج العلاجي الحالي، بالاتفاق مع أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية). بعد أخذ الموافقات الأصولية.

جدول (٨) جلسات البرنامج العلاجي، حسب عنوان الجلسة وأسلوب التنفيذ

رقم الجلسة	عنوان الجلسة العلاجية	أسلوب التنفيذ
١.	التعارف والتهيئة وعقد الاتفاق العلاجي.	صلاة، مناقشة، توزيع، كتيبات وأدعية وواجبات بيتية.
٢.	التغلب على صعوبات النوم، والتخلص من الأحلام المزعجة.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية شرعية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
٣.	ستراتيجية التركيز الجيد والتغلب على صعوباته المرضية.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات

رقم الجلسة	عنوان الجلسة العلاجية	أسلوب التنفيذ
٤.	التغلب على أعراض التجنب والمساعدة في معايشة أحداث الصدمة.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم، واجبات.
٥.	الشعور بالحب نحو الآخرين، والتخلص من أعراض الفتور العاطفي.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم، واجبات.
٦.	الاتزان الانفعالي والتغلب على العصبية ونوبات الهياج والغضب.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم، واجبات.
٧.	المساعدة في تقبل الأحداث التي تذكّر بالصدمة.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
٨.	المساعدة على تذكر أحداث الصدمة والمساعدة على تحملها.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
٩.	المساعدة على تحمل رؤية النشاطات أو الأماكن أو الناس الذين يذكرون بالصدمة.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
١٠.	المساعدة في التخلص من أعراض الجفلة.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
١١.	الحاجة إلى التخطيط للمستقبل.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
١٢.	السيطرة على الانفعالات (النفسية - الجسمية) السايكوسوماتية (كالتعرق وتسارع ضربات القلب... الخ) عند تذكّر أحداث الصدمة.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
١٣.	التشجيع على الاهتمام بالنشاطات والهوايات.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة العلاجية	أسلوب التنفيذ
١٤	التغلب على النشاط الزائد.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
١٥	المساعدة في ممارسة نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية.	صلاة، أدعية، قراءة قرآن، محاضرة دينية، مناقشة، رقية، تقويم ذاتي، واجبات بيتية.
١٦	تقويم جلسات البرنامج العلاجي.	صلاة، أدعية، تقويم جلسات البرنامج (ذاتي وموضوعي) مراسيم انتهاء البرنامج.

- ٩- كان عدد الجلسات العلاجية الأسبوعية (٢) جلستان، تجري يومي (السبت، والأربعاء) بناءً على اتفاق أفراد المجموعة العلاجية وبدون انقطاع، حتى وإن صادفت عطلة رسمية، بموافقة المجموعة وللحفاظ على استمرارية البرنامج.
- ١٠- استغرق وقت كل جلسة علاجية (٣) ثلاث ساعات، تبدأ بصلاة الظهر وتنتهي بصلاة العصر. وقد تم تغيير وقت الجلسات اعتباراً من الجلسة الثالثة ٦-٤/٢٠٠٢ من الساعة ١٢.١٥ إلى الساعة ١.١٥ تماشياً مع التوقيت الصيفي.
- ١١- كانت مدة البرنامج شهران، عدا التشخيص والاختبارات القبلية والبعديّة، واختبارات المتابعة والتقييم.
- ١٢- تم تحديد الساعة ١٢.١٥ من يوم السبت الموافق ٣٠/٣/٢٠٠٢ موعداً لبدأ البرنامج العلاجي بجلسته الأولى، وتوقيع عقد الاتفاق للبرنامج العلاجي بين أفراد المجموعة العلاجية والمعالج، الملحق (٦-أولاً).
- ١٣- عقدت الجلسة الأخيرة لهذا البرنامج يوم الأربعاء الموافق ٢٢/٥/٢٠٠٢.
- ١٤- أجري التشخيص البعدي (الاختبار البعدي) لأفراد كلا المجموعتين (التجريبية والضابطة) يوم الأربعاء الموافق ٥/٦/٢٠٠٢ بعد أن تم تحديد الموعد مسبقاً وتبليغ أفراد المجموعتين بذلك، واستعملت فيه الطرائق التشخيصية الثلاث وقامت الطبيبة الاستشارية النفسية (مكحولة أحمد) مشكورة بالتشخيص. الطبي النفسي، في مستشفى الكاظمية التعليمي.

١٥- أجري اختبار تقويم المتابعة لأفراد المجموعة التجريبية يوم الأربعاء الموافق ٢٠٠٢/٨/٢ وذلك بعد مرور (٣) أشهر على انتهاء البرنامج العلاجي وبالطرائق التشخيصية الثلاث.

١٦- كان تقسيم الوقت لكل جلسة علاجية، عدا الجلسة الأولى والأخيرة، كالآتي:

- أ. (١٥) دقيقة لصلاة الظهر (جماعة).
- ب. (١٠ دقائق) بعد الصلاة مباشرة الاستماع إلى أدعية الاستشفاء، التي أعدها الباحث (المعالج) من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة لعلاج آثار الصدمات النفسية. ملحق (٥).
- ج. استراحة (٥) دقائق.
- د. (٣٠) دقيقة، الاستماع إلى القرآن الكريم (سور وآيات الشفاء التي أعدها الباحث (المعالج) من القرآن الكريم، للشفاء من آثار الصدمات النفسية.
- هـ. استراحة (٥) دقائق.
- و. (٣٠) دقيقة، محاضرة دينية، يلقيها المرشد الديني (كل جلسة علاجية تختص بموضوع محدد).
- ز. فترة استراحة (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.
- ح. (٣٠) دقيقة، (علاج نفسي جمعي - إسلامي) يقوم به الباحث (المعالج) من خلال المناقشة الحرة مع أفراد المجموعة العلاجية في مشاكلهم ومعاناتهم.
- ط. (١٥) دقيقة، (الرقية الشرعية) لكل أفراد المجموعة.
- ي. (١٠) دقائق مناقشة الواجبات البيتية.
- ك. (٥) دقائق ملأ استمارة التقويم الذاتي.
- ل. (١٠) دقائق، صلاة العصر.

ثالثاً: إجراءات تطبيق الجلسات العلاجية

وفيما يأتي إجراءات تطبيق الجلسات العلاجية النفسية الإسلامية:

الجلسة الأولى - جدول عرضي-

١- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الأولى: السبت ٣٠/٣/٢٠٠٢.

أولاً. (١٠) دقائق قبل صلاة الظهر للتعارف بين أفراد المجموعة العلاجية والمعالج والمرشد الديني.

ثانياً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر.

ثالثاً. (٦٠) دقيقة، دعوة غداء لأفراد المجموعة العلاجية، بعد صلاة الظهر وحسب الآتي:

١- تكون جلسة مائدة الغداء دائرية، بحيث يشعر الجميع إنهم متساوون أمام الله.

٢- يبدأ المعالج بتهيئة أجواء نفسية أخوية، ويشعر الجميع بالمودة والمحبة من خلال عبارات الترحيب.

٣- يبدأ المرشد الديني بمدخلات عن معنى الحياة الدنيا والآخرة والموت والابتلاء والمصائب، وفوائدها وأجرها الكبير من خلال الصبر عليها.

٤- يسأل المعالج السؤال التالي: هل من بين الجالسين، أحد لم يتعرض لصدمة في حياته؟ مع علمه أن الجميع متعرضون للصددمات، وهم يعانون منها. طبعاً سيكون الجواب، أما السكوت أو الجواب بالنفي، وعندها سيشعر أي فرد في المجموعة، إنه ليس هو الوحيد بمصيبته، وإنه ليس هو الوحيد الذي تعرض لصدمة نفسية، وهذا الشعور من شأنه أن يخفف من معاناته.

٥- ثم يترك لأفراد المجموعة، التعليق على أي موضوع وبحرية.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، مناقشة عامة عن البرنامج العلاجي، وأهدافه وجلساته وأساليبه وإجراءاته، وتتضمن المناقشة ما يأتي:

١- إخبار أفراد المجموعة، بأن هذا البرنامج، هو لمساعدتهم في التخلص من معاناتهم جراء الصدمة التي تعرضوا لها.

٢- الاتفاق مع أفراد المجموعة حول إجراءات عقد الجلسات العلاجية ومكانها وأوقاتها.

خامساً. (٣٠) دقيقة، محاضرة (ألقاها المعالج النفسي)، عن الصدمات النفسية

والاضطرابات الناشئ عنها، وأعراض هذا الاضطراب، وكيفية التخلص من هذه الأعراض، من خلال العلاج النفسي - الإسلامي، بعد أن قام الباحث بشرح هذا النوع من العلاج وفائدته للإنسان المسلم خصوصاً. وقد استشهد المعالج من خلال المحاضرة بآيات من القرآن الكريم، وأحاديث نبوية شريفة من سيرة الرسول محمد -ﷺ- باعتباره أول معالج في الإسلام. وأثناء هذه المحاضرة، أبدى المرشد الديني بعض المداخلات، معززاً كلامه باستشهادات من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة.

سادساً. (٥) دقائق استراحة.

سابعاً. (١٥) دقيقة، توزيع (المساعدات العلاجية)، كتيبات: تتضمن:

١- سور وآيات الشفاء من آثار الصدمات، من القرآن الكريم.

٢- أذكار وأدعية الرسول محمد -ﷺ- للشفاء من آثار الصدمات، هذه الكتيبات أعدها الباحث من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة. ملحق (٥). وكذلك وزعت تعليمات العلاج النفسي - الإسلامي والواجبات البيئية المتمثلة بالعمل اليومي الصالح، ملحق (٦-خامساً).

ثامناً. (٥) دقائق ملء استمارة التقويم الذاتي التي أعدها المعالج، ملحق (٨) والتي تهدف إلى تقويم الفرد لنفسه من خلال البرامج والنشاطات التي تعرض لها طيلة فترة الجلسة.

تاسعاً. (١٠) دقائق، صلاة العصر (جماعة) ثم قراءة أدعية الشفاء من آثار الصدمات، ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة، وضرورة الالتزام بالوقت، مع التذكير بأهمية القيام بالواجبات البيئية والعمل اليومي الصالح.

الجلسة الثانية - الجدول العرضي لها-

٢- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الثانية: الأربعاء ٣/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر.

ثانياً. (١٠) دقائق، الاستماع إلى قراءة أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، حيث يقرأ المرشد الديني هذه الأدعية بصوت مسموع، ومشوق ومؤثر، ويقوم أفراد المجموعة العلاجية بتريديد هذه الأدعية بعده، وذلك برفع الأيدي والتقرب إلى الله (سبحانه وتعالى) والتوسل إليه بأن يشفيهم من الآثار والمعاناة الناتجة عن الصدمة ويصبرهم على تحملها.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع إلى قراءة القرآن الكريم. حيث يقف أفراد المجموعة العلاجية والكادر العلاجي ويتشابكوا الأيدي ويشكلوا دائرة وهم يرددوا الشهادة (لا إله إلا الله محمد رسول الله) ثلاث مرات، ثم يجلس الجميع وهم مشكلوا هذه الدائرة، حيث يضع المعالج النفسي (مسجل صوت) ويطلب من الجميع الإنصات إلى قراءة القرآن الكريم وهي (سورة وآيات الشفاء) من القرآن الكريم مسجلة على كاسيت ويقوم المعالج بين فترة وأخرى برفع صوت المسجل لشد الانتباه إلى قراءة القرآن

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (الاعتراف بالذنب) ألقاها المرشد الديني، بعد استعمال المجموعة العلاجية والكادر العلاجي نفس الاستراتيجية السابقة (الوقوف والشهادة وتشابك الأيدي والجلوس بدائرة).

- ملخص المحاضرة - (الاعتراف بالذنب)

ويتم الاعتراف بالذنب من خلال

١- إشعار المريض بتقبله وحببه، ويتم ذلك من خلال ترسيخ الإيمان بالقضاء والقدر وأنه لن يصيب الإنسان إلا ما كتب الله له، وأنه إذا كتب الله خيراً

لأحد، فلن يستطيع أن يرده أحد عنه، وإذا كتب له غير ذلك فلا يستطيع أحد أن يبدله عنه وأن الإنسان جزء من الآخرين عليه أن يتقبلهم ويتقبلوه وما من أحد يخلو من عيوب فالكمال لله وحده.

٢- اعترافه وتفريغته، أي علينا أن نتعرف بذنوبنا وأن نتخلص من هذه الذنوب.

٣- تقبله هو لذاته واحترامه لها. إن الله فضل الإنسان على جميع المخلوقات، وقد أمر الله سبحانه وتعالى في بداية الخلق جميع الملائكة أن يسجدوا لآدم، ﴿فَسَجَدُوا إِلَّا إِبْلِيسَ أَبَىٰ وَاسْتَكْبَرَ وَكَانَ مِنَ الْكَافِرِينَ﴾ (البقرة: ٣٤)، ولذلك علينا أن نتقبل ذواتنا ونحترمها لأن للإنسان مكانة كبيرة عند الله (سبحانه وتعالى).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، حرة بين الكادر العلاجي وأفراد المجموعة العلاجية، بعد استعمال نفس الاستراتيجيات العلاجية الإسلامية السابقة (الوقوف والتشهد والجلوس بدائرة)، بعدها يطلب المعالج من كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية ترديد العبارتين الآتيتين:-

١- الصدمة التي تعرضت لها هي التي أوصلتني لهذه المعاناة.

٢- أنا (نفسي) سبب هذه المعاناة.

ثم يطلب من أفراد المجموعة بيان (أي العبارتين أقرب إليهم)، ثم تدور المناقشة، بعدها يطلب المعالج من أفراد المجموعة ترديد العبارتين الآتيتين:

١- الصدمة التي تعرضت لها كانت عنيفة جداً، ولا اعتقد أحد مثلي تعرض لها.

٢- أحمد الله (سبحانه وتعالى)، هو إنني لم أمت وبدليل إنني موجود الآن. ثم يجري نقاش مع أفراد المجموعة، وبعدها يتأكد المعالج من قناعة أفراد

المجموعة بهاتين العبارتين، يطلب منهم ترديد العبارتين الآتيتين أيضاً:-

١- لا أستطيع أن أنام إلا بصعوبة وكثيراً ما أعاني الأرق وأحلامي مزعجة.

٢- عندما أقرأ آيات من القرآن الكريم وأدعية الرسول ﷺ - أستطيع أن أنام مرتاح.

ثم يجري نقاش مع أفراد المجموعة العلاجية، بحيث يركز المعالج على ضرورة إتباع القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، ويشرح لهم الطرق والأساليب الصحيحة في النوم ومنها:

- ١- النوم المبكر وضرورة التعود عليه.
- ٢- الشعور براحة الضمير وعدم تحميله أكثر من طاقته.
- ٣- عدم الأكل قبل النوم مباشرة.
- ٤- النوم في مكان مريح.
- ٥- التعود على الاسترخاء الفكري والعضلي قبل النوم، وقد قام المعالج بشرح إستراتيجيات الاسترخاء قبل النوم وكيفية القيام بها.
- ٦- قراءة سورة الفاتحة وسور (المعوذات الثلاث) وآية الكرسي، ثلاث مرات قبل النوم مع مجموعة من الأدعية، منها دعاء النوم الوارد عن رسول الله محمد ﷺ - الموجود في كتيب العمل اليومي الصالح والأذكار ملحق (٦)، ثم قراءة الشهادة (أشهد أن لا إله إلا الله وأشهد أن محمد رسول الله).

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وتمت بالصورة الآتية:

١- قدم المعالج النفسي، نوعاً من الإيحاء النفسي وذلك بإضفاء هالة خاصة على شخصية (الراقي) وهو (المرشد الديني) ونجاحاته المعروفة ويستشهد بأمثلة ممن شفوا على أيديه ببركة الله (سبحانه وتعالى).

٢- ثم ينادي المعالج الديني على أفراد المجموعة العلاجية (الواحد يتلو الآخر تباعاً) ليجلس أمامه وهو ثاني الركبتين ومتجه إلى القبلة، ويطلب منه (الراقي) أن يستغفر الله العظيم ويتوب عليه ويرحم به ويشفيه.

٣- ثم يضع (الراقي) يده اليمنى على رأس المريض.

٤- ثم يبدأ بقراءة الرقية الشرعية وهي (بسم الله أرقيك، من كل شيء يؤذيك، من

شر كل نفس أو عين حاسد، الله يشفيك، باسم الله أرقيك)*.

عاشراً. (١٥) دقائق، مناقشة الواجبات البيئية والعمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي، وتتم بعد نهاية كل جلسة، وتتعلق

بتقويم نشاطات الجلسة ومدى إسهامها في التخفيف من معاناة المجموعة

العلاجية. ملحق (٨).

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

* لم يقتصر العلاج بالرقى، على هذه الرقية فقط، بل يرقى أخرى وارده عن النبي محمد ﷺ -منها: (اللهم رب

الناس أذهب البأس، أشف أنت الشاف، لا شفاء إلا شفاءك، شفاء لا يغادر سقما). (انظر الإطار النظري ص

ص:)

الجلسة الثالثة- الجدول العرضي لها-

٣- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الثالثة: السبت ٦/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر.

ثانياً. (١٠) دقائق، قراءة أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، المستندة إلى القرآن الكريم والسنة النبوية، والمعدة من قبل المعالج. وبنفس صيغة الجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع نفس الإجراءات في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (التوبة والاستغفار والتكفير عن الذنوب) ألقاها المرشد الديني، وباستعمال نفس الاستراتيجية السابقة.

- ملخص المحاضرة - (التوبة والاستغفار والتكفير عن الذنوب)

وهو إن التكفير عن الذنوب والخلاص منها هو ما يسمى بالتطيب، ولهذه الخاصة الميزة العظيمة، فإن صاحبها يُبَشَّرُ عند الموت بالجنة، إذ يقول (سبحانه وتعالى): ﴿الَّذِينَ تَتَوَفَّاهُمُ الْمَلَائِكَةُ طَيِّبِينَ يَقُولُونَ سَلَامٌ عَلَيْكُمْ ادْخُلُوا الْجَنَّةَ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ﴾ (النحل: ٣٧٠) ... (طيبين): أي طاهرين من دنس الشرك والمعاصي والكفر... فعلى الإنسان أن يسعى للتخلص من الذنوب والمعاصي ويكون طاهراً ليحصل على هذه المكرمة السخية من الله (سبحانه وتعالى)، والطريق إلى ذلك، أي (التطهير) بالتوبة والاستغفار، والطرق كثيرة... إما التوبة لما لها من أهمية عظيمة في تجاوز الإنسان ما هو عليه إذ التوبة هي طريق الفلاح، يقول تعالى: ﴿وَتُوبُوا إِلَى اللَّهِ جَمِيعًا أَيُّهَا الْمُؤْمِنُونَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾ (النور: ٣١). والتوبة هي الطريق إلى محبة الله (سبحانه وتعالى) الذي يقول: ﴿إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ﴾ (البقرة: ٢٢٢). ووقوع الإنسان

بالخطأ خاصة عند الصدمات النفسية وغيرها وارد، وهي طبيعة البشر، إذ يقول -
 ﷺ: ((كل ابن آدم خطاء، وخير الخطائين التوابون) (متفق عليه)، والله سبحانه
 وتعالى يفرح بتوبة عبده، إذ يقول -ﷺ: ((الله أشد فرحاً بتوبة عبده المؤمن)).
 (رواه البخاري ومسلم)، عن عبد الله ابن مسعود ورسول الله -ﷺ، وهو الذي
 غفر الله له ما تقدم من ذنبه وما تأخر، كان كثير التوبة والاستغفار ويأمر
 المسلمين بهما، إذ يقول: ((يا أيها الناس توبوا إلى ربكم فإنني أتوب إلى الله في
 اليوم مائة مرة)). (رواه مسلم). (المقدسي، ١٩٩٩، ص ص: ٢٧٣-٢٧٤).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة حرة بين المعالج النفسي والمرشد الديني وأفراد المجموعة
 العلاجية، بعد استعمال نفس ستراتيجية (الحلقة الدائرية) التي اتبعت في الجلسات
 السابقة، بعدها يطلب المعالج من كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية ترديد
 العبارتين الآتيتين ثلاث مرات وبصوت مسموع:-

١- أجد من الصعوبة عليّ التركيز على ما أفعله وعلى الأشياء من حولي.

٢- هذه الصعوبة تقل كلما صلّيت لله وقرأت القرآن أو استمعت إلى قراءته،
 ودعوت الله سبحانه وتعالى.

ثم يدور نقاش مع أفراد المجموعة العلاجية، إلا أن يصل بهم ومعهم إلى
 قناعة راسخة، إن العبادات الإسلامية (الصلاة والصوم ... الخ) من شأنها أن
 تريح النفس وتقويها وتؤدي إلى صفاء الذهن وتزيد من التركيز وتقلل من
 شرود الذهن، ثم يطلب المعالج من أفراد المجموعة العلاجية، ترديد العبارتين
 الآتيتين:-

١- أشعر أن ذهني مشوش، والأفكار متزاحمة فيه.

٢- لكن عندما أصلي وأقرأ القرآن وأدعو الله (سبحانه وتعالى) فإن ذهني يكون
 صافي.

ثم يدور نقاش مع أفراد المجموعة العلاجية، يبين فيها المعالج مشتتات الانتباه والعوامل الداخلية والخارجية المؤثرة فيه، ويؤكد المعالج على الجانب الروحي في ضرورة أن يبقى الإنسان مع الله دوماً في كل مشاعره وأحاسيسه ويعمل ما يرضي الله (سبحانه وتعالى) وإن الله سوف يعينه على بلواه. ثم يطلب المعالج من أفراد المجموعة العلاجية، ترديد العبارتين الآتيتين ثلاث مرات:

١- عندما أتذكر الموت أخاف كثيراً وأفقد القدرة على التركيز.

٢- عندما أتذكر الموت، واستحضر الآية الكريمة: ﴿كُلُّ مَنْ عَلَيْهَا فَانٍ وَيَبْقَى وَجْهَ رَبِّكَ ذُو الْجَلَالِ وَالْإِكْرَامِ﴾ (الرحمن: ٢٦-٢٧). تقل مخاوفي ويصفو ذهني. ثم يدور النقاش حول معنى الحياة الدنيا والآخرة والهدف منها ومعنى وجود الإنسان، ويتخلل هذا النقاش مداخلات من المرشد الديني معززاً كلامه باستشهادات من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، بنفس إجراءاتها في الجلسة الثانية.

عاشراً. (١٥) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

تثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة - الجدول العرضي لها-

٤ - إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الرابعة: الأربعاء ١٠/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر.

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبنفس الإجراءات للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الإنصات الاستماع إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع نفس الإجراءات في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (آثر القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في تكوين شخصية اجتماعية جديدة والشفاء من آثار الصدمات النفسية) وتمت بنفس إجراءات الجلسات السابقة.

وملخص هذه المحاضرة هو: ((إن للقرآن الكريم وسيرة المصطفى -ﷺ- الأثر الكبير في بناء الذات الاجتماعية، فالقرآن الكريم هو الشفاء العام لكل الأمراض، قال تعالى: ﴿وَنُزِّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾ (الإسراء: ٨٢)، فعلى الإنسان أن يتخطى ما يمر به من ظرف صعب ويلجأ مسرعاً إلى القرآن الكريم وأن يقتدي بسيرة الرسول محمد -ﷺ- فإن أصابته مصيبة في هذه الدنيا عليه أن يثبت ويسعى إلى الخير الكثير من خلال القرآن الكريم، والذي يبغى الراحة النفسية عليه بقراءة القرآن وخاصة في حلقاته في المساجد ومع الناس فإن في ذلك تنزل السكينة واغشاء الرحمة واحفاف الملائكة والذكر عنده (سبحانه وتعالى)، إذ يقول الرسول محمد -ﷺ-: ((ما أجمع قوم في بيت من بيوت الله يتلون كتاب الله ويتدارسونه فيما بينهم، إلا نزلت عليهم السكينة وغشيتهم الرحمة وحفتهم الملائكة وذكرهم الله فيمن عنده)). (رواه مسلم).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية بين الكادر المعالج وأفراد المجموعة حول الطريقة التي نستطيع من خلالها تذكر أحداث الصدمة ومعايشتها بسهولة دون أن تشير فينا أعراض مرضية. ويبدأ المعالج النقاش، بتوضيح أعراض التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، والتراخي في القدرة على الاستجابة (وهو ما لم يكن موجوداً عند المريض قبل الصدمة) موضحاً لهم، عن هذه الأعراض يمكن أن تحدث بطرق عديدة، منها:

١- أن يضطر المريض إلى بذل الجهود للسيطرة على الأفكار أو العواطف ذات العلاقة بالصدمة، كأن يتجنب الحديث مع أناس آخرين أو قطع الأفكار أو قمعها، أو احتساء الكحول أو العقاقير.

٢- أن يضطر المريض إلى بذل الجهود، لتجنب المواقف أو الأماكن أو الأشخاص الذي يذكره بالحادث.

٣- ويكون لديه ضعف في القدرة على تذكر التفاصيل الدقيقة والمهمة لأحداث الصدمة. وبعد هذا التوضيح، يطلب المعالج من أفراد المجموعة العلاجية ترديد العبارتين الآتيتين ثلاث مرات:

١-إني أشعر بوطأة هذه الأعراض، ولا أستطيع التخلص منها.

٢-أشعر بالراحة عندما أوكّل أمر هذه الأعراض إلى الله، فهو يشفين.

ثم يدور نقاش مع أفراد المجموعة العلاجية، حيث يبدي المرشد الديني مداخلته في الموضوع، فيبين أثر القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في علاج المصائب أو الصدمات، وهو علاج شافٍ بأذن الله.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة - الجدول العرضي لها-

٥- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الخامسة: السبت ١٣/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، الاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبنفس

الإجراءات للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الإنصات والاستماع إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع نفس

الإجراءات في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (الإيمان بالله وأثره على الصحة النفسية)

وفيما يأتي (ملخص المحاضرة).

يتضح أثر الإيمان بالله (سبحانه وتعالى) على الصحة النفسية بالنقاط الآتية:

١- إن الإيمان الصحيح يمنح الإنسان أعظم وأروع علاقة حب مع الله (سبحانه

ومن ثم الناس وكل المخلوقات. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٢٢٥).

٢- الإيمان بالله يوقظ في الإنسان الكثير من العواطف الإيجابية والرحمة

والتسامح والإيثار والتضحية. (نجاتي، ٢٠٠٢، ص: ٢).

٣- الإيمان يشيع الأمل وروح التفاؤل تجاه الحاضر والمستقبل وهو يطمئن من

مغفرة الله للماضي. (أحمد وأحمد، ٢٠٠٢، ص: ١).

٤- يتمتع المؤمن بالقوة الروحية التي تحافظ على تماسك الشخصية وتناسق عمل

مكوناتها. (عدس، ب-ت، ص: ٦٣).

٥- يتمتع المؤمن بقوة وسرعة اتخاذ القرار الصحيح في الزمان والمكان

المناسبين. (أحمد وأحمد، ٢٠٠٢، ص: ٢).

٦- الإحساس بالقرب من الله وإمكانية مناجاته بالدعاء والاستغفار والتوبة.

(الشرييني، ١٩٩٩، ص: ١١).

٧- يعطي الإيمان للفرد إحساساً باحترام الذات. (المهدي، ١٩٩٠، ص: ٩٩).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة، حول مشكلة (القصور في المشاعر الوجدانية والفتور العاطفي).

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة - الجدول العرضي لها-

٦- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية السادسة: الأربعاء ١٧/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع و الإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع الإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (بيان أثر ذكر الله - سبحانه وتعالى - ومخافته والصلاة والسلام على الرسول محمد - ﷺ - في كل وقت وأثر ذلك في الشفاء من آثار الصدمات النفسية، مع بيان أثر القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في المساعدة على تقبل الذات وتقبل الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية في الحياة، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة):

[إن الله - سبحانه وتعالى - يأمرنا بالذكر، إذ يقول سبحانه: ﴿يَأَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اذْكُرُوا اللَّهَ ذِكْرًا كَثِيرًا ۖ وَسَبِّحُوهُ بُكْرَةً وَأَصِيلًا﴾ (الأحزاب ٤١-٤٢)، وكما يأمرنا الله (سبحانه وتعالى) بالذكر الكثير له سبحانه يأمرنا بالصلاة والتسليم على النبي الكريم - ﷺ -، إذ يقول (سبحانه وتعالى): ﴿إِنَّ اللَّهَ وَمَلَائِكَتَهُ يُصَلُّونَ عَلَى النَّبِيِّ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا صَلُّوا عَلَيْهِ وَسَلِّمُوا تَسْلِيمًا﴾ (الأحزاب: ٥٦)، والذكر هو الحد الفاصل بين الموت والحياة المعنوي للإنسان، إذ يقول الرسول - ﷺ -: ((مثل الذي يذكر ربه والذي لا يذكره مثل الحي والميت)). (رواه البخاري). وعلى الإنسان أن ينظر إلى ما عند الله تعالى فهو خير من كل ما هو مادي زائل في هذه الحياة الدنيا، وبكثرة الذكر لله تعالى يحصل الإنسان على كنوز ليست بالحسبان - إذ يقول المصطفى - ﷺ - لأبي موسى الأشعري - ﷺ -: ((ألا أدلك على كنز من كنوز الجنة؟ فقلت بلا يا رسول الله، قال: لا حول ولا قوة

إلا بالله)). (متفق عليه) (النووي، ص ص: ٣٩٨-٤٠٧).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة عينها في الجلسات السابقة، حول نوبات الهياج ومشاعر الغضب، وكيفية حدوثهما مع بيان أسبابهما من وجهة النظر الإسلامية، والتركيز على دور الشيطان (أعوذ بالله) لأن كلاهما من نار (الغضب والشيطان)، مع مناقشة حديث الرسول -ﷺ- القائل: ((القوي ليس بالصرعة، وإنما القوي من يملك نفسه عند الغضب)). (متفق عليه)، والتركيز على دور الوضوء في علاج الغضب، والصلاة والعبادات الأخرى. ويطلب المعالج النفسي من أفراد المجموعة العلاجية الإجابة على السؤال التالي: ماذا يحدث في كل من الحالتين الآتيتين، وما هي نتيجة كل منهما؟

١- شخص يستشار، ثم يغضب ولا يذكر الله، ثم يفقد السيطرة على نفسه، فيبدأ بالسب والشتم، وقد يصل إلى الضرب وما شابه.

٢- شخص يستشار، ثم يغضب فيذكر الله، ويستعيز به من الشيطان الرجيم ثلاث مرات ويذهب يتوضأ ويصلي ركعتان.

ثم يطلب المعالج من أفراد المجموعة العلاجية، بيان أي الحالتين أفضل ثم يجري نقاش، يتدخل فيه المرشد الديني، بذكر آيات من القرآن الكريم وأحاديث نبوية شريفة، تؤكد ضرورة ضبط الإنسان لأعصابه وانفعالاته، والسيطرة على مداخل الشيطان، كي لا يخرج من جادة الصواب ويؤدي به إلى الهاوية فيندم على ذلك.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة السابقة عينها.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة -الجدول العرضي لها-

٧- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية السابعة: السبت ٢٠/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. وبالإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (أثر تلاوة القرآن الكريم والإنصات له في الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وتعزيز القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية، وبالإجراءات عينها في الجلسات السابقة، وفيما يأتي (ملخص للمحاضرة):

إقال تعالى: ﴿لَوْ أَنزَلْنَا هَذَا الْقُرْآنَ عَلَىٰ جَبَلٍ لَّرَأَيْتَهُ خَاشِعًا مُّتَصَدِّعًا مِّنْ خَشْيَةِ اللَّهِ وَتِلْكَ الْأَمْثَالُ نَضْرِبُهَا لِلنَّاسِ لَعَلَّهُمْ يَتَفَكَّرُونَ﴾ (الحشر: ٢١)، وقال تعالى: ﴿وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ﴾ (الأعراف: ٢٠٤)، وعن أبي هريرة -رضي الله عنه-، عن رسول الله محمد -صلى الله عليه وسلم- قال: ((إن البيت ليتسع على أهله وتحضره الملائكة وتهجره الشياطين، إن يقرأ فيه القرآن)). (أخرجه الدارمي، ج ٢، رقم ٢٩، ص: ٤٣). أما الأثر الشفائي للقرآن الكريم (قراءة واستماعاً) فقد ثبت شرعاً من القرآن الكريم والسنة النبوية، قال تعالى: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢)، وعن الإمام علي -رضي الله عنه- عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- قال: ((خير الدواء القرآن)). (ابن ماجه، الأرقام ٣٥٠١، ٣٥٣٣، ٣٥٣٧) و (الكحل، ج ١، رقم: ٦٤).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة عينها في الجلسات السابقة، حول (الانزعاج عند رؤية ما يتعلق بأحداث الصدمة)، وقد بدأ المعالج النقاش بإيجاز عن موضوع (التحمل النفسي)، وكيف يتم من المنظور الإسلامي، وكيف يعتاد الفرد على رؤية ما يتعلق بأحداث الصدمة، دون أن تثير الانزعاج لديه. ثم طلب المعالج من أفراد المجموعة العلاجية، ترديد العبارتين الآتيتين:-

١- انزعج كثيراً عندما أرى ما يتعلق بأحداث الصدمة.

٢- يقل هذا الانزعاج عندما (يحضر على بالي) (المؤمن مبتلى) وابتلاء المؤمن فيه أجراً وخيراً كثيراً. وهكذا يستمر النقاش إلى أن يتم ترسيخ فكرة إن الصدمة والابتلاء فيها أجر عظيم.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، والطريقة السابقة عينها.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة -الجدول العرضي لها-

٨- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الثامنة: الأربعاء ٢٤/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات السابقة في الجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. وبالإجراءات السابقة عيها.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (فضل فريضة الصلاة على الإنسان بصورة عامة، وشفائه من آثار الصدمات، والقدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة بصورة خاصة. وبإجراءاتها السابقة عيها، وفيما يأتي (ملخص للمحاضرة):

الصلاة، صلة العبد بربه ... ودليل من العبد على اعترافه بعبوديته لله (سبحانه وتعالى)، وهي صورة من صور شكر العبد لربه وكان الرسول محمد -ﷺ- يقوم الليل حتى تتفطر قدماه فتقول السيدة عائشة (رضي الله عنها): (إن الله قد غفر لك من ذنبك ما تقدم وما تأخر)... فيقول -ﷺ-: ((أفلا أكون عبداً شكوراً)). (متفق عليه). والذي يتقرب إلى الله (سبحانه وتعالى) بالصلاة، وكان مواظباً عليها كان دائم الاتصال بالله (سبحانه وتعالى)، فيكون صلباً عند الشدائد ثابتاً عند الصدمات النفسية وغيرها.. ويستطيع الإنسان من خلال الصلاة أن يبتئ من خلالها شكواه وهمومه إلى الله (سبحانه وتعالى). إن أحاطت به الخطوب وضائق عليه الدنيا.. فعلى الإنسان أن يقول (يا الله) ويلتجأ إلى الله، وإذا ادلهمت الخطوب فقل يا الله .. (فكان -ﷺ- إذا حزبه أمر لجأ إلى الصلاة). (متفق عليه)، فالصلاة هي المتنفس أمام العبد ليتخلص من الهموم والغموم والأحزان).

(المقدسي، ١٩٩٩، ص ص: ٢٩-٣٢).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة السابقة عينها، حول (صعوبات تذكر الجوانب المهمة لأحداث الصدمة، حيث يبدأ المعالج، ببيان هذه الصعوبات ثم يشرح الإجراءات العملية في العلاج النفسي - الإسلامي للمساعدة في تجاوز هذه الصعوبات).

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقبة الشرعية، وبالطريقة السابقة عينها.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة -الجدول العرضي لها-

٩- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية التاسعة: السبت ٢٧/٤/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات السابقة عينها.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. وبالإجراءات السابقة عينها.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (فضل الصوم على الإنسان بصورة عامة، والتخلص من آثار الصدمات النفسية بصورة خاصة وتعزيز القدرة على التضحية وخدمة الآخرين. وحسب الإجراءات المتبعة في الجلسات السابقة، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة):

إقال تعالى: ﴿شَهْرُ رَمَضَانَ الَّذِي أُنزِلَ فِيهِ الْقُرْآنُ هُدًى لِّلنَّاسِ وَبَيِّنَاتٍ مِّنَ الْهُدَى وَالْفُرْقَانِ﴾ (البقرة: ١٨٥)، وقال تعالى: ﴿كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾ (البقرة: ١٨٣)، وقال -ﷺ-: ((من صام رمضان إيماناً واحتساباً، غفر له ما تقدم من ذنبه)). (متفق عليه)، والصوم يعود الصبر ويقوّي عليه، ويعلم ضبط النفس ويساعد عليه، يعود الأمة النظام والاتحاد وحب العدل والمساواة ويصون المجتمع من الشرور والمفاسد]. (طريية، ١٩٩٤، ص: ٣٥).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة، حول (كيفية التخلص من الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة، والتي تحدث دون شيء يذكر بها. ويبدأ المعالج النقاش بتوضيح هذا الموضوع، ومن ثم يطرح

عبارتين لأفراد المجموعة العلاجية، ويطلب منهما بيان أي العبارتين أقرب إلى النفس، والعبارتان، هما:

١- الذي يعاني من الذكريات المؤلمة للصدمة يستطيع التخلص منها، حتى وإن كان غير ملتزماً دينياً أو إيمانه ضعيف.

٢- الناس المؤمنون والملتزمون دينياً لا يعانون من الذكريات المؤلمة عن الصدمة، لأنها قدرهم من الله سبحانه وتعالى. ثم يستمر النقاش مع أفراد المجموعة العلاجية، حتى يصل الجميع إلى قناعة إن الإنسان المؤمن هو أقوى من الإنسان غير المؤمن ويستطيع تحمّل آثار الصدمات النفسية.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة السابقة عيها.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة - الجدول العرضي لها -

١٠- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية العاشرة: الأربعاء ١/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات السابقة عينها.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. وبالإجراءات في السابقة عينها.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (فضل الزكاة على الإنسان بصورة عامة، والتخلص من آثار الصدمات النفسية بصورة خاصة والشعور بالسعادة). وبإجراءاتها في الجلسات السابقة عينها، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة):

إقال تعالى: ﴿خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِمْ﴾ (التوبة: ١٠٣)، فالزكاة تطهر النفس من دنس البخل والطمع وحب الذات والقسوة على الفقراء). (عيسوي، ١٩٧٩، ص: ٢٧٤). والزكاة تنمي النفس وترفعها بالخيرات والبركات الخلقية والعملية حتى تكون بها أهلاً للسعادة الدنيوية والأخروية). (سابق، ب-ت، ص: ٣٢٨).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة عينها في الجلسات السابقة، حول (حول كيفية التخلص من أعراض الجفلة المفرطة).

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الحادي عشر-الجدول العرضي لها-

١١- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الحادية عشر: السبت ٤/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع الإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (الحج وفضله على الإنسان بصورة عامة والشفاء من آثار الصدمات النفسية بصورة خاصة)، وإجراءاتها في الجلسات السابقة عينها، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة).

إقال تعالى: ﴿وَلِلَّهِ عَلَى النَّاسِ حِجُّ الْبَيْتِ مَنِ اسْتَطَاعَ إِلَيْهِ سَبِيلًا وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ عَنِ الْعَالَمِينَ﴾ (آل عمران: ٩٧). إن في الحج مراجعة للأهواء النفسية، ومقابلة الشهوات، والتوقف عن قبيح الكلام والابتعاد عن اللغو والعبث وهو فرصة للنفس لتعيد حساباتها وترجع عن غيها ليعتدل أمرها وتدخل في طاعة الله.

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة، حول (ضعف الشعور بالحاجة إلى التخطيط للمستقبل، والتشاؤم منه، وضرورة التفاؤل والتخطيط له من أجل النجاح في الحياة. وقد وضح المعالج، الطرائق النفسية - الإسلامية، من أجل تقوية الشعور بهذه الحاجة، وكيفية تنمية روح التفاؤل للمستقبل، وبعد نقاش مطول، يصل في النهاية أفراد المجموعة العلاجية، إلى قناعة راسخة، إنه كلما يزداد الإيمان بالله ويزداد الالتزام الديني، يزداد شعور الفرد

بالسعادة ويزداد تفاؤله للمستقبل، ويكون محباً للدنيا والآخرة، وينجح في التخطيط للمستقبل.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة عينها الجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

اثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشر -الجدول العرضي لها-

١٢- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الثانية عشر: الأربعاء ٨/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع الإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (بيان فضل الدعاء من الله - سبحانه وتعالى - والتقرب إليه على الإنسان بصورة عامة، والشفاء من آثار الصدمات النفسية بصورة خاصة)، وبإجراءاتها عينها في الجلسات السابقة، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة).

إقال تعالى: ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ﴾ (غافر: ٦٠)، وقال النبي - ﷺ -: ((ما من مسلم يدعو الله بدعوة ليس فيها أثم ولا قطيعة رحم، إلا أعطاه الله بها إحدى ثلاث: إما أن تعجل له دعوته، وإما أن يدخرها له في الآخرة وإما أن يصرف عنه من السوء مثلها، قالوا: إذن نكثر، قال: -الله أكثر-)). (رواه البخاري، ج ٥، رقم: ٥٦٦) و (أحمد، ج ٣، رقم: ١٨). وفي الدعاء يقوم الإنسان بمناجاة ربه، وبيث إليه ما يشكو وما يعانیه في حياته من مشكلات وأزمات ومصائب، تزعجه وتقلقه، وهو في هذه الحالة من الاسترخاء والهدوء النفسي يؤدي أيضاً إلى التخلص من القلق].

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة عينها للجلسات السابقة، حول (الحاجة

إلى التخلص من الانفعالات السايكوسوماتية التي تظهر عند تذكر أحداث الصدمة مثل (التعرق، أو تسارع ضربات القلب أو رعشة أو تغير في التنفس)، ويبدأ المعالج النقاش بتوضيح هذه الأعراض والسبب في ظهورها، ثم شرح خطوات العلاج النفسي - الإسلامي للتخلص منها، ثم يستمر النقاش إلى أن يصل أفراد المجموعة العلاجية إلى قناعة تامة، بأن الإيمان والالتزام الديني بالعبادات جميعاً يقوي الشخصية ويزيد من التحمل النفسي، ويقلل من الأعراض السايكوسوماتية في حالة تذكر أحداث الصدمة.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة عينها في الجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

اثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة عشر - الجدول العرضي لها -

١٣- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الثالثة عشر: السبت ١١/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع الإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (بيان أثر العمل اليومي الصالح وأهميته للإنسان بصورة عامة والشفاء من آثار الصدمات النفسية بصورة خاصة، وبإجراءاتها عينها في الجلسات السابقة، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة).

العمل الصالح هو كل ما يتقرب به العبد لربه، من نية أو قول أو فعل مما يحبه ويرضاه وعفة واستعلاء، وترك كل ما يبغضه الله). (محمد علي، ب-ت، ص:٥٣). والله (سبحانه وتعالى)، يبين إن كل الإنسانية في خسارة مستمرة إلا من كان مؤمناً ويعمل الصالحات ويتواصى بالحق والصبر، إذ يقول (سبحانه وتعالى): ﴿وَالْعَصْرِ إِنَّ الْإِنْسَانَ لَفِي خُسْرٍ ۖ إِلَّا الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ وَتَوَاصَوْا بِالْحَقِّ وَتَوَاصَوْا بِالصَّبْرِ﴾ (سورة العصر)، والعمل الصالح، يجازى عليه الإنسان، مهما كان هذا العمل صغيراً أو دقيقاً، فإن الله (سبحانه وتعالى) يقول: ﴿فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ﴾ (الزلزلة:٧)، فالعمل الصالح هو السبيل إلى الفلاح في الدنيا والفوز في الآخرة، وما هذه الدنيا إلا متاع قليل، فعلى الإنسان أن يكثر فيها من العمل الصالح ليفوز بالآخرة الفوز العظيم].

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبنفس أسلوب الجلسات السابقة، حول (الحاجة

إلى الاهتمام بالهوايات والنشاطات التي كان يمارسها الفرد قبل تعرضه للصدمة.

وتوضيح الطرائق النفسية - الإسلامية لزيادة الاهتمام بهذه الهوايات والنشاطات.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة عينها للجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة عشر -الجدول العرضي لها-

١٤ - إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الرابعة عشر: ١٥/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع الإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة محاضرة دينية بعنوان (فضل الرقية الشرعية في الشفاء من آثار الصدمة النفسية)، وينفس إجراءاتها عينها في الجلسات السابقة، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة):

[الرقية الشرعية: هي التعويذ، وهي مأخوذة من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، التي تبين أهمية الاعتماد على الله والتوكل والالتجاء إليه، ولما كانت الأمراض تعالج بأضدادها بحسب الهدى الإلهي والنبوي، فإن استعمال الرقي هو دفاع مضاد، ضد بعض ما يتعرض له الإنسان من أزمات نفسية أو صدمات. والأدلة الشرعية على جواز استعمال (الرقية) موجودة، فمن القرآن الكريم، قال تعالى: ﴿وَنَزَّلْنَا مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾ (الإسراء: ٨٢)، وفي صحيح مسلم والبخاري، عن عائشة (رضي الله عنها)، أن النبي -ﷺ- كان يعوِّذ بعض أهله، يمسح بيده اليمنى ويقول: ((اللهم رب الناس أذهب البأس، أشف أنت الشافي، لا شفاء إلا شفاك شفاء لا يغادر سقماً)). (النووي، ب-ت، ص: ١٢٣).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة عينها للجلسات السابقة، حول (أعراض

النشاط الزائد الناتج عن الصدمة النفسية، وكيفية وقت ظهور هذه الأعراض

وبيان الطرائق الإسلامية والنفسية في التغلب على أعراض النشاط الزائد.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة عينها للجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

اثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشر - الجدول العرضي لها -

١٥- إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية الخامسة عشر: السبت ١٨/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٠) دقائق، القراءة والاستماع إلى أدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها للجلسات السابقة.

ثالثاً. (٥) دقائق استراحة.

رابعاً. (٣٠) دقيقة، الاستماع والإنصات إلى قراءة القرآن الكريم. واتباع الإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

خامساً. (٥) دقائق، استراحة.

سادساً. (٣٠) دقيقة، محاضرة دينية بعنوان (بيان أهمية وأثر الصبر على البلاء والشدائد والصدمات النفسية، في صحة الفرد النفسية). وبالإجراءات عينها في الجلسات السابقة، وفيما يأتي (ملخص المحاضرة):

«الصبر، نصف الإيمان، لأن الإيمان (صبر وشكر) قال تعالى: ﴿إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِّكُلِّ صَبَّارٍ شَكُورٍ﴾ (إبراهيم:٥)، والصبر من الإيمان بمنزلة الرأس من الجسد، وهو ثلاثة أنواع:

١- صبر على فرائض الله، فلا يضيعها.

٢- صبر على محارمه، فلا ينتهكها.

٣- صبر على قضاءه وقدره، فلا يسخط منهما.

وأكثر أسقام البدن والقلب، إنما تنشأ من عدم الصبر. وإن الله مع الصابرين ويجعل لهم الخير، قال تعالى: ﴿وَلَئِن صَبَرْتُمْ لَهَو خَيْرٌ لِّلصَّابِرِينَ﴾ (النحل:١٢٦).

سابعاً. (١٥) دقيقة، فترة غداء خفيف.

ثامناً. (٣٠) دقيقة، مناقشة علاجية، وبالطريقة عينها للجلسات السابقة، حول (كيفية

ممارسة نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية، حيث يبدأ المعالج بتوضيح أنواع النشاطات الاجتماعية والوظائف المهنية التي من الممكن أن تتأثر نتيجة التعرض للصدمة النفسية، ثم يقوم المعالج بتوضيح أنواع الطرائق النفسية - الإسلامية التي تساعد أفراد المجموعة العلاجية على الانصهار في المجتمع وبناء علاقات اجتماعية طيبة ومثمرة ابتداءً من العائلة وانتهاءً بالمجتمع، ثم بيان كيفية تأثير هذه الطرائق في الاختبار المهني والوظيفي حسب قدرات الشخص وكيفية النجاح في المهنة أو الوظيفة.

تاسعاً. (١٥) دقيقة، الرقية الشرعية، وبالطريقة عينها للجلسات السابقة.

عاشراً. (١٠) دقائق، مناقشة الواجبات البيتية ومتابعة العمل اليومي الصالح.

إحدى عشر. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

أثنى عشر. (١٠) دقائق، صلاة العصر. ثم التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة عشر - الجدول العرضي لها -

١٦ - إجراءات تطبيق الجلسة العلاجية السادسة عشر (الأخيرة): ٢٢/٥/٢٠٠٢.

أولاً. (١٥) دقيقة، صلاة الظهر (جماعة).

ثانياً. (١٥) دقيقة، دعاء الله سبحانه وتعالى، لانتهاء البرنامج العلاجي بالتوفيق للجميع والشفاء من آثار الصدمات النفسية، وبالإجراءات عينها في الجلسات السابقة.

ثالثاً. (٩٠) دقيقة، حفل ختام البرنامج العلاجي، من بين فقراته، مأدبة غداء، وتقديم الشكر لأفراد المجموعة العلاجية على تعاونهم وحضورهم لجلسات البرنامج العلاجي. وتلقى المعالج بالمقابل امتنان وتقدير أفراد المجموعة العلاجية على مساعدتهم في التخفيف والتخلص من معاناتهم، ومساعدتهم في أن فتح لهم هذا البرنامج باباً إيمانياً في التقرب إلى الله سبحانه وتعالى. وقد أتفق الجميع بضرورة استمرار اللقاءات حتى ولو بشكل فردي مع المعالج أو مع أي من أعضاء المجموعة العلاجية الذين أصبحوا كالعائلة الواحدة.

رابعاً. (٤٥) دقيقة، مناقشة تقييمية، بين الكادر العلاجي وأفراد المجموعة العلاجية، حول جلسات البرنامج العلاجي جميعاً، والعمل اليومي الصالح ومدى الفائدة من هذا البرنامج. ويبدأ المعالج بإيضاح مختصر، لما دار في جلسات البرنامج العلاجي السابقة ومقدار التطور في العلاج بناءً على تقويمهم لأنفسهم وفق (استمارة التقويم الذاتي) وبالأرقام، وبعد أن يحمد الله سبحانه وتعالى، ويردد أفراد المجموعة العلاجية من بعده هذا الحمد والشكر لله (سبحانه) على استبصارهم لأنفسهم وتصحيح معتقداتهم الخاطئة، وتعزيز إيمانهم بالله (سبحانه وتعالى) وتخفيف وطأة المعاناة عنهم، يتفقون على ضرورة الاستمرار الذاتي والطوعي للبرنامج وبشكل فردي في المنزل وفي المجتمع، بعدها يقوم المعالج مع أفراد المجموعة العلاجية بتقديم الشكر، للمرشد الديني على تعاونه وإخلاصه النية والعمل لله (سبحانه وتعالى) في هذا البرنامج.

خامساً. (٥) دقائق، ملء استمارة التقويم الذاتي.

سادساً. (١٠) دقائق، صلاة العصر. التي بها ينتهي هذا البرنامج العلاجي النفسي - الإسلامي بجلساته السادسة عشر، ويتفق بعدها المعالج مع أفراد المجموعة العلاجية على موعد التشخيص البعدي وبالأساليب التشخيصية الثلاث عيها التي استعملت في التشخيص القبلي، وبذلك تم الاتفاق على التشخيص البعدي، يوم الأربعاء الموافق ٢٠٠٢/٦/٥، الساعة العاشرة صباحاً في مستشفى الكاظمية التعليمي. على أن يقوم المعالج بتبليغ أفراد المجموعة الضابطة بنفس الموعد.

رابعاً: تقويم وتقدير مدى كفاءة البرنامج العلاجي الحالي

انسجماً مع الفقرة (٧) من أنموذج (بوردرس ودروري ١٩٩٢) (Borders and Drury,1992) المعتمد في البحث الحالي، والوارد في الفقرة (ثانياً) من إجراءات بناء البرنامج الحالي، وانسجماً مع متطلبات البحث الحالي وأهدافه وفرضياته، فقد تم تقويم وتقدير مدى كفاية البرنامج العلاجي الحالي من خلال:-

١- **التقويم التمهيدي:** ويتلخص بالإجراءات التي قام بها الباحث لبناء البرنامج والمتمثلة بالصدق وتكافؤ العينة (بين التجريبية والضابطة)، وتحديد أولوية الحاجات والمتطلبات المرضية المتمثلة بالوزن النسبي للأعراض المرضية من خلال تدرج تكراراتها بين أفراد العينة.

٢- **التقويم الذاتي:** ويتلخص بإجراء عملية تقويم ذاتي، عند نهاية كل جلسة، وفقاً لاستمارة، التقويم الذاتي، ملحق (٨).

٣- **التقويم النهائي:** وذلك من خلال بيان أثر البرنامج العلاجي الحالي (النفسي - الإسلامي) في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، أو الشفاء من هذه الأعراض، وتم وفقاً للتحليل الإحصائي.

خامساً: الوسائل الإحصائية

استعمل الباحث وسائل إحصائية مختلفة، وحسب متطلبات البحث الحالي، وهي:

١- النسب المئوية في:

أ- توزيع أفراد العينة، حسب نوع الصدمة، وأماكن أخذ أفرادها.

ب- تحديد الأولويات والاحتياجات المرضية.

ج- معرفة مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، وفقاً لنتائج

البحث الحالي.

- ٢- اختبار ولوكوسن (Wilcoxon): لعينتين صغيرتين مترابطتين، لمعرفة دلالة الفروق بين التشخيص (القبلي والبعدي) والتشخيص (البعدي والمتابعة) للمجموعة التجريبية، والتشخيص (القبلي والبعدي) للمجموعة الضابطة. (Siegel and Gastellen, 1988, P:88)
- ٣- اختبار مان وتني (Wilcoxon - Mann - Whitney): لعينتين صغيرتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق بين التشخيص القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة. (Siegel and Gastellen, 1988, P:130-134).

سادساً: صعوبات البحث

- ١- صعوبة تشخيص اضطراب (PTSD) في العراق للأسباب الآتية:
- أ- حداثة دخول هذا المفهوم إلى القطر.
 - ب- حداثة تصنيفه عالمياً.
 - ج- تغيير معايير تشخيصه من مراجعة إلى أخرى ومن جهة تصنيفية إلى أخرى.
 - د- تداخل أعراضه مع أعراض مرضية أخرى، خصوصاً (الاكتئاب والقلق).
 - هـ- وجود اضطرابات مصاحبة له.
 - و- معرض للشفاء التلقائي، وفي الوقت عينه، معرض للتطور المرضي السريع، وأو بعض منه متأخر الظهور.
- ولصعوبة التشخيص بناءً على الأسباب الواردة سابقاً، مما جعل الحصول على العينة، خصوصاً في المستشفيات أمراً صعباً. وللتغلب على هذه المشكلة، وللتأكد من الدقة العلمية في التشخيص فقد اعتمد الباحث معايير ثلاثة في التشخيص.

- ٢- صعوبة التعامل مع ضحايا (PTSD) لاستغراقهم في الشكاوي والحديث في أمور لا تخص البحث، وهذا ما تطلب صبراً كبيراً ووقتاً طويلاً.
- ٣- قلة المصادر العربية والأجنبية، والعربية منها تكاد تكون نادرة جداً في موضوع (PTSD)، وقد تمكن الباحث من الحصول على ما يفي بمتطلبات البحث الحالي، من خلال مراسلة الباحثين مباشرة، وهذا ما تطلب الانتظار لأكثر من سنة، فضلاً عن مصادر شبكة المعلومات العالمية (Internet) لهذا الموضوع. كذلك قلة مصادر (العلاج النفسي - الإسلامي)، خصوصاً في الأدبيات والدراسات النفسية والطبية النفسية الحديثة، أما القديمة فلم تتبع إجراءات المنهج العلمي المعروف، بالرغم من غناها الفكري.
- ٤- صعوبة بناء وتطبيق (العلاج النفسي - الإسلامي)، كون الباحث لم يحصل على برنامج علاجي (نفسى - إسلامي)، شبيه بالبرنامج الحالي وتكاد تخلو المكتبة النفسية (العربية والإسلامية) من هذا البرنامج، مع ان الباحث استطاع ان يجمع شتات متفرقة ويغنيها لتكون برنامجاً علاجياً موعوداً.
- ٥- صعوبة التعامل مع أخصائيي الطب النفسي، حيث أن كثيراً منهم لا يشجع سوى (الطب النفسي) في علاج الأمراض النفسية، وهذا ما جعل تعاون الكثير منهم ليس بالصورة المرجوة.
- ٦- صعوبة إجراءات تطبيق الجلسات العلاجية، ابتداءً من طول الجلسة وكثرة إجراءاتها وطول فترة البرنامج العلاجي، ولكن بالتوفيق من الله (العزیز القدير) ونعمة الصبر التي انعم بها الله (سبحانه وتعالى) على الكادر العلاجي والمجموعة (العلاجية)، فقد تم إكمال تطبيق هذه الجلسات.
- ٧- صعوبة الظروف التي يتعرض لها الشعب العراقي، حالياً، والصعوبة الكبيرة في إجراء مثل هذا البحث وفي ظل هذه الظروف.

(ومن الله العون والتوفيق)

الجدول (٧) المزاوجة الفردية لتوزيع أفراد العينة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)*

ت	متغيرات المزاوجة	المجموعة	الحالة ١	الحالة ٢	الحالة ٣	الحالة ٤	الحالة ٥	الحالة ٦	الحالة ٧	الحالة ٨	الحالة ٩	الحالة ١٠	الحالة ١١
١.	العمر	تجريبية	٥٢	٤١	٣٨	٣٢	٤٤	٢٥	٢٨	٣١	٢٦	٥٠	٣١
		ضابطة	٥٤	٤٣	٣٩	٣٣	٤٥	٢٦	٢٩	٣٢	٢٧	٥١	٣٢
٢.	نوع الصدمة	تجريبية	أسر	أسر	أسر	تجربة قتالية	تجربة قتالية	موت عزيز	سطو مسلح	حادث قتل	حوادث صدمية	قصف أو حريق دار سكنية	موت عزيز
		ضابطة	أسر	أسر	أسر	تجربة قتالية	تجربة قتالية	موت عزيز	سطو مسلح	حادث قتل	حوادث صدمية	قصف أو حريق دار سكنية	موت عزيز
٣.	شدة الاضطراب	تجريبية	متوسط	شديد	بسيط	متوسط	بسيط	شديد	متوسط	شديد	متوسط	بسيط	بسيط
		ضابطة	متوسط	شديد	بسيط	متوسط	بسيط	شديد	متوسط	شديد	متوسط	بسيط	بسيط
٤.	الجنس	تجريبية	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر
		ضابطة	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر

* تم حذف (١٠) عشرة من أفراد العينة. المصابون بـ (PTSD) بسبب ضعف التزام (٥) خمسة من أفراد المجموعة التجريبية في مواصلة البرنامج العلاجي، وتم حذف ما يناظرهم من أفراد المجموعة الضابطة، ليكون العدد النهائي (١١) لكل مجموعة.

الجلسة العلاجية (الأولى) السبت الموافق ٢٠٠٢/٣/٣٠ الساعة ١٢.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم البنائي والذاتي
التعارف والتهيئة وعقد الاتفاق	١- التعارف بين أفراد المجموعة والمعالج. ٢- بناء علاقات إيجابية بين أفراد المجموعة فيما بينهم من جهة والمعالج من جهة أخرى. ٣- التهيئة للبرنامج العلاجي وشرح متطلباته. ٤- توقيع عقد الاتفاق بين أفراد المجموعة والمعالج.	١- تهيئة أفراد المجموعة للتفاعل مع البرنامج العلاجي. ٢- تعريف أفراد المجموعة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية، وشرح أعراضه وكيفية علاجه. ٣- توقيع عقد العلاج.	١- أن يتم التعارف بين أفراد المجموعة العلاجية والمعالج. ٢- أن يبني أفراد المجموعة العلاجية والمعالج فيما بينهم علاقة إيجابية تتسم بالثقة المتبادلة والألفة والمحبة. ٣- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على البرنامج العلاجي من حيث الأهداف والأساليب والجلسات ومكان ووقت إجرائها. ٤- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على العلاج النفسي الإسلامي وفائدته وطريقة إجرائه. ٥- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على مفهوم الصدمة النفسية وأنواع الصدمات التي يتعرض لها الناس. ٦- أن يتعرض أفراد المجموعة العلاجية على اضطراب ما بعد الصدمة النفسية وأعراضه المرضية وكيفية معالجتها ٧- ان يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على مفهوم المصيبة والبلاء وعلاجها من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة. ٨- أن يوقع أفراد المجموعة العلاجية والمعالج عقد العلاج.	١- تبدأ الجلسة بصلاة الظهر (جماعة) يكون المرشد الديني هو الإمامي فيها. ٢- دعاء الشفاء بعد الصلاة مباشرة يتلوه المرشد الديني ويردده أفراد المجموعة العلاجية. ٣- دعوة غداء لأفراد المجموعة العلاجية. ٤- مناقشة مع أفراد المجموعة العلاجية في البرنامج العلاجي وأهدافه وجلساته وأساليبه داخل الجلسة وخارجها. ٥- محاضرة يلقيها المعالج النفسي عن الصدمة النفسية والاضطراب الناتج عنها وكيفية معالجة اضطرابها وفق القرآن الكريم والنبوية المشرفة. ٦- محاضرة دينية يلقيها المرشد الديني عن أهمية العلاج بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة. ٧- عقد العلاج ٨- توزيع الكتيبات وتعليمات البرنامج والواجبات البيتية. ٩- تنتهي الجلسة بصلاة العصر.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أهمية البرنامج العلاجي والفائدة منه والتوقعات من هذه الفائدة. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة عن الصدمة النفسية والاضطراب الناشئ عنها وكيفية معالجته. ٣- توجيه سؤال لأفراد المجموعة عن مفهوم العلاج الإسلامي خصوصاً للصددمات والمصائب. ٤- يطلب من كل فرد من أفراد المجموعة الإجابة على استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الثانية) الأربعاء الموافق ٢٠٠٢/٤/٣ الساعة ١٢.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم البنائي والذاتي
النوم والأحلام	١- التغلب على صعوبات النوم. ٢- التخلص من الأحلام المزعجة.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من الأحلام المزعجة والتغلب على صعوبات النوم	١- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية، النوم بسهولة. ٢- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية إستراتيجيات نفسية وإسلامية في التغلب على صعوبات النوم. ٣- أن يكتسب أفراد المجموعة العلاجية إستراتيجيات نفسية وإسلامية للأحلام المريحة. ٤- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية التغلب على صعوبات النوم. ٥- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية التخلص من الأحلام المزعجة.	١- الصلاة. ٢- كاسيت (سور وآيات الشفاء من أثر الصدمات). ٣- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٤- محاضرة دينية، عن الاعتراف بالذنب وأهمية هذا الاعتراف في تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة. ٥- مناقشة، بين الكادر العلاجي والمجموعة العلاجية في كيفية التغلب على صعوبات النوم والتخلص من الأحلام المزعجة. ٦- الرقية الشرعية. ٧- مناقشة الواجبات البيئية. ٨- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أهمية الطرق الإسلامية والنفسية التي تساعد في التخلص من الأحلام المزعجة وتحقق النوم الهادئ. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة عن أهمية الاعتراف بالذنب والتكفير عن الأخطاء وبناء ما هو صحيح. ٢- الإجابة على استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الثالثة) السبت الموافق ٦/٤/٢٠٠٢ الساعة ١٢.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم البنائي والذاتي
إستراتيجيات تركيز الانتباه الجيد	١- كيفية إتقان إستراتيجيات تركيز الانتباه الجيد. ٢- التخلص من صعوبات التركيز وشروء الذهن	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تركيز الانتباه الجيد، ومساعدتهم على التخلص من صعوبات التركيز الانتباه.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الانتباه. ٢- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على المؤثرات الداخلية والخارجية للانتباه. ٣- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على إستراتيجيات تركيز الانتباه. ٤- أن يساعد المعالج أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من صعوبات تركيز الانتباه. ٥- أن يساعد المعالج أفراد المجموعة العلاجية على التقليل من شروء الذهن لديهم. ٦- أن يساعد المعالج أفراد المجموعة العلاجية على التواصل مع مجريات الأحداث التي تحيط بهم. ٧- أن يساعد المعالج أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من الوسوسة وشفاء الذهن.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة. ٣- كاسيت (سور القرآن للشفاء من آثار الصدمات). ٤- السايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (التوبة والاستغفار والتكفير عن الذنوب). ٦- مناقشة، بين الكادر العلاجي وأفراد المجموعة العلاجية في كيفية التخلص من الوسوسة وتحقيق صفاء الذهن والتركيز الجيد للانتباه. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أهمية التوبة والاستغفار في راحة الضمير والتخلص من الوسواس. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن كيفية التخلص من الوسواس وتحقيق صفاء الذهن وتركيز الانتباه ٣- الإجابة على استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الرابعة) الأربعاء الموافق ١٠/٤/٢٠٠٢ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم البنائي والذاتي
أعراض التجنب ومعايشة أحداث الصدمة	١- الحاجة إلى تذكر الأفكار والمشاعر والأحاسيس المرتبطة بالصدمة. ٢- الحاجة إلى المعاشية بسهولة مع الأماكن أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات الصدمة.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من أعراض التجنب لأحداث الصدمة، ومعايشة هذه الأحداث.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على أعراض التجنب لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية. ٢- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تذكر الأفكار والمشاعر والأحاسيس المرتبطة بالصدمة، بسهولة دون أن تثير لديهم الاضطراب. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على معايشة الأنشطة والأماكن أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات الصدمة وبسهولة دون أن تثير لديهم الاضطراب.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- السايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (أثر القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة في تكوين ذات اجتماعية جديدة). ٦- مناقشة علاجية حول طريقة تذكر أحداث الصدمة ومعايشتها دون التأثير على صحة المريض النفسية. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أعراض التجنب في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أثر القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في بناء شخصية اجتماعية جديدة. ٣- توجيه سؤال عن الطرق الجيدة في تذكر أحداث الصدمة دون أن تثير الاضطراب. ٤- الإجابة عن استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الخامسة) السبت الموافق ١٣/٤/٢٠٠٢ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم البنائي والذاتي
القدرة على الشعور بالحب والاختلاط بالآخرين	١- الحاجة إلى الشعور بالحب نحو الآخرين. ٢- الحاجة إلى التخلص من القصور في المشاعر الوجدانية	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية إلى الشعور بالحب نحو الآخرين والتغلب على الفتنور العاطفي.	١- أن يتمكن أفراد المجموعة العلاجية من تنمية الشعور بالحب نحو الآخرين. ٢- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على أن يحبوا أو أن يكونوا موضوع حب من قبل الآخرين وبدون مصلحة. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من الفتنور العاطفي. ٤- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من القصور في المشاعر الوجدانية.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- السايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (الإيمان بالله والصحة النفسية). ٦- مناقشة علاجية حول (مشكلة القصور في المشاعر الوجدانية والفتنور العاطفي وعلاجها). ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول أهمية الحاجة إلى الشعور بالحب نحو الآخرين وبيان ماهيتها. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول كيفية التخلص من القصور في المشاعر الوجدانية وتنمية مشاعر حب نحو الآخرين. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (السادسة) الأربعاء الموافق ١٧/٤/٢٠٠٢ الساعة ١٠.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم البنائي والذاتي
نوبات الهياج ومشاعر الغضب	١- الحاجة إلى الضبط الانفعالي. ٢- الحاجة إلى التخلص من القصور في المشاعر الوجدانية	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على ضبط انفعالاتهم والتخلص من نوبات الهياج والغضب.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على نوبات الهياج والغضب ومصادر استنشارتها والمواقف التي تحدثان فيهما. ٢- تعليم أفراد المجموعة العلاجية الطرق السليمة في كبح الغضب عندما يستشار الشخص. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على كيفية الاستعانة بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة للسيطرة على مشاعر الغضب في وقت الاستشارة والعصبية. ٤- تنمية الضبط الانفعالي في نفوس أفراد المجموعة من خلال القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- السايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (بيان ذكر الله ومخافته والصلاة والسلام على الرسول في كل وقت وأثر ذلك في الشفاء من آثار الصدمات مع بيان أثر القرآن والسنة في المساعدة على تقبل الذات وتقبل الآخرين واتخاذ أهداف واقعية). ٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن وصف حالة شخص عندما يتهيج ويغضب. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول كيفية الاستعانة بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في ضبط الانفعال والغضب. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (السابعة) السبت الموافق ٢٠/٤/٢٠٠٢ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
الانزعاج عند رؤية ما يتعلق بأحداث الصدمة.	١- الحاجة إلى التدريب على التحمل النفسي.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على جعل رؤية ما يتعلق بأحداث الصدمة شيء طبيعي لا يثير الانزعاج.	١- تدريب أفراد المجموعة العلاجية على التحمل النفسي. ٢- ان يستعين أفراد المجموعة العلاجية بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة على تحمل رؤية ما يتعلق بأحداث الصدمة دون أن يثير ذلك الانزعاج. ٣- تعليم أفراد المجموعة العلاجية إستراتيجيات نفسية - إسلامية في التحمل النفسي للصدمة. ٤- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من الانزعاج وتقليل الشعور به عند رؤية ما يتعلق بأحداث الصدمة.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (أثر تلاوة القرآن الكريم والإنصات له على الشفاء من آثار الصدمات النفسية والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية). ٦- مناقشة علاجية حول (الانزعاج عند رؤية ما يذكر بالصدمة). ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول ما يحصل من انزعاج عند رؤية ما يذكر بأحداث الصدمة. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول كيفية الاستعانة بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في التخلص من الانزعاج عند رؤية ما يذكر بأحداث الصدمة. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الثامنة) الأربعاء الموافق ٢٤/٤/٢٠٢٠ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
تذكر الجوانب المهمة لأحداث الصدمة.	١- الحاجة إلى تذكر أحداث الصدمة بتسلسلها المنطقي.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تذكر أحداث الصدمة بسهولة وبتسلسلها المنطقي.	١- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تذكر أحداث الصدمة كأى حدث حياتي آخر. ٢- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية في التعرف على الأشخاص أو الأماكن أو الأشياء ذات العلاقة بأحداث الصدمة. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على جعل أحداث الصدمة أحداث حياتية عامة لا تثير الاضطراب عند تذكرها. ٤- تعليم أفراد المجموعة العلاجية إستراتيجية نفسية - إسلامية تستعمل في المساعدة على تذكر أحداث الصدمة.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (ذكر فضل الصلاة في الشفاء من آثار الصدمات بصورة خاصة والقدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة بصورة عامة).	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن الصعوبات التي تواجههم قي تذكر أحداث الصدمة. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن الإستراتيجيات النفسية - الإسلامية في التغلب على صعوبة تذكر أحداث الصدمة. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.
				٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	

الجلسة العلاجية (التاسعة) السبت الموافق ٢٧/٤/٢٠٠٢ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
استرجاع الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة	١- الحاجة إلى التخلص من الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة. ٢- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية طرقاً علاجية نفسية - إسلامية في التخلص من الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تقوية التحمل النفسي من خلال تعزيز الإيمان.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (فضل الصوم على الإنسان بعامة والشفاء من آثار الصدمات خاصة وتعزيز القدرة على التضحية وخدمة الآخرين). ٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن كيفية التخلص من الذكريات غير المرغوبة عن أحداث الصدمة. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (العاشرة) الأربعاء الموافق ٢٠٠٢/٥/١ الساعة ١٠.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
أعراض الجفلة	١- الحاجة إلى التخلص من أعراض الجفلة.	١- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من أعراض الجفلة.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على أعراض الجفلة المبالغ فيها مثلاً عند سماع الأصوات المفاجئة، كارتظام الباب أو قرع الجرس أو رنة الهاتف، أو عندما يلمسه شخص فجأة. ٢- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الطرق النفسية - الإسلامية التي تساعد في التخلص من أعراض الجفلة. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من أعراض الجفلة المفردة.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (أثر الزكاة على الإنسان بصورة عامة والتخلص من آثار الصدمات بصورة خاصة). ٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أعراض الجفلة المفردة. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن كيفية التخلص من أعراض الجفلة. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الحادية عشر) السبت الموافق ٢٠٠٢/٥/٤ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
التخطيط للمستقبل والتفاؤل به.	١- الحاجة إلى التخطيط للمستقبل والتفاؤل به.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تقوية الشعور بالحاجة إلى التخطيط للمستقبل.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على كيفية التخطيط للمستقبل. ٢- بث روح التفاؤل بين أفراد المجموعة العلاجية. ٣- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية، طرائق نفسية- إسلامية تساعد في التخطيط للمستقبل وتتمى روح التفاؤل به. ٤- مناقشة علاجية. ٥- الرقية الشرعية. ٦- مناقشة الواجبات البيئية. ٧- استمارة التقويم الذاتي.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (الحج وفضله على الإنسان بصورة عامة والشفاء من آثار الصدمات بصورة خاصة).	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن كيفية التخطيط للمستقبل. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول مدى الاستفادة من الطرائق النفسية الإسلامية في التخطيط للمستقبل. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الثانية عشر) الأربعاء الموافق ٢٠٠٢/٥/٨ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
الانفعالات النفسية - الجسمية (السايكوسوماتية)	١- الحاجة إلى التخلص من الانفعالات السايكوسوماتية الناتجة عن الصدمة.	١- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من الانفعالات السايكوسوماتية (كالتعرق أو تسارع ضربات القلب أو رعشة أو تغير في النفس).	١- إن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الانفعالات السايكوسوماتية الناتجة عن الصدمة. ٢- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الطرائق النفسية - الإسلامية في السيطرة على هذه الانفعالات . ٣- أن يتدرب أفراد المجموعة العلاجية، على كيفية التخلص من الانفعالات السايكوسوماتية (كالتعرق أو التغير في التنفس الخ) عند تذكر أحداث الصدمة.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (الحج وفضله على الإنسان بصورة عامة والشفاء من آثار الصدمات بصورة خاصة).	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن الانفعالات السايكوسوماتية التي تحدث نتيجة تذكر الصدمة. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن الطرائق النفسية - الإسلامية للتخلص من هذه الانفعالات. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.
				٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقبة الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	

الجلسة العلاجية (الثالثة عشر) السبت الموافق ٢٠٠٢/٥/١١ الساعة ١٠.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
النشاطات والهوايات.	١- الحاجة إلى ممارسة النشاطات والهوايات التي كان يمارسها الشخص قبل التعرض للصدمة.	مساعدة الشخص (المريض) على ممارسة النشاطات والهوايات التي كان يمارسها الشخص قبل التعرض للصدمة.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على أنواع الهوايات والنشاطات. ٢- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على أهمية هذه الهوايات والنشاطات في حياتهم. ٣- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية، على الطرائق النفسية - الإسلامية التي تزيد من اهتمام الفرد بالهوايات والنشاطات التي كان يمارسها قبل تعرضه للصدمة. ٤- أن يشجع أفراد المجموعة العلاجية على القيام بمزاولة هوايات جديدة مرغوبة من قبلهم وتناسب مرحلتهم الحالية.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (بيان أثر العمل اليومي الصالح وأهميته للإنسان بصورة عامة والشفاء من آثار الصدمة بصورة خاصة).	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أهمية ممارسة النشاطات والهوايات في حياة الفرد. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن الطرائق النفسية - الإسلامية التي تزيد من اهتمام الفرد بالنشاطات والهوايات ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الرابعة عشر) السبت الموافق ٢٠٠٢/٥/١٥ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
النشاط الزائد.	١- الحاجة إلى التغلب على النشاط الزائد.	١- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التخلص من النشاط الزائد.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على أعراض النشاط الزائد. ٢- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية الطرائق النفسية - الإسلامية في التخلص من أعراض النشاط الزائد. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية، على التخلص من النشاط الزائد. ٤- تقوية الاستقرار النفسي والضبط الانفعالي عند أفراد المجموعة العلاجية. ٥- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية، استثمار النشاط الزائد في نشاطات أخرى مفيدة.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (بيان فضل الرقية الشرعية في الشفاء من آثار الصدمات النفسية). ٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقية الشرعية. ٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أعراض النشاط الزائد.. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن الطرائق النفسية - الإسلامية في التخلص من أعراض النشاط الزائد. ٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (الخامسة عشر) السبت الموافق ٢٠٠٢/٥/١٨ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
صعوبة ممارسة نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية.	١- الحاجة إلى ممارسة نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على ممارسة نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على أنواع الوظائف الاجتماعية والمهنية التي من الممكن أن تظهر فيها أعراض ما بعد الصدمة النفسية. ٢- أن يتعلم أفراد المجموعة العلاجية على أنواع الطرائق النفسية - الإسلامية التي تساعد الشخص على ممارسة نشاطاته ووظائفه الاجتماعية وعلى أداءه الجيد لوظائفه المهنية.	١- الصلاة. ٢- أدعية الشفاء من آثار الصدمات. ٣- كاسيت القرآن الكريم. ٤- سايكودراما. ٥- محاضرة دينية، عن (بيان أهمية وأثر الصبر على البلاء والشدائد والصدمات النفسية). ٦- مناقشة علاجية. ٧- الرقية الشرعية.	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أنواع الوظائف الاجتماعية والمهنية التي من الممكن أن تتأثر بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية.
صعوبة ممارسة الحياة الاجتماعية والمهنية.	١- الحاجة إلى ممارسة نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية.	مساعدة أفراد المجموعة العلاجية، على الانصهار بالمجتمع وتوطيد العلاقات الاجتماعية، ابتداءً من الأسرة وانتهاءً بالمجتمع.	٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية، على الانصهار بالمجتمع وتوطيد العلاقات الاجتماعية، ابتداءً من الأسرة وانتهاءً بالمجتمع. ٤- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية، على النجاح في الوظائف والمهن وفي طريقة الاختيار والتوجيه المهني.	٨- مناقشة الواجبات البيئية. ٩- استمارة التقويم الذاتي.	٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية عن أهم الطرائق النفسية - الإسلامية التي تساعد على الانصهار في المجتمع والنجاح في الوظائف.
					٣- ملء استمارة التقويم الذاتي.

الجلسة العلاجية (السادسة عشر) - الأخيرة - الأربعاء الموافق ٢٠٠٢/٥/٢٢ الساعة ١.١٥ ظهراً

الموضوع	متطلبات الموضوع	الأهداف العامة	الأهداف الخاصة	الأساليب العلاجية والنشاطات	التقويم
تقويم جلسات البرنامج العلاجي	١- الحاجة إلى معرفة الفائدة من جلسات البرنامج العلاجي ومعرفة أثرها في الشفاء من آثار الصدمات.	١- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تقويمهم لأنفسهم وتقويم الكادر العلاجي لهم بعد إكمالهم جلسات البرنامج العلاجي.	١- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على كيفية تقويمهم لأنفسهم بعد إكمالهم جلسات البرنامج العلاجي. ٢- أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على كيفية تقويم الكادر العلاجي لهم بعد إكمالهم جلسات البرنامج العلاجي. ٣- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية، على كيفية الاستمرار الذاتي للبرنامج بعد انتهاءه وأن يصبح ضرورة حياتية لهم. ٤- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية، على معرفة درجة التقدم في العلاج ودرجة الشفاء من آثار الصدمة، بعد إكمال جلسات البرنامج العلاجي.	١- الصلاة. ٢- سايكودراما. ٣- مناقشة تقويمية. ٤- حفل نهائي. ٥- استمارة التقويم الذاتي. ٦- دعاء ختمة البرنامج	١- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول كيفية تقويمهم لأنفسهم بعد إكمال جلسات البرنامج العلاجي. ٢- توجيه سؤال لأفراد المجموعة العلاجية حول كيفية الاستمرار بتطبيق البرنامج في حياتهم بعد انتهاء الجلسات العلاجية. ٣- توجيه سؤال لهم عن درجة تقدمهم في العلاج. ٤- ملء استمارة التقويم الذاتي.

أولاً. عرض النتائج ومناقشتها

صم البحث الحالي، لتحقيق الأهداف الآتية:

أولاً: الكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

وقد تحقق هذا الهدف في (إجراءات البحث)، من خلال التشخيص القبلي لعينة البحث الأساسية، والذي تم بطرائق تشخيصية ثلاث، هي، التشخيص (الطبي - النفسي) والتشخيص ب (معايير DSM,IV,94)، والتشخيص ب (بمقياس -PTSD- للكيسي 1998)، وباستعمال النسب المئوية كشفت نتائج التشخيص، الآتي:

١- التشخيص الطبي - النفسي: تم من خلاله تشخيص (٣٦) فرداً مصاباً باضطراب (PTSD)، من أصل العينة البالغة (٥٤) فرداً. وكانت نسبة انتشار هذا الاضطراب وفقاً لهذا النوع من التشخيص هي (٦٦.٦%).

٢- التشخيص بمعايير (DSM,IV,1994)، وتم من خلاله تشخيص (٣٣) فرداً مصاباً باضطراب (PTSD)، من أصل العينة البالغة (٥٤) فرداً. وبذلك تكون نسبة انتشار هذا الاضطراب، وفقاً لهذا النوع من التشخيص هي (٦١.١١%).

٣- التشخيص بمقياس (PTSD - الكيسي، 1998)، وتم من خلاله تشخيص (٣٢) فرداً مصاباً بهذا الاضطراب، من أصل العينة البالغة (٥٤) فرداً. وبذلك تكون نسبة انتشار هذا الاضطراب، وفقاً لهذا النوع من التشخيص هي (٥٩.٢٥%).

٤- أما نسبة انتشار اضطراب (PTSD)، وفقاً للمعايير التشخيصية الثلاث، المعتمدة في البحث الحالي، كانت (٦٢.٣٥%) من أصل العينة البالغة (٥٤) فرداً.

وقد جاءت نتائج البحث الحالي لتؤكد ما توصلت إليه الدراسات السريرية والوبائية من شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) في العقد الأخير من القرن العشرين وبداية القرن الحالي، حيث انسجمت نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسات كل من (فيندر لاندر، 1994) التي سجلت نسبة إصابة بلغت (٨٤%) بأعراض (PTSD). (Vender

(linder,1994,P:787)، و (سوماسوندرم وساريوكان، ١٩٩٤) بنسبة إصابة بلغت (٩٣%) بأعراض (PTSD). (Somasundaram & sirayo kan,94,P:527) و(سوتكبير وآخرين، ١٩٩٣) التي سجلت نسبة إصابة بلغت (٧٠%) من بين (٣٦) أسيراً يابانياً، باضطراب (PTSD) من الناجين في الحرب العالمية الثانية،(Sutker,et.alm1993,P:240) و (ديهي، ١٩٩٤) أظهرت نسبة إصابة (٥٠%) باضطراب (PTSD) من الجنود البريطانيين الذين علموا في فرز هويات الحثيث في حرب الخليج الأولى عام ١٩٩١. (Deahl,et.al,1994,P:65)، و (كوزاريك وآخرين، ١٩٩٥) سجلت نسبة إصابة بلغت (١٠٠%) باضطراب (PTSD) نتيجة التعرض للاغتصاب الجنسي. (Kozaric , et . al , 1995,P:1132) و (برسلو وآخرين، ١٩٩١) كشفت عن نسبة الإصابة السابقة نفسها، من الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. (Breslau,et.al,1991,P:221). وكشفت دراسة (بومان وآخرين، ١٩٩٦) نسبة إصابة بلغت (٩١%) باضطراب (PTSD) عند المرضى المصابين بخراجات صرعية زائفة. (Bawman,et.al,1996,P:63) و (سيلي وآخرين، ١٩٩٧) نسبة إصابة (٣٧%) بأعراض اقتحامية و (٢٨%) بأعراض تجنب في (PTSD) لناجين من حادث قطار. (Selly,et.al,1997,P:481).

ودراسة (راسخ وآخرين، ١٩٩٨) نسبة إصابة بلغت (٨١%) باضطراب (PTSD) من النساء الأفغانيات (Rasekh,et.al,1998,P:455). ودراسات أخرى عديدة لا يسع المجال لذكرها هنا. أما في العراق فقد اتفقت مع جميع الدراسات العراقية ذات العلاقة بهذا الاضطراب، حيث اتفقت مع دراسة (السامرائي، ١٩٩٤) التي وجدت نسبة إصابة بلغت (٧١.٩%) باضطراب (PTSD) من الأسرى العراقيين العائدين من إيران. (السامرائي، ١٩٩٤، ص:٤٦) و (الكرخي، ١٩٩٤) نسبة إصابة بلغت (٤٥%) من مراجعي العيادات الخارجية النفسية. (الكرخي، ١٩٩٤، ص:٣٣) و (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥) نسبة إصابة بلغت (٥٣%) باضطراب (PTSD) من مراجعي العيادات الخارجية النفسية. (الكبيسي وآخرون، ١٩٩٥، ص:٤٢). و (الطراني، ١٩٩٥) نسبة إصابة (٣٧%) بهذا الاضطراب من أقارب وأصدقاء ضحايا

ملجأ العامرية. (الطرانبي، ١٩٩٥، ص: ٢٣) و (الكبيسي، ١٩٩٨) نسبة إصابة (٢٢.٦%) باضطراب صدمة بسيط. و (٤٢.٦%) باضطراب صدمة متوسطة و (٣٤%) باضطراب صدمة شديد. من مراجعي العيادات الخارجية والاستشارية النفسية. (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٩٨).

وقد جاءت نتائج البحث الحالي لتؤكد الخطر الكبير على الفرد والمجتمع نتيجة للشيعوع المتزايد لهذا الاضطراب، وهذا يتضح من خلال، تزايد نسب انتشاره. فمن خلال مقارنة، عبر الزمن، في الدراسات العراقية لهذا الاضطراب يتضح أن نتائج البحث الحالي، سجلت أعلى نسب انتشار باضطراب (PTSD) من بين جميع الدراسات العراقية، عدا دراسة (السامرائي، ١٩٩٤) كونها اهتمت بصدمة الأسر فقط، وهي من نوع الصدمات الأكثر إسهام في حدوث اضطراب (PTSD). (Atkinson, et.al, 1990, P:565).

ومن مقارنة بين نتائج البحث الحالي ونتائج الدراسات العالمية عن شيوع اضطراب (PTSD)، نجد أن نسبة شيوعه في العراق أقل، رغم أن العراق من البلدان التي تعرضت لصدمة نفسية عميقة ومتتالية، وهذا ما يفسر قدرة الإنسان العراقي على استيعاب آثار الصدمات والتنفيس عنها، نتيجة التربية الدينية التي يتلقاها بطريقة أو بأخرى وبصورة منظمة أو غير منظمة، فضلاً عن الفطرة الإيمانية للإنسان المسلم، والأثر الثقافي والحضاري بهذا الخصوص وطبيعة التنشئة الاجتماعية، وغيرها من العوامل المشابهة، التي أسهمت في تعزيز قدرة الإنسان العراقي على التحمل النفسي والصبر على البلاء والمصائب.

ثانياً: بناء برنامج علاجي - نفسي ديني

يعتمد المنظور السايكولوجي في الإسلام، من خلال القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة. وقد تحقق هذا الهدف في الفصل الرابع (إجراءات البحث) وبعد أن تم وبعون الله -ﷻ- تطوّر المنظور السايكولوجي في القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في

(الإطار النظري)، تم بناء هذا البرنامج وفق أنموذج (بوردرس ودروري، ١٩٩٢). (Borders and Drury, 1992)، من خلال (١٦) ستة عشر جلسة الأولى، للتعرف والأخيرة للتقويم، و (١٤) جلسة علاجية صرفة. مدة الجلسة الواحدة (٣) ثلاث ساعات مقسمة على إجراءات علاجية، وحسب الوقت اللازم لكل عملية علاجية. مثل الصلاة وأدعية الشفاء من آثار الصدمات النفسية، والاستماع إلى قراءة القرآن الكريم (سور وآيات الشفاء من آثار الصدمات النفسية) ومحاضرات دينية، ومناقشات علاجية حرة ومتابعة الواجبات البيتية والعمل اليومي الصالح والتقويم الذاتي، وتضمن البرنامج العديد من العمليات النفسية مثل [السايكودراما والألعاب النفسية، واتباع طريقة الفرد داخل المجموعة والتركيز على مبدأ (هنا والآن) والتواصل غير اللفظي وطرائق التعليم وطريقة (إحياء المعنى) والتعزيز الاجتماعي والتدريبات البيتية وأساليب وطرائق مساعدة مثل (الكتب والأدعية الشفائية وكاسيتات للقرآن الكريم)]. مدة البرنامج العلاجي (٢) شهران، وبواقع جلستين علاجية في كل أسبوع. وقد حظي هذا البرنامج العلاجي بدرجات صدق عالية بعد عرضه على، لجان ثلاث لجوانب ثلاث من التخصصات في العلوم الإسلامية والنفسية والطبية - النفسية، حيث كانت نسب الاتفاق (١٠٠%، ٨٣.٣٣% على التوالي).

ونسبة الاتفاق الكلية لمجموع الخبراء (٩٣.٧٥%). وأصبح هذا البرنامج العلاجي - النفسي الإسلامي، جاهزاً للتطبيق ليس لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية، حسب وإنما لأغلب الاضطرابات النفسية المشابهة، خصوصاً القلق والاكتئاب وحالات الإدمان والوساوس القهرية والإعياء العصبي وغيرها. ومن مقارنة بين برنامج العلاج النفسي - الإسلامي الحالي والبرامج العلاجية النفسية - الإسلامية في العديد من الدراسات العالمية والعربية نجد أن البرنامج العلاجي الحالي، أكثر دقة عملية، كونه اعتمد على إطار نظري واضح ودقيق وحقيقي واتباع أسلوب المنهج العلمي الصحيح والمضبوط، وبذلك كان أكثر شمول وغزارة وثراء من جميع البرامج العلاجية النفسية الإسلامية التي ذكرها الباحث في دراساته السابقة، فبعض هذه الدراسات اعتمدت

طريقة (الاستماع إلى قراءة القرآن) فقط مثل دراسات (الجمعية الطبية الإسلامية، ١٩٨٤) ودراسة (عبد الله، ١٩٩٦) ودراسة (طاهر والمخزومي، ٢٠٠٠) وهناك دراسات لم تعتمد منهجية علمية واضحة، وإنما دراسة حالات بشكل غير منهجي مثل دراسة حالات لـ (بدري، ١٩٧٩) والدراسات المقارنة لـ (أبو العزيم، ١٩٨٩) وبعض الدراسات استعملت طرائق علاجية إسلامية أخرى لكن ليس بنفس التنوع والشمول المستعمل في البرنامج العلاجي الحالي، مثل دراسة (الأطروني والراضي، ١٩٩٠)، ودراسات أخرى اهتمت بالبرنامج العفوي للعبادات المتمثل (بالتدين) مثل دراسة (موسى، ١٩٩٣) وبالبرنامج العلاجي النفسي الإسلامي، الحالي صالحاً ليس لعلاج الأمراض النفسية فحسب، وإنما للوقاية منها، حيث أنه يمكن الاعتماد على الكثير من طرائقه العلاجية، كعمل يومي صالح، يقوي من قدرة الفرد على التحمل النفسي، ويجعله أكثر قدرة على امتصاص أثار الصدمات النفسية.

ثالثاً. معرفة أثر العلاج النفسي - الديني، في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، (PTSD).

لتحقيق هذا الهدف، تم تقويم أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي في خفض أو معالجة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية من خلال:

- ١- الإجابة على فرضيات البحث الحالي.
- ٢- متابعة أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي الحالي، وبعد انتهاءه بمدة زمنية أمدها (٩٠) يوماً.
- ٣- تقويم أثر البرنامج العلاجي الحالي، من خلال التقدير الذاتي للمفحوصين.

ولغرض توضيح نتائج التقويم، كما في الفقرات الثلاث، أعلاه، فقد تبين ما يأتي:

١ - الإجابة على الفرضيات الصفرية للبحث الحالي، وهي:

أ- لا يؤثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي الحالي في خفض أو معالجة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى (المجموعة التجريبية) الذين يخضعون للبرنامج العلاجي موازنة بأفراد (المجموعة الضابطة) الذين لم يتلقوا أي نوع من العلاج.

ب- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين (التشخيصين القبلي والبعدي).

ج- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين (التشخيصين البعدي وتشخيص المتابعة).

د- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) لدى أفراد المجموعة الضابطة بين (التشخيصين القبلي والبعدي).

هـ- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) في التشخيص القبلي بين (المجموعتين التجريبية والضابطة).

وقد تم التعرف على دلالة الفروق في مستويات خفض ومعالجة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية للمجموعتين التجريبية والضابطة باستعمال الإحصاء اللابارامتري. (Non parametric statistics) عن طريق استعمال:

أ- اختبار ولكوكسن - مان وتتي (wilcoxon-mann-whitney) لعينتين صغيرتين مستقلتين.

ب- اختبار ولكوكسن (wilcoxon test) لعينتين صغيرتين مترابطتين وكما يأتي:

١- تم تقويم مستويات اضطراب (PTSD) لدى المجموعتين التجريبية والضابطة (للتشخيص القبلي) باستعمال (اختبار ولكوكسن - مان وتتي) للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين في هذا التشخيص. (siegel,1988,PP:130-134).

وكانت الاحتمالية المحسوبة لـ (W) وعلى وفق تشخيص الطبيب النفسي تساوي (٦٠.٥) وعلى وفق التشخيص بمعايير (DSM,IV,1994) تساوي (٦٣) وعلى وفق تشخيص مقياس (PTSD - الكبيسي، ١٩٩٨) تساوي (٦٢) وبمستوى دلالة (٠.٠٥). والجدول (٩) يبين ذلك:

جدول (٩) الفرق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التشخيص القبلي على وفق الطرائق التشخيصية الثلاث.

الاحتمالية النظرية	الاحتمالية المحسوبة لـ (W)	W المحسوبة	عدد الحالات	المجموعة	الطريقة التشخيصية لـ (PTSD)
٣٤	٦٠.٥	١٢٦.٥	١١	تجريبية	تشخيص الطبيب النفسي
		١٢٦.٥	١١	ضابطة	
٣٤	٦٣	١٢٤	١١	تجريبية	تشخيص DSM,IV,94
		١٢٧.٥	١١	ضابطة	
٣٤	٦٢	١٢٨	١١	تجريبية	تشخيص مقياس PTSD
		١٢٥	١١	ضابطة	

تشير هذه النتيجة، إلى أن الاحتمالية المحسوبة أكبر من الاحتمالية النظرية (٣٤). وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، في التشخيص القبلي في الطرائق التشخيصية الثلاث.

٢- لغرض التعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التشخيص البعدي، تم استعمال اختبار (ولكوكسن - مان وتني) لعينتين صغيرتين مستقلتين. وكانت الاحتمالية المحسوبة لـ (W) وفق تشخيص الطبيب النفسي تساوي (٨)، وعلى وفق التشخيص بمعايير (DSM,IV,1994) تساوي (٨.٥)، وعلى وفق تشخيص مقياس (PTSD - الكبيسي، ١٩٩٨) تساوي (١٥.٥)، وبمستوى دلالة (٠.٠٥). والجدول (١٠) يبين ذلك:

جدول (١٠) الفرق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التشخيص البعدي وفق الطرائق التشخيصية الثلاث.

الاحتمالية النظرية	الاحتمالية المحسوبة لـ (W)	W المحسوبة	عدد الحالات	المجموعة	الطريقة التشخيصية لـ (PTSD)
٣٤	٨	٧٤	١١	تجريبية	تشخيص الطبيب النفسي
		١٧٩	١١	ضابطة	
٣٤	٨.٥	٧٤.٥	١١	تجريبية	تشخيص DSM,IV
		١٧٨.٥	١١	ضابطة	
٣٤	١٥.٥	٨١.٥	١١	تجريبية	تشخيص مقياس PTSD
		١٧١.٥	١١	ضابطة	

تشير هذه النتيجة أن الاحتمالية المحسوبة أصغر من الاحتمالية النظرية (٣٤). وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، في التشخيص البعدي للطرائق التشخيصية الثلاث.

٣- ولغرض التعرف على أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي الحالي للمجموعة التجريبية بين التشخيصين القبلي والبعدي وللطرائق التشخيصية الثلاثة، تم استعمال اختبار ولكوكسن (wilcoxon test) للعينات الصغيرة المترابطة. (siegl,1988,P.88). وكانت الاحتمالية المحسوبة لـ (W) وعلى وفق تشخيص الطبيب النفسي تساوي (صفر) وعلى وفق التشخيص بمعايير (DSM,IV) تساوي (صفر) وعلى وفق تشخيص مقياس (PTSD - الكبيسي، ١٩٩٨) تساوي (صفر) وبمستوى دلالة (٠.٠٥). والجدول (١١) يبين ذلك:

جدول (١١) الفرق بين التشخيص القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق الطرائق التشخيصية الثلاث).

الاحتمالية النظرية	الاحتمالية المحسوبة	قيمة T*	عدد الحالات	نوع التشخيص	الطريقة التشخيصية لـ (PTSD)
١٠	صفر	٦٦	١١	قبلي	تشخيص الطبيب النفسي
			١١	بعدي	
١٠	صفر	٦٦	١١	قبلي	تشخيص DSM,IV
			١١	بعدي	
١٠	صفر	٦٦	١١	قبلي	تشخيص مقياس PTSD
			١١	بعدي	

تشير هذه النتائج ، إلى أن الاحتمالية المحسوبة أصغر من الاحتمالية النظرية (١٠)، وهذا يعني، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التشخيصين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ووفقاً للطرائق التشخيصية الثلاث، أي أن هناك أثراً للبرنامج العلاجي النفسي - الإسلامي في خفض أعراض ومعالجة اضطراب (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية.

٤- ولغرض الاطمئنان على فعالية البرنامج العلاجي الحالي لدى المصابين فقد تم معالجة نتائج المجموعة الضابطة وللتشخيصين (القبلي والبعدي)، وباستعمال اختبار ولكوكسن للعينات الصغيرة المترابطة وللطرائق التشخيصية الثلاث، فكانت الاحتمالية المحسوبة على وفق تشخيص الطبيب تساوي (١١) وعلى وفق تشخيص معايير (DSM,IV) تساوي (١٣) وعلى وفق تشخيص مقياس (PTSD - الكبيسي، ١٩٩٨) تساوي (١٤) وبمستوى دلالة (٠.٠٥). والجدول (١٢) يبين ذلك:

* ملاحظة: قيمة T : تمثل مجموع الرتب الموجبة

جدول (١٢) الفرق بين التشخيص القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على الطرائق

التشخيصية الثلاث

الاحتمالية النظرية	الاحتمالية المحسوبة	قيمة T	عدد الحالات	نوع التشخيص	الطريقة التشخيصية لـ (PTSD)
١٠	١١	٥٥	١١	قبلي	تشخيص الطبيب النفسي
			١١	بعدي	
١٠	١٣	٥٠	١١	قبلي	تشخيص DSM,IV
			١١	بعدي	
١٠	١٤	٥٢	١١	قبلي	تشخيص مقياس PTSD
			١١	بعدي	

تشير هذه النتائج ، إلى أن الاحتمالية المحسوبة أكبر من الاحتمالية النظرية (١٠)، مما يعني عدم جود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة الضابطة للتشخيصين (القبلي والبعدي).

يتضح من نتائج التحليل الإحصائي هذه، أن نتيجة (١) و (٤) تشير إلى وجود تكافؤ إحصائي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية مما يعزز رصانة التصميم التجريبي المستعمل في البحث الحالي. وفي الوقت عينه تعزز هاتين النتيجتين (١) و (٤) ما جاء من نتائج في (٢) و (٣) من أن هناك أثر للبرنامج العلاجي النفسي الإسلامي في خفض ومعالجة أعراض (PTSD).

والنتائج المذكورة في (١،٢،٣،٤) تشير إلى وجود فروق واضحة، ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج العلاجي النفسي الإسلامي، موازنة مع نتائج المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لأي علاج، وبهذه النتائج أمكن ما يأتي:

أ- رفض الفرضية الصفرية الأولى وقبول الفرضية البديلة التي مفادها (يؤثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي الحالي في خفض وعلاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)).

ب- رفض الفرضية الصفرية الثانية، وقبول البديلة والتي مفادها: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التشخيصين (القبلي والبعدى).

ج- قبول الفرضية الصفرية الرابعة، والتي مفادها: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) لدى أفراد المجموعة الضابطة بين التشخيصين (القبلي والبعدى)، ورفض البديلة.

د- قبول الفرضية الصفرية الخامسة، والتي مفادها: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) في التشخيص القبلي بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ورفض البديلة.

٢- متابعة أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي الحالي، وبعد انتهاءه بمدة زمنية أمدها (٩٠) تسعون يوماً. تم تقويم مستويات اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، لدى أفراد المجموعة التجريبية، بعد (٩٠) تسعون يوماً من انتهاء البرنامج العلاجي (مدة المتابعة)، وقد تم التقويم وفق الطرائق التشخيصية الثلاث، تشخيص (الطبيب النفسي، معايير DSM,IV، ومقياس PTSD، الكبيسي، ١٩٩٨). ولغرض التعرف على دلالة الفروق بين درجات التشخيص البعدى للمصابين في المجموعة التجريبية ودرجاتهم في تشخيص المتابعة، تم استعمال اختبار (ولكوكسن) للعينات الصغيرة المترابطة. والجدول (١٣) يبين ذلك:

جدول (١٣) الفرق بين التشخيص البعدى وتشخيص المتابعة للمجموعة التجريبية وبالطرائق

التشخيصية الثلاث

الاحتمالية النظرية	الاحتمالية المحسوبة	قيمة T	عدد الحالات	نوع التشخيص	الطريقة التشخيصية لـ (PTSD)
١٠	صفر	٦٦	١١	بعدى	تشخيص الطبيب النفسي
			١١	متابعة	
١٠	صفر	٥٥	١١	بعدى	تشخيص DSM,IV
			١١	متابعة	
١٠	صفر	٦٦	١١	بعدى	تشخيص مقياس PTSD
			١١	متابعة	

تشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التشخيص البعدي وتشخيص المتابعة، حيث بلغت الاحتمالية المحسوبة (صفر) للطرق التشخيصية الثلاث، وهي أصغر من الاحتمالية النظرية (١٠)، وهذا يعني وجود تحسن في حالة المرضى بعد مرور (٩٠) تسعون يوماً على انتهاء البرنامج العلاجي. وهذا تأكيد إحصائي آخر على فعالية البرنامج العلاجي، كما يدل على استقرار الحالة بوصفها مؤشراً لدرجة التحسن، ووفقاً لهذه النتيجة ترفض الفرضية الصفرية الثالثة (ج)، وتقبل البديلة، والتي مفادها: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة باضطراب (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التشخيصين (البعدي و المتابعة)).

٣- تقويم أثر البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي الحالي من خلال التقدير الذاتي للمفحوصين. تلجأ الكثير من الدراسات السريرية والعلاجية للتقدير الذاتي للمصابين بالاضطرابات النفسية في تقدير نسبة التحسن في حالتهم، لأن المصاب بالاضطراب هو أكثر معرفة بدرجة تقدمه نحو التحسن أو العكس. (حسن، ٢٠٠١، ص:٧٧).

وقد لجأ الباحث إلى التعرف على التقدير الذاتي في التحسن (قبل بدأ الجلسة) و (بعد انتهاءها) وكذلك الواجب البيتي، وقد أعدَّ الباحث استمارة لهذا الغرض، ملحق (٨)، وقد تم الحصول على درجات التقدير الذاتي للمصاب، (قبل وبعد انتهاء الجلسة العلاجية)، ولغرض التعرف على دلالة الفروق بين التقديرين، تم استعمال اختبار (ولكوكسن) للعينات الصغيرة المترابطة، والجدول (١٤) بين ذلك.

جدول (١٤) الفرق بين متوسطات التقدير الذاتي للمجموعة التجريبية قبل بدأ الجلسة وبعد انتهاءها

طريقة التشخيص	وقت التقدير	عدد الحالات	قيمة T	الاحتمالية المحسوبة	الاحتمالية النظرية
التقدير الذاتي	قبل الجلسة	١١	٥٢	صفر	١٠
التقدير الذاتي	بعد الجلسة	١١			

تشير هذه النتيجة إن الاحتمالية المحسوبة (صفر)، أصغر من الاحتمالية

النظرية (١٠)، أي أن هناك فروق في تحسن حالة المصابين قبل بدأ الجلسات وبعد انتهاءها وبمستوى دلالة إحصائية (٠.٠٥)، وهذا يعني أن تقديرات المصابين لأنفسهم تشير إلى التحسن الملحوظ وبدلالة إحصائية.

ولتفسير نتائج الهدف الثالث، فقد أظهرت نتائج اختباري (ولكوكسن) و (ولكوكسن- مان وتتنني) تغيرات إيجابية للمرضى الذين يعانون من اضطراب (PTSD)، المشاركين في جلسات البرنامج العلاجي النفسي الإسلامي، الستة عشر، ولمدة شهرين، وهي المدة الفاصلة بين التشخيص القبلي والبعدي، وبشكل دال إحصائياً، ولصالح المجموعة الضابطة، أي أن درجات المجموعة الضابطة في إصابتهم باضطراب (PTSD) بقيت على معدلها، حيث كانت أعلى من درجات المجموعة التجريبية التي انخفضت درجات (PTSD) لديهم جراء اشتراكهم بالجلسات العلاجية.

لقد جاءت نتائج البحث الحالي، لتعزز الاتجاه الجديد الذي بدأ يظهر في علم النفس والطب النفسي، والذي يدعو إلى الاهتمام الأكبر بتبني وجهة نظر الدين. (نجاتي، ١٩٨٧، ص: ٢٤٧). ويعزز الصحة الإسلامية التي ظهرت مؤخراً وعمت أرجاء العالم الإسلامي عامة، والعربي خاصة، والتي تنادي بضرورة إيجاد (أنموذج نظري نفسي - إسلامي) يمكن الاعتماد عليه. (بن عبود، ٢٠٠٢، ص: ٤)، حيث كانت من بين نتائج البحث الحالي، تأطير هذا الأنموذج بشكل علمي.

وقد جاءت نتائج البحث الحالي، لتؤكد ما أيقن به الكثير من علماء نفس الغرب وأطباءها ومفكريها، من حقيقة أنه ليس هناك خلاص للإنسان من معاناته، إلا بالرجوع إلى الله (سبحانه وتعالى) وتعاليم الدين لتبديد القلق والتوتر الذي أصبح سمة العصر. (موسى، ١٩٩٣، ص: ٥٥٣). وقد انسجمت نتائج البحث الحالي مع ما أكدت عليه البحوث العلمية من تفوق التعاليم الإسلامية من الناحية العلمية، وتأكيدها على أن مزيداً من البحوث سيكشف عن حقائق أكثر عجباً، تشير إلى جلال الإيمان بالله

وجمال الاعتقاد في الحياة الآخرة وعظم التأسي والافتداء بنمط حياة الرسول محمد - ﷺ. (أحمد وأحمد، ٢٠٠٢، ص: ٢).

وقد انسجمت نتائج البحث الحالي مع الصحة الإسلامية التي ظهرت مؤخراً بين علماء نفس العرب والمسلمين وأطباءهم، والتي تقول، أن في التراث العربي الإسلامي معالم علم النفس الحديث وأصوله وقواعده. (العيسوي، ١٩٧٩، ص: ٤٤-٤٥).

وجاءت نتائج البحث الحالي لتؤكد علمياً، الدليل القاطع من أن القرآن الكريم، هو الشفاء لكل الأمراض. (أبو الفداء، ١٤١٢هـ، ص: ١١)، ولتؤكد ما أثبتته آخر الأبحاث العلمية، في مراكز الطب النفسي الأوربية والأمريكية، من أن الأشخاص الذين يتمتعون بإيمان قوي بالله (تعالى) ويقين بأن كل شيء بيد الله، يتخلصون من المخاوف، وتزيد فرص شفاؤهم من الأمراض خصوصاً الاكتئاب والقلق، وهما أبرز أعراض اضطراب (PTSD). (الشريبي، ١٩٩٩، ص: ١١). ولتؤكد على أن العلاج النفسي - الإسلامي لآثار المصائب والكوارث، يعد من أبلغ الطرائق العلاجية وأنفعها للإنسان في دنياه وأخرته. (بار، ١٩٩٦، ص: ٩٥). وأن العلاج بالقرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، هو أمر ثابت في الشريعة وواقع الإنسان يؤكد. (أبو الفداء، ١٤١٢هـ، ص: ١٠). وذلك من خلال الدراسات العلمية التي أجريت في أماكن متعددة من العالم، تؤكد أهمية التدين في صحة الفرد النفسية، فقد انسجمت نتائج البحث الحالي، مع ما توصلت إليه دراسات (الجمعية الطبية الإسلامية العالمية، ١٩٨٤) من أن هناك أثر مهدئ للقرآن الكريم على صحة الفرد النفسية. (النعمة، ١٩٩٧، ص: ٣٥-٤٠)

ودراسات حالات (البدر، ١٩٧٩) (Badry,1979,PP:43-47) ودراسة (أبو العزائم، ١٩٨٩) (Abu-El-Azaem,1989,P:273) و (الأطروني والراضي، ١٩٩٠) و (المهدي، ١٩٩٠، ص: ١٧٥) من أن هناك أثر إيجابي للعلاج النفسي الإسلامي في الشفاء من الأمراض النفسية. وانسجمت مع دراسة (موسى، ١٩٩٣)، من أن التدين يؤثر إيجابياً في صحة الفرد النفسية ويقلل من الأعراض العصابية. (موسى، ١٩٩٣، ص: ٥٦٦-٥٧٧)، ودراسة (عبد

الله، ١٩٩٦)، من وجود أثر إيجابي لسماع القرآن الكريم على مستوى الأمن النفسي للفرد. (عبد الله، ١٩٩٦، ص ص: ٣٠-٥٨). ودراسة (طاهر والمخزومي، ٢٠٠٠) من وجود أثر لسماع القرآن الكريم على رفع الروح المعنوية للمرضى عند إجراء العملية الجراحية لهم. (القبانجي، ٢٠٠٢، ص: ٢). ودراسة (جليلوفيك وبرافو، ١٩٩٩)، من إشارة إلى نجاح (العلاج النفسي الإسلامي) في المساعدة على إعادة الاندماج مع المستقبل والتكيف النفسي الاجتماعي، للمرضى المصدومين. (Djelilovic & Bravo, 1999, PP:1-2)، ودراسة (حسنوفيك، ٢٠٠٢)، من إيجاد فاعلية (العلاج النفسي - الإسلامي) في علاج الإدمان والكآبة والانتحار والصدمة النفسية. (Hasanovic, 2002, P:1-2).

ثانياً. الاستنتاجات

في ضوء نتائج البحث الحالي، يمكن استنتاج الآتي:

- ١- شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، في العراق، نتيجة لتزايد نسب انتشاره.
- ٢- يوجد الآن، برنامج علاجي (نفسى - إسلامي) متكامل من حيث (النظرية والتطبيق)، يصلح في علاج الاضطرابات النفسية.
- ٣- إن للعلاج (النفسى - لإسلامي)، أثراً فعّالاً في معالجة أو خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD).
- ٤- هناك دور كبير للعمل اليومي الصالح في خفض أعراض (PTSD).
- ٥- يمكن أن يعد العلاج (النفسى - لإسلامي)، برنامجاً صالحاً للوقاية والعلاج في آن واحد.
- ٦- إن للعلاج (النفسى - لإسلامي)، علاجاً شاملاً، لا يحدث تغييراً إيجابياً في الأعراض المرضية فحسب، وإنما في جميع عوامل الشخصية.
- ٧- إن اضطراب (PTSD) يمكن أن يترك آثاراً عميقة وطويلة على المصابين إذا لم يعالجوا منه.

ثالثاً. التوصيات

التوصيات ذات الصلة بمهمات البحث الحالي، وعلى النحو الآتي:

- ١- ضرورة إنشاء مركز متخصص بهذا الاضطراب، أو مركز (متابعة الكوارث والصدمات)، وكما هو معمول به عالمياً، علماً بأن المجتمع العراقي بأمس حاجة لمثل هذا المركز، على أن يضم هذا المركز متخصصين في الطب النفسي وعلماء نفس (صحة نفسية وسريريون) وباحثين نفسيين واجتماعيين، وممرضين نفسيين، جميعهم من المتعاملين مع ضحايا (PTSD).
- ٢- إنشاء مركز علاجي نفسي - ديني، ملحق بأحد دور العبادة، وكما هو معمول به مؤخراً في عدد كبير من بلدان العالم.
- ٣- ضرورة أن يكون ضمن ملاك المستشفيات التخصصية النفسية معالج نفسي، وباحث نفسي واجتماعي، وعدم الاقتصار على الطب النفسي فقط.
- ٤- ضرورة إنشاء مركز لإعادة التأهيل الاجتماعي والاقتصادي ولشرائح المجتمع كافة، ليتمكنوا من التكيف مع الواقع الجديد، كي لا يترك آثاراً نفسية كبيرة، ممكن أن تشل المجتمع فيما بعد شللاً كبيراً.
- ٥- العمل على إرساء قيم الإيمان بالله (سبحانه وتعالى) والتربية الدينية الصحيحة، ولجميع الأعمار، وإرساء أسس التسامح والتماسك والتعاون الاجتماعي المبنية على العدالة والقيم الدينية بين أفراد المجتمع العراقي.
- ٦- العمل، وبكل الصيغ الممكنة والمشروعة، على رفاهية أفراد المجتمع العراقي، وتوفير وسائل العيش الرغيد، لتجاوز آثار صدماتهم السابقة، وتسهيل عملية اندماجهم بشكل صحيح في المجتمع.
- ٧- تعريف أفراد المجتمع العراقي باضطراب (PTSD)، وأسبابه وأعراضه وعلاجه وطرق الوقاية منه، عن طريق أجهزة الإعلام أو المراكز (المتخصصة لضحايا الكوارث والصدمات).

- ٨- ضرورة وضع معايير عربية وإسلامية، لتشخيص اضطراب (PTSD)، حيث أثبتت الدراسات أن معايير هذا الاضطراب تتأثر بالعوامل الثقافية والحضارية.
- ٩- عدم الاقتصار على التشخيص الطبي النفسي فقط، في تشخيص باضطراب (PTSD)، وإنما استعمال طرائق أخرى كلما أمكن ذلك.
- ١٠- ضرورة مشاركة العراق في المؤتمرات الدولية للصحة النفسية الإسلامية، حيث عقد لحد الآن ما يزيد على (١١) أحد عشر مؤتمراً، بدون مشاركة العراق.
- ١١- ضرورة انضمام العراق لعضوية الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية، علماً أن هذه الجمعية، مضى على تأسيسها أكثر من (١٥) خمسة عشر عاماً.
- ١٢- رفع مقترح إلى نقابة الأطباء، بمنح إجازة ممارسة مهنة (العلاج النفسي) لتخصصات الصحة النفسية، وعلم النفس السريري، وممن لهم خبرة في العلاج النفسي، وكما هو معمول به في عدد من دول العالم.

رابعاً. مقترحات لبحوث مستقبلية

- في ضوء نتائج البحث الحالي، واستكمالاً لمهامه، يقترح الباحث عدداً من المشاريع لبحوث مستقبلية وعلى النحو الآتي:
- ١- دراسة أثر العلاج النفسي الإسلامي في أنواع أخرى من الاضطرابات.
 - ٢- دراسة مقارنة للعلاج النفسي الإسلامي مع أنواع أخرى من الطرائق العلاجية.
 - ٣- دراسة سريرية لوضع معايير عربية - إسلامية لتشخيص (PTSD).
 - ٤- دراسة مسحية لبيان مدى انتشار (PTSD)، في شرائح المجتمع كافة.
 - ٥- دراسة لمعرفة (PTSD) في المهن الأكثر تعرضاً للصددمات مثل (عمال إطفاء الحرائق ورجال الشرطة).
 - ٦- دراسة العلاقة بين نمط الشخصية ومستوى الالتزام الديني ودرجة الإصابة بـ(PTSD).
 - ٧- دراسة لبيان أثر العلاج النفسي الديني من منظورات أخرى غير إسلامية في علاج الاضطرابات النفسية.
 - ٨- دراسة لبيان أثر العلاج النفسي الديني في الاضطرابات النفسية للنساء، حيث أن البحث الحالي اقتصر على الرجال فقط.



أولاً. المصادر العربية

* القرآن الكريم.

- إبراهيم، عبد الستار. (١٩٨٠): **العلاج النفسي الحديث**، ط١، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، مطابع اليقظة، الكويت.
- إبراهيم، محمد إسماعيل. (١٩٧٧): **القرآن وإعجازه العلمي**، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ابن سينا، (١٩٥٢): **أحوال النفس**، ط١، دار إحياء الكتب العربية، القاهرة.
- ، (١٩٧٥): **الشفاء**، تحقيق: جورج قنواني وسعيد. زاير، دار الكتب التراثية، القاهرة.
- ابن كثير، عماد الدين إسماعيل بن عمر الحافظ أبو الفداء. (١٩٨١): **السيرة النبوية**، ط٢، تحقيق: مصطفى عبد الواحد، دار الفكر، بيروت.
- ابن ماجة، أبي عبد الله محمد بن يزيد القزويني. (١٩٧٥): **باب فضل من تعلم القرآن وعلمه**، ج١، تحقيق: محمد فؤاد عبد الباقي، دار إحياء التراث العربي، القاهرة.
- أبو ريان، محمد علي . (١٩٧٦): **تاريخ الفكر الفلسفي في الإسلام**، دار النهضة العربية، بيروت.
- أبو العزائم، جمال ماضي. (٢٠٠٢): **الأنموذج الإسلامي العلاجي في مجال الصحة النفسية، انترنيت**، (العلاج النفسي الديني % My WWW. File://C: Document 20).
- أبو العينين، علي خليل مصطفى. (١٩٨٦): **الفكر التربوي الإسلامي، رسالة الخليج العربي**، مكتب التربية العربي لدول الخليج، العدد السابع عشر السنة

- السادسة، الرياض.
- أبو الفداء. (١٤١٢هـ): **عالم نفسك بالقرآن**، جده، السعودية.
- أحمد، محمد وأحمد، نيفات. (٢٠٠٢): الإسلام والطب البدني النفسي، **انترنيت**،
(العلاج النفسي الديني WWW.File://C:My % 20 Document).
- الأزدي، أبو جمرزة. (ب-ت): **مختصر صحيح البخاري**، دار الكتب التراثية، القاهرة.
- الأزدي، سليمان بن الأشعث السجستاني. (١٩٨٨): **سنن أبو داود**، الدار
المصرية اللبنانية، القاهرة.
- أسود، عبد الرزاق. (١٩٨١): **المدخل إلى دراسة الأديان والمذاهب**، المجلد الأول،
الدار العربية للموسوعات، بيروت.
- الألباني، محمد ناصر الدين. (ب-ت): **سلسلة الأحاديث الصحيحة**، مجلد (٤)،
دار النهضة، بيروت.
- أورنج كاي، رحمت بن داتو. (ب-ت): **التفكير الديني في العالم**، ترجمة
رؤوف شبلي، دار الثقافة، الدوحة.
- آيزنك، هانز. (١٩٧٧): **الحقيقة والوهم في علم النفس**، ترجمة رؤوف نظمي
وقدري حفني، القاهرة.
- بار، عبد المنان ملا معمور يوسف. (١٩٩٦): **العلاج النفسي في ضوء القرآن
الكريم والسنة النبوية**، عرض محمد حمزة السليمان، **مجلة الثقافة النفسية**،
العدد (٥)، مجلد (٧)، دار النهضة العربية، بيروت.
- بالي، وحيد عبد السلام. (١٤١١هـ): **الصارم البتار في التصدي للسحرة الأشرار**،
مكتبة الصحابة، جدة.
- البخاري، محمد بن إسماعيل. (١٩٨٧): **صحيح البخاري**، المجلد الأول، شرح
وتحقيق: قاسم الرفاعي، دار القلم، بيروت.

- بدري، مالك. (١٩٩٠): علم النفس الإسلامي بين الرفض والقبول، **المجلة العربية**، العدد (١٥٥) السنة (١٤)، السعودية.
- بن حنبل، أحمد. (١٩٧٧): **مسند الإمام أحمد**، مطبعة دار صادر، بيروت.
- . (١٩٨٣): **كتاب الورع**، ط١، تحقيق: د. زينب إبراهيم القاروط، دار الكتب العلمية، بيروت.
- بن عجيبة، أحمد بن علي. (١٣٥٥هـ): **معارج التشوف إلى حقائق التصوف**، مطبعة الاعتدال، القاهرة.
- بن عبد الله، محمد بن ياسين. (١٩٨٧): **الفيض الرباني**، منشورات مكتبة بسام، الموصل.
- بن عبود، المهدي. (٢٠٠٢): نقط حول مفهوم الإنسان وطاقته الروحية في الطب، **انترنيت**، (علاج نفسي ديني WWW.File://C:My % 20 Document).
- بوشير، أيان وموريس، جون. (١٩٨١): **المهارات الأكاديمية**، ترجمة محمد صادق صبور، ط١، مؤسسة الأهرام، القاهرة.
- بيومي، محمد أحمد. (١٩٨١): **علم الاجتماع الديني**، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- البيهقي. (١٣٧٢هـ): **السنن الكبرى**، مطبعة دار الفكر، بيروت.
- تركي، مصطفى أحمد. (١٩٨٠): العلاقة بين التدين والعصابية والانبساط والثقة بالنفس والدافعية للإنجاز والمرونة عند طلبة الجامعة. **(بحوث في سيكولوجية الشخصية بالبلاد العربية)**، إعداد: مصطفى أحمد تركي، مؤسسة الصباح، الكويت.
- الترمذي، محمد بن عيسى بن سوره. (١٩٦٧): **سنن الترمذي**، الجزء الثالث، ط١، تعليق: عزت عبيد دعاس، مطابع الفجر الحديثة، حمص، سوريا.

- الترمذي، محمد بن عيسى بن سؤره. (١٩٨٧): **سنن الترمذي، جامع الصحيح**، ط١، تحقيق: أحمد محمد شاكر، دار الكتب العلمية، بيروت.
- —. (١٩٩٤): **سنن الترمذي**، تحقيق: أحمد شاكر وفؤاد عبد الباقي، دار الفكر، بيروت.
- الجوزية، شمس الدين محمد بن أبي بكر، ابن القيم. (١٩٨٨): **الطب النبوي**. مؤسسة الرسالة، بيروت.
- —. (ب-ت): **الجواب الكافي لمن سأل عن الدواء الشافي**. (الداء والدواء)، مكتبة دار البيان، سوريا.
- —. (ب-ت): **مدارج السالكين**. تحقيق: محمد حامد الفقي، دار الفكر، بيروت.
- الجندي، أنور. (ب-ت): **مفاهيم العلوم الاجتماعية والنفس والأخلاق في ضوء الإسلام**، دار الاعتصام، القاهرة.
- —. (ب-ت): **تربية الأجيال في ضوء الإسلام**، دار المعارف، القاهرة.
- الجمل، إبراهيم محمد حسن. (١٩٩٨): **الاستشفاء بالدعاء**، مكتبة دار الفضيلة، دبي.
- جمال، أحمد محمد. (١٣٩١هـ): **محاضرات في الثقافة الإسلامية**، ط١، دار الفكر، بيروت ومكتبة الثقافة، مكة المكرمة.
- جعفر، نوري. (١٩٧٥): **التربية وفلسفتها**، ط١، مطبعة الحرية، بغداد.
- الحبال، محمد جميل. (٢٠٠١): القرآن الكريم معجزة علمية. **مجلة التربية الإسلامية**، العدد الخامس، جمعية التربية الإسلامية، بغداد.
- الحبيب، طارق بن علي. (٢٠٠٢): مفاهيم خاطئة عن الطب النفسي. **انترنيت**، (العلاج النفسي الديني WWW. File://C: My % 20 Document).

- الحدادي، زين الدين عبد الرؤوف بن علي. (ب-ت): **الاتجاهات السنية بالأحاديث القدسية**، دار إحياء التراث، القاهرة.
- حسن، رباب حمودي. (٢٠٠١): **أثر العلاج بالموسيقى لخفض القلق لدى طلبة الجامعة**. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
- حمزة، عمر يوسف. (ب-ت): **التداوي بالقرآن والسنة والحبّة السوداء**. جدّة، السعودية.
- حمّودة، عبد الوهاب. (١٩٦٢): **القرآن وعلم النفس**، المكتبة الثقافية، وزارة الثقافة والإرشاد القومي، دار القلم، القاهرة.
- الحياي، عاصم محمود. (١٩٩٨): **بناء برنامج إرشادي وقائي لبعض أنماط السلوك المنحرف لطلبة المرحلة المتوسطة**. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- الخولي، البهي. (١٩٧٤): **آدم - القرآن - فلسفة تفويم الإنسان وخلافته**، ط٣، مكتبة وهبة، القاهرة.
- الدرّمك، زيد فريح جاسم. (٢٠٠١): **ذكر الله وأثره في النفس الإنسانية**. **مجلة التربية الإسلامية**، العدد الخامس، جمعية التربية الإسلامية، بغداد.
- الدحدوح، سلمان نصيف. (ب-ت): **داء ودواء**. دار البشائر الإسلامية.
- الراضي، أسامة. (١٩٩٣): **لقاء مع رئيس الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية (اسامة الراضي)**، **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١٥) مجلد (٤)، دار النهضة العربية، بيروت.
- الرازي، فخر الدين محمد بن عمر. (ب-ت): **النفس والروح وشرم قواهم**. تحقيق: صغير حسن. مطبوعات معهد الأبحاث الإسلامية، إسلام آباد، باكستان.
- الرازي، محمد بن أبي بكر عبد القادر. (١٩٨٣): **مختار الصحاح**، دار الرسالة، الكويت.

- الرازي، محمد بن زكريا. (١٩٨٦): **الطب الروحاني**، منشورات دار الحكمة، دمشق-بيروت.
- زهران، حامد عبد السلام. (١٩٧٤): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط١، كلية التربية، جامعة عين شمس، عالم الكتب، القاهرة.
- السامرائي، عبد الله سلوم. (١٩٨٥): **الإسلام والقومية الإسلامية والأهمية**، ط١، دار الحرية للطباعة، بغداد.
- السامرائي، محمد عبد الحميد. (١٩٩٤): **الاضطرابات النفسية لدى أسرى الحرب العراقيين العائدين من الأسر في الأسبوع الأول لعودتهم (دراسة أولية) المجلة الطبية العسكرية العراقية**، المجلد السادس العدد الأول، مديرية الخدمات الطبية العسكرية، بغداد.
- سابق، سيد (ب-ت). **العقائد الإسلامية**، دار الكتاب العربي، بيروت.
- **فقہ السنۃ**، المجلد الأول، دار الكتاب العربي، بيروت.
- السنجري، الشيخ عبد الرحمن الموصلي. (٢٠٠١): **وأخلص العمل فإن الناقد بصير**، مطبعة المعارف، بغداد.
- السيوطي، جلال الدين. (١٩٣٠): **شرح سنن النسائي**، ط١، دار الكتاب العربي، بيروت.
- الشرييني، لطفي. (١٩٩٩): **قراءة في آخر أبحاث مراكز الطب النفسي، مجلة النفس المطمئنة: السنة (١٤) العدد (٥٨) مدينة النصر، القاهرة.**
- الشرقاوي، حسن. (١٩٧٦): **نحو علم النفس إسلامي**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- **الطب النفسي النبوي**، دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية، مصر.

- شوين، ريتشارد. (١٩٧٩): **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة، أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية، القاهرة.
- الصابوني، محمد علي. (١٩٨١): **صفوة التفاسير**، المجلد الثاني ط٤، دار القرآن الكريم، بيروت.
- صالح، قاسم حسين، والطارق، علي. (١٩٩٨): **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية من منظوراتها النفسية والإسلامية**، ط١، مكتبة الجيل، صنعاء اليمن.
- الطائي، رائد سالم شريف. (٢٠٠١): **أمراض النفس وعلاجهما عند السادة الصوفية**. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية العلوم الإسلامية، جامعة بغداد.
- طيارة، عفيف عبد الفتاح. (١٣٨٩هـ): **روح الدين الإسلامي**، ط١، دار العلم للملايين، بيروت.
- الطبراني، الحافظ أبو القاسم سليمان بن أحمد. **المعجم الكبير**، ط٢، تحقيق: الشيخ حمدي عبد المجيد السلفي، دار إحياء التراث، بيروت.
- طربية، محمد عصام. (١٩٩٤): **الاستشفاء بالقرآن والتداوي بالرفي**، ط١، دار الإسراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الطيبي، عكاشة عبد المنان. (١٩٩٤): **الاستشفاء بالقرآن والدعاء**، ط٢، مكتبة التراث الإسلامي، القاهرة - دار الجيل، بيروت.
- عبد الله، عبد الرحمن صالح والأقطش، يحيى سالم. (١٩٩٤): مقياس اتجاهات طلبة المرحلة الثانوية نحو العقيدة الإسلامية، **مجلة دراسات**، مجلد (٢١) أ، العدد (٤).
- عبد الله، عندليب أحمد. (١٩٩٦): **أثر سماع القرآن الكريم على مستوى الأمن النفسي لطالبات المرحلة الثانية**. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة اليرموك، الأردن.

- عبود، عبد الغني، (١٩٧٨): **الإنسان في الإسلام والإنسان المعاصر**، ط٢، دار الفكر العربي، القاهرة.
- العبيدي، محمد إبراهيم. (١٩٩١): **قياس الاتزان الانفعالي عند أبناء الشهداء وأقرانهم الذين يعيشون مع والديهم**. (رسالة ماجستير غير منشورة) كلية التربية - ابن رشد - جامعة بغداد.
- عدس، محمد عبد الرحيم. (ب-ت): **من خصائص النفس البشرية في القرآن الكريم**، مطبعة المنار، الزرقاء، الأردن.
- عربيات، أحمد عبد الحلیم. (٢٠٠١): **بناء برنامج إرشادي للتكيف مع الحياة الجامعية في الجامعات الأردنية**. (أطروحة دكتوراه غير منشورة) كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- العطراني، سعد سابط. (١٩٩٥): **عقابيل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوائل المحيطة به**. (رسالة ماجستير غير منشورة) كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
- علي، عبد الرحمن بلّه. (١٣٩٨ هـ): **أثر الحج في النفس والمجتمع**. **مجلة الجامعة الإسلامية**، العدد (٢) الجامعة الإسلامية، المدينة المنورة.
- عمار، سليم. (٢٠٠٢): **العلاج النفسي في الإسلام، انترنيت**، (علاج نفسي ديني WWW.File://C:My % 20 Document).
- العيسوي، عبد الرحمن. (١٩٧٩): **الإسلام والعلاج النفسي**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.
- عيسى، محمد طلعت وآخرين. (ب-ت): **الرعاية الاجتماعية للأحداث المنحرفين**، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة.
- الغزالي، أبو حامد. (ب-ت): **إحياء علوم الدين**، **كتاب الشعب**، الجزء الثالث، دار المعرفة، بيروت.

- الغزالي، محمد بن محمد. (ب-ت): **مكاشفة القلوب**، مطبعة محمد علي صبيح وأولاده، القاهرة.
- . (١٩٩٠): **معارج القدس**، مطبعة الميناء، بغداد.
- فارس، احمد محمد. (ب-ت): **النماذج الإنسانية في القرآن الكريم**، دار الفكر، بيروت.
- فروم، أرك. (١٩٨٩): **الإنسان بين الجوهر والمظهر**، ترجمة سعد زهران، سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٤٠)، الكويت.
- فرين، جلبرت. (١٩٧٨): علم النفس والقيم عند المرشد النفسي، في (فرانك سيفرين: **علم النفس الإنساني**)، ترجمة طلعت منصور وآخرون، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- فونتانا، دايفيد. (١٩٨٩): **الضغوط النفسية (تغلب عليها وابدأ الحياة)**. ترجمة وجدي علي الغراوي و د. رضا عبد الله أبو سريع، مراجعة وتقويم أ.د. فؤاد أبو حطب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- القبانجي، علاء الدين. (٢٠٠٢): العلاج النفسي في القرآن، معالم علم النفس في القرآن. سلسلة مقالات - الإنترنت، (علاج نفسي ديني WWW.File://C:My Document 20 %).
- القحطاني، سعيد علي بن وهف (١٤١٩هـ): **الدعاء ويليهِ العلاج بالرقى من الكتاب والسنة**، ط ١١، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- القرطبي، أبي عبد الله محمد بن أحمد الأنصاري. (ب-ت): **الجامع لأحكام القرآن** - **تفسير القرطبي**، دار إحياء التراث العربي، بيروت.
- القرضاوي، يوسف. (١٩٧٨): **الإيمان والحياة**، ط ٦، مكتبة وهبة، بيروت.
- القرويني، محمد بن يزيد. (ب-ت): **سسن ابن ماجة**، الجزء الثاني، تحقيق: محمد فؤاد عبد الباقي، مطبعة دار إحياء الكتب المصرية، القاهرة.

- قطب، محمد. (ب-ت): **في ظلال القرآن**، الجزء الرابع، دار المعرفة، القاهرة.
- . (١٩٦٢): **في النفس والمجتمع**، ط٢، مكتبة وهبة، القاهرة.
- . (١٩٨٥): **منهم التربية الإسلامية**، ج١، دار الشروق، القاهرة.
- كارينجي، ديل. (١٩٥٦): **دم القلق وأبدأ الحياة**، ط٥، ترجمة: عبد المنعم زيادة، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- الكرخي، خليل إبراهيم. (١٩٩٤): **اضطراب عقابيل الضغوط النفسية من مراجعي العيادات الخارجية في بغداد**. (أطروحة مقدمة إلى الهيئة العراقية للاختصاصات الطبية)، المجلس العلمي للطب النفسي، بغداد.
- الكبيسي، طارق فحل وآخرون. (١٩٩٥): **الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية المصاحبة لها في العراق**. (دراسة أولية). مركز البحوث النفسية، وزارة التعليم العالي، بغداد.
- الكبيسي، ناطق فحل، (١٩٩٨): **بناء مقياس لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية**. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
- الكبيسي، عبد الحافظ. (١٩٨٧): **منهجنا التربوي**. (دراسة موضوعية في رحاب التربية الإسلامية)، ط١، مطبعة الحوادث، بغداد.
- الكبيسي، عبد الكريم عبيد. (١٩٩٦): **قياس الالتزام الديني وعلاقته بأساليب الحياة**. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة بغداد.
- ماسلو، إبراهيم. (١٩٨٢): **التسامي بالذات كظاهرة إنسانية في (فكتور فرانكل: الإنسان يبحث عن معنى)**. ترجمة: طلعت منصور، دار القلم، الكويت.
- محمد، مصلح. (ب-ت): **العلاج الرياني لمرضى العصر النفساني**، ط١، دار المعرفة للنشر والتوزيع، القاهرة.

- محمود، مصطفى. (٢٠٠٢): علم نفس قرآني. **انترنيت**، (العلاج النفسي الديني (WWW. File://C: My % 20 Document).
- المطوع، مروان سليمان. (١٩٨٦): **الطب النفسي في الكويت بين الماضي والحاضر والمستقبل**، مطابع الخط، الكويت.
- المقدسي ابن غانم. (١٩٨٣): **إغاثة اللفان**، النصر للطباعة، الإسكندرية - القاهرة.
- المقدسي، أحمد بن عبد الرحمن بن قدامة. (١٩٩٩): **مختصر منهام القاصدين**، ط١، تحقيق: عصام عبد الرحيم، دار الفجر للتراث، القاهرة.
- المليجي، عبد المنعم. (١٩٥٥): **تطور الشهور الديني عند الطفل والمراهق**، دار المعارف، القاهرة.
- مليكة، لويس كامل. (١٩٧٧): **علم النفس الأكلينيكي**، الجزء الأول، دار القلم، الكويت.
- المنذري، الإمام الحافظ زكي الدين عبد العظيم بن عبد القوي. (١٩٨٧): **الترغيب والترهيب**، الجزء الثاني، الدار المصرية- اللبنانية، القاهرة.
- منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٦): تصنيف اضطرابات الطب النفسي والعقلي، (التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية. **مجلة الثقافة النفسية**، مجلد (٧) العدد (٢٥) دار النهضة العربية، بيروت.
- المهدي، محمد عبد الفتاح. (١٩٩٠): **العلاج النفسي في ضوء الإسلام**، دار الوفاء للطباعة والنشر، المنصورة، مصر.
- موسى، رشاد علي عبد العزيز (١٩٩٣): أثر التدوين على الاكتئاب النفسي، (**دراسات في علم النفس المرضي**)، دار المعرفة للنشر والتوزيع، مدينة النصر، القاهرة.

- موسون، اليزيث. (١٩٩٦): نظريات حديثة في الطب النفسي. **مجلة الثقافة النفسية**، المجلد (٧) العدد (٢٥)، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- الميداني، عبد الرحمن حسن. (ب-ت): **العقيدة الإسلامية وأسسها**، ط٢، دار القلم، دمشق-بيروت.
- النابلسي، محمد أحمد. (١٩٩١): **الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث**، دار النهضة العربية، بيروت.
- نجاتي، محمد عثمان. (١٩٨٧): **القرآن وعلم النفس**، ط٣، دار الشروق، القاهرة.
- . (٢٠٠٢): مفهوم الصحة النفسية في القرآن الكريم والحديث الشريف، **انترنيت**، (العلاج النفسي الديني 20 % My File://C: WWW. Document).
- النسائي، أبو عبد الرحمن أحمد بن شعيب. (١٩٣٠): **سنن النسائي**، ط١، (شرح السيوطي)، دار الكتاب العربي، بيروت.
- النعمة، إبراهيم. (١٩٨٥): **إيماننا الحق بين النظر والدليل**، ط٢، مطبعة الزهراء، الموصل.
- . (١٩٩٧): **العلاج النفسي في القرآن الكريم**، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، الموصل.
- النووي، محي الدين بن أبي زكريا يحيى بن شرف. (١٩٧٠): **رياض الصالحين**. تحقيق: عبد الله أحمد أبو زينة، دار القلم، بيروت.
- . (ب-ت): **الأحاديث القدسية**. تحقيق: مصطفى عاشور، مكتبة القرآن، القاهرة.

- النووي، محي الدين بن أبي زكريا يحيى بن شرف. (ب-ت): **البيان في آداب جملة القرآن**. دار الشروق، بيروت.
- ____ . (١٩٥٥): **الأذكار المنتخبة من كلام سيد الأبرار - ﷺ**، ط٤، مكتبة النقاء، بغداد.
- النيسابوري، مسلم بن الحجاج القشيري. (٢٠٠٠): **صحيح مسلم**. دار إحياء التراث العربي، بيروت.
- نيل، جون وليبرت، روبرت. (١٩٨٢): **التجريب في العلوم السلوكية**، ترجمة موفق الحمداني، مطبعة جامعة بغداد.
- الهيثمي، الحافظ نور الدين علي بن أبي بكر. (١٩٨٢): **مجمع الزوائد**، ط٣، منشورات دار الكتاب العربي، بيروت.
- الوتاري، أيمن توفيق. (١٩٩٦): **الإرشاد النفسي للمجتمع وفق المنظور القرآني**. **مجلة الجامعة الإسلامية**، العدد (٤)، بغداد.
- اليوزيكي، توفيق سلطان. (١٩٨٣): **الأصول التاريخية للفكر العربي الإسلامي**. **مجلة المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة**، العدد (١) السنة (١)، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء.



- Abo Al- Azayem, jamal,M.(1989):The Role of faith in transcultural .
Psychiatric research review. Vol. Xxvi,(4)
- _____ . (1994) :The psychological aspects of Islam:
Basic principles of Islam and their psychological corollary: The
international *Journal for the psychology of religion*,(4) (I).
- Allport,G.(1960): *Personality and social Bostion*. Beacon prees.
- _____ (1960): *Individual and religion*, New York: the Macmilian
company.
- American psychiatry Association (ApA) (1980) *Diagnostic and
statistical manual of mental disorder* .3rd,Ed. DSM-III.
- _____ (ApA) (1987): *Diagnostic and
statistical manual of mental disorder*.4rd,Ed.DSM-III-R.
- American psychiatry Association,(ApA). (1994): *Diagnostic and
statistical manual of mental of disorder*.4rd,Ed.DSM.IV.
- _____ (ApA), (2000): *Diagnostic and
statistical manual of mental disorder*. fourth Edition. Text Revision,
published by the (ApA) ,washington, D.C.
- _____ ,(ApA).(2002): Post traumatic stress
disorder.(WWW. File://A: New folder\PTSD.htm).
- American Rescue Team,(ART).(2002):Post Traumatic stress disorder,(
WWW. File:// \\ comp 7 \ f \ a... PTSD. American Rescue.htm.)
- Anthony, E.J.(1986): The response to over whelming stress :Some
introductory comments. *Journal of the American Academy of child
psychiatry*, vol. -25).
- Ather, shahid .(2002) :Modren stress and its cure from Quran.(WWW.
File://c:winDows\TEMP\islam-usa-com.htm.
- Atkinson, R.L. ,Atkinson, R.C. et , al (1990) : *Introduction to
psychology*,I0th Ed-San Diego: Harcourt Brace, Jovanovich.

- Back, I.(2002):Post traumatic stress disorder (PTSD) and EEG-Driven stimulation.(WWW. File:// \\ comp 7 \F\aaaaa\PTSD.htm)
- Badry, Malck.(1979):*Dilemma of Muslim psychologists*.
- Becky,G.(2002):New Treatment for post traumatic stress disorder (.WWW: File // comp /7\f\New treatment of PTSD-htm)
- Bieser, Albert H.(2002) :Post Traumatic stress disorder of vietnam ([http:// WWW .add-bcalmd.com/tast 10-htm/](http://WWW.add-bcalmd.com/tast10-htm/))
- Blanchard ,E.B. et,al .(1995):Psychiatric morbidity associated with moto vehicle accidents. *The Journal of Nervous and mental Disease*, vol-(183).
- _____ (1997):Prediction of remission of acute PTSD in moter vehicle accident victims. *Journal of Traumatic stress* , vol-(Io) No,(2) .
- Bowman, S. Mrkand, N.(1996) :*Psychodynamic and psychiatric diagnosis of pseudoseizure subjects*. Department of psychiatry Indiana University school of medicine Indianapolis 46202,USA.
- Breslau, N.D. et,al.(1991) :Traumatic events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*,(48).
- Bullman, t, Kany, HK.(1994): PTSD and the risk of traumatic death among vitnam veterans, *J-Nerv-Met-Dis*.Vol-(III) No(183).
- Carr,V.J.et,al.(1995):psychological sequekae of the 1989 New castle Earthquake I-community disorder experiences and morbidity six month post-disorder . *psychol-Med.*,25(3).
- Catic.B and Sinavoic. O.(1999):Possibility of Recovery of unaccompanied minor WHO were Eposed to war Activities (*6th International congress of the WTAMH*)
- Clark,walter,H.(1958):*Psychology of Religion*, New York,Macmillan.
- Corsini, Raymond J.(1981):*Handbook of innovative psychotherais*, Johan wiley and son ,New York, chichester .Brisbane, Toronto, Singapore.

- Deahi, MP; et,al.(1994):Psychological sequence following the gulf war – factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing –*Br-J-Psychiatry*, Jul, vol (165) No(2).
- Dizdarevic, Ismet.(1999):Recovery of Achronic trauma victim . (6th International congress of the WIAMH) ([WWW.A:\DIZDAR~/HTM](#)).
- Falsetti sherry A. et,al.(2001):Treatment of post traumatic stress disorder with comorbid panic Attacks: *Journal of American psychological Association*. Vol-(5) No(4) .
- Fenn, Darien (2002):Post traumatic atress disorder(PTSD),Diagnosis and treatment.([WWW. File://comp 7 \f\a...\PTSD Diagnosis and treatment .htm](#)).
- Froud, Sigmund.(1961):*Totem and Taboo*, London :Lowe, Brydone, Printersltd.
- Gallers, J. et,al. (1988): Post traumatic stress in Vietnam combat Veterans: effect of traumatic violence expoure wit military adjustment. *Journal of traumatic stress* (Apr.) I (2).
- Gelder M., Gath D., Mayon R., Philip G. (1997): Reaction to stressful experiences, consis *Oxford Textbook pf psychiatry*, chapter (6).
- Gislason, I.L. & call, J. (1982):Dog bite in fancy traumatic and personality development, *Journal of American Academy of chid psychiatry* Vol. (21).
- Gleser,G,C, et,al. (1981): *Prolonged Psychosocial effect of disaster*. New York: simon & schuster.
- Green, B.L. (1982): Assessing Levels of Psychological impairment following disaster. *Journal of Nervous & Mental Disease, Vol. (170)*.
- Hasanovic, Mevludin. (2002): Islamic approach to treatment of alcoholism, Depression, Suicide and trauma. (6th International Congress of the WIAMH). ([WWW. File://A: \\ Hasanovic M – Islamic Approach to treatment of Alcoholism and suicide him 13/02/23](#)).
- Health living library. (2002): PTSD. ([WWW. File:// \\ com 7\F\ PTSD.htm](#)).

- Horowitz. M. (1979): Psychological response to serious life event. In: Hamilton & D. Warburton (Eds.): *Human stress and cognition*. New York: Wiley & Sons.
- Husain, Syed Arshed. (1999): Post-traumatic stress disorder in the children and adolescents of Sarajevo. (6th International Congress of the WIAMH) (WWW.A:S-A-Hu~I.HTM).
- Inoue, Youishi. (2002): Psychotherapy in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. (WWW.File://\\comp7\f\aaaaa\treatment of PTSD which centers on Psychotherapy, htm).
- James, W. (1960): *The Varieties of Religious Experience*. New York: Longmans Green, and Co.
- Janis, I.L. (1971): *Stress and Frustration* New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Jelilovic, J & Bravo, A. (1999): Significance of Islam in coping with Traumatic Losses – Overview of Work of A Psycho-Traumatic Group. (WWW.A:\DJE/I~I.HTM).
- Katz, B. & Lehner, G. (1977): *Mental Hygiene in Modern Living*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kardiner, A. (1959): Traumatic Neuroses of War. In S. Arieti (Ed) *American Handbook of Psychiatry*, New York: Basic Books.
- Kapidzic, Suada, et al. (1999): Hidden PTSD At War Veterans with Amputated Extremities. (WWW.A:\SKAPTD~I.HTM)
- Kaplan, P.M. (1989): Post-Traumatic Stress Syndrome and Sexual Dysfunction *Journal of Sex & Marital Therapy*. (Spring) 15 (1).
- Kessler, RC. et al. (1995): PTSD in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen – Psychiatry* - (Dec.) Vol (12) No (52).
- Kirmayer, L. J, Young, A, Hayton, Bc. (1995): The Cultural Context of Anxiety Disorder. *Psychiatr – Clin – North- Am*. (Sep.) 18 (3).
- Kozaric, K. D. et al. (1995): Rape, Torture and Traumatization of Bosnian and Croatian Women. Psychological Sequelae. *Am-J-Orthopsychiatry*. (Jul.) (65), (3).

- Lange, Jennifer Travis. et,al. (2000): primary care Treatment of post traumatic stress disorder. *Journal of American family Physician*, Vol. (62) No. (3).
- Layne, A.H. et,al. (2001): Group Treatment of PTSD. *Journal of American Psychological Association*. Vol. (5) N (4).
- Lifton, R.J. (1980): *The broken connection* New York, Simon & schuster.
- Litz, B.T.& Kean, T.M. (1980): Information Processing in anxiety disorder application to the understanding of the PTSD. *Clinical Psychology Review*. q(2).
- Masic, Mohamed. (2002): PTSD and Culture Shock in the Bosian, Refugee Population in Chicago. (WWW.File://A:\PTSD Culture Shock in the Bosian, Refugee Population in Chicago.htm).
- McDaniel, E.G.(1988): Psychological response to disaster, in: Bashett & weller (Fds.): *Medicine for disaster*. London. Wright.
- Mcfarlan, A.C.(1987): Post Traumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J-Am- Acad. Child-Abolesc. Psychiatry*. No(26).
- Mcfarlan, A.C.(1989): The aetiology of post traumatic morbidity: predisposing and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, (fed) (154).
- Mcnally, J. et,al.(1998): Study question theory that abus survivors cant remember traumatic in formation. *Journal American Psychological association*. volume (99) No(12).
- Milgram, N. et,al.(1988): Situational expoure and personal loss in children's acute and chronic stress reaction to a school bus disaster. *Journal of Traumatic stress*. Vol.(1).
- Miller, T. W.(1995): An up date on PTSD. *Direction in clinical psychology*, Vol.(5).No(8).
- Morgan, C.A. Grillon, C. Southwick, S.M. Davis, M. Charney,D,S.(1996): Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf war veterans PTSD. *Am-J-psychiatry*. (Jan.), (153) (1).

- Moriarity, T.J; (1999): VA Doctor Uncovers New Medical Theory. (<http://WWW.gulf/web.orgldoc-show.cfm/D408>).
- Murphy, A. et,al.(1999): The center for Motivation Intervention studies. (WWW. File://\comp7\f\CMIS PTSD. ME Group. htm).
- Niederlend, W.G. (1987): The Survivor: further observation and dimensions. *Journal of American Psycho- Analysis Association*, Vol. (30).
- Nishith, P. Mechanic, M.B., Resick, P.A. (2000): prior Interpersonal Trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female Rape Victims. *Journal of abnormal Psychology*, (109).
- Okuyama, Makiko. (2002): For parties concerned with medical treatment, health, and clinical psychology. (WWW. File : // \ \ comp 7 \ f \ aaaaa\treatment of PTSD wich centers on psychotherapy.htm.)
- Orner, Roderick. J.(1992):PTSD and European war veterans, *British Journal of clinical psychology*, N (31).
- Osipow,S. & Tonney,F.(1970):*Counseling Encyclopedia of Education Research*. 5th (Ed) the free press,New York.
- Paunovic Nened.(2002):Cognitive-behavioral treatment and theory in post traumatic stress disorder .(ISBN-91-7665-237-3) ([http : // www.su.cel /forsking/disputitioner/spikblad/Nened_paunovic.htm](http://www.su.cel/forsking/disputitioner/spikblad/Nened_paunovic.htm))
- Peterso,N.J.(1970) Gounse ling and values. *International textbook*.Go-Scranton,4.
- Person,E.(1985):The black vietnam veteran; his represntational world in post traumatic stress disorder. In W.E. Kelly (E.D) *Post Traumatic stress disorder and the war veteran patient* .New York: Brunner / Maze.
- Pynoos,R.S;Fredrick,C;et,al.(1987):Life threat and post traumatic stress disorder in school-age children. *Arch.(Gen).psychiatry* ,(44).
- RasekH,et,al.(1998): Women's Health and Human Rights in Afghanistan. *Journal of American Medical Association*.Vol.(280) No(5).
- Rothbaum, B., Fon, F. Riggs, D., Murdock, T. and walsh ,(1992) :Stress disorder in rape victims *.Journal of traumatic stress*,(5).

- Shalev, Y. et al. (1993): Levels of trauma: a multidimensional approach to treatment of PTSD. *J. of psychosomatics*, 31, N(5).
- Saltzman, et, al (2001): psychological treatment of PTSD. *Journal of American psychological Association*, Vol.(5) ,No.(4).
- Selly, C. K. et, al. (1997): PTSD symptoms and the clapham rail accident. *Br.J. of psychiatry*.(171).
- Selim basic, et, al. (1999): Effects of Social treatment of post traumatic stress disorder .(WWW.A:\ZSE/M~I.HTM)
- Siegel, Sidney. N. Johan Gastellan, J. (1998): *Non parametric statistics*, second Edition, McGraw-Hill International editions.
- Sinanovic, osman. (2002): Possibility of resuction of war trauma on pre-school children with Assistance of psychosocial support.(WWW. A: \DZSEST~HHTM. I8/ 02 /23).
- Solomon, Z. et, al. (1988): Locus of control and cowbet-related post traumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of social of personality & social psychology* (Aug.) vol.(55), No(2).
- Somasundaram, D.J. Sivayokan, S. (1994): war trauma a civilian population. *Br. J. Psychiatry*, Vol. (165) No. (4).
- Stamm, B. Hudnall, A. (1998): Cooperative study treatment of PTSD. National center for PTSD. U.S.A. (WWW. File:// \\ comp 7 \ F \ participant Information Group Treatment of PTSD. Study. htm).
- Stubenbort, et, al. (2001): Group Dynamics: Theory Research, and practive. *Journal of American Psychological Association*, Vol. (5). No. (4).
- Sutker, B. et, al. (1993): Psychopathology and psychiatric diagnoses of war- II pasfic theater prisoner of war survivors and combat veterans. *Am.J. psychiatry*. (feb) vol. (150), No. (2).
- Tomp, A. (1994): The phenomenology of PTSD *Psychiatric – clin-North. Am.* (Jun), Vol, (17) No. (2).
- Turner, Stuart. W. et, al. (1995): The king cross fire: Psychological Reaction. *J. of traumatic stress*, Vol. (8), No. (3).

- Ursano, Robert. J. (2002): Post traumatic stress disorder. New England. *Journal Medicine*, Volume (IO), No. (2).
- University of Pennsylvania. (2002): Post traumatic stress disorder (Rape and crime Victime program). (WWW. File:// \\ comp 7 \ F \ a... \ CTSA, PTSD and crime victims Treatment program. htm).
- Vanderlinder, J. et,al. (1993): Experiences in the general population of the Neet Lands. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. (44).
- Wilson, J.P. & Krauss, G.E. (1985): predicting post traumatic stress disorder among Vietnam. In W.E. Kelly (Ed.) *Post traumatic stress disorder and the war vetern patient*. New York, Brunner/Mazel.
- World health Organization (WHO). (1993): *The ICD – IO classification of mental Behavioral disorder*: Diagnostic criteria for research.
- Yung, K. (1933): *Modern man in scanch of soul*. New York.
- Young, Bruce. H. & Blake, Dudley. (1999):Group Treatment of post traumatic stress disorder. (WWW.A:\ New folder\ Group Treatment for PTSD. htm).

الملحق (١)

استمارة الفحص الطبي النفسي

تشخيص (PTSD) من قبل الطبيب النفسي

- ١- رمز الحالة: (عدم كتابة الاسم حفاظاً على سرية المعلومات).
- ٢- تاريخ الصدمة:
- ٣- هل خضع لعلاج سابق: (نعم) (لا) إذا كانت الإجابة بنعم يذكر العلاج ومدى الفائدة منه ومتى حصل ذلك.
- ٤- العمر :
- ٥- نوع الصدمة:
- ٦- المهنة:
- ٧- التشخيص: يترك للطبيب الحرية في أي أسلوب يراه مناسباً في التشخيص مع مراعاة المعيار (هـ) من معايير تشخيص (P.T.S.D) وفقاً لـ (D.S.M. IV, 1994). وهو:-
 - ١- استمرارية الأعراض من أسبوعين إلى أربع أسابيع (اضطراب الضغط الحاد).
 - ٢- استمرارية الأعراض من شهر إلى ثلاثة أشهر (اضطراب ما بعد الصدمة الحاد).
 - ٣- استمرارية الأعراض من ثلاثة أشهر إلى ستة (اضطراب ما بعد الصدمة المزمن).
 - ٤- استمرارية الأعراض أكثر من ستة أشهر (اضطراب ما بعد الصدمة المتأخر الظهور).
- ٨- ملاحظات الطبيب النفسي في تشخيص الحالة:
 - أ- مصاب الملاحظات
 - ب- غير مصاب الملاحظات
- ٩- شدة الاضطراب (بسيط) (متوسط) (شديد)
إن وجد

اسم الطبيب مع التوقيع

* تقتصر هذه الاستمارة على التشخيص فقط مع مراعاة الطبيب عدم التلميح إلى المريض بأي نوع من أنواع العلاج

الباحث

محمد إبراهيم العبيدي

تخصص: شخصية وصحة نفسية

الملحق (٢)

استمارة الفحص النفسي تشخيص (PTSD) وفقاً لمعايير (DSM,IV,1994) أولاً: معلومات عامة:

- ١- رمز الحالة: (عدم كتابة الاسم حفاظاً على سرية المعلومات).
- ٢- نوع الصدمة :
- ٣- تاريخ الصدمة:
- ٤- العمر :
- ٥- المهنة :
- ٦- العلاج السابق: (نعم) (لا) نوعه ومدى الفائدة منه، ومتى حصل ذلك.

ثانياً:

لا نعم

الأعراض

- ١- ذكريات اقتحامية غير مرغوبة عن الصدمة.
- ٢- أحلام مزعجة عن أحداث الصدمة.
- ٣- الشعور أو التصرف وكأن حدث الصدمة يتكرر (Flash back).
- ٤- الانزعاج عند مصادفة شيء يذكر بالصدمة.
- ٥- المعاناة من التعرّق أو تغير التنفس (أعراض نفسية-جسمية) عند التعرض لشيء يذكر بالصدمة).
- ٦- محاولة تجنب أفكار أو مشاعر تتعلق بالصدمة.
- ٧- محاولة تجنب النشاطات أو الأماكن أو الناس الذين يذكرون بالصدمة.
- ٨- المعاناة من الصعوبة في استرجاع أو تذكر بعض الجوانب المهمة لأحداث الصدمة.
- ٩- قلة الاهتمام بالنشاطات والهوايات.
- ١٠- الشعور بالانفصال عن الآخرين.
- ١١- المرور بحالات من الفتنور العاطفي (صعوبة إظهار العواطف).
- ١٢- الشعور بعدم الحاجة في التخطيط للمستقبل (اليأس من المستقبل).
- ١٣- صعوبة الخلود أو الاستمرار في النوم.
- ١٤- المرور بنوبات من الهياج أو بمشاعر من الغضب.
- ١٥- صعوبة التركيز في الأعمال أو على الأشياء التي تجري من حولنا.
- ١٦- الشعور بالنشاط أو التيقظ بصورة غير اعتيادية، حتى بدون الحاجة لذلك.
- ١٧- المعاناة من الجفلة من شيء ما.

الباحث

محمد إبراهيم العبيدي

تخصص: شخصية وصحة نفسية

الملاحق (٣)

الملاحق (٤)

آيات وسور القرآن الكريم للاستشفاء من آثار الصدمات النفسية*

- ١- أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ.
- ٢- بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ.
- ٣- فاتحة الكتاب (الحمد لله رب العالمين ... إلى آخر السورة).
- ٤- سورة الإخلاص.
- ٥- سورة الفلق.
- ٦- سورة الناس.
- ٧- آية الكرسي (سورة البقرة: ٢٥٥).
- ٨- خواتيم سورة البقرة (آخر آيتين من سورة البقرة) (٢٨٥-٢٨٦).
- ٩- سورة يس.
- ١٠- الاستشفاء باسم الله الأعظم وأسماءه الحسنی.

* عند الاستماع أو القراءة تكرر ثلاث مرات، مع مراعاة آداب قراءة القرآن والاستماع إليه.

الملحق (٥)

- الأذكار النبوية (أدعية الرسول -ﷺ-) * للاستشفاء من آثار الصدمات النفسية**
- ١- (إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ، اللَّهُمَّ أَجْرِنِي فِي مَصِيبَتِي وَأَخْلِفْ لِي خَيْرًا مِنْهَا).
 - ٢- (لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ).
 - ٣- (بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ، وَلَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ الْعَظِيمِ).
 - ٤- (اللَّهُمَّ رَحْمَتَكَ أَرْجُو فَلَا تَكُنْ لِي إِلَى نَفْسِي طَرْفَةَ عَيْنٍ، وَأَصْلِحْ لِي شَأْنِي كُلَّهُ، شَأْنِ الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ فِي عَفْوِ مَنْكَ وَعَافِيَةٍ، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ).
 - ٥- (لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ الْحَلِيمُ الْكَرِيمُ، سُبْحَانَ اللَّهِ وَتَبَارَكَ اللَّهُ رَبُّ الْعَرْشِ الْعَظِيمِ، وَالْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ).
 - ٦- (اللَّهُمَّ إِنِّي عَبْدُكَ وَابْنُ أُمَّتِكَ نَاصِيتِي فِي يَدَيْكَ، مَاضٍ فِي حِكْمَتِكَ، عَدْلٌ فِي قَضَائِكَ، أَسْأَلُكَ بِكُلِّ اسْمٍ هُوَ لَكَ، سَمِيتَ بِهِ نَفْسَكَ أَوْ أَنْزَلْتَهُ فِي كِتَابِكَ أَوْ عَلَّمْتَهُ أَحَدٌ مِنْ خَلْقِكَ أَوْ اسْتَأْثَرْتَ بِهِ عَالَمَ الْغَيْبِ عِنْدَكَ، أَنْ تَجْعَلَ الْقُرْآنَ رِبِيعَ قَلْبِي وَنُورَ صَدْرِي وَجَلَاءَ حَزْنِي وَذَهَابَ هَمِّي).
 - ٧- (يَا حَيُّ يَا قَيُّوْمُ بِرَحْمَتِكَ أَسْتَغِيثُ).
 - ٨- (لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ الْعَظِيمُ الْحَلِيمُ، لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ رَبُّ الْعَرْشِ الْعَظِيمِ، لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ رَبُّ السَّمَاوَاتِ وَرَبُّ الْأَرْضِ وَرَبُّ الْعَرْشِ الْكَرِيمِ).
 - ٩- (اللَّهُ، اللَّهُ رَبِّي لَا شَرِيكَ لَهُ).
 - ١٠- (اللَّهُمَّ إِنِّي أَعُوذُ بِكَ مِنْ جَهْدِ الْبَلَاءِ، وَرَدِّكَ الشَّقَاءِ وَسُوءِ الْقَضَاءِ وَشِمَاتَةِ الْأَعْدَاءِ).
 - ١١- (اللَّهُمَّ أَصْلِحْ لِي دِينِي الَّذِي هُوَ عِصْمَةُ أَمْرِي، وَأَصْلِحْ لِي دُنْيَايَ الَّتِي فِيهَا مَعَاشِي، وَأَصْلِحْ لِي آخِرَتِي الَّتِي فِيهَا مَعَادِي، وَأَجْعَلْ الْحَيَاةَ زِيَادَةً لِي فِي كُلِّ خَيْرٍ، وَأَجْعَلْ الْمَوْتَ رَاحَةً لِي مِنْ كُلِّ شَرٍّ).
 - ١٢- (اللَّهُمَّ إِنِّي أَعُوذُ بِكَ مِنْ زَوَالِ نِعْمَتِكَ وَتَحَوُّلِ عَافِيَتِكَ وَفَجَاءَةِ نِقْمَتِكَ وَجَمِيعِ سَخَطِكَ).
 - ١٣- (رَبِّ أَعْنِي وَلَا تَعْنِ عَلَيَّ وَانصُرْنِي وَلَا تَنْصُرْ عَلَيَّ وَأَمْكُرْ لِي وَلَا تَمْكُرْ عَلَيَّ، وَأَهْدِنِي وَيَسِّرْ الْهَدْيَ إِلَيَّ وَانصُرْنِي عَلَى مَنْ بَغَى عَلَيَّ، رَبِّ اجْعَلْنِي لَكَ شَكَارًا، لَكَ

* فضلاً عن الاستشفاء بالدعاء بآيات من القرآن الكريم الواردة في ملحق (٦)

** كل دعاء يكرر ثلاث مرات، مع مراعاة، آداب الدعاء وشروطه.

ذَكَرًا، لَكَ رَهَابًا، لَكَ مَطْوَعًا، إِلَيْكَ مَخْبِتًا أَوْهَامًا مَنِيبًا، رَبِّ تَقَبَّلْ تَوْبَتِي وَأَغْسِلْ حَوْبَتِي وَأَجِبْ دَعْوَتِي وَثَبِّتْ حُجَّتِي وَأَهْدِ قَلْبِي وَسُدِّدْ لِسَانِي وَأَسَلِّ سَخِيمَةَ قَلْبِي).

١٤- (اللهم أقسم لنا من خشيتك ما تحول به بيننا وبين معاصيك، ومن طاعتك ما تبلغنا به جنتك، ومن اليقين ما تهون علينا مصائب الدنيا، اللهم متعنا بأبصارنا وقوتنا أبدأ ما أحبيتنا، وأجعل له الوارث منا، وأجعل ثأرنا على من ظلمنا، وانصرنا على من عادانا، ولا تجعل مصيبتنا في ديننا، ولا تجعل الدنيا أكبر همنا، ولا مبلغ علمنا، ولا تسلط علينا من لا يرحمنا).

١٥- (اللهم إني أعوذ بك من التردى والهزم والغرق والحرق، وأعوذ بك أن يتخبطني الشيطان عند الموت، وأعوذ بك أن أموت في سبيلك مدبراً، وأعوذ بك أن أموت لديغاً).

١٦- (اللهم إني أعوذ بك من يوم السوء، ومن ليلة السوء، ومن ساعة السوء، ومن صاحب السوء، ومن جار السوء، في دار المقامة).

١٧- (اللهم بعلمك الغيب، وقدرتك على الخلق، أحييني ما علمت الحياة خيراً لي، وتوفني، إذا علمت الوفاة خيراً لي، اللهم إني أسألك خشيتك في الغيب والشهادة، وأسألك كلمة الحق في الرضا والغضب، وأسألك القصد في الغنى والفقر، وأسألك نعيماً لا ينفذ، وأسألك قرة عين لا تنقطع، وأسألك الرضا بعد القضاء، وأسألك برد العيش بعد الموت، وأسألك لذة النظر إلى وجهك والشوق للقاءك في غير ضراء مضرة ولا فتنة مضلة، اللهم زينا بزينة الإيمان وأجعلنا هداة مهتدين).

١٨- (اللهم رب جبرائيل وميكائيل ورب إسرافيل، أعوذ بك من حر النار ومن عذاب القبر).

الملحق (٦)
برنامج العلاج النفسي - الإسلامي (بصيغته الأولى)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلية التربية / ابن رشد
قسم العلوم التربوية والنفسية
الدراسات العليا - دكتوراه -

الأستاذ الفاضل المحترم

تحية طيبة وبعد

يروم الباحث إجراء دراسة تهدف بيان أثر العلاج النفسي - الديني في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD). مستنداً في العلاج إلى القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة، وقد قام الباحث بإعداد برنامج العلاج النفسي الإسلامي مستمداً مصادره من القرآن الكريم والسنة النبوية والأدبيات التراثية والحديثة بهذا الخصوص.

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا الموضوع، يرفق الباحث طياً هذا البرنامج، يحذوه الأمل في تعاونكم المخلص لوجهه تعالى، وذلك من خلال ملاحظاتكم التي ترونها مناسبة على البرنامج.

ولكم منا وافر الشكر والتقدير، والسلام عليكم ورحمة الله

طالب الدكتوراه

محمد إبراهيم العبيدي

تخصص: شخصية وصحة نفسي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢).

صدق الله العظيم

وقال رسول الله -ﷺ-: ((خير الدواء القرآن)). (سنن ابن ماجة، حديث رقم: ٣٥٠).

برنامج العلاج النفسي - الإسلامي (بالقرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة) للشفاء من آثار

- الصدمات النفسية-

أولاً: عقد البرنامج العلاجي، ويتضمن:

أ- المجموعة العلاجية: يوافق كل عضو من أعضاء المجموعة العلاجية على:

١- احترام مواعيد الجلسات.

٢- تنفيذ التعليمات العلاجية التي تعطى أثناء الجلسات أو قبل الانصراف.

٣- أن يسمح بأن يتصل به المعالج فيما بعد كتابة أو بصورة مباشرة أو تليفونياً للمتابعة.

٤- أن يؤدي الواجبات الدينية وأن يلتزم بالعمل اليومي الصالح.

٥- أن لا يبخل بمشاركة الآخرين بتجربته أثناء الجلسات أو فيما بعد وأن لا يدخر جهداً في

المشاركة عندما يدعى إلى جلسات مماثلة لإفادة أعضاء آخرين جدد بخبراته السابقة.

ب- المعالج: يوافق المعالج على أن:

١- يحضر في المواعيد المحددة للجلسات.

٢- يساعد أعضاء المجموعة على توضيح مشكلاتهم بطريقة واقعية تسمح بالقيام بخطوات

عملية لعلاجها.

٣- يساعد أعضاء المجموعة على حل مشكلاتهم بأفضل الطرق.

٤- يحترم أعضاء المجموعة ويحافظ على سرية المعلومات المتبادلة أثناء الجلسات.

٥- يهيئ للمجموعة كل ما من شأنه تسهيل تنفيذ البرنامج العلاجي.

اسم المعالج:

اسم عضو المجموعة:

التوقيع:

عنوانه ورقم هاتفه:

التاريخ:

توقيعه:

التاريخ:

ثانياً: مبادئ عامة للبرنامج العلاجي:

- ١- يتألف الكادر العلاجي من معالج نفسي إسلامي وواعظ أو مرشد ديني أو معالج ديني ممن سبق له استخدام الرقية في العلاج الإسلامي.
- ٢- أن تجري الجلسات العلاجية في أحد الجوامع أو المساجد أو العيادات النفسية القريبة من أحد الجوامع أو المساجد (أو في مراكز العلاج النفسي الإسلامي إن وجد)*.
- ٣- أن يبدي المريض استعداد للعلاج الإسلامي.
- ٤- أن يقتصر العلاج على ما هو مثبت في القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.
- ٥- أن لا يزيد عدد الجلسات العلاجية على (١٦) ولا يقل عن (٨).
- ٦- أن لا يزيد عدد الجلسات عن (واحدة أو اثنتين) في الأسبوع.
- ٧- أن لا يزيد وقت كل جلسة على (٣) ثلاث ساعات.
- ٨- أن يتضمن البرنامج العلاجي عدة فقرات وأن يكون فعالاً ومشوقاً.
- ٩- أن يكون لكل فرد من أفراد المجموعة دوراً في العلاج.
- ١٠- أن يتقبل المعالج النفسي أفراد المجموعة كأخوة وأن يشعرهم بذلك وأن يكون صاحباً لهم وأن لا يشعرهم بأن له مصلحة من جراء هذا البرنامج، وإنما المصلحة الأساسية هو تبصيرهم بأنفسهم والهدف من وجودهم في الحياة وأن يساعدهم على إعطاء معنى حقيقي لحياتهم.
- ١١- أن لا يحمل أعضاء المجموعة أكثر من طاقتهم.
- ١٢- ضرورة أن يسير البرنامج العلاجي بالتدرج.
- ١٣- أن لا ييخل المعالج من استخدام وسائل العلاج النفسي الحديثة التي لا تتعارض ومبادئ ديننا الحنيف لتسهيل العلاج الإسلامي.

* وهي مراكز علاجية نفسية إسلامية (تتكون من عيادة نفسية ملحقة بأحد الجوامع أو المساجد) كما هي في مصر، والسعودية وماليزيا).

١٤- أن يستخدم التعزيز بكل أنواعه وأشكاله وحسب طبيعة المواقف والجلسات العلاجية لتسهيل عملية العلاج.

١٥- أن يكون المعالج قدوة لأفراد المجموعة العلاجية في الإيمان وتطبيق الواجبات الدينية، وما يوحي للمجموعة دائماً أنه كلما يزداد الإيمان يزداد الإنسان سعادة.

١٦- يفضل الجلسة العلاجية أن تبدأ بصلاة وتنتهي بصلاة كأن تبدأ بصلاة الظهر وتنتهي بصلاة العصر. أو تبدأ بصلاة العصر وتنتهي بصلاة المغرب أو العشاء وإذا كانت الجلسة قصيرة تبدأ بصلاة المغرب وتنتهي بصلاة العشاء.

ثالثاً: عدد الجلسات البرنامج ومدتها:

- ١- عدد جلسات البرنامج (١٦) جلسة.
- ٢- مدة البرنامج شهران.
- ٣- عدد الجلسات الأسبوعية (٢) اثنان.
- ٤- طول فترة الجلسة الواحدة (٣) ساعات.
- ٥- تبدأ الجلسة بصلاة الظهر، وتنتهي بصلاة العصر.
- ٦- الجلسة الأولى تكون للتعارف وعقد الاتفاق العلاجي.
- ٧- الجلسة الأخيرة للتقييم.
- ٨- الجلسات (١٤) الأخرى علاجية وحسب البرنامج المعد.
- ٩- يقسم وقت الجلسة العلاجية إلى الآتي:

أ. ربع ساعة لصلاة الظهر (جماعة)، الجلسة الأولى يكون الإمامي فيها المرشد أو الواعظ الديني، والجلسات الأخرى يكون الإمامي فيها كل فرد من أفراد المجموعة بالتعاقب.

ب. ربع ساعة بعد الصلاة مباشرة الاستماع إلى أدعية الاستشفاء المعدة من قبل المعالج من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة لعلاج آثار الصدمات النفسية.

يقرأ هذه الأدعية الواعظ الديني ويقوم أفراد المجموعة بتريديد قراتها بعده.

ج. استراحة (٥) دقائق.

د. نصف ساعة بعد الاستراحة الاستماع للقرآن الكريم (سور آيات الشفاء من القرآن الكريم للشفاء من آثار الصدمات النفسية والكرب والمصائب والهم والغم والحزن، مسجلة على كاسيت) ومعدة من قبل المعالج.

هـ. ربع ساعة بعد قراءة القرآن والاستماع إلى أدعية الشفاء.

و. استراحة (٥) دقائق.

ز. نصف ساعة محاضرة دينية يلقيها الواعظ أو المرشد الديني (كل جلسة لها موضوع محدد) لتسهم هذه المحاضرة في زيادة الإيمان وفي تصحيح التصورات الخاطئة للمجموعة العلاجية).

ح. فترة استراحة (ربع ساعة) فترة غداء خفيف.

ط. (نصف ساعة) مناقشة حرة بين المعالج والواعظ الديني وأفراد المجموعة في مشاكلهم التي يعانون منها. مع الرقية العلاجية.

ي. (٥) دقائق التذكير بالواجبات اليومية ومناقشتها.

ك. (ربع ساعة) لصلاة العصر وتنتهي الجلسة.

رابعاً: إجراءات الجلسات.

أ- الجلسة الأولى: الهدف منها التعارف وإبرام العقد العلاجي.

١- تبدأ بصلاة الظهر (ربع ساعة) يكون المرشد الديني هو الإمامي فيها.

٢- دعوة أفراد المجموعة لتناول وجبة غداء ساعة كاملة.

٣- توقيع العقد العلاجي بعد شرح بنوده (نصف ساعة).

٤- توجيهات عامة يلقيها المعالج النفسي لشرح هدف البرنامج وإجراءاته (ثلاثة أرباع الساعة).

٥- (ربع ساعة) توزيع الكتب والكرايس المساعدة وتوزيع الواجبات البيتية بعد شرح

القيام بها.

٦- (ربع ساعة) الأخيرة صلاة العصر يكون المعالج النفسي هو الإمامي وتنتهي الجلسة بعد التذكير بموعد الجلسة القادمة والواجبات.

ب- الجلسة الثانية: الهدف منها الاعتراف بالذنب.

١- تبدأ بصلاة الظهر يكون الأمامي فيها أحد أفراد المجموعة العلاجية (ربع ساعة).

٢- بعد الانتهاء من الصلاة والتسليم يتوجه الجميع إلى الله (سبحانه وتعالى) بالدعاء الذي يتبرع أحد أفراد المجموعة بقراءة (أدعية الشفاء من القرآن الكريم والسنة النبوية) المعد من قبل المعالج ويردد أفراد المجموعة الدعاء بعده وذلك برفع أيديهم تقرباً وخشوعاً إلى الله سبحانه وتعالى (ربع ساعة).

٣- استراحة (٥ دقائق).

٤- يشكل أفراد المجموعة حلقة دائرية ويوضع مسجل صوت ثم يتم الاستماع إلى القرآن الكريم (سور وآيات الشفاء من القرآن الكريم) التي سجلها على كاسيت المعالج النفسي (نصف ساعة).

٥- الاستماع بعد قراءة القرآن إلى أدعية الشفاء (ربع ساعة) تقرأ من قبل أحد أفراد المجموعة وتردد بقية المجموعة بعده.

٦- استراحة (٥ دقائق).

٧- محاضرة دينية عن الاعتراف بالذنب يلقيها المرشد الديني ويبني أهمية الاعتراف بالذنب في تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة لبناء ما هو صحيح في رضا الله سبحانه وتعالى.

٨- فترة غداء خفيف (ربع ساعة).

٩- مناقشة حرة بين المعالج والمرشد الديني وأفراد المجموعة في المشكلات التي يعانون منها وهنا يبرز دور المعالج النفسي وبمساعدة المرشد الديني في

تصحيح المفاهيم الخاطئة ومساعدة المجموعة العلاجية على حل مشاكلهم التي يعانون منها (نصف ساعة).

١٠- التذكير بالواجبات اليومية ومراجعتها (٥) دقائق.

١١- تنتهي هذه الجلسة بصلاة العصر مع التذكير بموعد الجلسة المقبلة (ربع ساعة).

ج- الجلسة الثالثة: الهدف منها: التوبة والاستغفار. تكون بنفس منهاج الجلسة الثانية عدا النقطة (٧) المحاضرة الدينية تكون عن التوبة والاستغفار وتصحيح التصورات والمفاهيم الخاطئة التي يحملها الفرد عن الصدمة

د- الجلسة الرابعة: الهدف منها (غرس الإيمان وتعزيزه في نفس أفراد المجموعة)، مع ذكر شعب الإيمان للبيهقي، مع بيان دور الإيمان في تحمل الصدمات النفسية والمصائب التي يتعرض لها الفرد. وتكون بنفس منهج الجلسات السابقة عدا النقطة (٧) المحاضرة الدينية فتكون عن الإيمان وتعزيزه.

هـ- الجلسة الخامسة: الهدف منها: بيان ذكر الله دوماً ومخافته في كل وقت. وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا (المحاضرة الدينية فتكون حول أهمية ذكر الله دوماً ومخافته والصلاة والسلام على الرسول محمد ﷺ - وأهمية هذا الموضوع في تحمل الصدمات النفسية والشدائد والكروب وغيرها.

و- الجلسة السادسة: الهدف منها: (قراءة القرآن وفضله في مساعدة الإنسان على تحمل الصدمات النفسية). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن القرآن الكريم وأهمية قراءته وكيف يساعد في شفاء الناس وتحمل الصدمات النفسية.

س- الجلسة السابعة: الهدف منها: (ذكر فضل الصلاة على الإنسان بصورة عامة وشفاءه من آثار الصدمة بصفة خاصة). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن الصلاة وفضلها في شفاء الإنسان من الأمراض

وخصوصاً آثار الصدمة النفسية.

ح- **الجلسة الثامنة:** الهدف منها: (ذكر فضل الصوم على الإنسان بصورة عامة والشفاء من الأمراض وخاصة آثار الصدمة النفسية). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن الصوم وأهميته في الشفاء من الأمراض وخصوصاً آثار الصدمة النفسية.

ط- **الجلسة التاسعة:** الهدف منها: (ذكر فضل الزكاة على الإنسان). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن فضل الزكاة في تقويم الإنسان وفي شفاؤه من الأمراض وخصوصاً آثار الصدمة النفسية.

ي- **الجلسة العاشرة:** الهدف منها: (بيان فضل الحج لمن استطاع إليه سبيلاً على الإنسان). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن الحج وفضله على الإنسان خصوصاً آثار الصدمة النفسية.

ك- **الجلسة الحادية عشر:** الهدف منها: (بيان فضل الدعاء تقرباً إلى الله سبحانه وتعالى وفائدته على الإنسان في الشفاء من الأمراض خصوصاً الشفاء من آثار الصدمات النفسية). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن فضل الدعاء إلى الله سبحانه وتعالى وفائدته في الشفاء من الأمراض وخصوصاً آثار الصدمات النفسية.

ل- **الجلسة الثانية عشر:** الهدف منها: (بيان العمل الصالح وأهميته للإنسان في دنياه وأخرته وفضل هذا في الشفاء من آثار الصدمات النفسية). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن العمل الصالح وأنواعه وكيفية القيام به وتعويد الإنسان عليه وفضله في الدنيا والآخرة وأهميته في الشفاء من الأمراض وخصوصاً آثار الصدمة النفسية.

م- **الجلسة الثالثة عشر:** الهدف منها: (بيان فضل الرقية الشرعية في تخليص الإنسان من معاناته). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن الرقية الشرعية وأهميتها في الشفاء من الأمراض وخصوصاً آثار الصدمات النفسية.

س- **الجلسة الرابعة عشر:** الهدف منها: (بيان أهمية الصبر على البلاء والشدائد). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن الصبر على البلاء والشدائد والصدمات النفسية وأجر ذلك في الحياة الدنيا والآخرة

ع- **الجلسة الخامسة عشر:** الهدف منها: (شرح نماذج عملية للإعجاز القرآني والشفاء بالقرآن وأدعية الرسول ﷺ). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية فتكون عن آثار القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة في الشفاء من الأمراض وخصوصاً آثار الصدمات النفسية. وذلك من خلال شرح أمثلة واقعية بهذا الخصوص.

ف- **الجلسة السادسة عشر:** (الأخيرة) الهدف منها: (مراجعة جلسات البرنامج العلاجي وتقويمه من خلال المناقشة مع أفراد المجموعة ومدى الفائدة). وتكون بنفس منهاج الجلسات السابقة عدا المحاضرة الدينية وفترة مناقشة المشاكل لأفراد المجموعة فإنها تكون مفتوحة وبقرة واحدة لتقويم العملية العلاجية للبرنامج وبيان مدى الفائدة.

ومن الله العون والتوفيق

خامساً: الواجبات الدينية والعمل اليومي الصالح.

- ١- الالتزام بأداء الصلاة في أوقاتها وضرورة المحافظة على صلاة الفجر.
- ٢- صوم يوم واحد في الأسبوع طيلة فترة العلاج، تطوعاً لله (سبحانه وتعالى) من أجل الشفاء.
- ٣- قراءة القرآن مرتان في اليوم أو مرة واحدة في الأقل ويفضل قبل أو بعد صلاة الفجر، مع الاستعداد والوضوء والخشوع يتبعها قراءة أدعية الشفاء من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.
- ٤- أداء صلاة الليل مرة واحدة أسبوعياً على الأقل يتبعها دعاء الشفاء.
- ٥- إخراج صدقة مرتان في الأسبوع ويفضل أن تكون قبل المجيء إلى جلسات العلاج.
- ٦- تقديم مساعدة إلى شخص معين يومياً كمساعدة في عمل أو مساعدة على عبور الشارع ... الخ.
- ٧- تشييع جنازة مرة واحدة في الشهر على الأقل، كلما أمكن ذلك.
- ٨- زيارة القبور مرة واحدة على الأقل خلال فترة البرنامج.
- ٩- زيارة أحد الأهل والأقارب مرة واحدة أسبوعياً على الأقل.
- ١٠- زيارة مريض كلما سنحت الفرصة لذلك.
- ١١- المساهمة قدر الإمكان في الأنشطة الاجتماعية الخيرية كبناء المساجد والتكافل الاجتماعي ومساعدة الأيتام ... الخ.
- ١٢- حضور صلاة الجمعة وخطبتها إن أمكن.
- ١٣- إتباع المنهج القرآني والسنة النبوية المشرفة في السلوك اليومي، مع قراءة أذكار الرسول ﷺ - في كل سلوك حتى النوم.
- ١٤- استخدام خليط من العسل الطبيعي مع مسحوق الحبة السوداء ويؤخذ يومياً قبل الفطور بمعدل (ملعقة شاي) لمن يشكو من آلام جسمية.

سادساً: القرآن الكريم (تسجل على كاسيت السور والآيات القرآنية للشفاء من الأمراض النفسية خصوصاً آثار الصدمات النفسية (وهي كآلاتي:

- ١- فاتحة الكتاب.
- ٢- المعوذات وقل هو الله أحد.
- ٣- الأربع آيات الأولى من سورة البقرة.
- ٤- آية الكرسي (الله لا إله إلا هو الحي القيوم ...).
- ٥- الآيتين (١٥٦-١٥٧) من سورة البقرة: ﴿وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴾ ﴿ أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴾.
- ٦- خواتيم سورة البقرة، آخر آيتين: (أمن الرسول بما انزل إليه إلى نهاية فانصرنا على القوم الكافرين).
- ٧- سورة (يس) كاملة (٨٣) آية.
- ٨- الشورى (آية: ٣٠) : ﴿وَمَا أَصَابَكُمْ مِنْ مُصِيبَةٍ فَبِمَا كَسَبَتْ أَيْدِيكُمْ وَيَعْفُو عَنْ كَثِيرٍ﴾.
- ٩- النساء (آية: ١٩): ﴿فَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَيَجْعَلَ اللَّهُ فِيهِ خَيْرًا كَثِيرًا﴾.
- ١٠-النور (آية: ١١): ﴿إِنَّ الَّذِينَ جَاءُوا بِالْإِفْكِ عُصْبَةٌ مِنْكُمْ لَا تَحْسَبُوهُ شَرًّا لَكُمْ بَلْ هُوَ خَيْرٌ لَكُمْ﴾.
- ١١-سورة الانشراح كاملة.
- ١٢-آيات الشفاء التالية:
 - أ. ﴿وَيَشْفِ صُدُورَ قَوْمٍ مُؤْمِنِينَ﴾ (التوبة: ١٤).
 - ب. ﴿وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ﴾ (يونس: ٥٧).
 - ج. ﴿يَخْرُجُ مِنْ بُطُونِهَا شَرَابٌ مُخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ فِيهِ شِفَاءٌ لِلنَّاسِ﴾ (النحل: ٦٩).

د. ﴿وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢).

هـ. ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِي﴾ (الشعراء: ٨٠).

و. ﴿قُلْ هُوَ الَّذِي آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءً﴾ (فصلت: ٤٤).

ي. سورة الأنبياء (الآيات من ٦٩-٨٩).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أدعية الشفاء من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة

- للاستشفاء من آثار الصدمات النفسية:

أولاً: الاستشفاء بالبسملة والدعاء باسم الله الأعظم*

(بسم الله الرحمن الرحيم)

* ﴿اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ لَا تَأْخُذُهُ سِنَّةٌ وَلَا نَوْمٌ﴾ (البقرة: ٢٥٥). وهي آية الكرسي.

* ﴿الم ﴿اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ﴾ (آل عمران: ١، ٢).

* ﴿وَعَنْتَ أُوْجُوهُ لِحَيِّ الْقَيُّومِ﴾ (طه: ١١١).

ثانياً: الاستشفاء بالدعاء بأسماء الله الحسنى**.

((هو الله الذي لا إله إلا هو، الرحمن، الرحيم، الملك، القدوس، السلام، المؤمن، المهيمن، العزيز، الجبار، المتكبر، الخالق، الباري، المصور، الغفار، القهار، الوهاب، الرزاق، الفتاح، العليم، القابض، الباسط، الخافض، الرافع، المعز، المذل، السميع، البصير، الحكيم، العدل، اللطيف، الخبير، الحليم، العظيم، الغفور، الشكور، العلي، الكبير، الحفيظ، المقيت، الحسيب، الجليل، الكريم، الرقيب، المجيب، الواسع، الحكيم، الودود، المجيد، الباعث، الشهيد، الحق، الوكيل، القوي، المتين، الولي، الحميد، المحصي، المبدئ، المعيد، المحي، الميت، الحي، القيوم، الواجد، الواحد، الأحد، الصمد، القادر، المقدر، المؤخر، الأول، الآخر، الظاهر، الباطن، الوالي، المتعال، البر، التواب، المنتقم، العفو، الرؤوف، مالك الملك، ذو الجلال والإكرام،

* وهذا ما أشار إليه الحديث الشريف، رواه أبو إمامه الباهلي - - عن النبي - - قال: ((اسم الله الأعظم الذي إذا دعا به أجاب في ثلاث سور في القرآن: في البقرة، وآل عمران، وطه)). أخرجه ابن ماجة والحاكم في المستدرک والطبراني في الكبير وقالوا في إسناده: حسن وقيل: صحيح. (الجملة، ص: ٥١).

** روي عن الرسول - -: ((إن الله تسعاً وتسعين اسماً مائة إلا واحد من أحصاها دخل الجنة انه وتر يحب الوتر)) وزاد البعض ((من دعا بها استجاب الله دعاءه)). (الجملة، ص: ٥٤)

المقسط، الجامع، الغني، المانع، الضار، النافع، النور، الهادي، البديع، الباقي،
الوارث، الرشيد، الصبور.

ملاحظة:

ينبغي عند ذكر أسماء الله الحسنى أن يبدأها الداعي بقوله: (لا إله إلا الله وحده
لا شريك له، له الملك وله الحمد بيده الخير وهو على كل شيء قدير، لا إله إلا هو له
الأسماء الحسنى ثم يبدأ بقراتها:-

وبعد أن يفرغ الداعي من ذكر أسماء الله الحسنى يقول: سبحان من له الأسماء
الحسنى والصفات العليا سبحانه وتعالى عما يقولون علوا كبيرا، ثم يدعو بما أحب).
(الجمال، ص: ٥٥).

ثالثاً: الدعاء بآيات وسور القرآن الكريم للاستشفاء من آثار الصدمات النفسية:

* ﴿رَبَّنَا تَقَبَّلْ مِنَّا إِنَّكَ أَنْتَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ ﴿١٢٧﴾ رَبَّنَا وَاجْعَلْنَا مُسْلِمِينَ لَكَ وَمِنْ ذُرِّيَّتِنَا أُمَّةً مُسْلِمَةً
لَكَ وَأَرِنَا مَنَاسِكَنَا وَتُبْ عَلَيْنَا إِنَّكَ أَنْتَ التَّوَّابُ الرَّحِيمُ ﴿١٢٨﴾﴾ (البقرة: ١٢٧-١٢٨).

* ﴿رَبَّنَا أَفْرِغْ عَلَيْنَا صَبْرًا وَثَبِّتْ أَقْدَامَنَا وَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ ﴿٢٥٠﴾﴾ (البقرة: ٢٥٠).

* ﴿رَبَّنَا لَا تَزِرْ قُلُوبَنَا بَعْدَ إِذْ هَدَيْتَنَا وَهَبْ لَنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً إِنَّكَ أَنْتَ الْوَهَّابُ ﴿٨﴾﴾ (آل عمران: ٨).

* ﴿رَبَّنَا إِنَّا أَمْنَا فَاغْفِرْ لَنَا ذُنُوبَنَا وَقِنَا عَذَابَ النَّارِ ﴿١٦﴾﴾ (آل عمران: ١٦).

* ﴿رَبَّنَا اغْفِرْ لَنَا ذُنُوبَنَا وَإِسْرَافَنَا فِي أَمْرِنَا وَثَبِّتْ أَقْدَامَنَا وَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ ﴿١٤٧﴾﴾ (آل عمران: ١٤٧).

* ﴿رَبَّنَا إِنَّكَ مَنْ تَدْخُلِ النَّارَ فَقَدْ أَخْرَجْتَهُ وَمَا لِلظَّالِمِينَ مِنْ أَنْصَارٍ ﴿١٩٣﴾ رَبَّنَا إِنَّا سَمِعْنَا مُنَادِيًا
يُنَادِي لِلإِيمَانِ أَنْ آمِنُوا بِرَبِّكُمْ فَآمَنَّا رَبَّنَا فَاغْفِرْ لَنَا ذُنُوبَنَا وَكَفِّرْ عَنَّا سَيِّئَاتِنَا وَتَوَفَّنَا مَعَ
الْأَبْرَارِ ﴿١٩٤﴾ رَبَّنَا وَآتِنَا مَا وَعَدْتَنَا عَلَى رُسُلِكَ وَلَا تُخْزِنَا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّكَ لَا تُخْلِفُ الْمِيعَادَ ﴿١٩٤﴾﴾ (آل عمران: ١٩٢-١٩٣-١٩٤).

* ﴿رَبَّنَا وَأَدْخِلْهُمْ جَنَّاتٍ عَدْنٍ الَّتِي وَعَدْتَهُمْ وَمَنْ صَلَحَ مِنْ آبَائِهِمْ وَأَزْوَاجِهِمْ وَذُرِّيَّاتِهِمْ إِنَّكَ أَنْتَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ ﴿٧﴾ وَقِهِمُ السَّيِّئَاتِ وَمَنْ تَقِيَ السَّيِّئَاتِ يَوْمَئِذٍ فَقَدْ رَحِمْتَهُ وَذَلِكَ هُوَ الْفَوْزُ الْعَظِيمُ ﴿٨﴾﴾ (غافر: ٧-٨-٩).

* ﴿رَبَّنَا عَلَيْكَ تَوَكَّلْنَا وَإِلَيْكَ أَنَبْنَا وَإِلَيْكَ الْمَصِيرُ ﴿٥﴾ رَبَّنَا لَا تَجْعَلْنَا فِتْنَةً لِلَّذِينَ كَفَرُوا وَاعْفِرْ لَنَا رَبَّنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ ﴿٦﴾﴾ (المتحنة: ٥، ٤).

* ﴿رَبَّنَا أَنْتُمْ لَنَا نُورٌ وَاعْفِرْ لَنَا إِنَّكَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ ﴿٨﴾﴾ (التحریم: ٨).

* ﴿رَبِّ اجْعَلْنِي مُقِيمَ الصَّلَاةِ وَمِنْ ذُرِّيَّتِي رَبَّنَا وَتَقَبَّلْ دُعَاءِ ﴿٤٠﴾ رَبَّنَا اغْفِرْ لِي وَلِوَالِدَيَّ وَلِلْمُؤْمِنِينَ يَوْمَ يَقُومُ الْحِسَابُ ﴿٤١﴾﴾ (إبراهيم: ٤٠-٤١).

* ﴿وَقُلْ رَبِّ ادْخُلْنِيْ مُدْخَلَ صِدْقٍ وَأَخْرِجْنِيْ مُخْرَجَ صِدْقٍ وَاجْعَلْ لِي مِنْ لَدُنْكَ سُلْطَانًا نَصِيرًا ﴿٨٠﴾﴾ (الإسراء: ٨٠).

* ﴿قَالَ رَبِّ إِنِّيْ أَعُوذُ بِكَ أَنْ أَسْأَلَكَ مَا لَيْسَ لِي بِهِ عِلْمٌ وَإِلَّا تَغْفِرْ لِي وَتَرْحَمْنِيْ أَكُنْ مِنَ الْخَاسِرِينَ ﴿٤٧﴾﴾ (هود: ٤٧).

* ﴿قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِيْ ﴿٢٥﴾ وَيَسِّرْ لِي أَمْرِيْ ﴿٢٦﴾ وَاجْلُ عُدَّةً مِنْ لِسَانِيْ ﴿٢٧﴾ يَفْقَهُوا قَوْلِيْ ﴿٢٨﴾﴾ (طه: ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨).

* ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِيْ بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴿١٩﴾﴾ (النمل: ١٩).

* ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ ﴿١٥﴾﴾ (الأحقاف: ١٥).

* ﴿حَسْبِيَ اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَهُوَ رَبُّ الْعَرْشِ الْعَظِيمِ ﴿١٢٩﴾﴾ (التوبة: ١٢٩).

رابعاً: الاستشفاء من آثار الصدمات النفسية بأدعية الرسول -ﷺ-

* في حديث شريف أخرجه الترمذي والحاكم في المستدرک وهو حديث عن ابن عمر (رضي الله عنهما):

قال: ما كان النبي -ﷺ- يقوم من مجلس حتى يدعو بهذه الدعوات لما فيها من الاستشفاء:-

((اللهم أقسم لنا من خشيتك ما تحول به بيننا وبين معاصيك، ومن طاعتك ما تبلغنا به جنتك، ومن اليقين ما تهون علينا مصائب الدنيا، ومتعنا بأبصارنا وقوتنا أبدأ ما أحبيتنا، وأجعل الوارث منا، وأجعل ثأرنا على من ظلمنا، وانصرنا على من عادانا، ولا تجعل مصيبتنا في ديننا، ولا تجعل الدنيا أكبر همنا، ولا مبلغ علمنا، ولا تسلط علينا من لا يرحمنا)).

* قال -ﷺ-:-

((سدوا وقاربوا وأعلموا أنه لن يدخل أحد الجنة بعمله- قالوا: ولا أنت يا رسول الله؟ قال -ﷺ-:- ولا أنا إلا أن يتغمدني الله برحمته)). (حديث صحيح).

* روى البخاري ومسلم وأبو عوانة عن ابن عباس (رضي الله عنهما) أن النبي -ﷺ- كان يقول عند الكرب:

((لا إله إلا الله العظيم الحليم، لا إله إلا الله رب العرش العظيم، لا إله إلا الله رب السموات ورب الأرض ورب العرش الكريم، لا إله إلا الله الحليم الكريم، لا إله إلا الله رب العرش العظيم، لا إله إلا الله رب السموات ورب الأرض ورب العرش العظيم))
ثم يدعو بعد ذلك بما يريد، ونسأل الله (سبحانه وتعالى) أن يخفف عنه ما نزل به أو يذهب ما أصابه إنه على كل شيء قدير.

* وروى النسائي والحاكم وصححه ابن حبان عن علي بن أبي طالب -ﷺ- قال:

((علمني رسول الله -ﷺ- إذ نزل بي كرب أن أقول: لا إله إلا الله الحليم الكريم، سبحان الله وتبارك الله رب العرش العظيم والحمد لله رب العالمين))
ثم يذكر حاجته ويظل حتى يكشف الله عنه ما نزل به.

ملحق (٧)

خبراء تقويم برنامج العلاج النفسي – الإسلامي لاضطراب (PTSD)

أ- الخبراء المتخصصون في الطب النفسي:

- ١- د. حيدر عبد المحسن. مستشفى الرشيد العسكري.
- ٢- د. طارق فحل الكبيسي. مستشفى بغداد التعليمي.
- ٣- د. طه ياسين نعمة. مستشفى الرشيد العسكري.
- ٤- د. عاهد حسني عبد الإله. استشاري الطب النفسي.
- ٥- د. محمد عبد الحميد السامرائي. مستشفى الكاظمية التعليمي.
- ٦- د. مكحولة أحمد. مستشفى ابن رشد التعليمي.

ب- الخبراء المتخصصون في علم النفس (الإرشاد والصحة النفسية):

- ١- أ. د. صالح حسن الداھري. كلية التربية – ابن رشد – جامعة بغداد.
- ٢- أ. د. إبراهيم عبد الخالق رؤوف. كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- ٣- أ. د. قبيل كودي. كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- ٤- أ. م. د. جاسم فياض الشمري. كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
- ٥- أ. م. د. محمود كاظم محمود. كلية التربية، الجامعة المستنصرية.

ج- الخبراء المتخصصون في العلوم الإسلامية:

- ١- أ. د. محسن عبد الحميد. كلية التربية – ابن رشد – جامعة بغداد.
- ٢- أ. م. د. حارث العبيدي. كلية التربية – ابن رشد – جامعة بغداد.
- ٣- أ. م. د. سعدي رشيد الجميلي. كلية الفقه، الجامعة الإسلامية.
- ٤- أ. م. د. محمد صالح. كلية العلوم الإسلامية، جامعة بغداد.
- ٥- م. د. عقيد خالد العزاوي. كلية التربية – ابن رشد – جامعة بغداد.

الملحق (٨)

استمارة التقويم الذاتي

١- رمز الحالة:

٢- رقم الجلسة:

٣- تاريخ الجلسة ووقتها:

٤- مكان الجلسة:

- التقييم الذاتي -

- ١- الحالة النفسية قبل بدأ الجلسة. جيدة () غير جيدة () .
- ٢- الحالة النفسية أثناء الجلسة. جيدة () غير جيدة () .
- ٣- الحالة النفسية بعد انتهاء الجلسة. جيدة () غير جيدة () .
- ٤- البرامج والنشاطات أثناء الجلسة كانت. جيدة () غير جيدة () .
- ٥- هل استفدت شخصياً من برامج هذه الجلسة نعم () لا () .
- ٦- هل أثرت برامج هذه الجلسة في التقليل من معاناتك؟ نعم () لا () .
- ٧- هل ترغب في الاستمرار بالبرنامج في جلساته اللاحقة؟ نعم () لا () .
- ٨- أكتب تقييم مختصر لهذه الجلسة؟

الباحث

محمد إبراهيم العبيدي

تخصص: شخصية وصحة نفسية

الملحق (٩)
- إعلان -

للمراغبين في العلاج النفسي الإسلامي من آثار الصدمات النفسية.

بسم الله الرحمن الرحيم:

﴿وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ (الإسراء: ٨٢).

صدق الله العظيم

وقال رسول الله -ﷺ-: ((خير الدواء القرآن)).

لقد ثبت شرعاً وعلماً، العلاج الإسلامي للأمراض النفسية، وللحاجة الماسة في مجتمعنا العراقي، لهذا النوع من العلاج، يقيم الفقير إلى الله (أ.م. محمد إبراهيم العبيدي)، التدريسي في قسم العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، ابن رشد، برنامجاً علاجياً نفسياً (بالطريقة الإسلامية) للرجال الذين يعانون من آثار الصدمات النفسية، ويجدون صعوبة في التخلص من هذه الآثار. فعلى الراغبين في الاشتراك بهذا البرنامج (من أعمار ١٩-٥٩ سنة) تسجيل أسماءهم وعناوينهم كاملة في استعلامات (مجمع باب المعظم) أو مراجعة الأستاذ المساعد محمد العبيدي، علماً أن الاشتراك بالبرنامج مجاناً.

أ.م. محمد إبراهيم العبيدي

تخصص: شخصية وصحة نفسية

The Effect of Psychological Religions Treatment on Post-Traumatic Stress Disorder -A Clinical Study*-



Abstract

The Present study aims at Identifying the individuals that suffer from the PTSD agitation and then constructing a psychological religious programme based in the Islamic psychological perspective through the holy Qura'n and the prophetic sunnah, and finding out the influence of the psychological religious treatment on the PTSD agitation.

The procedures of the present work included selecting purposeful sample of “54” persons who attend the psychological Treatment hospitals in the center of Baghdad city and also the center of receiving the returning captives from Iran and those who desire to receive the psychological- religious treatment throng advertisements and those who visit the researcher for psychological consultation. The study is limited to male Moslems only whore age range between (19-55) only to suit the requirements of the proposed programme.

The researcher used three instrument: The medical – psychological diagnosis, the diagnosis by the (DSM. IV,94) criteria, and (Al-Kubaisi PTSD scale 1998). A psychological – religious treatment Programme is built in one of the worshipping

* An Abstract of a Dissertation Submitted to the Council of the college of Educational /Ibn Rushd at the University of Baghdad in Partial fulfillment for the Requirement of the Degree of Doctoralin in Educational Psychology, Personality Science and Mental Health. **By Mohammed Ibraheem Mahmood Al- Ubaidi, 2003 A.B.**

and praying houses (a Moslems mosque). The Proposed programme included sixteen treatment session lasted for two months, two sessions per-week.

The single session lasted for 3 hours and included several treatment procedures such as praying, listening to Healing calls, reading the Holy Qura'n, religious lectures, free treatment decision and self - evaluation. The sessions also included several psychological treatment such as (the psychodrama and psychological games, following the method of an individual within the group and concentrating on the "Here and now" principle, the nonverbal communication, learning by "living meaning fill technique, and the social reinforcement and home exercise) and other assisting methods such as using booklets, books, healing calls, and cassettes of recorded holy Qura'n.

The research is dependent upon the clinical method which required, in several procedures, using the experimental design method, for the researcher has used the equivalent group design with a consolidate control, and also the technique of individual matching in order to distribute the subjects of the sample into two group, one as an experimental group and the other as a control one. Each group consisted of eleven individual. Both groups are exposed to a pre-diagnose which is done by three ways. Only the experimental group is exposed to the proposed treatment programme, and after the end of this programme, a post-diagnose is done and for both groups, the experimental and control ones, by using the same before mentioned techniques. Three method after the post-diagnose is undertaken , a following-up diagnose is done (following-up elevation test) for the experimental group only. The results of the present study are:

- 1- Post psychological shock disturbance (i.e. agitation) is common in Iraq, for the percentages of its dispersion are as follows:
 - a- The percentage of the PTSD agitation according to psychiatrist diagnose is 66.6%
 - b- The percentage of the PTSD agitation according to the DSM.IV,94 diagnose is 61.6%.
 - c- The percentage of the PTSD agitation according to the PTSD scale diagnose is 59.25%.
 - d-The percentage of the PTSD agitation according to the three a fore mentioned criteria is 56.35%.
- 2- The constriction of a psychological-religions treatment programme based on the psychological perspective stated in the Holy Qura'n and the prophetic swatch is no only useful for the PTSD, but for treating all other psychological disorder.
- 3- The proposed programme proved to be effect in lowering and treating the PTSD, where the results on the (Wilcoxon -mann Whitney) tests for two independent small samples, and (Wilcoxon) test for two simple and correlated sample, signify the existence of statistically significant differences on the level of 0.05 between the results of the two groups, and also the results of the pre and post diagnose and the post following-up diagnose for the experimental group, the results of the compassion between the pre-diagnose(for both the pre-post diagnose for the control group have shown clearly that there are no statistically significance.

Finally conclusion are made based on the results of the present study, recommendations are stated, and suggestions for druthers studies are proposed to enrich the worked the field of investigation as well.

The Effect of Psychological Treatment by Religions on Post-Traumatic
Stress Disorder

-A Clinical Study-

*An Abstract of a Dissertation Submitted to the Council of
the college of Educational /Ibn Rushd at the University of
Baghdad in Partial fulfillment for the Requirement of the
Degree of Doctoral in Educational Psychology,
Personality Science and Mental Health*

By

Mohammed Ibraheem Mahmood Al- Ubaidi

Supervised by

Assistant Professor

Sa'eed Rasheed Al- A'adhami, Ph.D.

1424 A.H

2003A.B