

مدى فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى
أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من
المراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان

د. سلطان موسى العويضة

قسم علم النفس

كلية التربية- جامعة الملك سعود

مدى فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من المراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان

د. سلطان موسى العويضة

قسم علم النفس

كلية التربية- جامعة الملك سعود

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة قصدية من المراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان، بلغت (٢٠) مصاباً ومصابة.

ولتشخيص (PTSD)، قام الباحث باستخدام معايير تشخيص (PTSD) وفقاً لمعايير (DSM, IV, 1994) ومقياس (PTSD) للكبيسي (١٩٩٨)، وخفض مستوى أعراض (PTSD)، اعتمد الباحث برنامج العلاج النفسي-الإسلامي الذي قام ببنائه وتطبيقه (العبيدي، ٢٠٠٣). إذ قام الباحث بتطبيقه على عينة من المصابين بـ (PTSD)، في مسجد الغزالي الواقع في منطقة طارق بمدينة عمان.

اشتمل برنامج العلاج النفسي-الإسلامي على (١٦) جلسة علاجية استمرت كل جلسة ثلاث ساعات.

وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض (PTSD)، لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أظهرت النتائج عدم وجود انخفاض في مستوى أعراض (PTSD) بين القياسين البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وأوصت الدراسة الحالية بضرورة العمل على تفعيل هذا النوع من العلاج، من خلال تأسيس مراكز علمية متخصصة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، برنامج العلاج النفسي الإسلامي.

The Effectiveness of the Islamic Psychotherapy in Reducing the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) for a Sample of Patients at Al-Amal Clinic for Psychiatry in Amman

Dr. Sultan M. Al-Owadah

College of Education

King Saud University

Abstract

The purpose of this current study was to detect The effectiveness of the Islamic Psychotherapy in reducing the level of (PTSD) for a purposive sample of (20) patients at Al-Amal Clinic for Psychiatry in Amman. To diagnose (PTSD) the researcher used two tools of diagnosis: 1) criteria of diagnose (PTSD) with (DSM, IV, 1994), and 2) Al-Kobeisi (PTSD) questionnaire (1998).To reduce the symptoms of (PTSD) the researcher applied the Islamic Psychotherapy Programme which was designed and applied by Al-Obaidi (2003) on a sample of PTSD (patients in Al-Ghazali mosque located in Tarik area, Amman.

The Islamic Psychotherapy included (16) therapy sessions, two sessions per week on Tuesdays and Fridays. Each session lasted for three hours. The results of the statistical analysis indicated the following:

There were significant differences between the pre and post diagnosis for both groups.

There were no significant differences between the pre and post diagnosis for two small independent groups using the Man Whitney Test.

Based on the previous results, the study strongly recommended the improvement and activation of this type of therapy .

Key words: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), the islamic psychotherapy programme.

مدى فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من المراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان

د. سلطان موسى العويضة

قسم علم النفس

كلية التربية- جامعة الملك سعود

المقدمة

حظي اضطراب ما بعد الصدمة النفسية باهتمام العلماء منذ القدم، حيث ورد وصفه في الأدبيات اليونانية القديمة، وفي الأدبيات العربية لاحقاً، والتي تشير إلى اهتمام العرب والمسلمين بوصفه وتفسيره تجريبياً، إذ سبقوا علماء الغرب في ذلك، ومن بينهم ابن سينا، الذي قام بتجربته المشهورة بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون أن يتمكن أحد من الوصول إلى الآخر، الأمر الذي أدى في المحصلة إلى هزال الحمل وموته لاحقاً (النابلسي، ١٩٩١). ويشير التطور التاريخي لهذا المفهوم إلى أن أوبنهايم (Oppenheim, 1884) الوارد في النابلسي (١٩٩١)، من أوائل الذين استخدموا مفهوم العُصاب الصدمي، وعمل على وصفه وتمييزه.

ويُعد اضطراب ما بعد الصدمة (Disorder Stress Traumatic-Post PTSD) من الاضطرابات النفسية الذي تصدت البحوث والدراسات لتشخيصه وعلاجه، الأمر الذي أدى في المحصلة إلى ظهور تصنيفات عالمية له، ومن بين هذه التصنيفات: التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (WHO, 10-ICDM, 1993)، والتصنيف الرابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA IV-DSM, 1994). والدليل التشخيصي الرابع المعدل (APA, TR-IV-DSM, 2000). ووفقاً للتشخيص الرابع المعدل، يعتبر (PTSD) اضطراباً ضغطياً يلي الصدمة، ويحدث بعد تجارب مُرعبة، فيصيب بعض الأفراد الذين تعرضوا لحوادث صدمية، كالكوارث الطبيعية، والكوارث الاصطناعية (APA, 2000). ويعاني الأفراد المصابين بهذا الاضطراب من أفكار مُرعبة مستعصية، وذكريات مؤلمة ذات صلة بالحوادث الصدمية الذي يسبب لهم دوماً تهديداً للحياة والإنذار بقرب الموت، ويستذكرونه على شكل كوابيس واستذكارات مزعجة في النهار، كما قد يعانون من مشاكل

في النوم، والكآبة، والشعور بالانعزال، والبرود الانفعالي، وانعدام الحس، وسرعة الجفلة، وتضائل الاهتمام بالأمور التي اعتادوا على ممارستها، والشعور بالهيجان، والعدوانية أكثر من ذي قبل، وتجنبهم للأماكن والمواقف المسببة لهم الذكريات الأليمة، إذ تعد الذكرى السنوية للحادث الصدمي بمثابة الشرارة الأولى لهذا الاضطراب، والمثيرة لأعراضه الشديدة (عمار، ٢٠٠٢).

وردت في الأدبيات السيكلوجية الأجنبية أسماء عديدة، تسمى بها زملة الأعراض التي تعقب الأحداث الصدمية أو الصدمات النفسية، ومنها: صدمة القنابل، وصدمة البدن، وانفعال الصدمة، ورهاب الصدمة، والصدمة العصبية، ومتلازمة الناجون، وعصاب الحرب، والاضطراب الوضعي العابر، ومتلازمة صدمة الاغتصاب، واضطراب ما بعد الصدمة النفسية (APA, 1994).

يسمى هذا الاضطراب في العربية بتسميات عديدة، منها: العصاب الصدمي، والشدة النفسية عقب التعرض للصدمة، واضطراب الإجهاد ما بعد الشدة، واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، ويسمى عند المحللين النفسيين بعصاب الصدمة، وعند الأطباء النفسيين بوضعية الكارثة، وعند علماء النفس العياديين والصحة النفسية بالصدمة النفسية (النابلسي، ١٩٩١، العطراني، ١٩٩٥، السامرائي، ١٩٩٤، الكبسي، ١٩٩٨).

ويحتل اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الرقم (F43) من اضطراب القلق في التصنيف الدولي العاشر للأمراض السلوكية والعقلية (WHO, 1993) والرقم (٨) من اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي المعدل (APA, 2000).

وتعد الأحداث الصدمية، كالمواقف الخطرة التي تقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية الاعتيادية، من الأسباب الأساسية المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب، إذ ينتج عن هذه الأحداث الصدمية استجابات عنيفة لدى الشخص المتعرض لها، الأمر الذي يتطلب منه بذل جهود كبيرة، ولمدة طويلة لإعادة التكيف (Atkinson, 1990).

فعند تعرض أي شخص لخبرة صدمية مباشرة أو غير مباشرة، فمن المتوقع أن يعاني من تعطيل وظائفه النفسية (Rothbaum, Rigg, Murdocx & Walsh, 1992) إن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية يتطور استجابة لحادث صدمي فقط، فهو لا يمكن أن يظهر من التعرض لحوادث ضغطية أخرى، كالعمل، والطلاق مثلاً (Urasano, 2002).

وتعتمد الاستجابات المباشرة للأحداث الصدمية على طبيعة الصدمة وخطورتها، أو الكارثة ودرجة عدم توقعها (APA, 2000).

وتعد الكوارث وما ينجم عنها من خسائر، من التجارب الخطرة جداً على الأفراد، إذ غالباً ما تستحوذ على جزء كبير من تفكيرهم، إذ تبقى ذكريات مخاطر التجربة الصدمية في الوعي لا إرادياً. وعليه، 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. لذا، فإن التذكر المتكرر لتجربة الصدمة، ينطوي على مخاطر تصبح بها الصدمة ذات أثر أسوأ، في حين أن تفاديها عقلياً هو آلية غريزية في الدفاع عن النفس (Lange, 2000).

وعلى الرغم من التشابه الكبير بين أعراض (PTSD) وأعراض كل من القلق والاكتئاب، فإن مريض (PTSD) يكون قد مر بأحداث صدمية، واستجابات لها تميزت بالخوف الشديد أو العجز، في حين مرض القلق والاكتئاب لا يشترط فيهم هذا، وإنما قد تكون أحداث حياتية (Miller, 1995).

وهناك تداخل بين اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) وبين اضطراب الضغط الحاد، (Acute Stress Disorder, ASD) إذ إنّ (ASD) هو استجابة مباشرة للأحداث الصدمية، ويظهر على الأفراد المتعرضين للصدمة على الرغم من عدم وجود الأعراض العصبية لديهم قبل الصدمة.

ويتميز اضطراب (ASD) بوجود ثلاثة أعراض، هي: نوبات غير مضبوطة من الانفعال مصحوبة بالقلق، والغضب، والكآبة، والأرق، والأحلام المزعجة عن الحادث الصدمي، ونقص كلي أو جزئي في مختلف المهارات الشخصية، وفقدان وظائف الذات، وعدم القدرة على التركيز.

ففي حالة تكرار هذه الأعراض وتطورها بصورة مستمرة وخطرة، فإن اضطراب (ASD) يتطور إلى، (PTSD) وبهذا فإن (ASD) ليس من أنواع، (PTSD) وتظهر أعراضه خلال الأسابيع الأربعة الأولى من الصدمة، وتستمر من يومين إلى أربعة أسابيع، وهو أكثر استجابة للعلاج من، (PTSD) (Lange, 2000).

وتتراوح شدة الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب بين المعتدلة إلى الحادة، فالمرنمة، فقد تكون سريعة الزوال، وقد تستمر لشهور أو لسنوات، ولا يتحسن المصابون بها إلا من خلال التدخل العلاجي (APA, 2002). ويصيب هذا الاضطراب كلا الجنسين من الذكور والإناث، وكافة الفئات العمرية، فقسم منهم قد لا يحتاج للعلاج فيشفى عن طريق مساعدة الأصدقاء بتوجيه الإرشاد والنصيحة وتقديم الدعم لهم، وقسم آخر يحتاج إلى

التدخل العلاجي الفعلي (APA, 2002). ما يميز (PTSD) أن مدة استمراره تكون أكثر من شهر، فإذا استمرت أعراضه (1-3) أشهر سُمي باضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد، (Acute- PTSD)، وإذا استمرت أعراضه لثلاثة أشهر فأكثر، سُمي باضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن، (Chronic-PTSD) أما إذا ظهرت علامات الاضطراب بعد ستة أشهر، ولم تظهر قبلها، سُمي باضطراب ما بعد الصدمة النفسية المتأخرة الظهور (Delayed- PTSD) (Lange, 2000).

يعتبر تشخيص (PTSD) في الممارسة الإكلينيكية من الأمور الصعبة، وغالباً ما يتعرض للفشل، نظراً لأن المريض لا يعطي المعلومات طواعية عن الحادث الصدمي أو شكل أعراض الاضطراب.

وعليه، توجد العديد من العوامل المرتبطة بتشخيص هذا الاضطراب، هي: الاستعداد الوراثي، والعوامل النفسية (كاعتقاد الضحية أنه سيموت)، وتاريخ الضحية من حيث تعرضه لمشكلات نفسية سابقة تجعله عرضة للإصابة بهذا الاضطراب أكثر من غيره، والإصابة المسبقة بالكآبة التي من شأنها زيادة نسبة الإصابة به.

وأشار أراسانو (Urasano, 2002) إلى أن التجارب الصدمية هي تراكمية، فالشخص المتعرض لأكثر من صدمة، يصبح أكثر حساسية لأعراض (PTSD) وعليه، هناك جملة عوامل منفصلة تبين كيفية استجابة الفرد لأعراض، (PTSD) هي: الانعزاليون أكثر عرضة للإصابة به، والأفراد الذين يجدون الحادثة الصدمية متسائلين (لماذا أنا بالذات) يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب (PTSD) المزمن، والأفراد الذين لديهم تذكّر مزمن عن الصدمة، كفقدانهم عضو من الجسم يكونون أكثر عرضة للإصابة به (Urasano, 2002).

وهناك (٨٠٪) من مرضى (PTSD) يعانون من اضطرابات مصاحبة، ومن أكثرها شيوعاً: الكبت الحاد، والشذوذ العقلي، (Dysthymia) واضطراب القلق العام، واضطرابات الهلع، والاضطراب ثنائي القطب، وسوء استعمال الأشياء، واضطرابات الفوبيا، والانعزال، وترايد الكآبة، ورفض الدواء، وفقدان السيطرة على الانفعالات والتعرض لخطر الانتحار (Lange, 2000). وعلى الرغم من كثرة الدراسات، وتعداد أدلة التشخيص لهذا الاضطراب، فإن العلم لم يتمكن حتى الآن من التنبؤ الدقيق لاستجابة الفرد لحادث صدمي، لكن هناك عوامل يمكن أن تكون بمثابة مؤشرات على احتمال وحدة وجود هذا الاضطراب، ومنها: مدى حدة الصدمة واستمرارها، ومدى قرب الشخص من الصدمة، ومدى خطورتها، والصددمات السابقة ودرجة المعاناة منها، وأسلوب التكيف وأساليب الدعم (Blanchard, 1997).

لقد ظهرت نماذج عديدة لتفسير (PTSD) ومنها النموذج السيكودينامي، كتفسير فرويد للعصاب الصدمي، والتفسير السيكوسوماتي التحليلي للعصاب الراهن أو العصاب اللائمطي، وتفسير ميلاني كلاين لصدمة، (الأنا)، ونموذج المناعة النفسية لموسون، ونموذج متلازم التكيف العام لسيلي، ونموذج العوامل الشخصية والموقفية لولسون وكراوس، ونموذج ماسيك في الصدمة الثقافية، والنموذج المعرفي لهورويتز، ونموذج التشابكات العصبية، والنموذج السلوكي (الكيسي، ١٩٩٨؛ المهدي، ١٩٩٠؛ Gelder, Gath, 1997; Mayon & Philip).

لقد ركزت نظرية فرويد في تفسير (PTSD) على المفاهيم الآتية:

– العصاب الصدمي: أي أن سبب العصاب يُعزى إلى العقد النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة. وعليه، فإن أي عصاب صدمي ناجم عن صدمة نفسية لا علاقة لها بمرحلة الطفولة المبكرة، يتعارض مع نظرية فرويد.

– اعتراف فرويد قبل وفاته، بوجود ما أسماه (العصاب الراهن أو العصاب اللائمطي)، إذ اعتبره بمثابة شذوذ عن قاعدة طروحات التحليل النفسي، وأنها غير قابلة للشفاء باستخدام العلاج القائم على التحليل النفسي، الذي يُركز جهوده على العقد النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة (النابلسي، ١٩٩١).

– أشار ماكدانيل (McDaniel, 1998) إلى ازدياد مدة المعاناة لدى الشخصية الشكاكية، والمتوجهة سلبياً نحو الحياة، وغير القادرة على التعايش مع الآخرين بأسلوب واع، وذلك لأن الاستجابة للصددمات النفسية، تعبر عن تراكم صراعات ماضية.

– أشار كل من ولسون وكراوس (Wilson & Kirouss, 1985)، إلى أن سبب ظهور أعراض (PTSD) لدى الضحية يُعزى إلى ضعف قوة الذات الضرورية للتعامل مع الحدث الصدمي.

أما أنصار التفسير السيكوسوماتي التحليلي لـ (PTSD)، فقد ركزوا على مفهوم العصاب الراهن أو العصاب اللائمطي، حيث اعتبروا أن المصاب بهذا العصاب يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات النفسية، وذلك بسبب وجود خلل في الجهاز النفسي المسؤول عن إصابته بهذا العصاب، كما يعتقدون بإمكانية وجود العصاب النفسي مع العصاب السيكوسوماتي (النابلسي، ١٩٩١).

ووفقاً لآراء هذا النموذج، يُصنف العصاب الراهن أو اللائمطي إلى: عصاب سلوكي، ناجم عن سوء تنظيم في الجهاز النفسي، وعصاب طبائعي، ناجم عن عدم كفاية التنظيم

النفسي، الذي يُصنف من حيث عدم الكفاية إلى ثلاث درجات، هي: جيد التعقيل، وغير مؤكد التعقيل، وسيئ التعقيل (النابلسي، ١٩٩١).

وأما تفسير ميلاني كلاين لصدمة الأنا، فقد وضعتها في جدول مؤلف من أربع نقاط، هي: الجسد يهدد الأنا، أي عندما يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة، والجسد موضوع تهديد، أي عندما يكون الجسد سليماً، ولكنه يتعرض لتهديد عوامل خارجية، والجسد المشوه، أي الخوف من تشويه الجسد، والجسد المتخلف، أي التفكك النفسي أو الجسدي (النابلسي، ١٩٩١).

أما نموذج المناعة النفسية لموسون (١٩٩٦) (ترجمة النابلسي) الذي انبثق عن دراسات عديدة للأحداث الصدمية، فقد أكدت أن العامل الأهم في تحديد استجابات الأفراد ليس الحادث الصدمي بحد ذاته، بل القدرة على المواجهة، أو السيطرة على الموقف، التي تساعده على التحكم في مشاعر الخيرة، والقلق، والخوف، والأعراض المصاحبة لها، كتنسارع ضربات القلب، والتعرق، وارتفاع الضغط وغيرها.

وبفضل الدراسات التجريبية التي قامت بها موسون، والتي أكدت على وجود تفاعلات مزدوجة التوجه بين الدماغ - العقل - وبين الضوابط المناعية، فقد أصبح موضوع الضبط النفسي - العصبي - الغدي - المناعي محوراً أساسياً للدراسات المتعلقة بشدة الصدمة وانعكاسها (موسون، ١٩٩٦).

لقد أكدت موسون في تجاربها على الحيوانات المخبرية، أن الحيوانات الأقدر على المواجهة، كانت لديها مستويات أدنى من أفيونات المخ المسماة (أندروفين)، وجهاز مناعي ومستوى نورأدرينالين أفضل، مما لدى الحيوانات ذات القدرة المنخفضة على المواجهة (النابلسي، ١٩٩١). وأشارت موسون إلى عامل مهم يؤدي إلى ارتفاع نسب الأمراض النفسية، وهو قلق المستقبل، وأن أفضل طريقة لمواجهته تتمثل في تحسين الأوضاع الاجتماعية (موسون، ١٩٩٦).

ووفقاً لنموذج متلازم التكيف العام، لاحظ سيلبي (SeIye)، الوارد في النابلسي (١٩٩١)، أن نتيجة الإرهاق الناجم عن الشدة تنعكس على الصعيد الجسدي. بمظاهر عديدة، منها: تضخم الطبقة الخارجية في الغدتين الكظريتين، ونزيف في غشاء المعدة، وتدهور في الأنسجة الليمفاوية.

وبحسب رأي سيلبي، هناك ثلاث مجموعات من العوامل الصدمية، وهي: عوامل الضغط النفسي الجسدي كالأصوات المزعجة، والجروح، والآلام الجسمية، وعوامل الضغط النفسي، كالمخاوف، والقلق، والوحدة، والإرهاق الفكري، وعوامل الضغط الاجتماعي،

كالخلافات الأسرية، والعزلة الاجتماعية، والصراعات المهنية، وظروف المعيشة الصعبة. ووفقاً لرأي سيللي، يمر متلازم التكيف العام بثلاث مراحل، هي: مرحلة الإنذار وتمثل برد فعل، يتجلى بتحريك قدرات الجسد للتصدي للعوامل الصدمية، ومرحلة المقاومة، وتمثل بتهيئة قدرات الجسد كافة لمواجهة العوامل الصدمية، ومرحلة الإنهاك، وتتميز باستنزاف قدرات الجسد على التكيف مع العوامل الصدمية، مما يجعل الجسد عاجزاً عن التفاعل معها، إذ قد يؤدي استمرارها إلى الموت (النايلسي، ١٩٩١).

ووفقاً للتصور النظري الذي وضعه كل من ولسون وكراوس (Wilson & Kirouss, 1985) لتفسير (PTSD)، فقد أشارا إلى أنه يعتمد على عدد من العوامل الشخصية والموقفية، إذ يحدث اضطراب في ميكانيزمات التكيف، والدفاع الذاتي نتيجة العبء النفسي الزائد، والناج عن طبيعة الخبرة الصدمية، وشدتها ومعناها. وبذلك، فإن التعامل مع الصدمة النفسية تساهم في تقويم حالة العبء النفسي الزائد، والتي تتأثر بعدة عوامل، كخصائص الشخصية قبل المرض، وقوة أو ضعف الذات، والميول السلوكية، والمتغيرات الموقفية، كتعرض الضحية للصدمة لوحده، أو مع الآخرين في البيت، أو في مكان آخر (Wilson & Kirouss, 1985).

ويرى ولسون وكراوس (Wilson & Kirouss, 1985) أن الصدمات النفسية تختلف وفقاً لعوامل شخصية وموقفية عديدة، كفقدان الأهل، والمقربين، وتهديد الحياة، وسرعة بداية الصدمة، وعزل الأفراد عن المجتمع، وخطورة الضغط في الحدث الصدمي، ومدى السيطرة على إعادة حدوث الموقف الصدمي، وطول مدة الصدمة.

ويرى ولسون وكراوس (Wilson & Kirouss, 1985) أن الدعم الاجتماعي يسهل العودة السريعة إلى الأداء الاجتماعي النفسي الطبيعي، وذلك لأن الضحية إذا شعرت بنقص الدعم الاجتماعي المهم، فإن تأثيرات الصدمة، ربما تصبح شديدة، وحينها قد تعزل نفسها، وتشعر بالعزلة، والقلق، والاكتئاب. وأشار ولسون وكراوس إلى إمكانية أن تنتج بعد الصدمة فئتان، هما: النمو، وإعادة التوازن مقابل الاضطراب المرضي (Wilson & Kirouss, 1985).

وفي نموذج ماسيك (Masic, 2002) في الصدمة الثقافية، أشار إلى خمسة أطوار لـ (PTSD)، وأربعة أطوار للصدمة الثقافية، أما أطوار (PTSD) فهي: طور الصدمة الحادة، حيث تنخفض الوظائف النفسية كافة، ويعاني المريض من نوبات قلق، وهلع شديد، واسترجاع حوادث الصدمة وتفاصيلها، والطور السلبي أو الضمني، وفيه يتم تأسيس دفاعات نفسية قوية ضد عملية استذكار الصدمة، وطور التعبير الانفعالي، وفيه يشعر المصدوم بغضب شديد

جداً نحو نفسه أولاً ثم الآخرين، والشعور بالخوف والكرهية، والحزن، والاكتئاب، وطور التكيف النسبي، وفيه يصبح المصدوم راغباً في التحدث عن التجربة الصدمية، وفهم ما حدث، وتكون العلاقات مسالمة، بدرجة كبيرة مع قلة الشكوى، والطور النهائي، وفيه يرى المصدوم ضوء الشمس.

أما الأتمودج المعرفي في تفسير (PTSD)، فيرى هورويتز (Horowitz, 1979) أن إصابة الفرد، أو عدم إصابته بأعراض (PTSD) بعد الصدمة يعتمد على موقف الفرد من الصدمة، وطريقة إدراكه إيها، ومدى التمثيل الشخصي لخبرة الصدمة في المخطط الإدراكي له. وقد افترضت هذه النظرية أن التجارب العاطفية مخزونة في الذاكرة ضمن مخطط معرفي معقد التنظيم من المثيرات والاستجابات (الكبيسي، ١٩٩٨).

ووفقاً لآراء ليتز وكين (Litz & Keane, 1989)، فإن الأفراد المصابين بـ (PTSD) يعانون من خلل في الشبكة الإدراكية للصدمة، الأمر الذي يؤدي إلى معالجتهم للحدث الصدمي بطريقة خاطئة، حيث يدركون الأشياء المهددة على نحو مبالغ فيه، ويفسرون عدداً من الأحداث المهمة على أنها تهديد. لقد حصلت هذه النظرية على تطوير من قبل جانوف وبولمان (Janoff & Bulman, 1985)، المشار إليه في النابلسي (١٩٩١)، مبيّن أن التجارب للصدمة ينتج عنها حالة عدم التوازن التي تتسم بالضغط والقلق الشديدين، والناجئة عن عدم إدراك الفرد لصدمة بطريقة صحيحة، وعدم توقعه إيها.

وأما أتمودج التشابكات العصبية، فيرى أن هناك علاقة بين هذه التشابكات (Synapses Neurotransmitters or) من جهة، و (PTSD) من جهة ثانية، إذ توصلت الدراسات الأكلينيكية إلى وجود نشاط مفرط في كل من: نورأدرينالين، والأفيونات، ومحور ما تحت السرير البصري - النخامي - الكظري) لدى المصابين بـ (PTSD) (Gelder, Gath, Mayon, & Philip, 1997).

وأشارت دراسات إكلينيكية أخرى، إلى النشاط الزائد في الجهاز العصبي الذاتي عن مرض (PTSD)، وذلك من خلال ازدياد ضربات القلب، واضطرابات النوم وقرءات ضغط الدم (الكبيسي، ١٩٩٨؛ المهدي، ١٩٩٠).

وفي الأتمودج السلوكي لتفسير (PTSD) يكون الحدث الصدمي بمثابة مثير غير شرطي، يظهر الخوف، والقلق بالاستجابة غير الشرطية، ويصبح المثير غير الطبيعي (كخبرة ما تقترب بالحدث الصدمي كالأصوات العالية، أو سيارات الإطفاء، أو الإسعاف، وغيرها من المثيرات مثيراً شرطياً، وتظهر الاستجابة العاطفية الشرطية المتمثلة بالخوف، والقلق، والتي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة، ويسلك سلوكاً تجنبياً سلبياً (الكبيسي، ١٩٩٨). لقد حصلت

أعراض (PTSD) وأنواعه التي تم تشخيصها باستخدام الدليل التشخيصي الرابع المعدل على تأكيد واسع من قبل العديد من الدراسات (Lange, 2000; Inoue, 2002; Urasano, 2002). ويعد التشخيص النفسي وعلاج (PTSD) من المسائل المعقدة، فغالباً ما يتعرض تشخيصه للفشل، كما لا يمكن تطبيق مفهوم (الوصفة الجاهزة) على كافة المضطربين، وذلك بسبب النطاق الواسع لأعراضه، وخصائصه النفسية والبيولوجية المعقدة (Bullman & Kany, 1994).

لقد ظهرت أساليب علاجية عديدة ومتنوعة لعلاج الأفراد المصابين بهذا الاضطراب، بهدف رفع المعاناة عنهم، إذ يقوم علاج مضطربي (PTSD) على ثلاث دعائم تتمثل في المستوى التعليمي والثقافي للمضطرب، والمزاوجة بين العلاج الدوائي والنفسي، باعتباره أفضل الأساليب العلاجية، نظراً لوجود مكون بيولوجي في هذا الاضطراب، فهناك عدة برامج للتدخل العلاجي النفسي، كالعلاج المعرفي، والسلوكي، والعلاج السيكودينامي، والعلاج الاجتماعي والأسري (القبانجي، ٢٠٠٢).

يساهم العلاج الدوائي في السيطرة على أعراض (PTSD) وتخفيفها، ومن ثم يوفر للمريض المشاركة بفاعلية أكبر في العلاج النفسي من دون دواء (APA, 2002) هناك قائمة واسعة من الأدوية المستخدمة في علاج (PTSD)، ومن أبرزها دواء (Zoloft) (Lange, 2000). وتستعمل الأدوية في الحد من تأثيرات معظم الأعراض الصدمية، التي تتيح للمريض التركيز على العلاج النفسي، وذلك لأن أي وصفة دوائية، من الضروري، أن تكون جزءاً من عملية العلاج النفسي (Lange, 2000). أما العلاج النفسي الجماعي أو الفردي، فهناك قسم من مرضى (PTSD) يعتمدون عليه بدلاً عن الأدوية أو مصاحباً لها بهدف السيطرة على أعراض (PTSD).

ويصنف العلاج النفسي إلى عدة أنواع، وهي:

العلاج بالتعريض عن طريق التخيل، حيث يقوم المريض بتخيل حادث الصدمة، ويفسر الذكريات ويشرحها بالتفصيل، ويكرر هذه العملية مرات عدة، بهدف إعادة التعامل مع الحادث الصدمي حتى تفقد الذكريات أثرها الاكثابي. أما أسلوب التعريض الواقعي، ففيه يطلب المعالج من المريض أن يعرض نفسه تدريجياً لمواقف، أو أماكن كان يتجنبها، لأنها تذكره بحادث الصدمة (Young & Blacke, 1999).

أما النوع الثاني من العلاج النفسي، فهو العلاج السلوكي-المعرفي، حيث يركز على تصحيح الأنماط الحادة، والمؤلمة في سلوك المريض، وأفكاره، وذلك بتعليمه أساليب علاجية،

وفحص عملياته العقلية، ومواجهتها، إذ يتطرق المعالج لمعتقدات ضحية الصدمة، الأمر الذي يساعد المريض على التكيف (APA, 2002).

وأما النوع الثالث من العلاج النفسي، فهو العلاج السيكودينامي، الذي يركز على مساعدة مرضى (PTSD) في تعرف القيم الشخصية، وأساليب السلوك التي واجهوها، بهدف معرفة الآثار الواعية، وغير الواعية للصدمة، لمساعدة المريض على بناء مفهومه الذاتي، واستعادة الثقة بالنفس لديه (Gelder, Gath, Mayon & Philip, 1997).

أما النوع الرابع من أساليب العلاج النفسي، فهو العلاج السلوكي، الذي يركز على تصحيح الأنماط العدائية، والمؤلمة للسلوك، والتفكير بتعليم المرضى أساليب الاسترخاء، والسيطرة على القلق، والحث على التفكير الإيجابي، والتحدث مع النفسي لتعويض الأفكار السلبية، بهدف فهم مواجهة العمليات العقلية التي تكون مسؤولة عن مشكلاتهم (Gelder et al., 1997). وأما العلاج الاجتماعي والأسري، فيركز على تأثير سلوك الأهل والأقارب في سلوك مريض (PTSD) (APA, 2002).

أما النوع السادس، من أساليب العلاج النفسي، وهو العلاج الجماعي، فإنه يهدف إلى إعادة تكيف المريض مع نفسه ومع الآخرين، وتسهيل مهمة اندماجه في المجتمع (Gelder et al., 1997). وأما النوع السابع والأخير من أساليب العلاج النفسي، وهو العلاج النفسي-الديني فإنه يستعمل بهدف إعادة إحياء معنى لحياة المريض، وتعزيز الإيمان لديه لتقوية إرادته، وتصحيح تصورات الخاطئة عن الحياة والموت والكون (Hasanovic, 2002). وعلى الرغم من استخدام طيف واسع من أساليب التدخل العلاجي النفسي، فإن هناك ازدياداً في نسبة انتشار (PTSD)، وذلك لأن كافة هذه الأساليب هي مساندة، نظراً لأن هذا الاضطراب نتاج تفاعل عوامل بيولوجية وبيئية معاً (مايكل، ٢٠٠٩).

ونظراً إلى عجز العديد من أساليب التدخل العلاجي النفسي في الحد من نسبة انتشار هذا الاضطراب، وذلك لأنها نابعة من الثقافة الغربية في الأساس، فقد ظهرت ضرورة ملحة لاستخدام العلاج النفسي-الإسلامي في علاج الاضطرابات النفسية، استجابة لعدة مبررات تتمثل في نظرة الإسلام إلى النفس نظرة كلية متكاملة واحدة، فضلاً عن أن هذا الأسلوب يتصف بالإنسانية والأخلاقية، ومن السهل تطبيقه في مجتمعاتنا والتفاعل مع مفرداته والاستجابة لها، وذلك لأنها نابعة من ثقافتنا، باعتبار أن الجانب الروحي يمثل الركن الرابع، إضافة للأركان الجسمية والنفسية، والاجتماعية للصحة النفسية (عمار، ٢٠٠٢).

لقد ظهر العلاج النفسي-الإسلامي بمنهجية علمية في بداية الثمانينات من القرن العشرين،

فكانت المحاولة الأولى قد بدأها، أبو العزائم، في مستشفى العباسية بمصر، ثم قام: فخر الإسلام بالمحاولة الثانية في مستشفى القصر العيني بمصر أيضاً، ثم قام الرضاوي بممارسة هذا العلاج على نطاق واسع في المملكة العربية السعودية، فبدأ تطبيقه عام ١٩٨١م تحت إشراف الأطروني والراضي بمسشفى الصحة النفسية في الطائف، وكانت النتائج مشجعة، ثم استمر تطبيقه من قبل علماء الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية (المهدي، ١٩٩٠). ويتميز العلاج النفسي-الإسلامي في تصوره الشامل للإنسان والمجتمع، والكون، والله - سبحانه وتعالى - ويتصف باعتباره علاجاً إيمانياً، وخلقياً، وواقعياً، وشمولياً، وتقويمياً، وتعزيزياً، كما يهدف إلى مساعدة الفرد على تعديل سلوكه من خلال السيطرة الواعية عليه، على نحو يساعد على التصالح مع نفسه، ومجتمعه، والكون، والتصالح مع الله - سبحانه وتعالى - (صالح وطارق، ١٩٩٨).

ويعر العلاج النفسي-الإسلامي بأربع مراحل، هي: مرحلة الاعتراف، والتفريغ، والتوبة، والتبصر، وأخيراً تكوين، واكتساب اتجاهات وقيم إيمانية إسلامية جديدة (المهدي، ١٩٩٠). أما عناصره، فتتضمن التوبة، وتصحيح التصورات والمفاهيم، والإيمان، وأركان الإسلام، وقراءة القرآن، والاستماع إليه، وذكر الله، والدعاء، والصبر، والعمل الصالح، والرقية الشرعية (القبانجي، ٢٠٠٢). ووفقاً لهذا التصور النظري، يتضح أن العلاج النفسي الإسلامي يتمتع بنظرة شمولية وتكاملية لكل من الإنسان والمجتمع، والكون، كمنظومة واحدة متكاملة. وتأسيساً على ما سبق، ومن خلال استعراض الأدبيات ذات الصلة بموضوع الدراسة، تمكن الباحث من الحصول على دراسات عربية وأجنبية عديدة، قسم منها تناولت تشخيص (PTSD)، وقسم آخر تناولت علاجه، لكن الدراسات التي تناولت استخدام العلاج النفسي-الإسلامي تكاد تكون قليلة جداً. وتصنف الدراسات التي حصل عليها الباحث إلى فئتين، فئة الدراسات ذات الصلة غير المباشرة، التي تناولت في مجملها فاعلية العلاج النفسي - الإسلامي في علاج بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والإدمان مثلاً، وفئة الدراسات ذات الصلة المباشرة بموضوع الدراسة الحالية، وبلغ عددها ثلاث دراسات، اثنتان منهما أجنبية والثالثة دراسة عربية.

ففي دراسة جليوفيلو وبرافو (Jelilovic & Bravo, 1999) التي هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض أعراض (PTSD) لدى عينة من النساء البوسنيات اللواتي تعرضن للصددمات في الحروب، أشارت النتائج إلى فاعلية هذا الأسلوب في خفض أعراض (PTSD) لديهن، وهدفت دراسة حسنوفيك (Hasanovic, 2002) إلى

الكشف عن فاعلية العلاج النفسي - الإسلامي في خفض أعراض (PTSD) لدى عينة من الذكور البوسنيين، وتوصلت الدراسة إلى الدور الفاعل لهذا الأسلوب في علاج هذا الاضطراب، عن طريق مساعدته في التغلب على مصادر الضغوط المسببة للصددمات. وقام العبيدي (٢٠٠٣) بدراسة هدفت إلى الكشف عن أثر العلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى أعراض (PTSD) لدى عينة قصدية من الأسرى العراقيين العائدين من إيران والمراجعين للعيادات النفسية في بغداد، بلغت (٣٤) أسيراً، وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر فاعل للمزاوجة بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض (PTSD) لدى الأسرى، واستمرار تحسنهم، أكثر من العلاج الدوائي وحده.

اما الدراسات التي تناولت أثر العلاج النفسي الإسلامي في خفض أعراض بعض الاضطرابات النفسية فهي: دراسة عبد الله (١٩٩٦) التي هدفت التعرف إلى أثر سماع القرآن الكريم في مستوى الأمن النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية في محافظة إربد في الأردن، لدى عينة عشوائية بلغت (١٣٠) طالبة، خضعن لسماع القرآن الكريم على مدار (١٢) جلسة مدة كل منها (١٥) دقيقة، وأظهرت النتائج أن التغير في مستوى الأمن النفسي للمجموعة التجريبية أعلى منه عند المجموعة الضابطة، مما يدل على وجود أثر لسماع القرآن الكريم في مستوى الأمن النفسي للطالبات.

وهدفت دراسة موسى (١٩٩٣) إلى بيان أثر التدخين في الاكتئاب النفسي لدى عينة بلغت (١٨٠) طالباً وطالبة من كليات التربية والدراسات الإنسانية بجامعة الأزهر، تراوحت أعمارهم بين (٩-٢٣) سنة، باستخدام اختبار الصحة النفسية، الدينية وأشارت النتائج إلى أن الأفراد ذوي التدخين المرتفع من الذكور والإناث أقل حدة في الاعراض الاكتئابية من الأفراد متوسطي ومنخفضي التدخين، مما يدل على أن التدخين يقلل من الأعراض العصابية.

وهدفت دراسة أبي العزائم وجنيل (Abo El-Azayem & Janial, 1989) التعرف إلى تقييم أربعة برامج علاجية في عيادة طبية، موازنة بالبرامج التي تتم في المركز النفسي، الإسلامي، بالتعاون مع إحدى الهيئات الأمريكية المهتمة بالإدمان على مجموعتين من مدمني الأفيون، بلغت (١٢٠) مريضاً، وأظهرت النتائج أن المدمنين الذين عولجوا في المسجد قد أحرزوا (٧) نقاط على المقياس المشتتم لتقييم التحسن بالمواماة (بنقطتين) فقط للمجموعة الأخرى من المدمنين الذين عولجوا في عيادة طبية عادية، كما أظهرت نتائج تقييم المتابعة، أن عمليات الانتكاس كانت (أقل) في المجموعة التي عولجت في المسجد، وقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي هذه النتائج. ويبدو من خلال الاستعراض السابق، ومطالعة

الأدبيات الحديثة لعام ٢٠٠٩، عدم وجود دراسات ذات صلة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية، الأمر الذي يعزز بحسب رأي الباحث من أصالة هذه الدراسة، باعتبارها المحاولة الأولى في الأردن.

مشكلة الدراسة

تعد المنطقة العربية من المناطق المتوترة والمشتتة بالحروب الدولية، والإقليمية، والداخلية، التي شكلت في مجملها بيئة ضاغطة، تؤثر في أفراد المجتمع، ويمكن أن تسبب لهم صدمات، ينتج عنها ظهور (PTSD) لديهم، فالأفراد الذين يتعرضون لهذه الصدمات، يمكن أن يظهر لديهم مثل هذا الاضطراب الذي يؤثر سلباً في جوانب حياتهم النفسية، والجسمية، والاجتماعية، والدينية كافة، فيقلل من إنتاجيتهم وفاعلية أدائهم. وانطلاقاً من ذلك، ظهرت أساليب علاجية عديدة ومتنوعة استندت إلى المدارس والاتجاهات الحديثة في علم النفس لخفض مستوى الأعراض لدى مرضى هذا الاضطراب، وتبين وجود فاعلية محدودة لها، نظراً لأنها قائمة على نظرة مادية صرفة، وتفترق إلى النظرة الشمولية للإنسان والحياة والكون، وإغفالها لتأثير الجانب الروحي من شخصية الإنسان في سلوكه، وتقليلها من شأن البعد الديني في العلاج، فضلاً عن أنها ناجمة عن بيئات ثقافية مختلفة عن ثقافتنا شكلاً ومضموناً. وفي ضوء ذلك، ونظراً لندرة الدراسات الأجنبية عامة، والعربية خاصة ذات الصلة المباشرة بالكشف عن فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى الأعراض لدى مرضى اضطراب (PTSD)، تكمن مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الآتي: "ما فاعلية العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض (PTSD) لدى أفراد عينة الدراسة؟".

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج النفسي الإسلامي في خفض مستوى الأعراض لدى عينة قصدية من المرضى المصابين باضطراب (PTSD)، والمراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان.

فرضيات الدراسة

ولتحقيق أهداف الدراسة تم صياغة الفرضيات الصفرية الآتية:

١- لا يؤثر برنامج العلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى أعراض (PTSD) لدى

أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة. ٢- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أعراض (PTSD) بين التشخيصين البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

أهمية الدراسة

تنبثق أهمية هذه الدراسة من أهمية المحافظة على سلامة الصحة النفسية للفرد، من خلال تأمين بيئة آمنة، ومستقرة له. فإذا ما تمكنت الدراسة الحالية من التحقق من فاعلية برنامج العلاج النفسي-الإسلامي في علاج مرضى اضطراب (PTSD)، فمن المؤمل أنها ستؤسس لتأصيل استخدام هذا الأسلوب كأحد أساليب التدخل العلاجي المساند في الممارسة الإكلينيكية، وبناء قاعدة معلومات عن هذا البرنامج، يمكن أن تفيد الباحثين والمهتمين بإدارة الكوارث وكيفية التغلب على مواجهة نواتجها.

محددات الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من مرضى اضطراب (PTSD) والمراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان للعام ٢٠٠٧/٢٠٠٨، إضافة إلى برنامج العلاج النفسي-الإسلامي المعتمد في هذه الدراسة، وأدوات الدراسة التي اشتملت على معايير تشخيص (PTSD) وفقاً لمعايير (DSM, IV, 1994)، ومقياس تشخيص (PTSD) للكبيسي (١٩٩٨).

مصطلحات الدراسة

اضطراب ما بعد الصدمة النفسية ((Disorder Stress Traumatic-Post (PTSD)) هو اضطراب ناتج عن تأثير الصدمة النفسية، ويتمثل بظهور استجابات قوية ومستمرة، بحيث تؤدي إلى أعياء المصاب به، ويستمر في إعادة خبرة الحدث الصدمي، ويتجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة، وتكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر، كما يصنف تبعاً لشدته إلى حاد، ومزمن، ومتأخر الظهور، إذ يؤثر في كافة الجوانب المعرفية، والانفعالية، والاجتماعية، والمهنية للفرد المصاب به (APA, DSM, IV, 1994).

أما إجرائياً، فهو الدرجة التي حصل عليها مرضى اضطراب (PTSD) والمراجعون لعيادة الأمل للطب النفسي، باستخدام معايير تشخيص (PTSD) والنفسي وفقاً لمعايير (DSM, IV, 1994).

(IV, 1994)، ومقياس تشخيص (PTSD) للكيسي (1998)، المعتمدة في هذه الدراسة. برنامج العلاج النفسي-الإسلامي: هو أحد أنواع أساليب العلاج النفسي-الديني، الذي يقوم على افتراضات أساسية ذات صلة بالأساليب والمفاهيم، والمبادئ الدينية الروحية والأخلاقية، ويتمثل في ممارسة مجموعة من النشاطات الدينية، كالصلاة، وقراءة القرآن الكريم، وذكر الله، والعمل الصالح، والرؤية الشرعية، ويتضمن سلسلة من الخطوات تهدف إلى مساعدة الفرد في مواجهة الضغوط المسببة للصدمات النفسية، والتغلب على نواتجها (صالح وطارق، 1998).

أما إجرائياً، فيتمثل في أثر برنامج العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى الأعراض لدى مرضى (PTSD)، المعتمد في هذه الدراسة (العبيدي، 2003).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة ولاختبار فرضياتها، تم اعتماد المنهج السريري، والقائم في العديد من إجراءاته على استخدام المنهج التجريبي، كما استخدم الباحث تصميم (المجموعات المتكافئة)، والجدول رقم (1) يبين ذلك.

الجدول رقم (1)

نوع التصميم التجريبي في الدراسة الحالية

اختبار تقييم أثر المتابعة	اختبار بعدي تشخيص PTSD بعد تطبيق البرنامج العلاجي	متغير مستقل (تطبيق برنامج العلاج النفسي-الإسلامي)	اختبار قبلي (لتشخيص PTSD قبل تطبيق البرنامج العلاجي)	مجموعة تجريبية
	اختبار بعدي (بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية)	× (عدم تطبيق برنامج العلاج)	اختبار قبلي (لتشخيص PTSD قبل تطبيق البرنامج العلاجي)	مجموعة ضابطة

أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، تم اعتماد أداتين إكلينيكيتين، هما: مقياس (PTSD) للكيسي (1998)، الذي تم تطويره في ضوء المراجعة الرابعة للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM, IV, 1994) وهو يتألف من ستة معايير فرعية، ثلاثة منها وهي (أ، هـ، و) يستفاد منها في قبول الاستمارة أو رفضها، وثلاثة أخرى وهي (ب، ج، د). بمثابة معايير تشخيصية، على أساسها يتم تقييم الحالة المرضية، ويتألف هذا المقياس من (85) سؤالاً، وهو

يتمتع بدرجة صدق وثبات عاليتين (العبيدي، ٢٠٠٣).

أما الأداة الثانية، فهي معايير تشخيص (PTSD) وفقاً لمعايير (DSM, IV)، والتي طورها العبيدي (٢٠٠٣)، وتتألف من (١٧) عرضاً لـ (PTSD) يجب عنها (بنعم) أو (لا)، ويشترط في المصاب توافر (٦) أعراض فأكثر، وقد تم اعتماد تطابق الأدوات ليعد الشخص مصاباً بـ (PTSD).

وللكشف عن أثر العلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى الأعراض لدى مرضى (PTSD)، تم اعتماد البرنامج الذي طوره العبيدي (٢٠٠٣)، وهو يتمتع بخصائص سيكومترية ملائمة لأهداف الدراسة الحالية، حيث يشمل هذا البرنامج على خطوات بنائه، والافتراضات التي يقوم عليها، والأساليب والعمليات والتقنيات المستخدمة فيه، والمراحل التي يمر بها، والأشخاص المنفذين له، وإجراءات تطبيقه.

إجراءات التنفيذ

لتنفيذ برنامج العلاج النفسي-الإسلامي، المعتمد في هذه الدراسة، قام الباحث الحالي بالخطوات الآتية:

١- تحديد الأشخاص القائمين على تنفيذ البرنامج: الباحث، الذي قام بتشخيص (PTSD)، بالإضافة لتطبيقه أسلوب العلاج النفسي - الإسلامي، باعتباره استشارياً في الإرشاد والعلاج النفسي، علاوة على وجود أفراد عينة الدراسة الذين خضعوا للعلاج.

٢- التنسيق بين المعالج النفسي - الديني، والمجموعة العلاجية، لتحديد مكان تطبيق البرنامج، ومواعيد تطبيقه، وعدد الجلسات العلاجية، ومدة كل جلسة، والمدة الإجمالية للبرنامج ككل، فقد تم الاتفاق على تحديد مسجد (الغزالي) الواقع في منطقة طارق بمدينة عمان مكاناً لتطبيق الجلسات العلاجية، وبلغت مدة كل جلسة ثلاث ساعات، تتضمن كل جلسة أهدافاً ومحتويات وإجراءات محددة، وقد بلغ عدد الجلسات العلاجية (١٦) جلسة، الأولى منها للتعارف، والأخيرة للتقويم، وواقع جلستين في الأسبوع، أي يومي (الثلاثاء والجمعة)، واستمرت الجلسات لمدة شهرين، بدأت الجلسة الأولى يوم الجمعة الموافق ٣٠/١١/٢٠٠٧، وانتهت الجلسة الأخيرة التقويمية للجلسات العلاجية يوم الجمعة الموافق ٢٢/١/٢٠٠٨م.

٣- بعد ذلك، تم الاتفاق مع المجموعتين (التجريبية، والضابطة) لإجراء اختبار بعدي لهما، تم فيه تشخيص مستوى أعراض الـ (PTSD) من قبل الباحث، وذلك في عيادة الطبيب النفسي المعتمد في عيادة الأمل للطب النفسي الواقعة في منطقة الشمساني بمدينة عمان، وذلك

بعد مرور أسبوعين من تطبيق البرنامج والذي صادف يوم الثلاثاء الموافق ٢٠٠٨/٢/٥م، في تمام الساعة الرابعة مساءً، بعدها تم الاتفاق فقط مع أفراد المجموعة التجريبية لتقييم أثر المتابعة لتشخيص مستوى أعراض الـ (PTSD) من قبل الباحث، وذلك يوم الخميس الموافق ٢٠٠٨/٣/٦م في تمام الساعة الخامسة مساءً في العيادة النفسية المذكورة أعلاه، أي بعد مرور شهر على تطبيق البرنامج.

٤- أما توزيع الوقت لكل جلسة علاجية، باستثناء الجلستين الأولى والأخيرة، كما وردت في العبيدي (٢٠٠٣) فقد خُصصت (١٥) دقيقة لصلاة الظهر جماعة و (١٠) دقائق بعد الصلاة مباشرة للاستماع إلى أدعية الاستشفاء لعلاج آثار الصدمات النفسية والتي أعدها العبيدي لهذه الغاية، بعدها استراحة (٥) دقائق، يليها الاستماع إلى آيات الشفاء القرآنية لمدة ثلاثين دقيقة يقوم بها الباحث نفسه كمعالج نفسي، تليها استراحة لمدة (٥) دقائق، ثم إلقاء محاضرة دينية يلقيها الباحث نفسه لمدة (٣٠) دقيقة، بحيث يخصص لكل جلسة علاجية موضوع محدد، بعدها استراحة غداء خفيف لمدة (١٥) دقيقة، بعدها يقوم المعالج النفسي بالعلاج النفسي- الإسلامي عن طريق المناقشة الحرة في مشكلات المجموعة العلاجية ومعاناتها لمدة (٣٠) دقيقة، يليها استخدام الرقية الشرعية لأفراد المجموعة العلاجية لمدة (١٥) دقيقة يقوم بها المعالج النفسي، بعدها تتم مناقشة الواجبات البيتية لمدة (١٠) دقائق، ثم (٥) دقائق تخصص لتعبئة التقييم الذاتي، وأخيراً تنتهي الجلسة بصلاة العصر لمدة (١٠) دقائق.

المعالجة الإحصائية

لفحص الفرضيات الصفرية المعتمدة في هذه الدراسة، تم استخدام ما يأتي:

- ١- الإحصاء اللابارامتري (Statistics Parametric-Non) عن طريق استعمال ما يأتي:
 - أ- اختبار مان_ وتني (Mann- hitny) لعينتين صغيرتين مستقلتين للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التشخيص القبلي والبعدي.
 - ب- اختبار ولكوكسن (Wilcoxon Test) لعينتين صغيرتين مترابطتين، للتعرف على دلالة الفروق بين التشخيص (البعدي والمتابعة) للمجموعة التجريبية.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية أسلوب العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض الـ (PTSD) لدى أفراد عينة الدراسة، وذلك من خلال فحص الفرضيات

الصفريية المعتمدة فيها.

ولتحقيق ذلك، اختيرت عينة قصدية من ضحايا الـ (PTSD) بلغت (٢٠) مصاباً ومصابة، وبعد جمع البيانات وتحليلها، توصل الباحث إلى النتائج الآتية:

أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن الفرضية الصفريية الأولى

التي مفادها: لا يؤثر العلاج النفسي-الإسلامي في خفض مستوى أعراض الـ (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة. وللإجابة عن هذه الفرضية، تم استخدام اختبار مان - وتني لعينتين صغيرتين مستقلتين، والجدول رقم (٢) يبين نتائج الفرضية.

الجدول رقم (٢)
نتائج اختبار مان- وتني لعينتين صغيرتين مستقلتين

الدلالة	القيمة المحسوبة (W)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	المجموعة
						تشخيص (PTSD) وفقاً
٠,٠٠٠	٣,٨٥٤-	٥٥,٠٠٠	٥,٥٠	١٠	تجريبية	لمعايير DSM, IV, 1994
		١٥٥,٠٠٠	١٥,٥٠	١٠	ضابطة	
٠,٠٠٠	٣,٧٩٠-	٥٥,٠٠٠	٥,٥٠	١٠	تجريبية	لمقياس الكبيسي (١٩٩٨)
		١٥٥,٠٠٠	١٥,٥٠	١٠	ضابطة	

من الجدول رقم (٢) يتضح أن قيمة الإحصائي (W) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى (٠,٠٥ α) باستخدام معايير (DSM, IV, 1994)، ومقياس الكبيسي (١٩٩٨)، حيث بلغت القيمة المحسوبة للإحصائي (W) (-٣,٨٥ - ٣,٧٠) بالترتيب، مما يشير إلى وجود تأثير للعلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى (PTSD) لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث إن متوسط رتب المجموعة التجريبية بلغ (٥,٥)، مقارنة بمتوسط رتب المجموعة الضابطة الذي بلغ (١٥,٥) وفقاً لمعايير (DSM, IV, 1994)، ومقياس الكبيسي (١٩٩٨) لتشخيص (PTSD)، وهذا يشير إلى وجود انخفاض في مستوى (PTSD) نتيجة للبرنامج المعتمد في الدراسة.

وهذه النتيجة أدت إلى رفض الفرضية الصفريية، وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه "يؤثر العلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى أعراض (PTSD) لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة".

ثانياً : النتائج المتعلقة بالاجابة عن الفرضية الصفرية الثانية

التي مفادها: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أعراض (PTSD) بين التشخيص البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية. وللإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام اختبار ولكوكسن (Wilcoxon) والجدول رقم (٣) يوضح ذلك.

الجدول رقم (٣)

نتائج اختبار ولكوكسن (Wilcoxon) لعينات صغيرة مترابطة

الدلالة	القيمة المحسوبة (W)	الانجراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	المجموعة
						تشخيص وفقاً (PTSD)
٠,٠١٦	١,٤١-	١,١٠	٦,٩٠	١٠	القبلي	لمعايير DSM, IV, 1994
		١,١٥	٧,١٠	١٠	البعدي	
٠,٠٥٨	٠,٥٨-	٥,٠١	٦٨,٨٠	١٠	القبلي	لمقياس الكبيسي (١٩٩٨)
		٤,٧٢	٦٨,٩٠	١٠	البعدي	

من الجدول رقم (٣) يتضح أن قيمة الإحصائي (W) لم تبلغ الدلالة الإحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) وفقاً لمعايير (DSM, IV, 1994)، ومقياس الكبيسي (١٩٩٨)، للفرق بين القياسين البعدي وتقييم أثر المتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية، إذ بلغت القيمة المحسوبة للإحصائي (W) (-١,٤١، -٠,٥٨) بالترتيب، مما يشير إلى عدم وجود انخفاض في مستوى أعراض (PTSD) بين القياسين البعدي وتقييم أثر المتابعة، الأمر الذي يشير إلى تأثير البرنامج العلاجي الذي لم يختلف بمرور مدة المتابعة، الأمر الذي يفضي إلى قبول الفرضية الصفرية.

يتضح من نتائج الفرضية الصفرية الأولى، وجود أثر فاعل لبرنامج العلاج النفسي الإسلامي في خفض مستوى الأعراض لدى أفراد المجموعة التجريبية موازنة بأفراد المجموعة الضابطة، وتعزى هذه النتيجة بحسب رأي الباحث إلى طبيعة هذا البرنامج العلاجي المنسجم في شكله ومضمونه مع مفردات ثقافتنا والهادف إلى الموازنة الشمولية والكلية بين كافة مكونات الصحة النفسية (عمار، ٢٠٠٢). وتنسجم نتائج هذه الدراسة مع كل من دراسات (العبيدي، ٢٠٠٣؛ Hasanovic, 2002).

أما نتائج الفرضية الصفرية الثانية فقد أكدت على استمرار فاعلية برنامج العلاج النفسي الإسلامي، حيث ظل التحسن ثابتاً مع مرور فترة من الزمن لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتفسر هذه النتيجة وفقاً لرأي الباحث بنجاعة البرنامج باعتباره علاجاً إيمانياً، وأخلاقياً، وواقعياً، وشمولياً وتقويمياً، وتعزيزياً، ويتمتع بنظرة شمولية وتكاملية لكل من الإنسان،

والمجتمع والكون، والخالق كمنظومة واحدة متكاملة (صالح وطارق، ١٩٩٨).
و تتفق هذه النتيجة مع النتائج الواردة في دراسات كل من (العبيدي، ٢٠٠٣؛ Hasanovic, 2002).

الاستنتاجات والتوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، يمكن استنتاج ما يأتي:
يصلح برنامج العلاج النفسي-الإسلامي لعلاج المرضى المصابين بـ (PTSD)، نظراً لأنه برنامج متكامل نظرياً وتطبيقياً، لوجود أثر فاعل له في خفض مستوى أعراض (PTSD)، فضلاً عن أنه علاج شمولي وتكاملي.
وبناء على نتائج هذه الدراسة، يوصي الباحث بضرورة تأسيس مركز علمي متخصص يعنى بهذا الاضطراب، وإدارة الكوارث، وإنشاء مركز علاجي نفسي - ديني ملحق بأحد دور العبادة، وضرورة وضع معايير عربية وإسلامية لتشخيص اضطراب (PTSD)، وذلك لتأثر معايير هذا الاضطراب بالعوامل الثقافية والحضارية.

المراجع

- السامرائي، محمد عبد الحميد (١٩٩٤). الاضطرابات النفسية لدى أسرى الحرب العراقيين العائدين من الأسر في الأسبوع الأول لعودتهم (دراسة أولية). المجلة الطبية العسكرية العراقية، مديرية الخدمات الطبية العسكرية، بغداد، العراق، ٦(١)، ١٩-٤٢.
- صالح قاسم حسين وطارق، علي (١٩٩٨). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية من منظوراتها النفسية والإسلامية (ط١). صنعاء، اليمن: مكتبة الجليل.
- عبد الله، عندليب أحمد (١٩٩٦). أثر سماع القرآن الكريم على مستوى الأمن النفسي لطالبات المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- العبيدي، محمد إبراهيم (٢٠٠٣). أثر العلاج النفسي الديني في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، دراسة سريرية. أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية- ابن رشد - جامعة بغداد، العراق.
- العطرائي، سعد سابط (١٩٩٥). عقايل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوامل المحيطة به. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.
- عمار، سليم (٢٠٠٢). العلاج النفسي في الإسلام. تم استرجاعه بتاريخ ٣/٦/٢٠٠٧ من موقع مجلة الابتسامة: http://www.ibtesama.com/vb/showthread-t_10908.html
www.ibtesama.com/vb/showread_t_10908.html

القبانجي، علاء الدين (٢٠٠٢). العلاج النفسي في القرآن، معالم علم النفس في القرآن. مقالات نفسية وسلوكية. تم استرجاعه بتاريخ ١٧/١١/٢٠٠٩ من موقع اطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة الالكتروني: http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&Artcat=3&id=440

الكبيسي، طارق فحل (١٩٩٨). بناء مقياس الاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.

مايكل جيه، سكوت (٢٠٠٩). تجاوز الصدمة، دليل لضحايا الصدمات وعائلاتهم واصدقائهم (ترجمة حنان لطفي زين الدين). عمان، الأردن: مؤسسة حنان زين الدين للنشر والتوزيع.

المهدي، عبد الفتاح (١٩٩٠). العلاج النفسي في ضوء الإسلام. المنصورة، مصر: دار الوفاء للطباعة والنشر.

موسى، رشاد علي عبد العزيز (١٩٩٣). أثر التدين على الاكتئاب النفسي، (دراسات في علم النفس المرضي). مدينة النصر، القاهرة، مصر: دار المعرفة للنشر والتوزيع.

موسون، اليزبث (١٩٩٦). نظريات حديثة في الطب النفسي (ترجمة محمد أحمد النابلسي). مجلة الثقافة النفسية، بيروت، لبنان، ٧(٢٥)، ٥٠-٥١.

النابلسي، محمد (١٩٩١). الصدمة النفسية: علم نفس الحروب والكوارث. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.

Abo Al-Azayem & Janial, M. (1989). The role of faith in transcultural. **Psychiatric Research Review**, XXVI(4), 273-299.

American Psychiatric Association (APA) (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA) (2002). **Ethical principles of psychologist**. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA) (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder** (4th ed. Text revision) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.

Atkinson, R. L. & Atkinson, R.C. (1990). **Introduction to psychology**. Paper presented 10th Ed-San Diego, Harcourt Braces Jovanovich, 565-566.

Blanchard, E.B. (1997). Prediction of remission of a cute PTSD in motor vehicle accident victims. **Journal of Traumatic Stress**, 10(2), 60-65.

Bullman, F. & Kany, H.K. (1994). PTSD and the risk of traumatic death among Vietnam veterans. **J-Nerv-mel-Dis**, 3(183), 57 - 63.

- Gelder, M., Gath, D., Mayon, R., Philip, G. (1997). **Reaction to stressful experiences, consis.** Oxford Textbook- of psychiatry, Chapter 16, 86-88, Oxford.
- Hasanovic, M. (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 htm 13/02/23.
- Horowitz, M. (1979). Psychological response to serious life event. In: Hamilton 22 D. Warburton (Eds.). **Human stress and cognition**, (pp. 246–253). New York: Wiley & sons.
- Inoue, Yousishi (2002). **Psychotherapy I the treatment of post traumatic stress disorder.** Retrieve from: www.file://comp 7/f/aaaaa/treatment of PTSD which centers on psychotherapy, htm, pp. 1-13.
- Jelilovic, J. & Bravo, A. (1999). **Significance of Islam in coping with traumatic Losses- over view of work of apsychofraumatic group. Human stress and cognition.** New York: Wiley & Sons.
- Lange, J.T. (2000). Primary care treatment of post traumatic stress disorder. **Journal of American Family Physician**, **62**(3), 1-9 .
- Litz, B.T. & Kean, T.M. (1989). Information processing in anxiety disorder application to the understanding of the PTSD. **Clinical Psychology Review**, **9**(2), 243-255.
- Masic, M. (2002). PTSD and culture shock in the Bosian. Refugee population in Chicago. **Journal of American Psychological Association**, **5**(4), 6-27.
- McDaniel, E.G. (1998). Psychological response to disaster, in: Bashett & Weller (Eds). **Medicine for disaster** (p.230-245). London: Wright.
- Miller, T.W. (1995). An up date on PTSD. **Direction in Clinical Psychology**, **5**(8), 5-8.
- Rothbaum, B., F. Rigg, D., Murdocx, T. & Walsh, P. (1992). Stress disorder in rape victims. **Jorunal of Traumatic Stress**, **1**(5), 470-496.
- Urasano, R.J. (2002). Post Traumatic stress disorder. **New England Journal Medicine**, **10**(2), 130-132.
- 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 veteren patient** (pp., 106-108). New York: Brunner/ Mazel.

World Health Organization (WHO) (1993). **The ICD-10, classification of mental behavioral disorder:** Diagnostic criteria for research, (152-171), New York, NY: WHO.

Young, B.H. & Blacke, D. (1999). **Group treatment of post traumatic stress disorder.** Washington, DC: American Psychiatric Press.