

# جامعة سعد دحلب البلدية

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

## مذكرة ماجستير

تخصص: المناهج والتربية العلاجية

مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن في خفض درجة القلق عند فئة الشباب

من طرف

نجاه عبد الله

أمام اللجنة المشكلة من :

رئيسا	أستاذ محاضر أ، جامعة البلدية	لورسي عبد القادر
مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي، جامعة الجزائر	تعوينات علي
عضوا	أستاذ محاضر أ، جامعة البلدية	العيزوزي ربيع
عضوا	أستاذ محاضر أ ، جامعة البلدية	بوسالم عبد العزيز

البلدية جانفي 2013

## ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بقراءة في خفض درجة القلق عند فئة الشباب ، وللتحقق من هذا الهدف تم صياغة تساؤلين هما:

- ما مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن في خفض درجة القلق لدى فئة الشباب؟
- هل تنخفض دوة القلق، بالمداومة على قراءة القرآن؟ وإلى أي مدى تنخفض هذه الدرجة على المقياس المعد للطلب؟

وبناء عليه تم صياغة فرضيات الدراسة التي تنص على أن:

- قراءة القرآن تخفض درجة القلق عند الشباب.
- تنخفض درجة القلق عند الشباب كلما كان مداوما على قراءة القرآن.
- توجد فروق في درجات القلق بين الذكور والإناث نتيجة لمستوى أثر البرنامج العلاجي.

انتهجت الباحثة المنهج العيادي، الذي يعتمد على دراسة الحالة، ويتناسب مع طبيعة الدراسة، للتمكن من قبول أو نفي الفرضيات، التي قامت عليها الدراسة الحالية، وهو ما يتناسب مع أهداف البحث وحدوده، وقد اشتملت عينة الدراسة على (6 أفراد)، (3 أفراد) طبق معهم العلاج النفسي وحده و(3 أفراد) طبق عليهم العلاج النفسي وقراءة القرآن معا، وكانوا كلهم من فئة الشباب وهي من نوع العينة المقصودة. كما تم التأكد من هدف وثبات أدوات البحث، وجعلها قابلة للقياس الموضوعي، حيث تم استخدام مقياس القلق لسبيلبرجر Spelberdjer، لقياس درجات القلق، قبل البدء في العلاج وبعده، كما تم استخدام خطة علاجية بقراءة القرآن التي دامت عشرة أسابيع، وحتى تتم دراسة مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن في تخفيض درجة القلق، لدى فئة الشباب عمدت الطالبة، إلى اعتماد المقابلة نصف الموجهة، بهدف جمع بيانات شخصية حول أفراد العينة والتعرف على الحياة الشخصية في الطفولة والمراهقة، والمعاش النفسي والاجتماعي بالإضافة إلى التصورات المستقبلية.

ومما ساعدنا على إجراء المقارنات المتعلقة بالآثار التي أحدثها العلاج بقراءة القرآن الكريم، وبعد التطبيق الميداني تم عرض الحالات، وطرح أهم الأعراض التي تعاني منها.

- ولمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية، اعتمدنا على طريقة تحليل المحتوى، وتحليل نتائج القلق، وقد كشفت النتائج عما يلي:
- قراءة القرآن تخفض درجة القلق عند الشباب.
  - تنخفض درجة القلق عند الشباب كلما كان مداوما على قراءة القرآن.
  - توجد فروق في درجات القلق بين الذكور والإناث نتيجة لمستوى أثر تطبيق البرنامج.
  - وتبين أن هناك فاعلية كبيرة للعلاج بقراءة القرآن في خفض درجة القلق عند الشباب.
- وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج قدمت مجموعة من التوصيات التي يمكن أخذها بعين الاعتبار، نذكر منها:
- إقتراح إعادة النظر الجادة في استراتيجيات التدخل النفسي، في المؤسسات الصحية، وعلى المختصين العياديين، توفير جهودهم في بحث معانات المرضى والتخفيف منها، عن طريق استراتيجيات عقائدية تتماشى واتجاهات وقيم المجتمع الجزائري.

## Résumé :

Le but de cet étude était pour connaître l'efficacité de thérapie par récitation du coran, et son rôle de diminuer le taux de l'anxiété chez la jeunesse.

Pour s'assurer de la réalisation de cet objectif , deux questions ont été posées :

- A quel niveau la récitation du Coran a influé sur l'abaissement du degré de l'anxiété chez les personnes âgées de 20 à 30 ans ?
- Est-ce que l'habitude contenue de récitation du Coran contribue à l'abaissement de l'anxiété ? et jusqu'à quel point cette abaissement aura lieu à travers les mesures sur une échelle spécialement prévue.

Donc, les probabilités de recherches ont été basées sur ces deux questions.

Alors, j'ai suivi la Méthode Clinique que j'ai estimé nécessaire pour réaliser cette recherche. Et en même temps pour arriver à accepter ou à refuser les probabilités sur quoi cette étude est basée.

Je vois cette méthode équilibrée avec l'objectif et les limites de cette recherche.

L'échantillon de cette étude contient six personnes appartenant tous à la catégorie de jeunesse.

Les outils de cette étude ont été basés sur l'échelle de l'anxiété de Spilberger traduit par : Ahmed Mahmoud Abdelkhalek, et à la confrontation

semi-orienté, et la préparation d'un plan thérapeutique par la récitation du Coran faite par l'auteur de cette thèse.

Et pour l'exploitation des données qui ont été obtenues à travers l'étude pratique, j'ai basé sur l'analyse du contenu et la découverte des résultats comme suit :

- La lecture du Coran déminue le degré de l'anxiété chez les jeunes personnes.
- L'abaissement clair de l'anxiété chez les jeunes personnes en s'habituant à lire le Caran.

Une difference est remarquée dans l'abaissement du degré de l'anxiété entre les personnes des deux sexes, qui revient au niveau de l'application du plan thérapeutique.

## شكر

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي أعانني على تخطي الصعاب لإتمام هذا البحث ، فله الحمد في الأولى والآخرة.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور تعوينات ، المشرف الذي لم يبخل علي بنصائحه وتوجيهاته القيمة في إعداد هذه الرسالة.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة الكرام الذين وافقوا على مناقشة هذه الرسالة .

كما أتقدم بالشكر إلى أساتذة علم النفس الذين تشرفت بالدراسة لديهم طوال مشواري الجامعي.

كما أشكر كل من ساعدني في إتمام هذا البحث ماديا ومعنويا .

## فهرس الجداول

جدول رقم (01): يبين المؤشرات الإحصائية للمقارنة الطرفية للتحقق من صدق مقياس القلق	80
جدول رقم (02): يبين خصائص أفراد العينة	86
جدول رقم (03): يبين درجات القلق ومستواها حسب الفئات	98
جدول رقم (04): يبين كيفية تصحيح وتنقيط الصورة الأولى "حالة القلق"	99
جدول رقم (05): يبين كيفية تصحيح وتنقيط الصورة الثانية سمة القلق	99
جدول رقم (06): يمثل البطاقة الفنية للخطة العلاجية للحالة الرابعة	112
جدول رقم (07): يمثل البطاقة الفنية للخطة العلاجية للحالة الخامسة	119
جدول رقم (08): يمثل البطاقة الفنية للخطة العلاجية للحالة السادسة	125
جدول رقم (09): يوضح الملاحظات المسجلة على دليل المقابلة	135
جدول رقم (10): يبين انخفاض درجة القلق عند الحالة الأولى	137
جدول رقم (11): يبين انخفاض درجة القلق عند الحالة الثانية	139
جدول رقم (12): يبين انخفاض درجة القلق عند الحالة الثالثة	141
جدول رقم (13): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الرابعة	143
جدول رقم (14): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الخامسة	145
جدول رقم (15): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة السادسة	147
رسم بياني رقم (01): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الأولى	148
رسم بياني رقم (02): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الثانية	149
رسم بياني رقم (03): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الثالثة	149
رسم بياني رقم (04): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الرابعة	150
رسم بياني رقم (05): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة الخامسة	150
رسم بياني رقم (06): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة السادسة	150

جدول رقم(16):يبين انخفاض درجة القلق للحالات التي خضت للعلاج النفسي وحده....152  
جدول رقم(17):يبين انخفاض درجة القلق للحالات التي خضعت للعلاج النفسي والعلاج بقراءة  
القرآن.....152



## الفهرس

ملخص.

شكر.

قائمة الجداول.

15.....	مقدمة
18.....	1.مدخل منهجي
18.....	تمهيد
18.....	1.1. الدراسات السابقة
19.....	1.1.1. الدراسات الأجنبية
21.....	2.1.1. الدراسات العربية
24.....	3.1.1. الدراسات الجزائرية
28.....	4.1.1. تعقيب على الدراسات السابقة
30.....	2.1. الإشكالية
31.....	3.1. الفرضيات
31.....	4.1. أهمية الدراسة
32.....	5.1. أهداف الدراسة
32.....	6.1. تحديد المفاهيم
36.....	2. الفلق
36.....	تمهيد
36.....	1.2. تعريف الفلق
38.....	2.2. أشكال الفلق
38.....	1.2.2. الفلق حالة
38.....	2.2.2. الفلق سمة

40	3.2 أنواع القلق
40	1.3.2 القلق الموضوعي
40	2.3.2 القلق الخلقي
40	3.3.2 القلق العصابي
41	4.2 درجة انتشار القلق
42	5.2 مستويات القلق
42	1.5.2 المستوى الأول
42	2.5.2 المستوى الثاني
42	3.5.2 المستوى الثالث
42	6.2 أسباب القلق
42	1.6.2 الأسباب النفسية
43	2.6.2 الأسباب الفزيولوجية
44	3.6.2 الأسباب الوراثية
44	4.6.2 الأسباب العضوية
44	5.6.2 الأسباب الثقافية
45	6.6.2 الأسباب الإجتماعية
45	7.6.2 أسباب القلق في رأي الدين الإسلامي
46	7.2 آثار القلق
46	1.7.2 الآثار الإيجابية
47	2.7.2 الآثار السلبية
48	8.2 نظريات تفسير القلق
48	1.8.2 النظرية التحليلية
49	2.8.2 نظرية العلاقات الإنسانية
50	3.8.2 النظرية السلوكية
50	4.8.2 النظرية المعرفية
51	5.8.2 النظرية الفيزيولوجية
52	9.2 أعراض القلق
53	1.9.2 الأعراض النفسية
54	2.9.2 الأعراض الجسمية

54.....	3.9.2.الأعراض الإجتماعية
54 .....	10.2. فيزيولوجية القلق.
55.....	11.2.تشخيص القلق
55.....	1.11.2.اضطراب الهلع
56 .....	2.11.2.اضطراب القلق العام.
57.....	3.11.2.اضطراب الرهاب
57 .....	4.11.2. الخوف من الأماكن الواسعة.
57.....	5.11.2.المخاوف الإجتماعية
57 .....	6.11.2.المخاوف النوعية
58 .....	الخلاصة
59.....	علاج القلق
59.....	3. العلاج النفسي للقلق
59.....	تمهيد
59.....	1.3.تعريف العلاج النفسي
60.....	2.3.طبيعة عملية العلاج النفسي
61.....	3.3. خطوات العلاج النفسي
61.....	4.3. أنواع العلاجات النفسية
62.....	1.4.3.العلاج التحليلي
63.....	2.4.3.العلاج السلوكي
64.....	3.4.3.العلاج المعرفي السلوكي
65.....	4.4.3.العلاج المتمركز حول العميل
65.....	4.العلاج بقراءة القرآن
65.....	تمهيد
66.....	1.4.نبذة تاريخية عن قراءة القرآن
66.....	2.4. أهمية العلاج بالقرآن
68.....	3.4. العلاقة بين القرآن والمتأثر به
68.....	1.3.4.أسلوب الإقناع والإثارة
69.....	2.3.4.إمتاع العاطفة
69.....	4.4.الأسلوب البياني والبلاغي للقرآن الكريم

69.....	1.4.4. موسيقى القرآن.....
70.....	2.4.4. التصوير في القرآن الكريم.....
70.....	5.4. شروط العلاج بالقرآن.....
71.....	6.4. كيفية قراءة القرآن.....
72.....	7.4. أثر القرآن على الناحية النفسية.....
75.....	8.4. كيفية تخفيف قراءة القرآن من القلق والأمراض النفسية.....
79.....	9.4. كيفية تأثير القرآن على الناحية الفيزيولوجية.....
79.....	1.9.4. أثر قراءة القرآن على برمجة معلومات الخلايا.....
80.....	2.9.4. أثر قراءة القرآن على الغدد والعضلات.....
81.....	الخلاصة.....
82.....	5. إجراءات الدراسة الميدانية.....
82.....	تمهيد.....
82.....	1.5. الدراسة الاستطلاعية ونتائجها.....
84.....	2.5. منهج الدراسة.....
84.....	1.2.5. دراسة الحالة.....
84.....	3.5. عينة الدراسة.....
86.....	1.3.5. خصائص أفراد العينة.....
86.....	4.5. إجراءات الدراسة.....
86.....	1.4.5. التشخيص.....
87.....	2.4.5. العلاج.....
94.....	5.5. أدوات الدراسة.....
100.....	6.5. مجالات الدراسة.....
100.....	7.5. أدوات تحليل البيانات.....
100.....	1.7.5. تحليل المحتوى.....
101.....	2.7.5. الأساليب الإحصائية.....
101.....	8.5. عرض الحالات.....
112.....	5.9. عرض البطاقة الفنية للخطة العلاجية.....
133.....	6. عرض وتحليل وتفسير بيانات الدراسة.....
133.....	تمهيد.....

133	1.6. عرض وتحليل وتفسير نتائج دليل المقابلة.....
136	2.6. عرض وتحليل وتفسير نتائج القلق.....
152	3.7. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضيات.....
152	1.3.6. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية العامة.....
153	2.3.6. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
154	3.3.6. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
156	الاستنتاج العام.....
160	الخاتمة.....
162	قائمة المراجع.....
167	الملاحق.....

## مقدمة

الحمد لله الذي جعل في القرآن شفاء للناس ، فقال في محكم تنزيله « ونزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خسارا». (الإسراء الآية 82)، وقوله أيضا:  
 « ولو جعلناه قرآنا أعجميا لقالوا لولا فصلت آياته، أعجمي وعربي قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء والذين لا يؤمنون في آذانهم وقر وهو عليهم عمى أولئك ينادون من مكان بعيد». (سورة فصلت الآية 44).

والصلاة والسلام على النبي المصطفى المبعوث رحمة للعالمين، محمد صلى الله عليه وسلم القائل في حديثه الشريف «خير الدواء القرآن»، كذلك قوله «عليكم بالشفاءين العسل والقرآن». (رواهما ابن ماجة)، ففي هذه الآيات لم يذكر الله ورسوله بأن القرآن هو علاج فقط لأن ذكر العلاج يعني أنه قد يحصل الشفاء وقد لا يحصل، وإنما تحدث عن الشفاء بالقرآن أي أن الله عز وجل يؤكد لنا أنه من تداوى بالقرآن فحتما سيحصل الشفاء بإذن الله تعالى.

فبعد هذا التأكيد من الله جل شأنه، يجب القيام بالتجارب العلمية، لإثبات ما أكده الله عز وجل، وفعلا بدأت في علم النفس الحديث صيحات الإنذار من الغرب والمسلمين، تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية للإنسان، ومن أبرزها صيحة العالم البيولوجي الشهير ألكسيس كاريل في كتابه «الإنسان ذلك المجهول»، الذي دعا فيه إلى تغيير الحضارة التي نعيشها، وإبراز فكرة أخرى للتقدم البشري، وهي فهم الجانب الروحي للإنسان فهما سليما لأن علم النفس يقف كالقزم المشوه أمام عالم المادة، وسبب هذا التشوه هو البعد عن الله، الذي يعتبر من الأسباب الحقيقية للأمراض النفسية، والنظر إلى الإنسان على أنه مركب من جوانب متعددة، تشريحية وبيولوجية وروحية، لأن هذه الجوانب الثلاثة تعمل كوحدة متكاملة. [1] ص 42.

وقد أدرك الباحثون أنهم أهملوا جانبا من هذه الجوانب، وهو الافتقار إلى الدين والقيم الروحية، وهذا ما أشار إليه المؤرخ أرلوند تويني بأن الأزمة التي يعاني منها الأوربيون في العصر الحديث، ترجع في أساسها إلى الفقر الروحي وأن العلاج الوحيد لهذا التمزق هو الدين، واتخذ علماء النفس من الدين والإيمان علاجا للعديد من الاضطرابات النفسية، التي تعذر إيجاد سبل فعالة لعلاجها، لذلك

ظهرت مدارس جعلت من العبادات أساسا للبرامج العلاجية، ومن أهم العبادات نجد قراءة القرآن، لما لها من تأثير عجيب في تهذيب السلوك والشفاء من الأمراض النفسية والعصبية، كالتشتت والتوتر والضياع.[2] ص 119.

وقد أثبتت التجارب العلمية والنصوص الشرعية، بأن القرآن هو السبيل الوحيد لتقوية الإيمان، وتثبيت الدين في القلوب وتهدة النفس من القلق الذي تشعر به عند عجزها أمام ضغوطات الحياة.[3] ص 156.

تناولنا في هذه الدراسة أهم وأخطر الاضطرابات، التي إن لم نكن عشناها فإننا كثيرا ما نشاهدها في حياتنا اليومية، ألا وهي القلق الذي سمي بمرض العصر، لأن المنشآت التكنولوجية والاجتماعية، قد نشرت الرفاهية الاقتصادية وزادت الرخاء، لكنها لم تزد كثيرا في السعادة ومعنى الحياة، فبالرغم من الترف المادي الذي يخيم على أمم كثيرة على وجه الأرض، إلا أن هناك أزمة كبيرة تأخذ بالخناق وتلح وتضغط على العقل البشري المتزن الهادئ، ألا وهي أزمة الضمير والوجدان الذي لم يذق طعم السعادة والراحة، رغم كل هذه المثيرات المادية الهائلة، فهو مريض يعاني من مرض عضال استعصى حله، وهو مرض القلق. [4] ص 7 .

وقد انصبت هذه الدراسة حول هذا النوع من الاضطراب، محاولة منا لإيجاد الشفاء النفسي له، وبما أن الدين الإسلامي يحث الإنسان على البحث عن الدواء في قوله صلى الله عليه وسلم «لكل داء دواء، فإذا أصيب دواء الداء برأ بإذن الله» «رواه مسلم»، ومن خلال هذا الحديث نلمس أهمية المبادرة والسعي لاكتشاف الجديد من الأدوية، ومن بين العلاجات المختارة في هذه الدراسة نجد قراءة القرآن.

ويعود سبب اختيار الباحثة لهذه الدراسة، إيمانها واقتناعها بأن منهج القرآن الكريم هو الطريقة الوحيدة للتخلص والوقاية من الاضطرابات النفسية، لأن القرآن فيه ما يصلح للبشرية جمعاء في كل مكان وزمان، وذلك مصداقا لقوله تعالى «ما فرطنا في الكتاب من شيء» (سورة الأنعام الآية 38). من خلال هذه الآية ومن خلال آيات الشفاء التي ذكرها الله عز وجل، يجب أن نتيقن أن العلاج يكون حتما في القرآن وما علينا إلا البحث عنه.

وهذا ما جعل الطالبة دائمة الاطلاع، في الكتب التي تبحث عن أهمية الدين في الصحة النفسية، مما زاد في اقتناعها بذلك، كذلك تجربة الباحثة الشخصية في هذا المجال، وعجز العلاجات النفسية بمختلف أنواعها، عن إيجاد حلول ناجعة لهذه الاضطرابات، بسبب إهمالها للجانب الروحي، وهذا ما شجعها للبحث عن علاج القلق في القرآن الكريم، وقد اهتمت في بادئ الأمر بإظهار درجة القلق عند المصابين به، ووضعت خطة علاجية بقراءة القرآن كان الهدف منها، معرفة مدى فاعلية العلاج

بقراءة القرآن في التخفيف من درجة القلق، وأثناء انشغالي بتحديد الاطار النظري، و المفاهيم النفسية الواجب استخدامها لإتمام هذه الدراسة اكتشفت قلة الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع، وحتى تكون هذه الدراسة امتداد للدراسات التي تسمح بتزويد هذا الميدان بالجديد من المعلومات، ارتأيت إلى وضع خطة بحث اشتملت على مقدمة وخمسة فصول وخاتمة، فكانت المقدمة عبارة عن تقديم للموضوع الذي هو بصدد الدراسة.

الفصل الأول: تضمن أهمية الدراسة وأهدافها، الإشكالية، الفرضيات، التحديد الإجرائي لأهم المفاهيم الواردة في متغيرات الدراسة، والدراسات السابقة التي استطاعت الباحثة توفيرها. أما الفصل الثاني: فقد تضمن طرح موضوع القلق: حيث تم عرض تعريف القلق وأسبابه أنواعه، وأعراضه، ومدى انتشاره، بالإضافة إلى النظريات المفسرة له.

أما الفصل الثالث: فقد شمل قسمين، قسم تضمن العلاجات النفسية بمختلف أنواعها، وقسم تضمن العلاج القرآني.

الفصل الرابع: فقد اشتمل على الإطار المنهجي للدراسة، حيث تم التطرق فيه إلى الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، أدوات الدراسة، العينة، مجالات الدراسة (مكانها وزمانها). لتختتم الدراسة بالفصل الخامس، الذي تم فيه معالجة المعطيات الميدانية وتحليلها وكذلك عرض النتائج العامة لفرضيات الدراسة، والاستنتاج العام، والتوصيات. وأخيرا تم عرض خاتمة الدراسة كخلاصة عامة لها.



## الفصل الأول

### مدخل منهجي

#### تمهيد

قمنا بتخصيص هذا الفصل، لعرض الخلفية النظرية لمشكلة الدراسة، بدء بالدراسات السابقة التي تناولت العلاج النفسي للقلق، والدراسات التي تناولت العلاج الديني للاضطرابات النفسية ليتم بعدها تحليل ومناقشة هذه الدراسات، ومن ثم بناء الإشكالية والتطرق لأهمية الدراسة وأهدافها، ليختم هذا الفصل في الأخير بتحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة.

#### 1.1. الدراسات السابقة

##### تمهيد

تعتبر الدراسات السابقة، التي ترتبط بموضوع الدراسة من قريب أو من بعيد مصدرا هاما، لإلقاء الضوء على هذه الدراسة، وقد أكد الباحثون على أهمية البحوث والدراسات السابقة، باعتبار أن الباحث لا يبدأ من فراغ، و لا يكتب آخر كلمة في العلم فالبحوث السابقة، هي حجر الأساس الذي ينطلق منه الباحث، وإطلاع الباحث على الدراسات السابقة، لا يعني تلك الدراسات الملتصقة بالدراسة التصاقا تاما، أو تلك الدراسة التي تحمل نفس العنوان، أو تدرس نفس المشكلة، بل الدراسة التي تساعده على الإلمام بأبعاد المشكلة وجوانبها المختلفة، المراد مناقشتها واقتراح الحلول لها، وفي هذه الدراسة تم التطرق إلى مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع القلق، والدراسات التي اهتمت بالعلاج الديني والعلاج القرآني للاضطرابات النفسية، وفيما يلي سيتم استعراض هذه الدراسات:

##### 1.1.1. الدراسات الأجنبية

##### 1.1.1.1. دراسة بيرجان وآخرون

وهي دراسة بعنوان أساليب الحياة الدينية وعلاقتها بالصحة النفسية، سنة 1979، وقد تكونت العينة من أفراد ينتسبون إلى جماعة المورمون Mormon الدينية، وقد أقام أفراد العينة في عنابرهم تحت إشراف مرشد ديني، وقد تعودوا على مجموعة من السلوكات والقيم الدينية. وقد تبين أن الدين يساعد الفرد على تكوين اتجاهات وقيم إيجابية، تساعد في ضبط السلوك وأظهرت النتائج أن 95% من الأفراد المشتركين في البرنامج قد نمو دينيا، وأن نسبة 89% من أفراد العينة اتفقوا على أهمية الخبرة الدينية للمتدين، وأن نسبة 80% اتفقوا على أثر الدين في الضبط لدى الأفراد، كما أشارت النتائج إلى وجود ارتباط دال موجب بين النمو الديني المتقطع لدى الأفراد والخصائص التالية: الانطواء، الفصام، والانحراف النفسي، في حين أظهرت الدراسة نتائج إيجابية، على المتغيرات السابقة لصالح النمو الديني المستمر والخبرة الدينية المعتدلة، والتأثير المدعم للدين على الضبط .

#### 2.1.1.1. دراسة رول وشيهان

أجرى رول وشيهان سنة 1989، حول دراسة المعتقدات والممارسات الدينية وعلاقتها ببعض الأمراض النفسية والعقلية، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المعتقدات والممارسات الدينية، وبين بعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب، والفصام واضطرابات الشخصية والهوس، وقد تكونت عينة الدراسة من مرضى نفسانيين يعانون من الأمراض السابقة الذكر، حيث بلغ عدد أفراد العينة 52 مريضا، وقد تم استخدام المنهج المقارن، ومجموعة من المقاييس النفسية منها مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس المعتقدات والممارسات الدينية، وقائمة كاليفورنيا للشخصية، وقد أظهرت الدراسة أهمية بعض المعتقدات وبعض الممارسات في تدين الأفراد، وظهرت هذه المعتقدات في حضور الكنيسة والتردد عليها، والاشتراك في الأنشطة الدينية، والبعد عن المشروبات الكحولية، والصلاة، وقراءة الإنجيل والمشاركة في عمل الخير، والبر، وشملت المعتقدات الاعتقاد بالله والآخرة، والملائكة والشياطين، والاعتقاد في دعوة المسيح، والاعتراف بالذنب، والاعتقاد بأن الإنجيل مرتبط بالأحداث اليومية، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأفراد المتدينين تدينا مرتفعا، كانوا أقل في الأمراض النفسية والعقلية، بينما ارتفعت حدة هذه الأمراض مع أصحاب التدين المنخفض. [5] ص 30، 31، 33.

#### 3.1.1.1. دراسة بتلر وآخرون

أجرى بتلر وآخرون Petler & All سنة 1991 دراسة هدفت إلى مقارنة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي، في علاج اضطراب القلق، وتكونت مجموعة الدراسة من 57

مريضاً، تتراوح أعمارهم بين 18-65 سنة، تم تقسيمها عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى برنامج للعلاج المعرفي السلوكي، في حين تلقت الثانية برنامج للعلاج السلوكي، أما المجموعة الثالثة فكانت ضابطة، وبالتالي لم تتلقى أي علاج، وتضمن البرنامج اثنتي عشر جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم خلاله استخدام فئات المناقشة، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتي لتعديل السلوك، والواجبات المنزلية، وجدولة النشاط والأهداف، وأوضحت النتائج حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين التجريبتين قياساً بالمجموعة الضابطة، كما أوضحت وجود فروق دالة في مدى التحسن بين المجموعتين الأولى والثانية لصالح المجموعة الأولى، التي تلقت أعضاؤها العلاج المعرفي السلوكي، مما يدل على أنه أكثر فاعلية من العلاج السلوكي في علاج القلق، وهو ما دعمته نتائج المتابعة بعد ستة أشهر.

#### 4.1.1.1. دراسة بوركوفيش و كوستيلو:

هدفت دراسة بوركوفيش Porkofish و كوستيلو Kostillo في عام 1993 إلى مقارنة ثلاث أساليب علاجية، هي التدريب على الاسترخاء، والعلاج المعرفي السلوكي، و العلاج غير التوجيهي في علاج اضطراب القلق، وذلك لدى مجموعة ضمت 38 مريضاً متوسط أعمارهم 55 سنة، مقسمين إلى ثلاث مجموعات تلقت المجموعة الأولى (ن=12) التدريب على الاسترخاء، في حين تلقت المجموعة الثانية (ن=14) العلاج المعرفي السلوكي، وتضمن البرنامج العلاجي اثني عشرة جلسة، لكل مجموعة بواقع جلستين أسبوعياً، وتم استخدام فئات المعالجة، وتذكر الخبرات، و التدريب على الاسترخاء، ومراقبة الذات، و التخفيف المتدرج من الحساسية للقلق، والتدريب التخيلي، أوضحت النتائج أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي، و التدريب على الاسترخاء هما الأفضل، في تأثيرهما وفعاليتهما في التخفيف من حدة القلق، ولا يختلف تأثير أي منهما في التأثير من حدة القلق، حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن. [6] ص 217، 219.

#### 5.1.1.1. دراسة بوسبيزل Bospizel:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة درجات 41 مريضاً تتراوح أعمارهم ما بين 16-25 عاماً، على المقياس الصريح، وقائمة مودسلي Modesli للشخصية، بدرجات ثلاثين ذكراً من الأسوياء، ممن تراوحت أعمارهم بين 20-30 سنة، وأسفرت نتيجة الدراسة عن ارتباط وثيق بين القلق والانبساط في المجموعة السوية، في حين ارتباط القلق بالعصابية في المجموعة المرضية. [7] ص 2.

### 6.1.1.1. دراسة الحافظ أبي الفضل:

الدراسة التي قامت بها مؤسسة العلوم الطبية الإسلامية، بمدينة «بنماسيتي» بولاية فلوريدا بالولايات المتحدة الأمريكية، حول القوة الشفائية للقرآن الكريم، وقد استخدمت أجهزة إلكترونية مزودة بالكمبيوتر، لدراسة ما إذا كان للقرآن الكريم أي أثر، على وظائف أعضاء الجسم البشري، وقياس هذا الأثر إن وجد، وقد تليت آيات من القرآن الكريم على مجموعة من المسلمين يتحدثون اللغة العربية، ويعرفونها ومجموعة من المسلمين لا يعرفون اللغة العربية، ومجموعة من غير المسلمين، وقد أثبتت التجارب أن للقرآن الكريم أثرا مهدئا بنسبة 97% من التجارب، وأن القرآن الكريم يخفف درجة توتر الجهاز العصبي.

ثم أجريت تجربة أخرى، لمعرفة أن هذا التأثير يرجع إلى كلمات القرآن بصفة خاصة حتى ولو كانت غير مفهومة لدى المستمع، وللتأكد من ذلك تم استخدام الفحص النفسي بالكمبيوتر، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها خمسة أفراد من غير المسلمين، ثلاثة منهم ذكور واثنين من الإناث، متوسط أعمارهم 22 سنة أجريت عليهم 210 تجربة: 85 تجربة استمعوا فيها إلى القرآن المجود باللغة العربية، و85 تجربة استمعوا فيها إلى كلمات عربية ليست قرآنية مجودة، و40 تجربة لم يستمعوا فيها أي شيء وكانت النتائج أن جلسات الصمت لم يكن لها أي تأثير مهدئ للتوتر. جلسات الاستماع للقرآن حصلت على نتائج إيجابية في 65% من التجارب. وجود نتائج إيجابية في 35% من التجارب للقراءات غير القرآنية. [8] ص 481، 485.

### 2.1.1. الدراسات العربية

#### 1.2.1.1. دراسة عبد الخالق

أسفرت دراسة عبد الخالق عن ارتباطات جوهرية موجبة بين مقياس العصابية والقلق، على مجموعة من طلاب الجامعة الذكور (ن=95) و الإناث (ن=77)، وارتباط جوهرى سلبي بين مقياس الانبساط، وكل من مقياس سمة القلق لدى الجنسين، ومقياس حالة القلق لدى الذكور فقط، وقد استخدم قائمة القلق (حالة، وسمة)، من وضع سبيلبرجر spelperdjer وزملائه، واختبار إزنك للشخصية. [9] ص 36.

#### 2.2.1.1. دراسة ظريفة الشويعر

أجريت هذه الدراسة بالمملكة العربية السعودية سنة 1988، حيث تطرقت إلى أثر الإيمان بالقضاء والقدر على القلق النفسي، حيث اعتمدت على المنهج المقارن، وتكونت عينة الدراسة من 200 طالبة من كلية البنات بجدة، وقسمت إلى مجموعتين متجانستين، وكانت عينة الدراسة من فئة

الشباب، أما عن أدوات الدراسة فقد استخدمت الباحثة مقياس الإيمان بالقضاء والقدر من إعداد الباحثة، ومقياس القلق من إعداد «كاتل»، وترجمة سمية فهمي وكان من أهم نتائج هذه الدراسة، وجود علاقة ارتباطية سالبة، دالة إحصائياً بين الإيمان بالقضاء والقدر ومستوى القلق، كما وجدت فروق دالة إحصائياً في درجة القلق النفسي بين الطالبات الأكثر إيماناً بالقضاء والقدر، والطالبات الأقل إيماناً بالقضاء والقدر، وذلك لصالح المجموعة الأولى.[10].

#### 3.2.1.1. دراسة الباحثة إسعاد عبد العظيم البنا:

أجرت الباحثة هذه الدراسة سنة 1990، حيث هدفت إلى دور الأدعية والأذكار في علاج القلق، وتكونت عينة الدراسة من 20 طالبة من طالبات كلية التربية بالمنصورة، من عينة أكبر قوامها 149 طالبة، واستخدمت الباحثة المنهج العيادي، وأعدت برنامجاً علاجياً على شكل جلسات، استخدمت فيها قراءة القرآن الكريم وبعض الأدعية والأذكار الدينية، حيث أثبتت أن للقرآن والأدعية والأذكار أهمية دور في علاج القلق.[11].

#### 4.2.1.1. دراسة محمد درويش:

أجرى الباحث هذه الدراسة في مصر سنة 1995 بعنوان مدى فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيض درجة القلق لدى طلاب الجامعة، وقد استخدم الباحث المنهج العيادي ذو التصميم التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من 20 طالبا من كلية جامعة عين شمس، ممن حصلوا على درجات الإربعاء الأعلى لمقياس القلق، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية 10 طلاب تعرضت للمعالجة الدينية، عن طريق البرنامج الذي وضعه الباحث والأخرى ضابطة 10 طلاب لم تتعرض لأي معالجة، وكانت هذه العينة من فئة الشباب حيث بلغ متوسط عمر العينة من 20-32 سنة، أما عن الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة هي مقياس القلق، وبرنامج علاجي من إعداد الباحث، وقد استخدم هذا البرنامج مع المجموعة التجريبية حيث استغرق 150 جلسة، وطبقت بطريقة فردية، وكان من أهم نتائج الدراسة وجود فروق في انخفاض درجة القلق، بين المجموعتين التجريبية والضابطة، بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، وهذا لصالح المجموعة التجريبية.[12].

#### 5.2.1.1. دراسة عواض بن مطلق القحطاني:

وهي دراسة نظرية وتطبيقية لنيل شهادة الماجستير، بعنوان أثر العفو عن العقوبة لمن يحفظ كتاب الله في الحد من العودة للجريمة، بالمملكة العربية السعودية سنة 1996، وكان الهدف منها الكشف عن مدى فعالية استخدام أسلوب تقوية الرقابة الذاتية، عن طريق حفظ كتاب الله في الحد من معاودة الفرد للجريمة، وبيان الأثر الذي يقوم به القرآن الكريم وحفظه، كعامل فعال للقضاء على التصرفات الخاطئة والسلوكيات غير المتزنة، وكانت العينة من السجناء 185 ممن حفظوا القرآن كاملاً، 801 ممن حفظوا جزأين أو أكثر، وقد وضع قائمة من إعداده تحتوي على نسبة مئوية، تبين مدى الاستفادة من العفو لحفظ كتاب الله أو بعض أجزائه، وكانت نتائج الدراسة أن جميع من حفظوا القرآن كاملاً، من المحكوم عليهم داخل السجن استفادوا من العفو، ولم يعد منهم أحد إلى السجن وبلغت نسبة العود 00% أما من حفظوا أجزاء من القرآن داخل السجن واستفادوا من العفو، لم يعد منهم إلا ما يعادل 1,5% ومنه اتضح بما لا يدع مجالاً للشك، أن حفظ القرآن أو بعض أجزائه، قد أدى دوراً هاماً في تقوية الرقابة الذاتية للمستفيدين من الإعفاء، وأضاف بعداً جديداً في عملية تنمية سلوكهم وتعديله وحال دون عودتهم للإجرام.[13].

#### 6.2.1.1. دراسة الباحث موسى رشاد:

أجريت هذه الدراسة بالقاهرة، سنة 2001 تحت عنوان أثر التدخين على الاكتئاب النفسي، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر التدخين على الاكتئاب، وقد استخدم المنهج المقارن مع عينة قوامها 100 طالب و طالبة كلهم من فئة الشباب، وقد قسمت إلى مجموعتين للمقارنة بينهما. وقد استخدم الباحث أدوات إحصائية للدراسة تمثلت في مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الصحة النفسية الدينية، و كان من أهم نتائج هذه الدراسة، وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد مرتفعي التدخين ومنخفضي التدخين، في بعض الأعراض الاكتئابية، كذلك تبين أنه كلما كان الفرد أقل تدنياً كانت الفرصة أكبر لظهور الأعراض الاكتئابية.[14] ص.35

#### 7.2.1.1. دراسة سلمان رجب:

أجريت هذه الدراسة في جامعة طيبة بالمملكة العربية السعودية سنة 2010، تحت عنوان فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري، لدى عينة من طالبات الجامعة، وقد هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف فاعلية برنامج نفسي قائم على العلاج النفسي الديني، في التخفيف من أعراض الوسواس القهري، وقد استخدم المنهج التجريبي واشتملت عينة الدراسة، على عينة من طالبات الجامعة، لديهن اضطراب الوسواس القهري قوامها 20 طالبة، ممن تتراوح أعمارهن بين 18 و 25 سنة، حيث تم تقسيمهن إلى مجموعتين متجانستين، المجموعة التجريبية

قوامها 10 طالبات، والمجموعة الضابطة قوامها 10 طالبات، أما عن أدوات الدراسة المستخدمة هي قائمة مودزلي للعصاب القهري، ومقياس بل براون للوسواس القهري (YBDCS)، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي من إعداد فضة، وقد أكدت نتائج هذه الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية، كما اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي، من خلال وجود فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الوسواس القهري لصالح التطبيق البعدي، ومنه ثبت مدى فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري.

#### 8.2.1.1. دراسة طه رامز

كما أجرى "طه رامز" دراسة باستخدام العلاج النفسي الذاتي بقراءة القرآن الكريم، مع عينة عشوائية من مرضى الاكتئاب، مكونة من 58 مريضاً، تم اختيارهم من 132 مريضاً على مدى أربع سنوات، وتم علاج باقي المرضى بأساليب علاجية أخرى، من العلاج النفسي، وقد خضع جميع المرضى إلى العلاج الدوائي، إلى جانب العلاج النفسي، وقد ثبت تفوق العلاج النفسي الذاتي بقراءة القرآن الكريم، على الأساليب العلاجية النفسية الأخرى. [15] ص 107.

#### 9.2.1.1. دراسة مصرية

كما أظهرت دراسة مصرية، أقيمت على طلبة ذكور من جامع الإسكندرية، هدفت إلى معرفة أثر التدوين وقراءة القرآن والأذكار والأدعية، على انخفاض درجة القلق والإكتئاب حيث أسفرت النتائج عن، وجود ارتباط سلبي جوهري بين الإكتئاب والقلق والتدين، أي كلما زاد التدوين وقراءة القرآن وتناول الأذكار والأدعية، انخفض القلق والإكتئاب، وكلما قل التدوين زادت حدتهما. [16] ص 288.

#### 3.1.1. الدراسات الجزائرية:

##### 1.3.1.1. دراسة الباحث حدار عبد العزيز :

هي دراسة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، سنة 1996 بجامعة الجزائر تحت عنوان الصحة النفسية من منظور إسلامي، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الاستفادة من الدين الإسلامي في الدراسات النفسية المعاصرة، وقد تمحورت إشكالية هذا البحث حول التساؤل التالي:

هل تحقق المعتقدات والتصورات الإسلامية الصحة النفسية؟ وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بصياغة فرضية مفادها أنه توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الفئة الأكثر تدينا والفئة الأقل تدينا، فيما يتعلق بالاكنتاب والقلق، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الملائم لهذه الدراسة، أما عن عينة الدراسة فقد تألفت من طلبة جامعيين قوامها 81 فردا، موزعين حسب الجنس وفرع الدراسة، هو معهد علم النفس وعلوم التربية وقد بلغ عدد الذكور 16 والإناث 25، كذلك معهد أصول الدين والعلوم الشرعية الخروبة حيث بلغ عدد الذكور 11 والإناث 31، تراوحت أعمارهم ما بين 19 إلى 27 سنة، وقد اختيرت عينة الدراسة بطريقة عشوائية، واستخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس SACL للتوتر ومقياس بيك للاكتئاب، كذلك قائمة المعرفة العقائدية، وقائمة الممارسة التعبدية، أما عن الأساليب الإحصائية التي اعتمد عليها هي، حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة، معامل ارتباط بيرسون واختبار (ت) للمقارنة بين الفئتين الأقل تدينا والأكثر تدينا، كذلك النسب المئوية والقيمة المئينية، لتحديد الفئة الأقل تدينا والأكثر تدينا، وكانت نتائج هذه الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين قوة المعرفة العقائدية والاكنتاب حيث قدر معامل الارتباط بينهما 0,69 دال عند مستوى دلالة (0,01) وفي هذه النتيجة يمكن التحقق من صحة الفرضية الأولى التي تنص بأن هناك ارتباط سالب بين قوة المعرفة العقائدية والاكنتاب، أما نتائج الفرضية الثانية فإنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين قوة المعرفة العقائدية والتوتر، وهذا ما يبينه معامل الارتباط بين قوة المعرفة العقائدية والتوتر، وظهر بأنه سالب ومتوسط نسبيا قدر ب 0,36 وهو دال عند مستوى دلالة (0,01)، أما اختبار الفرضية الثالثة فإنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الممارسة التعبدية والاكنتاب و التوتر، حيث ظهر معامل الارتباط بين الممارسة التعبدية والاكنتاب سالب ومتوسط نسبيا حيث بلغ 0,47 وهو دال عند مستوى (0,01)، أما عن معامل الارتباط بين الممارسة التعبدية والتوتر فقد بلغ (0,89) وهو دال عند مستوى (0,01) وهو سالب وقوي وكذلك بالنسبة للفرضية العامة، فإنه توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الفئة الأكثر تدينا والأقل تدينا، في المشكلات النفسية (الاكنتاب والتوتر)، وتتضح هذه الفروق حسب الفئتين بالنسبة للاكنتاب، من حيث قيمة (ت) المحسوبة حيث بلغت 3,54 وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,01)، كذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب الفئتين بالنسبة للتوتر، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 9,13 وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) وحيث تم تحقق الفرضية العامة.[17].



### 2.3.1.1. دراسة الباحثة عنو عزيزة:

وهي دراسة لنيل شهادة الدكتوراه بجامعة الجزائر سنة 2006 تحت عنوان: مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية على الاكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة، وتمحورت الإشكالية حول ما مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية على الاكتئاب الإيجابي لدى طالبات الجامعة؟ ومدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية، على تقدير الذات لدى طالبات الجامعة؟ وما مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية على اتجاهات الالتزام الديني لدى طالبات الجامعة؟ وللإجابة على هذه التساؤلات قامت الباحثة بصياغة 3 فرضيات رئيسية هي:

تختلف اتجاهات إدراك الطالبات المكتنبات لتأثير الدين والقرآن، بالإضافة إلى الشعائر الدينية في حياتهن ونفسياتهن، بعد تطبيق العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية عنه قبله. يختلف تقدير الذات ومستوياته عند الطالبات بعد تطبيق العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم، الأذكار والأدعية عنه قبله.

تختلف حدة الاكتئاب الاستجابي عند الطالبات بعد تطبيق البرنامج العلاجي عنه قبله وقد استخدمت الباحثة المنهج العيادي الملائم لهذه الدراسة، و اعتمدت على طريقة دراسة الحالة، وقد تكونت عينة الدراسة من 120 طالبة جامعية لديهن اكتئاب استجابي، و تم اختيارها بطريقة عمدية، من الإقامة الجامعية للبنات بباب الزوار، وقد اختيرت هذه العينة حسب الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، أما عن أدوات الدراسة، فقد استخدمت الباحثة المقابلة العيادية، مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، مقياس بيك للاكتئاب استبيان الالتزام الديني من إعداد الباحثة، طريقة تحليل البيانات بواسطة تحليل المحتوى، كما استعملت الباحثة بعض الأدوات الاحصائية المتمثلة في اختبار «ت» معامل ارتباط بيرسون، النسب المئوية، المتوسط الحسابي ، وقد خلصت الباحثة من هذه الدراسة أن الدين يساعد الفرد على تكوين اتجاهات وقيم إيجابية تساعده في ضبط سلوكه ، وذلك هو الأثر الإيجابي .

وأظهرت النتائج أن 95% من الأفراد المشتركين في البرنامج قد نموا دينيا، وأن نسبة 89% من أفراد العينة، اتفقوا على أهمية الخبرة الدينية للمتدينين، وأن نسبة 80% اتفقوا على أثر الدين في الضبط لدى الأفراد، ومنه قد تم تحقيق الفرضية الأولى التي تقول، أنه تختلف اتجاهات إدراك الطالبات المكتنبات لتأثير الدين والقرآن، بالإضافة إلى الشعائر الدينية في حياتهن ونفسياتهن، بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أما عن الفرضية الثانية فقد تأكدت بعد تطبيق البرنامج فقد كان مقياس تقدير الذات منخفض، لأنه بلغ المتوسط الحسابي (38)، ثم بدأ هذا المتوسط يرتفع على تطبيق 5 حصص علاجية، حتى وصل هذا المتوسط إلى (56) أثناء العلاج، ليرتفع بعد نهاية العلاج إلى

(69)، وتواصلت هذه الدرجة في الارتفاع حتى وصلت إلى (79) درجة، وهذا يشير إلى أن البرنامج العلاجي كان له تأثير إيجابي على تحسن تقدير الذات بنسبة 81,57%، وأصبحت المفحوصات تتمرن بتقدير ذات مرتفع، كذلك بالنسبة للفرضية الثالثة فقد تحققت أيضاً، وظهر أن الاكتئاب عند المفحوصات امتاز بالسلبية قبل العلاج و الإيجابية بعده، بحيث سجل مقياس بيك للاكتئاب متوسط حسابي 36 كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب، وهو مؤثر مرتفع للاكتئاب الشديد لينخفض أثناء حصص العلاج ويصل إلى متوسط حسابي (15)، ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج العلاجي إلى متوسط حسابي (4)، ويستقر عند متوسط حسابي (2) درجة، بعد الانتهاء من العلاج مما يدل على زوال الاكتئاب لدى المفحوصات.[16].

### 3.3.1.1. دراسة الباحثة عطار آسيا:

وهي دراسة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، سنة 2008، بجامعة الجزائر تحت عنوان «القلق و التوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعمى العضوي الأولي»، وقد تمحورت إشكالية الدراسة حول التساؤلات التالية:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء العقيمات، و النساء غير العقيمات على سلم حالة القلق، و سمة القلق؟

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء العقيمات، و غير العقيمات على سلم التوافق الزوجي؟ هل تختلف حالة القلق و سمة القلق باختلاف التوافق الزوجي، و باختلاف الحالة الصحية؟

وللإجابة على هذه التساؤلات قامت الباحثة بصياغة ثلاث فرضيات هي:

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء العقيمات و غير العقيمات على سلم القلق حالة و القلق سمة، الفرضية الثانية تقول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء العقيمات و النساء غير العقيمات على سلم التوافق الزوجي، أما الفرضية الثالثة فتتص بأن هناك اختلاف حالة و سمة القلق باختلاف التوافق الزوجي و باختلاف الحالة الصحية، وقد استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج المقارن، و عينة تكونت من 100 حالة، 50 حالة من نساء عقيمات و 50 حالة من نساء غير عقيمات، و تم اختيار العينة بطريقة عشوائية، و قد تراوح سنهن ما بين 22-44 سنة، في المستشفى الجامعي نفيسة محمود المسمى Parnet بحسين داي، كذلك مستشفى باشا

مصطفى بمصلحة أمراض النساء، وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية، مقياس القلق حالة والقلق سمة لسيلبرجر، ومقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانييه، أما بالنسبة للتقنيات الإحصائية المستخدمة هي اختبار (T.test) لقياس الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات المرتبطة وغير المرتبطة، كذلك استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين، ونتائج الدراسة هي أنها قبلت الفرضية الأولى التي تنص أن هناك فروق واضحة بين عينة النساء العقيمات، و غير العقيمات على سلم القلق حالة والقلق سمة، وقد بلغ الفرق بين المتوسطين 14,46 و كذلك من خلال قيمة (ت) المحسوبة التي بلغت 10,13 وهو فرق دال عند مستوى دلالة  $\alpha = 0,01$ ، أما بالنسبة للفرضية الثانية فهي أيضا أثبتت بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة النساء العقيمات وغير العقيمات على سلم التوافق الزوجي، حيث أكدت النتائج أن الفروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,01، وكذلك بالنسبة للفرضية الثالثة فقد تحققت، حيث تقول بأنه تختلف حالة وسمة القلق باختلاف التوافق الزوجي و الحالة الصحية، و يظهر ذلك من خلال قيمة F المحسوبة التي قدرت ب 48,83 بالنسبة للقلق حالة و 23,06 بالنسبة للقلق سمة، وهذه القيم دالة إحصائيا عند مستوى دلالة  $\alpha = 0,01$ ، من خلال هذه النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة، يبدووا واضحا أن فئة النساء العقيمات أكثر شعورا بالقلق من أفراد النساء غير العقيمات.[18].

#### 4.1.1. التعقيب على الدراسات السابقة

هدفت هذه الدراسات إلى الكشف عن أثر العلاجات النفسية والعلاجات الدينية، واتفقت على فعالية هذه العلاجات في التخفيف من الاضطرابات النفسية عامة والقلق بصفة خاصة. كما بينت تفوق أحدهما على الآخر، فوجد مثلا الدراسات التي أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتدريب على الاسترخاء، تفوقا على العلاج السلوكي، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة بتلر وآخرون سنة 1991، كذلك دراسة بوركوفيش وكوستيلو ( PORKOFISH et KOSTILO) سنة 1993. كما نجد الدراسات التي أثبتت تفوق العلاج الديني للاضطرابات النفسية، على العلاج النفسي، مثل دراسة موسى رشاد سنة 2001 التي أثبتت تفوق العلاج الديني على العلاج النفسي في علاج الاكتئاب، كما نجد دراسة سلمان رجب سنة 2010 التي أثبتت هي كذلك فعالية العلاج النفسي الديني في علاج الوسواس القهري، كذلك دراسة برجر 1979 ودراسة رول وشيهان سنة 1989 اللتان أثبتتا أهمية تأثير الدين على الصحة النفسية.

بالإضافة إلى دراسة حدار عبد العزيز 1996، كذلك دراسة محمد درويش سنة 1995 التي أثبتت فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف القلق، كما نجد دراسة ظريفة شويعر التي أثبتت أثر الإيمان بالقضاء والقدر في علاج القلق.

أما عن الدراسات التي أثبتت فعالية القرآن الكريم، في التخفيف من الاضطرابات النفسية نجد دراسة الباحثة عنو عزيزة سنة 2006، التي أثبتت فعالية القرآن الكريم في علاج الاكتئاب الاستجابي. ودراسة الباحث أبي الفضل في علاج التوتر النفسي، ودراسة عوض القحطاني التي أثبتت أثر حفظ القرآن الكريم في تعديل سلوك السجين والحد من الجريمة.

من خلال استعراض الباحثة لبعض الدراسات السابقة حول فاعلية العلاج بقراءة القرآن الكريم في التخفيف من القلق، يمكن ملاحظة قلة الدراسات العربية عموماً والجزائرية خصوصاً التي اهتمت بقراءة القرآن في علاج القلق.

واشتملت بقية الدراسات على العلاج الديني، في التخفيف من مختلف الاضطرابات النفسية منها الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري.

وأُسفرت نتائج هذه الدراسات على تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج السلوكي، وكذلك تفوق كل من العلاج الديني والعلاج القرآني على العلاجات النفسية، والتأثير الإيجابي للعلاج الروحي على حساب العلاج النفسي.

كما نلاحظ أن معظم عينات الدراسات السابقة من طلاب الجامعة، أي أن معظم هذه الدراسات اهتمت بفئة الشباب، وهذا ما استفادت منه الباحثة في اختيار عينة دراستها، وهي فئة الشباب. كما اتبعت معظم الدراسات أساليب متشابهة في التصميم التجريبي، حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

كما تم استخدام المنهج العيادي لهذه الدراسات، حيث أنه اعتمد معظمها على العلاج والقيام بجلسات علاجية، وهذا ما استفدنا منه في اختيارنا للمنهج العيادي الذي يشمل العلاج. كما استفادت الباحثة من هذه الدراسات في تحديد مشكلة الدراسة، وصياغة الفروض وأدوات الدراسة المناسبة لها، والأدوات الإحصائية المستخدمة.

ويمكن تمييز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة، بأنها ضمن الدراسات الحديثة، حيث لم تعثر الباحثة على دراسات مماثلة أجريت في الجزائر، حول فعالية العلاج بقراءة القرآن في التخفيف

من حدة القلق، وبذلك تسهم هذه الدراسة وأدواتها وخطتها العلاجية، في إثراء أدوات البحث ونتائج بحوث يفتح المجال أمام الباحثين لتعزيز هذه الدراسة. ونستنتج مما سبق أن الاهتمام بالعلاج الروحي، من أهم الموضوعات النفسية التي يجب الاستفادة منها في تدعيم العلاجات النفسية المعتادة، للوصول إلى نتائج جد إيجابية للحد من الاضطرابات النفسية.

## 2.1. الإشكالية

لقد حقق الإنسان العديد من أمانيه في التقدم الحضاري والتكنولوجي، ولكن بالمقابل لم يتمكن من تحقيق شخصيته، وقد تجلى ذلك في الاضطرابات التي تحيط بشخصية الإنسان وسلوكاته، مما يعني أن هناك فجوة عميقة بين التقدم المادي والجانب المعنوي، لأن التغير الاقتصادي والاجتماعي، الذي طرأ على المجتمع كان تأثيره بليغا، فهو يفوق الإمكانيات النفسية للأفراد، مما أدى إلى تعدد وتعقد الحياة اليومية، وهذا ما جعل العالم الآن يعيش عصر انتشار الأمراض النفسية والانفعالية، التي تتواجد بنسب متفاوتة، من مجتمع لآخر ويعتبر القلق من أهم الاضطرابات انتشارا، في المجتمعات الغربية والعربية، فقد سجلت الإحصائيات الأخيرة، أن الدول العربية قد بلغت نسبة مرتفعة عما كانت عليه من قبل.

وذكرت منظمة الصحة العالمية 2001، أن القلق يختلف عن غيره من المشكلات الصحية الأخرى، حيث أنه يمنع المصابين به من أداء وظائفهم في المجتمع، بصورة تفوق غيره من الاضطرابات النفسية الأخرى، مما دفع الباحثين إلى القيام بعدة دراسات حول هذا الاضطراب. [19] ص9، 20.

وأمام انتشار الاضطرابات النفسية عامة والقلق خاصة، أصبح من الضروري إيجاد الطرق العلاجية المناسبة لتناولها، والحد من تفاقمها، والبحث عن الأسباب المؤدية لظهورها، فقد يكون السبب وراء ظهورها، هو ضغوط الحضارة الحديثة ومضايقتها، وقد يكون السبب الحقيقي هو البعد عن الله، وإهمال الجانب الروحي في حياة الإنسان؟ لكن مهما يكن السبب يبقى القرآن الكريم أحد الطرق العلاجية المناسبة، لأنه كتاب فيه وقاية وشفاء، وذلك مصداقا لقوله تعالى: «وتنزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين». (الإسراء 82)، وفي إطار البحوث الساعية وراء تحديد أهمية القرآن، في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية اختيرت قراءة القرآن، كطريقة للعلاج والتخفيف من حدة القلق، لأن القرآن الكريم له تأثير على وظائف أعضاء الجسم البشري. [3] ص 156.

ولما كان القرآن الكريم هو الوسيلة الوحيدة، التي بها تتم الملكات التي يتمتع بها الإنسان وهو منهج تربوي لا يضاهيه أي منهج آخر، فهو تربية للنفوس، ومطهرة للقلوب، من جميع الأمراض النفسية، حيث أن القارئ للقرآن، المتمعن فيه، المتفهم لمعانيه، والباحث في أسرارهِ سيَجده شاملاً لجميع الأشياء، وكاملاً من جميع الجوانب التي تمس الإنسان من الناحية النفسية والاجتماعية والأخلاقية، قال تعالى: (ونزلنا عليك الكتاب تبياناً لكل شيء). (النحل:89). [2] ص 476.

وانطلاقاً مما سبق يتضح لنا أن للقرآن الكريم شأنًا عظيمًا، في التخفيف من المشكلات النفسية، التي عجز العلم الحديث عن حلها، رغم ما توصلوا إليه من تقدم في مجال الطب النفسي، إلا أن خبرتهم في علاج القلق والتوتر النفسي لا تزال محدودة. [1] ص 338.

وقد اختيرت هذه الدراسة لتأكيد الدراسات السابقة، وإظهار مدى إمكانية تطبيقها في الجزائر، وبناء على ذلك فقد تمحورت تساؤلات الدراسة حول ما يلي:

- ما مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن، في خفض درجة القلق، لدى فئة الشباب من 20-35 سنة؟
- هل تنخفض درجة القلق، بالمداومة على قراءة القرآن؟ وإلى أي مدى تنخفض هذه الدرجة من خلال المقياس المعد لقياس درجة القلق؟

### 3.1. الفرضيات

#### 1.3.1. الفرضية الأساسية

- قراءة القرآن تخفض درجة القلق عند الشباب.

#### 2.3.1. الفرضيات الجزئية

- تنخفض درجة القلق عند الشباب، كلما كان مداوماً على قراءة القرآن.
- توجد فروق في درجات القلق، بين الذكور والإناث نتيجة لمستوى أثر تطبيق البرنامج العلاجي.

### 4.1. أهمية الدراسة

نحاول من خلال هذه الدراسة، التأكيد على أهمية قراءة القرآن، في تحقيق التوازن النفسي لما لها من قدرة شفاءية ووقائية فعالة، والتطرق للجانب الروحي، باعتباره عنصر له وزنه حين نكون بصدد البحث عن سبل فعالة في الحد من اضطراب القلق.

التطرق لموضوع القلق باعتباره ظاهرة شائعة، تهدد الصحة النفسية للفرد، وإيجاد علاج وحل له في وقت قصير، مقارنة بالعلاجات النفسية الأخرى التي تستغرق وقتاً وزمناً أطول.

أهمية التكامل بين القرآن الكريم والعلاج النفسي، وإيجاد العلاقة بينهما، في مجال العلاج.

### 5.1. أهداف الدراسة

إظهار التلاحم والانسجام، بين ما جاء به ديننا الحنيف، من تعاليم وسبل وقائية وعلاجية وبين ما توصل إليه العلم الحديث، في مجال علم النفس والصحة النفسية.

التأكيد على أنه ليس هناك تناقض بين العلم والدين كما يعتقد البعض، وعلى الباحثين المسلمين نفي وجود هذا التناقض، من خلال بناء وإقامة الحجج والبراهين المقنعة بالشكل العلمي الموضوعي، عن طريق التجريب واستعمال الاختبارات والوسائل العلمية المناسبة لذلك.

إثراء الساحة العلمية بهذا العمل المتواضع، نظرا لنقص البحوث التي تناولت هذا الموضوع.

رفع درجة وعي الأفراد بأهمية القرآن في تحقيق التوازن النفسي والراحة النفسية، والحد من اضطراب القلق.

التأكيد على أن دور القرآن الكريم في الاهتمام بصحة الإنسان، لا تقل أهمية عن اهتمامه بتوجيه وتعديل سلوك الأفراد.

### 6.1. تحديد المفاهيم

لا يمكن الشروع في دراسة أي موضوع، دون تحديد واضح ودقيق لمفهوم المتغيرات الأساسية للبحث، حتى تكون محددة تحديدا واضحا، لذا يجب بادئ ذي بدء ضبط مفاهيم متغيرات هذه الدراسة.

#### 1.6.1. القلق

##### 1.1.6.1. المعنى اللغوي

القلق مشتق من فعل قَلَقَ، يقلق، قلقا أي اضطرب وانزعج. ويعرف حسب سيلامي (Sillamy) أنه ترجمة لكلمة Angoise التي أخذت من اللاتينية Angor المشتقة من Angustia وتعني المكان الضيق. [22] ص 37 .

ورد في تهذيب اللغة للأزهري: القلق، أن لا يستقر الشيء في مكان واحد، وقد أقلقته، فقلق، وأورد القلقان والقلقل نبت لثمر له أكمام، إذا يبست تقلقل حبها في جوفها عند تحريك الرياح أياها.

أقلق الشيء من مكانه، وقلقه، أي حركه، وتحريك الشيء من مكان إلى آخر يعني عدم استقراره في مكان واحد، ويثبت هذا المعنى حديث علي بن أبي طالب كرم الله وجهه إذ يقول: (أقلقو السيف في الغمد)، أي حركوها قبل أن تحتاجوا إليها. [23] ص 21، 22.

#### 2.1.6.1. المعنى الاصطلاحي

القلق هو إحساس بألم عميق ومدمر، وانشغال البال بترقب خطر مهدد ومجهول المصدر، بينما يبقى الفرد عاجزا على مواجهته، فعندما يجبر الفرد على خلق شروط جديدة للتكيف، يجد نفسه في مواجهة القلق. [22].

#### 3.1.6.1. المعنى الإجرائي لدرجة القلق

هي دراسة وتحليل فروق درجات القلق، حسب ما يقيسه مقياس القلق لسبيلبرجر، والمقارنة بين هذه الفروق.

#### 2.6.1. القرآن

#### 1.2.6.1. المعنى اللغوي

معنى لفظ القرآن هو مرادف بمعنى القرآن، ذلك أن "قرأ" تعني بمعنى "جمع" والقرآن يضم الحروف والكلمات بعضها إلى بعض في الترتيل، والقرآن في الأصل كالقراءة مصدره قرأ قراءة، قرأنا، قال تعالى: «إنا علينا جمعه وقرآنه». (القيامة الآية 17)، أي قراءته، قال ابن عباس رضي الله عنه: " فإذا بيناه لك بالقراءة، فاعمل بالذي بيناه لك... " ومعنى قرأت القرآن، لفضت به مجموعا أي لقيته.

القرآن مصدر مرادف للقراءة: قرأ، قراءة، قرآن، على وزن فعلان بالضم كالغفران والكفران. [24] ص 128.

#### 2.2.6.1. المعنى الاصطلاحي

هو كلام الله المعجز المنزل على خاتم الأنبياء والمرسلين، بواسطة الأمين جبريل عليه السلام، المكتوب في المصاحف، المحفوظ في الصدور، المنقول بالتواتر المتعبد بتلاوته، المبدوء بسورة الفاتحة والمختوم بسورة الناس.



### 3.6.1. قراءة القرآن

#### 1.3.6.1. المعنى الاصطلاحي

هي قراءة القرآن وفقا لأحكام الترتيل، التي أقرها العلماء كالمدة، الإدغام، الوقف التتوين وغيرها.... [25] ص 11، 13.

#### 2.3.6.1. المعنى الاجرائي

هي ترديد وتكرار كلمات القرآن، مع تركيز ذهني يوقظ المشاعر، ويحرك القلب، ويساعد على إيقاف الأفكار والتصورات المشبوهة والانهازامية المسببة للقلق.

### 4.6.1. العلاج القرآني

#### 1.4.6.1. المعنى الإصطلاحي

هو عبارة عن تزويد ملك الروح الموجود داخل كل نفس إنسانية، بالطاقة النورانية المشعة اللازمة لإنعاشه، عن طريق الاستماع أو قراءة آيات منتخبة من القرآن الكريم، لشحن النفس بالقوة اللازمة، لإضعاف قرين السوء الموجود داخل كل نفس. [26].

#### 2.4.6.1. المعنى الإجرائي للعلاج القرآني

هو وضع خطة علاجية بقراءة القرآن، واختيار سور مناسبة وتكرار قراءتها، بهدف التخفيف من درجة القلق.

### 5.6.1. مرحلة الشباب

#### 1.5.6.1. المعنى اللغوي

كلمة شباب مشتقة من الفعل شب، والجمع شبان أو شببية والمؤنث منه شابة، والجمع شابات، وتسمى فئة الشباب من 21 إلى 35 مرحلة الشباب البالغ.

#### 2.5.6.1. المعنى الإصطلاحي

مرحلة الشباب هي مرحلة من مراحل النمو الإنساني، لها ثقافتها الخاصة التي تعبر عن مجموعة من القيم والاتجاهات والآراء وأنماط السلوك، التي تحظى بالموافقة والقبول من تلك الفئة العمرية.

### 6.6.1. خصائص فئة الشباب

من 21-35 سنة تسمى مرحلة الشباب البالغ، وتتميز هذه المرحلة العمرية، أنها تتجلى فيها معالم الإعداد والعطاء، وعلامات النضج العقلي والنفسي والاجتماعي بصورة واضحة، وهي غالبا ما تكون

قادرة، على تحديد المواقف الحياتية المختلفة، الاجتماعية، والثقافية، والفكرية، والاقتصادية،  
والسياسية. [27] ص 37.

## الفصل 2

### القلق

#### تمهيد

يعد القلق حالة مرتبطة بالوجود الإنساني، فهو قديم قدم الإنسانية، لأن الإنسان الذي عاش في عصور ما قبل التاريخ لم تكن حياته خالية من مصادر القلق، فهو ضروري لحياة الإنسان ولتكيفه مع ما يعترضه من أخطار في حياته، ما لم تتعدى تأثيراته الجانب الإيجابي فيه، ويعد اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات النفسية القابلة للشفاء، وذلك بمعرفة الأسباب المؤدية إلى حالة القلق عند الفرد، فقد تكون أسبابه نفسية او اجتماعية أو وراثية وقد تكون أسبابه روحية، وهو يعد ظاهرة نفسية تتميز بوجود توتر داخلي، مع الإحساس بعدم الراحة والاطمئنان وعدم الاستقرار، بالإضافة إلى ظهور أعراض جسدية ونفسية مختلفة والقلق كما هو معلوم عند النفسانيين، يمكن أن يكون عرضاً من الأعراض في مرض معين كما يمكن أن يكون مرضاً قائماً بذاته، ومن هذا المنطلق يمكن التساؤل عن معنى القلق؟ وما هي الأسباب المؤدية إلى ظهوره؟ وفيما تتمثل أعراضه، هذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

#### 1.2. تعريف القلق

هناك عدة تعريف لعدة باحثين نفسانيين، فكل يعرفه حسب وجهة نظره ومن التعاريف التي انتقيتها نجد:  
 - تعريف أجوريا قورا Ajurria Guerra: حيث يرى أن القلق جزء من الوجود الإنساني يتمثل في الإحساس بخطر قادم ومنتظر، يجعل صاحبه في حيرة عميقة. [28] ص 687 .  
 أما كيلي Kelly وحسب نظرية بناء الشخصية، فيرى أن الإنسان بناء منظم لمعارفه، وهذا التنظيم يمكن أن يزوده بمفاهيم جديدة، بمجرد أن يتفاعل الفرد مع المحيط حيث يتكيف مع مواقف جديدة،

وهنا يعدل بناءاته الجديدة، والقلق يكون في مركز هذه العمليات التكيفية حيث يعتبر كنتاج انفعالي للبنىات المعرفية غير المناسبة لمواجهة الفرد لمحيطه.

فالقلق حسب هذه الأخيرة، نتاج التفاعل بين تقييم المواقف وتقييم القدرات الممكنة لمعالجة هذه المواقف والاستجابة لها، والبنية المعرفية الصعبة التغيير بالنسبة للفرد، قد تجعله أكثر انفعالا، لينال منه القلق لما يتطلبه من قوة للتكيف. [29] ص 22 .

كما يرى Sarvant، أن القلق هو عبارة عن تغيرات متنوعة غير متجانسة، فهو ذو أصول عديدة ومصادر كثيرة ومتنوعة، فعلى المستوى العيادي يعتبر القلق انحرافا ناتجا عن اضطرابات مختلفة ومتنوعة، تؤدي بنا إلى رد فعل اجتماعي بأشكال مختلفة. [30] ص 3 .

أما فرويد فيعرف القلق على أنه حالة الخوف الغامض الشديد، الذي يمتلك الفرد ويسبب له الكثير من الانقباض والضيق والألم، فهو عبارة عن رد فعل لخطر فقدان الموضوع، ويقصد فرويد بالاستجابات الانفعالية، التي يبديها الشخص بصورة لا شعورية، من أجل الدفاع عن ذاته من الخطر المبهم المتوقع، دون أن يعرف له أساسا واضحا، ويمكن أن يظهر الحزن كاستجابة أو أحد ردود الفعل لفقدان الموضوع [31] ص13.

أما حسب تعريف حنان العناني: القلق هو إشارة إنذار بكارثة توشك أن تقع، أو إحساس بالضيق، في موقف شديد الدافعية، مع عدم القدرة على التركيز، والعجز للوصول إلى حل مثمر، هذا بالإضافة إلى ما يرافق ذلك من مظاهر الاضطراب البدني. [32] ص108.

كما نجد تعريف عبد الفتاح دويدار: الذي يعرف القلق على انه حالة داخلية مؤلمة، من العصبية والتوتر والشعور بالرغبة، ويكون مصحوب بإحساسات جسمانية مختلفة، مثل سرعة دقات القلب، الخفقان، العرق، الارتعاش، اضطراب المعدة، الشعور بالاختناق لمزيد من الهواء في الرئتين. [33] ص30.

ويذهب في هذا الصدد عبد السلام زهران في تعريفه للقلق، على أنه حالة خوف غامض غير محدد، مصحوب بالتوتر والضيق والتأهب وتوقع الأذى، وعدم الاستقرار العام، يعوق الفرد عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطربا، ويصاحب القلق أعراض نفسية وجسمية، وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضا قائما بذاته هو عصاب القلق. [34] ص150.

هناك تعريف آخر لسليمان: الذي يعتبر مصدر القلق هو الفشل في العلاقات الإنسانية فالأطفال الذين يعانون الحرمان، في علاقاتهم مع الأهل والأشخاص المهمين في حياتهم معرضون للقلق أكثر من غيرهم. [35] ص64.

أما المعجم السيكولوجي فيشير: إلى أن القلق هو حالة انفعالية ثابتة، تتشكل لدى الفرد نتيجة لعدم قدرته على التكيف والاستقرار مع توقع الخطر. [22] ص 38.

من خلال ما سبق نستنتج، أن جل الباحثين يتفقون على أن القلق ظاهرة نفسية جسدية تعود في الأساس، إلى ما عايشه الفرد خلال حياته.

من هذه التعاريف التي تم تقديمها عن القلق، بهدف إعطاء نظرة دقيقة عن هذا الاضطراب، الذي يشكل متغيراً أساسياً في دراستنا هذه، حاولنا توضيح الفرق بين القلق الناتج عن سبب ظاهر ومباشر، وبين القلق الذي تكون أسبابه غامضة مبهمة، يحملها الكائن وهذا ما يسمى في علم النفس العيادي بقلق السمّة، وقلق الحالة وبالتالي سوف نتطرق في النقطة الموالية لأشكال القلق.

## 2.2. أشكال القلق

### 1.2.2. القلق حالة

يعرفه سبيلبرجر SPIELBERGER، بأنه حالة انفعالية عارضة أو عابرة للكائن البشري، لا تتسم بالمشاعر الموضوعية التي يحبها الفرد، ويسودها التوتر والخوف، من شيء مرتقب وارتفاع نشاط الجهاز العصبي الإرادي، كما تختلف حالة القلق في الشدة والتذبذب عبر الوقت. [36] ص 10.

تبعث حالة القلق إلى الوصف العيادي للنوبة، وهي عبارة عن وصف بعيد كل البعد عن الحالة الداخلية للفرد، وهذا ما ذهب إليه بعض الباحثين.

كما تعتبر حالة القلق أيضاً حالة انفعالية مؤقتة، تنشط في مواقف الضغط والشدة التي يدركها الفرد كمواقف مهددة لذاته، وتنخفض أو تختفي هذه الحالة بقدر زوال مصدر التهديد.

وقد بين كل من كاتل KATEL وسكينر SKINER 1958: بأن قلق حالة هي نوع من الانفعال الواضح وغير المريح، لمواقف معينة تبقى مدة قصيرة وبشكل حاد، وتبدو أكثر قوة من قلق السمّة [37] ص 214.

### 2.2.2. القلق سمّة

يتفق كل من كاتل KATEL و سبيلبرجر SPILBERGER على أن سمة القلق، تشير إلى الفروق الفردية المستقرة الثابتة، وتمييز الأفراد في الميل إلى الاستجابة للمواقف التي يدركونها على أنها مهددة، وسمة القلق تجعل الفرد ميالا بأن يدرك مدى كبيرا من المواقف أو الظروف غير المهددة موضوعيا على أنها مهددة، فيستجيب لها بردود أفعال غير ملائمة في شدتها، لحجم الخطر أو التهديد الموضوعي. [36] ص10.

كما اتفق كذلك كل من كاتل KATEL و سكينر 1958 SKINER بأن القلق سمة حالة مرضية مزمنة تبقى بصورة مدة طويلة. [37] ص214.

يشير قلق السمة إلى استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد، على الرغم من تميز هذا الاستعداد بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، فإن اختلاف الأفراد في إدراكهم واستعداداتهم للعالم، من حيث أنه مصدر للتهديد و الخطر، وفي أسلوبهم للاستجابة للأشياء بشكل خاص يمكن التنبؤ به، بحيث لا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، فقد تنتج عن تكرار وارتفاع شدتها على امتداد الزمن، وهناك فروق بين الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة من سمة القلق كالعصيان، بميلهم إلى إدراك العالم كونه خطرا يهدد حياتهم، وذلك على العكس من الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في هذه السمة.

وقد أكد كل من كاستانيدا KASTANIDA وماك كاند بالرمو MAKKAND PALRMOU 1987، أن القلق كسمة مميزة من مميزات الشخصية، فهو استعداد ثابت نسبيا في الفرد نتيجة خبرة متعلقة في مواقف سابقة، بحيث يمكن إثارتها بمؤثرات داخلية، أي من داخل الفرد أو خارجية من خارج الفرد. كما تبعت سمة القلق كذلك إلى الميل الأصلي المعتاد للفرد، والذي يظهر دوما قلقا، كما تدل هذه السمة على الشخصية القلقة مثل: عدم الاستقرار الانفعالي، الكدر النفسي، توقع المفاجآت والكوارث، وكذا تضخم الأمور البسيطة.

فهي عنصر أساسي في معرفة الفروق النسبية في المقابلة للقلق، لأنها ترجع إلى اختلافات بين الناس، وهذا بسبب نظرتهم للعالم المملوء بالعديد من المواقف المثيرة، التي تدرك كشيء خطر أو مهدد، كما أنها تعني الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات لحالة من القلق. [38] ص 71.

ووفقا لنظرية سبيلبرجر SPIELBERGER لحالة وسمة القلق، يمكن الاستدلال على ثبات مقياس حالة وسمة القلق، بالكشف عن استقرار كل منهما على مدى فترات زمنية طويلة.

ولكن في فصلنا هذا لا تقتصر دراستنا على أشكال القلق، وإنما يجب أن نتطرق إلى أنواع القلق بما فيها من إضافات.

### 3.2. أنواع القلق

ميز الباحثون بين عدة أنواع من القلق هي:

#### 1.3.2. القلق الموضوعي (العادي)

هو قلق مؤقت تسببه مواقف معينة، تصدر من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية في الزمان والمكان، ينتج عن أسباب خارجية معقولة مثل الخوف من حيوان. [39] ص 86.

وهو ذو وظائف حيوية هامة، يمكن للإنسان استغلالها، فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا فتزيده القوة والتركيز والتميز واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، فهو يلعب دور الفاعلية نحو السلوك الهادف، وكذلك دور إشارة توجيه الفرد إلى إدراك التهديدات بحساسية شديدة وتنبيهه للقيام بعمل توافقي. [40] ص 397.

أما فرويد فيرى بأنه تجربة انفعالية مؤلمة، تنجم عن إدراك لخطر قانون العالم الخارجي وهذا النوع من الخوف معقول، لأن الإنسان عادة يخاف من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته، إن القلق الموضوعي عند فرويد لا يعدو أن يكون خوفاً، ويزول بزوال مصدره ويطلق عليه مصطلحات عديدة مثل القلق الواقعي، القلق الصحيح، القلق السوي.

#### 2.3.2. القلق الخلقى أو الذاتي

يحدث نتيجة الصراع الداخلي، فهو ناتج عن الضمير الشخصي، وخوفه منه عند قيامه بسلوكات تخالف عادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه.

أما فرويد فيرى بأن مصدر التهديد في القلق الخلقى، القائم في ضمير الأنا الأعلى، فالإنسان يخاف من أن يعاقبه الضمير، على فعل أي شيء يتعارض مع معايير الأنا المثالي، فالقلق الأخلاقي يمارس في صورة إحساسات بالدونية أو الخجل، وهنا يحدث صراع باطني بحت ويسمى كذلك بالقلق الاجتماعي. [41] ص 76.

#### 3.3.2. القلق العصابي (المرضي)

هو داخلي المصدر، مبهم أسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة، ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، ونقول بأن القلق المرضي، إذا تعدى سنة أشهر بأنه قلق مزمن مشلول الوظائف، يمكن أن

ينتهي بالفرد إلى إلحاق الضرر بالنشاطات اليومية، وإثارة المتاعب العائلية، المهنية، الزوجية.[42] ص 02 .

أما فرويد فيعرفه بأنه قلق مزمن، لا يكون الخوف فيه ذاتيا فقط، بل يكون لا شعوريا مكبوتا، وهو رد فعل لخطر غريزي داخلي.[31] ص 14.

#### 4.2. درجة انتشار القلق

يعتبر القلق من أكثر الأمراض شيوعا في العالم بأجمعه، وقد وجد عكاشة أن حوالي 20% من جميع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى عين شمس يعانون من القلق النفسي، وهي أعلى نسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية، ويقال أن ربع سكان الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من استجابات القلق التي تحتاج للعلاج.[43] ص 40.

وحسب الإحصائيات المستقاة من الدراسات الميدانية فإن ما يعادل 10 الى 16 % من السكان يعانون من القلق، وهذه النسبة بالطبع تختلف من بلد إلى آخر، كذلك تختلف معدلات القلق باختلاف الجنس، العمر، التعليم، المهنة، الحالة الاجتماعية، الوضع الاقتصادي الظروف السكنية، كذلك باختلاف الأحوال السياسية، المناخية، الاجتماعية، كما وجد في العيادات النفسية أن القلق المصاحب للاكتئاب، تصل نسبته من 17-24% من مجموع الحالات، وهذا الرقم يشير إلى أن نسبة كبيرة ممن يعانون من القلق، يجمعون عن الذهاب للعيادات النفسية، وبما أن مرض القلق نادرا ما يتطلب علاجا داخليا في المستشفيات، فإن معدل الإصابة بمرض القلق وسط نزلاء المستشفيات النفسية، يقل عن 05% وحتى هؤلاء فإن أغلبهم لا ينتظرون في المستشفى لمدة طويلة، مما يقلل أيضا من معدل شغلهم لأسرة المستشفيات النفسية لأقل من 01%.

وحسب الإحصائيات الحديثة أن 10-15% ممن يعانون من القلق، يعالجون عند الطبيب العام وأن شريحة عريضة من المرضى، ممن يعانون من مشاكل القلق عولجت من طرف النفسانيين، كما أن هناك شريحة أخرى ممن يعانون من القلق يتألمون ولا يستطيعون اجتياز المدخل الطبي، وأن هناك حوالي 7,5% من الأشخاص الذين يستطيعون اجتياز المدخل الطبي.

كما أنه يصعب على الطبيب المختص التعرف على خلفية الأمراض التي تخفي القلق وراءها، وقد قدر "جولد بيرج ووليامز" عام 1988، أن هذه الحالة تصل إلى 35-40% في مجموع ما يقابل ممارس الطب العام، ووجد شوليرج وآخرون عام 1986 أن ما بين 50 إلى 80%، من هذه الحالات تخدع مظهرها العضوي الممارس العام فيعجز عن اكتشاف منشئها.[39] ص 91، 92.



## 5.2. مستويات القلق

هناك ثلاث مستويات للقلق:

### 1.5.2. المستوى الأول

يطلق عليه أسماء من نوع الهم أو الضيق أو العصبية، وهو عبارة عن حالات بسيطة من القلق كثيرا ما تظهر في حياتنا اليومية ولا يخلو منها أي إنسان، وفي هذا المستوى تحدث بعض التغيرات الداخلية، مثل اضطراب وظيفة الجهاز العصبي الذاتي الذي يتحكم في العمليات غير الإرادية، التي يقوم بها الجسم (مثل ضربات القلب)، كما يتم إفراز هرمونات تنتقل إلى الدورة الدموية، وتصل إلى مختلف أجهزة الجسم فتؤثر فيها، مثل مادة الأدرينالين وفي هذه الأثناء يشعر الشخص بإحساس داخلي مزعج، وإدراك حسي غير مرغوب، لكن لا تبدو عليه مظاهر القلق. [19] ص 29.

### 2.5.2. المستوى الثاني

يكون نتيجة لتأثير الانفعال على أعضاء الجسم الداخلية، التي تضطرب بصورة ملحوظة فيظهر على الوجه الشحوب ويصعب التنفس، وتزيد ضربات القلب وتكون بعض هذه الأعراض بداية للمستوى الثالث والأخير.

### 3.5.2. المستوى الثالث

في هذا المستوى تدخل الأمور في دائرة الوعي، فيدرك الشخص حقيقة ما يعانيه من اضطراب، حيث تسيطر عليه مشاعر القلق، وتسبب له الكثير من الانزعاج والقلق والخوف تكون مظاهر هذه الحالة واضحة للآخرين، في هذه المرحلة وهذا ما يسمى القلق العصابي وهو حالة خاصة يعانيها المرضى النفسانيين، وتشكل عرضا بارزا من أعراض حالتهم الشاذة وهي تتطلب العلاج. [44] ص 99.

## 6.2. أسباب القلق

إن الانتشار الواسع للقلق أصبح يشكل ظاهرة ملموسة في كل المجتمعات، حيث أنه يصيب جميع الطبقات والفئات صغارا وكبارا، رجالا ونساء، الأغنياء منهم والفقراء، مما يدل على أن أسباب القلق متنوعة، وفيما يلي سنحاول عرض أهمها:

## 1.6.2. الأسباب النفسية

ينشأ القلق العصابي عن تنازع الغرائز القوية من غريزتي الجنس والعدوانية، نحو التحقق وعجز الفرد عن كبحهما، لأن المجتمع يمنعه من إشباع هذه الغرائز، إذ يحدد أنواعا من العقوبات المادية والمعنوية، للمحافظة على مستويات مقبولة من السلوك.

بالنسبة للمدرسة التحليلية، فالقلق يمثل الصراع اللاشعوري، بين قوى الغرائز وسلطة الضمير، وتؤكد مدرسة فرويد أن استجابة القلق لها علاقة بالنضج والتربية الجنسية في الطفولة، والفشل في الحياة الجنسية عند البلوغ، فهو يرى أن هناك علاقة بين القلق والتهيج الجنسي، أما رانك فأرجع القلق إلى صدمة الميلاد، كما أرجعت هورني القلق إلى ثلاثة عناصر تمثلت في الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة، ويرى السلوكيون أن القلق يمثل الإجماع الشرطي بين منبه واستجابة، وكذلك بالنسبة للمدرسة المعرفية القلق يتمثل في تقييم الوضعية وكأنها مهددة، أي المبالغة في تصور الأخطار. [45] ص 183 .

ومن مسببات القلق كذلك، أن يبني الفرد معتقدات متناقضة أو مخالفة للسلوك الظاهري، كأن يظهر الإيمان والتمسك بالأخلاق والتقاليد، فيعتقد فيه الناس الخير والصلاح، وإذا خلا إلى نفسه أطلق العنان لنزواته وارتكب ما يخالف هذا السلوك، وكأنه شطر نفسه شطرين شطر يعرض لمخادعة الناس، وآخر يمثل حياته السرية الحقيقية، وهذه القوة التي تفصل بين ظاهره وباطنه، هي التي تكون مصدر للقلق الأخلاقي. [35] ص 15.

كما أن الإنسان معرض في سن اليأس ومشارف الشيخوخة للقلق، عندما يشعر الإنسان بالوحدة والعزلة، وعندما تشعر المرأة بانحدار جمالها وضمور أنوثتها، كذلك فقدان الفرد الأمن والاطمئنان، تكون الاستجابة للقلق في مرحلة الطفولة بحوادثها وتعليقاتها الوجدانية بالأم والأب والأسرة.

## 2.6.2. الأسباب البيولوجية

ترجع الاضطرابات الخاصة بالقلق إلى الموصلات العصبية خاصة السيروتونين *Sérotonine* ونقص *GABA* فالاختلال في الأول يؤدي إلى الوسواس القهري والثاني يرتبط بكل اضطرابات القلق، كذلك هناك تبدل في الاستجابة لهرمون النمو عند التنشيط بواسطة الكونتينين ونقص في هرمون البرولاكتين، وهرمون منشط الغدة الدرقية ثيروكسين *Thyroxine*، كذلك استنشاق  $CO_2$  لدى الأشخاص ذوي القابلية، بحيث يحدث القلق رغم أن الآلية في ذلك غير معروفة لأن  $CO_2$  يزيد من نشاط الموقع الأزرق.

حقن اكتئاب الصوديوم يحدث نوبات الهلع، (القلق في 70% من المرضى 59% من الأسوياء، حيث أنها تحدث زيادة غير طبيعية من النورادباليين للمرضى بالتمارين الرياضية.[46] ص20.

### 3.6.2. الأسباب الوراثية

اتضح دور الوراثة في استعداد وقابلية الأفراد للإصابة بالقلق، فالدراسات أثبتت أن هناك 17% من أقارب الدرجة الأولى لمريض القلق لديهم حالات متشابهة، وقد أظهرت دراسات التوائم والأسر أن العوامل الجينية، يمكن أن تساهم في العديد من الاضطرابات كالفوبيا البسيطة والهلع والوسواس القهري، وأنه إذا أصيب أحد التوائم المتطابقة باضطراب القلق فاحتمال إصابة الثاني تصل إلى 80%، ومن دراسة التوائم وهي بعيدة عن بعضها البعض تبين، أنها لا تزال قلقة على الرغم من تباين البيئة بينهما، أي أنه توجد جملة من العوامل الوراثية المتنوعة، تتدخل في تهيئة الفرد ليصبح قلقاً.

### 4.6.2. الأسباب العضوية

يكون القلق نتيجة لبعض الأمراض العضوية، التي تسبب تغيرات في مركبات الجسم وأجهزته، ومن بين الأمراض المؤثرة في عقلية وسلوك الفرد نجد الصدمات الرأسية، التهاب السحايا، الحمى المرتفعة، المخدرات والأمراض المزمنة، مثل الربو، السكري، السرطان. فالقلق إذن مرتبط بالمشاكل الصحية، لأنها تقلل من قدرات الفرد الدفاعية، وتقيّد حركته وتجعله يفقد الأمان والرضا عن النفس والسرور، وكذلك الدخول في علاقة حوار متبادل وخصب مع الآخرين، بل نجده منعزل يقيم سياجا بينه وبين الآخرين.[39] ص89.

### 5.6.2. الأسباب التربوية(الثقافية)

#### 1.5.6.2. المحيط الثقافي

إن المحيط الثقافي يتدخل في عملية نضج وبناء اتجاه الشخصية الإنسانية، وأن أغلب الأمراض النفسية موجودة في كل الثقافات، إلا أنها تختلف من ثقافة لأخرى.

#### 2.5.6.2. التعليم

هناك علاقة بين طبيعة التعليم وتخصصه وبين القلق، أي أن الإنسان إذا تخصص في دراسة تخصص لا يحبه يحدث له القلق، كذلك كلما حصل الفرد على أكبر قدر من التعليم كلما زاد القلق عنده.

### 3.5.6.2 طبيعة التربية :

كل طفل ينشأ في أسرة ويتعرض لنمط معين من أنماط التربية، ينعكس فيما بعد على شخصيته ونظيرته للآخرين، فشخصية الإنسان تحدد في السنوات الأولى من طفولته، وفقا لنمط التربية السائدة والعلاقة بينه وبين الوالدين والأسرة، وإذا كان هناك إشباع أو عدم إشباع لرغباته، وتعرضه لخبرات طفولية صادمة وغيرها....[39].

### 6.6.2. العوامل الاجتماعية:

يتعرض الإنسان في حياته إلى بعض الأحداث والضغوط، التي تحدث له القلق ومن بين هذه الأحداث نجد:

### 1.6.6.2 الضغوط الأسرية:

- مثل وجود تصدعات في الأسرة، المشاحنات المستمرة والطلاق بين الزوجين.
- موت أو مرض شخص مهم في حياة الفرد يعرضه للقلق.

### 2.6.6.2 ضغوط خاصة بالأصدقاء:

- الفشل في اختيار صديق ، أو خيانتته له تخلق حالة من القلق والتوتر.

### 3.6.6.2 ضغوط خاصة بالعمل:

- عدم الاستقرار في العمل، التهديد بالفصل، الانتقال من موقع إلى موقع جديد.

### 4.6.6.2 ضغوط مالية:

- مثل قلة الراتب العائد من العمل، عدم الحصول على الحقوق المالية والتقديرية في عمله.[42] ص 5 .

### 5.6.6.2 عامل السن:

وجد أن للسن علاقة بالقلق، أي أن القلق يزيد من عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة كذلك المسنين، فيظهر القلق عند الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين، يكون في هيئة خوف من الظلام والغرباء والحيوانات، علما بأن طبيعة القلق تختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى، فقلق المراهق يختلف عن قلق الراشد، وقلق الراشد يختلف عن المسن.[42] .

## 7.6.2. أسباب القلق في رأي الدين الإسلامي:

من الأسباب الرئيسية للقلق، من وجهة نظر الدين ما يلي:

### 1.7.6.2. الذنوب:

هي مخالفة الشرع واتباع هوى النفس الأمارة بالسوء، وتعتبر الذنوب والخطايا واقتراف الآثام وارتكاب المعاصي للقلب كالسموم، إن لم تهلكه أضعفته قال تعالى: "إن الذين يكسبون الإثم سيجزون بما كانوا يقترفون" (الأنعام 120).

### 2.7.6.2. الظلال:

إن الظلال عن سبيل الله والكفر والإلحاد، والبعد عن الدين ومعصية الله وعدم ممارسة العبادات، وتشويش المفاهيم الدينية، يؤدي إلى اضطراب السلوك قال تعالى: "إنا أنزلنا عليك الكتاب للناس بالحق فمن اهتدى فإنما يهتدي لنفسه، ومن ضل فإنما يضل عليها وما أنت عليهم بوكيل" (الزمر 41)، وقوله تعالى: "ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا و نحشره يوم القيامة أعمى" (طه 124). [40] ص 322، 323.

### 3.7.6.2. الصراع:

وأخطر الصراعات لدى الإنسان، هي الصراع بين قوى الخير وقوى الشر، وبين الحلال والحرام، وبين الجانب الملوكي والجانب الحيواني في الإنسان، أي أن الصراع قد ينشأ بين النفس اللوامة وبين النفس الأمارة بالسوء، فيتأثر بذلك اطمئنان النفس المطمئنة ويجلبها إلى نفس مضطربة، ونحن نعرف أن الصراع إذا استحكم صرع الإنسان، وأدى إلى القلق الذي يؤرقه ويخيفه، والصراع بين الخير والشر عند الإنسان دائم ومستمر، والقلب إذا كان ضعيفا والفرد شهوانيا، والحظ قليلا من التوكل والتوحيد انتصر الشر على الخير، وحين ينتصر الشر على الخير تتسلط الوسوس، و يقابل الفرد صراعات نتيجة للفرق بين القيم المتعلمة والقيم الفعلية، والفرق بين المثل التي يتبناها الفرد وبين الواقع الفعلي.

الضعف الأخلاقي والانحراف السلوكي الذي يؤدي إلى أمراض نفسية، كذلك هناك أسباب أخرى هي الأنانية وإيثار الحياة والتكالب عليها، واتباع الغرائز والشهوات والتبرج والإغراء، والغيرة والحقد والحسد، أي حسد الناس على ما آتاهم الله من فضله والشك والارتياب. [40].

## 7.2. آثار القلق:

### 1.7.2. الآثار الإيجابية للقلق

يمكن أن ننظر للقلق على أنه يؤدي وظائف مفيدة في الظروف الثانوية، فهو ينشط الكائن الحي ويكون بمثابة جهاز إنذار مبكر، يساعد الفرد على التكيف مع البيئة، بالإضافة لذلك فإنه يعمل على وقاية الفرد من الوقوع في الهلاك، في حين أن هناك حالات أخرى يعمل القلق فيها على زيادة حساسية الفرد للمنبهات، والتي تسمى بالدفاع الإدراكي، كما أن له أثر في تسيير التعليم والأداء، وبالتالي فهو عبارة عن إشعاع، إذا تم ضبطه وتوجيهه. [31] ص 29.

### 2.7.2. الآثار السلبية للقلق

إذا ترك القلق من غير قيد فإنه يحدث طائفة متنوعة من النشاط العشوائي، غير المعقول وغير الموجه، كما أن القلق الشديد يمثل عقبة في تعلم الأعمال المعقدة، حيث تكون الاستجابات غير الصحيحة سائدة، ويفقد الفرد جانب من المعقولية في حل المشكلات، ويشعر الفرد الذي استولى عليه القلق بأنه فشل في جانب كبير من حياته، ولو أن الواقع يشهد له بعكس ذلك، وهذا لأن شدة القلق حطمت ثقته بنفسه، كما أن الإنسان القلق يعيش في دوامة من الشكوك تجعله يحيا في حلقة مفرغة، وتوتر منهك. [47] ص 25.

## 8.2. نظريات تفسير القلق

اختلفت الآراء باختلاف النظريات التي فسرت عصاب القلق ومصادره، وسنحاول فيما يلي التركيز على أهم التناولات النظرية من خلال عرضنا لبعض المدارس النفسية:

### 1.8.2. النظرية التحليلية

يتزعم هذه النظرية فرويد Freud فهو يفسر اضطراب القلق، على أنه نتيجة لكبت الرغبة الجنسية وإحباطها ومنعها من الإشباع، فتنحول هذه الطاقة إلى قلق ويتم هذا التحول بطريقة فيزيولوجية بحتة، لكن بعد الانتقادات التي تعرض لها فرويد في نظريته، من طرف بعض المحللين النفسانيين، مثل أوترانك Otto Rank وهندرسون Handerson لما تحمله من تناقض كونه يرى أن القلق رد فعل عام يحدث في الأنا لمواقف الكدر والخطر، وكذلك اعتقاده بأن اللبيدو الذي يرفضه الأنا يتحول مباشرة إلى قلق عصابي، وهذا ما جعل فرويد يعدل نظريته ففرق بين نوعين من القلق، القلق العصابي الذي يرجع إلى مصادر غريزية، والقلق الموضوعي الذي يصدر عن الأنا نتيجة خطر حقيقي. [31] ص 17، 19.

فقد توصل فرويد إلى أن القلق ينبع من الصراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز التي يعبر عنها بالهوى، والقوة المقابلة لها، وهي قوة المعايير الأخلاقية، والتي يعبر عنها "بالذات العليا"، وفي هذه الحالة يكون موضوع الأنا هو موضوع الخطر، فالاضطراب يسبب عجز الأنا عن التوازن بين الهوى والذات العليا، أي أن الشخص نفسه يشعر بالضعف والعجز عن التصرف السليم، والتوافق مع الواقع الخارجي، نتيجة وقوعه تحت ضغط قوتين متصارعتين هما: الذات العليا والهوى.

- أما أدلر Adler: فيرجع القلق إلى طفولة الإنسان، عند الشعور بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، وهذا القصور يكون إما عضويا أو معنويا، فالقلق حسب أدلر هو القصور العضوي، أي قصور في أحد أعضاء الجسم أما نتيجة لعدم اكتمال نموه وتوقفه، أو لعدم كفايته التشريحية والوظيفية، أما ما يعنيه بالقصور المعنوي هو عدم قدرة الطفل على تنمية قدراته نمو طبيعيا، في علاقاته مع من يحيط به، أي العجز وقلة الحيلة عندما يتعرض إلى ما يهدد شعوره بالأمن، مما يولد لديه صراع نفسي، كما يشير أدلر إلى أن نوع التربية التي تلقاها الطفل داخل أسرته أيام طفولته، لها تأثير كبير في نشأة القلق ومحاولة التعويض. [23] ص 158.

### 1.1.8.2. نظرية كارن هورني Karn Horney

ترى بأن القلق هو العلاقة المتبادلة بين الطفل وبيئته، فعندما تقف هذه البيئة حائلا دون تحقيق أهدافه، يرى نفسه عدواني وغير عادل وغير متقبل، وهو ما يشعره بفقدان الثقة والعجز أمامها، وهنا يبدأ القلق، وترى بأن العقبة ليست في وجود العوائق، بل يكفي بمجرد الاعتقاد بها نتيجة انصراف الكبار إلى مشكلاتهم وقلقهم، مما يبعدهم عن تقديم الدفاء العاطفي الحقيقي له، والاعتناء به وتشجيعه على الرغم من حبهم له. [48] ص 206.

### 2.1.8.2. نظرية أوتورانك Otto Rank

يذهب إلى أن الانفصال عن الأم خلال صدمة الميلاد وما يصاحبها من آلم، هو النموذج الأول لكل القلق القادم، واعتبار صدمة الفطام وعقدة الخصاء بمثابة صدى لقلق الميلاد، عبر سلسلة طويلة من التجارب الصدمية، فصدمة الميلاد هي المصدر الأول للقلق الذي يشعر به الفرد، في مقتبل العمر وذلك على أساس التهديد بأنه انفصل عن مأوى الحب والأمن والطمأنينة، ويرى أن العصابي هو إنسان اتكالي وغير ناضج انفعاليا. [49] ص 38.

### 3.1.8.2. نظرية ايريك فروم

يرى فروم أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمدا على الكبار وخاصة والديه، وهذا الاعتماد يقيد بقيود يلتزم بها حتى لا يفقد حنانهما، وبازدياد نمو الطفل يزداد تحرره واعتماده على نفسه، والذي يولد شعورا بالعجز، فالقلق يحدث له نتيجة لما يود انجازه من الأعمال وعدم اكتمال قدراته لإنجاز هذه الأعمال، وهكذا فإن الصراع ينتج عن الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة للاستقلال. [50] ص 29.

### 2.8.2. نظرية العلاقات الإنسانية لسوليفان Sullivan

يرى سوليفان أن الشخصية يمكن دراستها لأخطار حقيقية أو خيالية وهمية تهدد شعور الفرد بالأمن، ويؤكد على أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية والطبيعية، التي تشكل تهديد مباشر، أو غير مباشر لحياة الإنسان، وتؤدي إلى اضطراب علاقاته مع الآخرين، فقد تحدث ظاهرة القلق لديه، فالقلق في نظره أحد المحركات الأولية في حياة الفرد، وهو بناء وهدام في نفس الوقت، وهو حالة مؤلمة للغاية. [50] ص 22.

إذن القلق عند سوليفان هو تعرض الفرد لسوء التكيف في الحياة، و الذي يحمل بدور سوء التكيف في حياته المبكرة، يكون أكثر احتمالا للتعرض لسوء التكيف، دون أن يفهم من أن هذا الذي أمضى حياته



المبكرة في مأمّن من احباطات الطفولة، يكون في معزل عن إصابته بالقلق في المراحل المتقدمة من حياته، متى اجتمعت الشروط الأساسية لنشوئه. [23] ص 61.

### 3.8.2. المدرسة السلوكية

تستند هذه المدرسة إلى الأعمال المبكرة لبافلوف، تورانديك، اسكندر، واطسن، اعتبرت هذه المدرسة أن القلق منعكس شرطي نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة، لذا اعتبرت الرهاب منعكس شرطي مصاحب لحصول شيء أو موقف، وفي السنين الأخيرة قام أنصار المدرسة السلوكية، بالاعتماد أكثر على النظريات المعرفية لتفسير القلق العصابي، باعتباره مسبوقاً بأنماط من التفكير الخاطئ والمشوه أو السلبي، وهي تفترض أن هناك أساساً فيزيولوجياً لكل سلوك، وتؤكد على أن الاقتران الشرطي باعتباره قاعدة للتعلم. [51] ص 95.

وقد بين EYSENK بأن قدراً كبيراً من السلوك الذي يؤدي إلى مفهوم الشخصية، يمكن أن يوصف في ضوء بعدين كميين متصلين، أهمهما: الانبساط، الانطواء، الانفعالية أو العصابية في مقابل الاتزان أو السواء، وكلاهما مستقل عن الذكاء، فالمدرسة السلوكية ترجع اضطرابات القلق بصفة عامة إلى تعلم سلوكيات خاطئة، وسوء التوافق مع البيئة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

أما مورو Mourou فيرى أن توليد الصراعات والإحباطات التي تميز القلق، تنتج عن عدم قدرة الطفل على خلق نوع من الانسجام بين قيم مجتمعه واتجاهاته الأساسية. [52] ص 22 .

### 4.8.2. المدرسة المعرفية

تركز هذه النظرية على افتراضات أساسية، تقوم على كون العمليات العقلية هي الأساس الوحيد للقلق، حيث يرى أليس Ellis أن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية، يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون طرقاً واتجاهات للتفكير حول عالمهم، هي التي تسبب لهم القلق.

كما يرى بعض العلماء أن القلق شعور يأتي بعد تقدير الخطر حيث اقترح Levthal سنة 1961 ما سماه نموذج الاستجابة المتوازنة، التي تحدث من تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل، فهذه النظرية تركز على افتراضات أساسية، تقوم على كون العمليات العقلية هي التي تؤثر في سلوك الأفراد، بحيث إذا كانت التفسيرات المقدمة حول أسباب الأعمال التي يؤديها الفرد في حياته، ينجم عنه سلوكيات مختلفة وهو التصور الذي يحاول توضيح دور الإدراك والإحساس، بتشكيل انفعال ما لدى شخص معين في موقف معين،

فاختلاف الناس في إدراكهم للمواقف والأشخاص وحالاتهم النفسية، تقف وراء اختلاف تفسيراتهم وبالتالي حدوث القلق لديهم. [6] ص 145.

أما بيك Beck: فيعتبر أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات، ولذلك فأى حركة أو أصوات أو تغيرات في الوسط الذي نعيش فيه، تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر، حيث يخبر المريض أفكارا عن الخطر، وعلامات هذا الخطر مما يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية، وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة القلق، إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف، وليس الموقف الفعلي، ومن مظاهر الاضطراب الفكري المميز للمصاب بالقلق، نجده دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤلمة وإنذارات كاذبة، نقص القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة، وقد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير والتقييم تكون معاقة، ويرى بأن تعمم المنبه حيث يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق، بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تعبير سيء أن يدرك بوصفه للخطر. [53] ص 164 ، 165 .

## 5.8.2. النظرية الفيزيولوجية

من الأسباب الفيزيولوجية للقلق نشاط الجهاز الإعاشي بفرعيه الودي وغير الودي، خاصة الجهاز الودي الذي يتمركز تحت المهاد، حيث تؤدي هذه الأجهزة نشاطها من خلال هرمونات عصبية، وعندما يزداد نشاط الجهاز الودي يحدث ارتفاع في كمية الأدرينالين في الدم، وبالتالي جفاف الحلق وزيادة التنفس والرعدة، نجد كذلك تحول الغلوكوز أو زيادة دكتوروز ونسبة السكر في الدم، وأن العمليات كلها تحدث في منطقة تحت المهاد التي تعمل على التنسيق بين النشاطين الانفعالي والحشوي، فتكون هاتين المنطقتين مسؤولتين على الظواهر الجسمية للقلق.

كما أن البنى المسؤولة عن القلق هي القشرة الدماغية، الجهاز الحاضي، التشكل الشبكي والموقع الأزرق، نواة رافيي، وتحت المهاد، ففي سوية هذه البنى يتم التدخل في صيرورة وسياق استثارة القلق، وذلك عن طريق النواقل العصبية، المتمثلة في السيروتونين والنورادرينالين، الغابا GABA والنبد العصبي. [30] ص 126 ، 128.

## 1.5.8.2. نظرية لازاروس Lazarus

استعمل لازاروس مفهوم الذعر أو الفرع مع القلق والخوف والذعر، يقترب من مفهوم الرعب (Panique) وهو يمثل حالة انفعالية تحدث نتيجة لخطر واقعي مباشر، كضرب أو أذى جسدي مداهم والذعر مثل القلق، ويتصف صاحبه بالحيرة والخطرو يكون دائم الخوف من المستقبل، لكن ما يجعل الذعر يختلف عن القلق هو قصر وقت الاستجابة أثناء مواجهة خطر مداهم.

فبالنسبة للازاروس، فالشخص القلق هو الذي لديه مشاعر النقص والإحساس بعدم الأهمية. ويعتبر القلق ضمن الانفعالات، التي تنتج من جراء الإدراك الخاطئ للوضعيات، من طرف الشخص مقارنة بالأهداف التي حددها لنفسه، وهو يعرف القلق على أنه علاقة بين الفرد والمحيط الذي يتكيف معه، والذي يتجاوز قدراته ويهدد حياته الصحية والجسدية. [29] ص 16، 17.

## 9.2. أعراض القلق:

ترافق القلق اضطرابات مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض، وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعاً لشدة القلق ومن أهم هذه الأعراض نجد:

### 1.9.2. الأعراض النفسية:

- تظهر الأعراض النفسية للقلق في عدد من الأشكال هي:
- ميل الشخص إلى العصبية والتوتر العام، وعدم الاستقرار والشعور بعدم الراحة والحساسية النفسية الزائدة، وسهولة الاستثارة وعدم الاستقرار، والغضب لأتفه الأسباب وضعف واضح في العنصر الإرادي.
- الشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، والحذر الدائم.
- عدم الثقة والطمأنينة، والهروب من مواجهة الواقع، والعجز والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة.
- الخوف الشديد وتوقع الأذى، والمصائب دون وجود مبرر لذلك. [44] ص 98.
- قد ترتبط بالقلق أفكار خاصة، كتوهم المرض، والإحساس بقرب النهاية والخوف من الموت، هذا ما يؤدي به إلى شرود الذهن، وضعف الذاكرة، و عدم القدرة على العمل والانجاز، وسوء التوافق الاجتماعي والمهني.
- عدم القدرة على التركيز والانتباه لمدة طويلة.
- الإدمان والتعود النفسي على الكحول والمخدرات.
- الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.
- فقدان الشهية والأرق والأحلام والكوابيس.
- سرعة الملل والضيق والضجر من معظم الأشياء. [54] ص 92.
- تفكك الشخصية واستغراب الواقع.

- الإحساس بانقباض داخلي شديد وضيق مؤلم ضاغط في الصدر.
- المبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاستجابة الصبغانية.
- الاستغراق في أحلام اليقظة والأمان الكاذبة، مما يؤدي إلى الضعف والوهن ونقص روح الدعابة.[35] ص 99.

### 2.9.2. الأعراض الجسمية:

تظهر هذه الأعراض في شكل وظائف بعض الأعضاء، دون أن تكون هذه الأعضاء مصابة بأي مرض عضوي، وتختلف هذه العوارض بين آن وآخر وأهم هذه الأعراض هي:

#### 1.2.9.2. الجهاز الهرموني

بسبب القلق زيادة إفراز الغدة الدرقية، مما يؤدي إلى تضخمها وإلى البول السكري مع الزيادة في إفراز كمية من الجلوكوز المدفوع إلى الدم، كذلك ارتفاع ضغط الدم.

#### 2.2.9.2. الجهاز العصبي

يؤثر القلق سلباً على الجهاز العصبي، حيث يلاحظ لدى الشخص الشعور بالدوار والدوخة والصداع وآلام في الرأس.

#### 3.2.9.2. الجهاز الدوري:

إزياد ضربات القلب، نبض الأوردة بقوة كبيرة تجعلها ظاهرة للعيان الإصابة بنوبات شبيهة بالذبحة الصدرية، آلام عضلية فوق القلب.[44] ص 98.

#### 4.2.9.2. في الجلد:

يسبب القلق في الإصابة بالعديد من الأمراض الجلدية مثل البهاق، البرص، حب الشباب، كذلك كثرة إفراز العرق، كذلك احمرار عام بالجلد واصفرار مائل للبياض.

#### 5.2.9.2. في الجهاز الهضمي:

تظهر أعراضه في عسر الهضم وجفاف الفم والحلق والقيء والغثيان، والإصابة بالإمساك والإسهال آلام شديد في البطن، ابتلاع اللعاب مما يجعله يبلع كميات كبيرة من الهواء الذي يؤدي إلى انتفاخ الأمعاء.

#### 6.2.9.2. في الجهاز التنفسي:

تزداد نوبات التنفس لدرجة يشعر معها المريض بانقباض وضيق أو يصاب بنوبات شبيهة بالربو، أو النزلات الشعبية، الإحساس بالاختناق.

### 7.2.9.2. في الجهاز البولي والتناسلي

يؤدي القلق بالفرد إلى تكرار البول وإلحاحه، تناقص الاهتمام الجنسي وعدم انتظام الطمث عند المرأة وآلام في الرحم والمبيضين.

### 8.2.9.2. في الجهاز الحركي

تظهر أعراض الجهاز الحركي في شكل آلام في الرقبة والظهر مع سهولة حدوث التعب على مستوى العضلات الهيكلية، والرعدة في الأعضاء وخاصة اليدين، والآلام عند القيام بأي حركة وينتاب هذه الحركات عدم التنسيق والدقة، وقد يظهر الصوت المنقطع المرتجف.

### 3.9.2. الأعراض الاجتماعية:

- عدم القدرة على إنجاز اتصالات اجتماعية ذات معنى مع الآخرين.
- عدم الاقتراب من الأماكن المزدحمة.
- الشعور بعدم الكفاءة الاجتماعية.
- الشك في الآخرين وعدم الثقة بهم.
- التمسك بالقيم الخاصة به.
- عدم القدرة والخجل من مواجهة الجنس الآخر.
- عدم تحمل المسؤولية الاجتماعية.
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بالمناسبات الاجتماعية.
- الانسحاب الاجتماعي وفقدان العلاقات الأسرية.
- عدم الاكتراب بالواجبات الاجتماعية وتدني انجازاته وأدائه. [33] ص 200، 201.

### 10.2. فيزيولوجية القلق:

هناك دلائل فيزيولوجية وكيميائية وعصبية، تدل على أن منطقة التلامس أو تحت المهاد هو مهد العواطف، حيث يؤثر في الغدة النخامية والجهاز العصبي الذاتي المتكون من الجهاز السمبتاوي والباراسمبتاوي، وترتبط تحت المهاد بأجزاء من الدماغ لها علاقة وثيقة بالقلق والعصاب والعواطف، وهي

القشرة السنجابية للمنطقة الجبهوية للدماغ من ناحية، والنواة اللوزية وقرن أمون من جهة، وهما مرتبطان بالجهاز الحافي للدماغ، وهو جزء خطير ومهم للعلماء الفيزيولوجيين وأصبح مدار بحوث طويلة وعميقة، ويجمع الإنسان أحاسيسه وتجاربه عن طريق ألياف تأتي إلى الدماغ في منطقة قرن أمون، الذي يدفعها إلى الجهاز الحافي، الذي يصل بالفص الجبهوي من ناحية وبالنواة اللوزية، ومن النواة اللوزية تنطلق الأوامر والإيعازات، عند التأثر والانفعال إلى تحت المهاد، الذي يقوم بدوره في تنظيم وتحفيز فعاليات الغدة النخامية والجهاز العصبي الذاتي، وهؤلاء الذين يؤدون إلى إفراز كميات من مواد كيميائية حيوية، تنطلق إلى الدورة الدموية وتعمل مفعولها السريع، وهذه المواد هي: الأدرينالين، النورادرينالين، الأستيل كولين، الدوبامين، السيروتونين، وعنده إفراز هذه المواد تحدث التغيرات الفيزيولوجية التالية: زيادة جريان الدم في الزند والذراع والعضلات، كذلك هناك علاقة بين نشاط الدورة الدموية والقلق والعضلات، وأثناء القلق يحدث انخفاض في موجات المخ في التخطيط الدماغية الكهربائي (ألفا، بيتا،...)، كذلك إن انصياب كمية من الهرمونات التي ذكرناها وبقائها أو تكرار إفرازها بصورة مزمدة يؤدي إلى حدوث أضرار عضوية مختلفة وهي الأمراض النفسية. [46 ص 98، 99].

## 11.2. تشخيص القلق:

تمثل اضطرابات القلق حسب دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية، في طبعته الرابعة DSMIV عام 1994 عن الجمعية الأمريكية للطلب النفسي في:

### 1.11.2. اضطراب الهلع:

يمثل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتنسم نوبة الهلع عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ، والترقب والرعب مع الشعور بالهلاك المحتوم، ويصاحبها عدد من الأعراض، التي تصل إلى ذروتها في الحدة، خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق حتى ساعات طوال، هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هي ما تميزه كاضطراب، عن غيره من اضطرابات القلق الأخرى، وتتضمن نوبة الهلع أعراضاً فيزيولوجية كالخفقان، العرق، الدوار، الغثيان، كما تتضمن أعراضاً معرفية كالتجريد من الواقعية، الخوف من الموت أو الجنون، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية، تتضمن في الغالب الحاجة الملحة للفرار أو الهروب من الموقف الراهن.

كما أن نوبة الهلع غالبا ما تصاحب ببعض الاضطرابات الأخرى، ومشاعر العجز كالقلق، الخوف، اليأس، القلق العام، المخاوف النوعية، الخوف الاجتماعي، الوسواس والاكتئاب، وكذا توهم المرض والآلام الجسمية.

وحسب DSMIV فإن نوعية الهلع لا تعد اضطرابا مستقلا، وتتسم تلك النوبة بحدوث الخوف الشديد والتوتر والانزعاج، في فترة تتوفر خلالها أربعة على الأقل حسب الأعراض الثلاثة عشر التالية، والتي تتطور فجأة وتصل إلى ذروتها خلال عشر دقائق، من بداية ظهور أول عرض، أما اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة فيتم بما يلي:

تكرار حدوث نوبات من الموقف الراهن، كذلك تتبع إحدى النوبات على الأقل بانشغال الفرد، لمدة شهر كحد أدنى وبواحد على الأقل بما يلي:

الانشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى، الخوف من النتائج التي تترتب على حدوث النوبة كفقدان السيطرة على الذاتن أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون، وتغير واضح ودال في السلوك يرتبط بتلك النوبات، وأن هذه النوبات لا تعود إلى أي آثار فيزيولوجية للمواد التي قد يتعاطاها الفرد، ولا ترجع إلى حالة طبية عامة، كالإفراط في إفراز الغدة الدرقية، أو اضطراب عقلي. [55] ص 202 ، 203.

## 2.11.2. اضطراب القلق العام:

هو قلق غير محدد الموضوع، وشعور غامض غير سار تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية، دون أن ترتبط بشكل خاص ومحدد بأي حدث أو ظرف معين، كما قد تظهر دون تجديد المثير بدرجة كافية، أو قد يحدث المثير بدرجة كافية.

وهو قلق شامل قد يكون حادا أو مزمنا، أو يرتبط في حالة الأزمات بعضو من أعضاء الجسم، ويسمى باسمه في هذه الحالة.

ويحدد DSMIV اضطراب القلق العام، بأنه قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وذلك في عدد من الأحداث والأنشطة، كالعمل أو الأداء المدرسي، ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه، أو انشغاله الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفي توفر عرض واحد من هذه الأعراض وهذه الأعراض هي: الشعور بالتعب، الصعوبة في

التركيز أو الوصول للنقطة المستهدفة، التهيج المفرط، التوتر العضلي، صعوبات النوم، كأن يجد الفرد صعوبة في الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً أو حدوث النوم الغير مشبع.[42] ص 84 .

### 3.11.2. اضطراب الرهاب (الخوف المرضي):

الرهاب أو الفوبيا أو الخوف المرضي، الذي يدرك المريض خلاله أن مخاوفه غير عقلانية وغير معقولة، ومع ذلك يضل خوفه من تلك الأشياء التي لا تحذف في العادة ويكون عام، وغير محدد، ولا يستند إلى أساس واقعي أو منطقي وأن استجابة الرهاب هي حيلة دفاعية لا شعورية، يحاول المضطرب من خلالها عزل القلق الناشئ، عن فكرة أو موضوع معين، في موقف معين في حياته اليومية.

### 4.11.2. الخوف من الأماكن الواسعة

لا يعد اضطراباً مستقلاً، فهو يتسم بالقلق من جانب الفرد حول وجوده في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها، وذلك لحدوث نوبة هلع غير متوقعة، أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض هلع.

### 5.11.2. المخاوف الاجتماعية

وتتسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف، حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون موضع اهتمام من الآخرين، ويؤدي التعرض لمثل هذه المواقف إلى إثارة القلق، ويأخذ شكل نوبة الهلع، ويدرك أن مخاوفه غير معقولة، لكنه مع ذلك يخاف من المواقف الاجتماعية، ولا يرجع هذا الخوف إلى مرض عقلي، أو نوبة هلع مصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة، أو قلق الانفصال، كما أنه لا يرجع إلى اضطراب الشخصية الشبه فصامية.

### 6.11.2. المخاوف النوعية

وتتسم هذه بكم مفرط من الخوف غير الواقعي، الذي يثيره وجود أو توقع شيء أو موقف معين، ويؤدي التعرض للمثير المسبب للخوف إلى استجابة قلق مباشرة، تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف، وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال، على هيئة صراع أو نوبات غضب، والشخص الراشد يدرك أن هذا الخوف مبالغ فيه وغير معقول، ومع ذلك لا بد من اجتناب الموقف، وإلا حدثت استجابة قلق شديدة تؤثر سلباً على أدائه، كما أن هذه المخاوف لا ترجع إلى مرض عقلي، أو وساوس قهرية، أو انتصاب ما بعد الصدمة، أو قلق الانفصال، أو الخوف الاجتماعي، واضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة، ويبدأ هذا النوع في مرحلة الطفولة.[42].



## الخلاصة

لاشك أنه بعد معرفة معنى القلق وتحديده تحديدا وفيما، ومعرفة الأسباب التي تؤدي إليه معرفة دقيقة، والوصول إلى العوامل التي تعزز بقاءه في نفسية الفرد، والإلمام بمختلف النظريات النفسية التي ساهمت في تفسير اضطرابات القلق، فكل نظرية تفسر جانب من الجوانب فيه، والتعرف على أعراضه المتنوعة، يساهم في نجاح عملية العلاج وبالتالي سهولة إزالة الأسباب التي تؤدي بدورها إلى إزالة القلق.

## الفصل 3

### علاج القلق

#### تمهيد:

لقد بذلت في الآونة الأخيرة جهود مضمّنية، في ميدان العلاج النفسي للمصابين بالأمراض النفسية، غير أنها لم تحقق المرجو منها وهو القضاء على الأمراض النفسية والوقاية منها وخاصة مرض القلق، الذي يعد أكثر الاضطرابات انتشارا في الآونة الأخيرة، وهذا الفشل أدى إلى ظهور اتجاهات جديدة في ميدان العلاج النفسي، تنادي بأهمية الجانب الروحي في الصحة النفسية و علاج الأمراض النفسية، وترى أن في الإيمان بالله قوة خارقة، تمد الإنسان بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة، وتجنبه القلق الذي يتعرض له كثير من الناس الذين يعاركون الحياة المعاصرة، مما سبب للإنسان المعاصر كثيرا من ألوان الضغط والتوتر النفسي، وجعله نهيب للقلق وعرضة للإصابة بالأمراض النفسية، لدى سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض مختلف العلاجات النفسية المعتادة، بالإضافة إلى العلاج الروحي بالقرآن الكريم.

#### 1.3.1. العلاج النفسي للقلق

##### 1.1.3 تعريف العلاج النفسي

تتمثل العلاجات النفسية في الفعل الذي يهدف إلى إعطاء معنى معالجة، أو إيجاد حلول لمشاكل الأشخاص، الناتجة عن اضطرابات نفسية أو جسمية، والتي تظهر على شكل أعراض، وكل عملية علاجية لاضطرابات نفسية، تستعمل فيها الوسائل النفسية بصفة عامة والعلاقة بين المعالج والمفحوص بصفة خاصة.

يتميز العلاج النفسي بسيرورة تفاعلية واعية ومصممة، تهدف إلى معالجة اضطرابات سلوكية، وتخفيف العذاب النفسي، في إطار الموافقة بين الفاحص والمفحوص، والمعالج ومجموعة مصادر، باعتبارها ضرورية لتعيين هدف العلاج المتمثل في التخفيف من حدة الأعراض.

العلاج النفسي " هو مداواة النفس المضطربة بأساليب مختلفة، وهذا العلاج يؤدي إلى التأثير في نفس المريض وفي عقله و سلوكه، وتتلخص ملامح العلاجات النفسية في:

استخدام القياس النفسي في كثير من الأحيان لقياس الخصائص، وذلك في الأشخاص الذين يعانون من مشكلات انفعالية، ورغبة المعالج في مساعدة المريض، والتزام المعالج بأخلاقيات المهنة واحترام شخصية المريض، بالرغم مما فيها من انحرافات.

تشكل العلاجات النفسية مجال التفاعل الاجتماعي، الذي يمنع المفحوص إمكانية الإفصاح عن مشاكله الشخصية للغير، والمتمثل في العيادي، ويساهم هذا التفاعل في تقوية إحساس المفحوص بتفهم المعالج لمشاكله وما يجول بباله، مما يؤدي إلى الارتياح النفسي والعاطفي لدى المفحوص، وبالتالي إحراز التقدم. [39] ص 424.

كما يعرف القاموس الفرنسي لعلم النفس العلاج النفسي بأنه " كل استعمال للوسائل السيكولوجية لعلاج مرض عقلي، أو عدم تكيف. [56] ص 756.

### 2.1.3. طبيعة عملية العلاج النفسي

لكي تتضح طبيعة عملية العلاج النفسي، يجب الأخذ بعين الاعتبار:

التفريق بوضوح بين العلاج النفسي، وبين بعض الإجراءات التي قد تكون علاجية، (مثل العقاقير، الصدمات الكهربائية...) والتي تؤدي إلى تخفيض الأعراض وليس إزالتها.

إن العلاقة في العملية العلاجية، هي علاقة مهنية وليست علاقة شخصية، لها خصائصها التالية:

الرغبة في الفهم والاحترام والميل إلى المساعدة، وهي أمور تتجلى في شخص تدرّب على هذه العلاقة، ومن ثم يكون أكثر الناس فهما لهذه العلاقة.

- العلاقة المهنية تكون موجهة أساساً لصالح المريض.

- العلاقة المهنية تتضمن مجموعة من الإجراءات المنظمة، وفقاً لطبيعة ونظام العلاج، وليس وفقاً للأهواء والمصالح الشخصية، (مواعيد، زمن الجلسة، إجراءات...).

من الضروري تحديد أهداف العلاج النفسي بوضوح، والتأكيد على أن العلاج النفسي في كثير من الأحيان لا يؤدي إلى الشفاء الكامل، كما أن نجاحه يتوقف على مساعدة المريض وأسرته في العملية العلاجية.

تحديد معنى إستراتيجية العلاج وتقنياته، وعلى المعالج أن يكون مدرباً على ذلك، ونعني بالإستراتيجية ما يود المعالج الوصول إليه، في مرحلة معينة من مراحل العلاج، أما التقنية فتعني الوسائل والطرق التي يحاول من خلالها المعالج تحقيق هدفه.

### 3.1.3. خطوات العلاج النفسي

يسير العلاج النفسي وفقاً للخطوات التالية:

#### 1.3.1.3. وجود علاقة علاجية

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج، بحيث تكون مناسبة و بها كافة الشروط المريحة لإتمام عملية العلاج.

#### 2.3.1.3. الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي

حيث يسمح للمريض في هذا الجو الآمن، إلى أن يفضفض عما يرهقه ويؤلمه من مشاعر دون خجل أو خوف، لأنه يساعد المعالج على الكشف عن صراعات المريض وتوتراته ومصدر إحباطاته.

#### 3.3.1.3. الاستبصار

ما إن تصبح صراعات المريض مكشوفة للعلن، حتى تتحول من الشكل الخفي إلى الشكل العلني، حتى تتم عملية الاستبصار من خلال تقنية التفسير الذي يطرحه المعالج.

#### 4.3.1.3. إعادة التعليم الانفعالي

يعتبر من العمليات التي تساعد في الشفاء، وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة، التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى أكثر ايجابية وتوافقاً وتكيفاً.

#### 5.3.1.3. توقف العلاج

عندما تحل صراعات المفحوص، ويزيد من توافقه الشخصي. [57] ص 240 .

#### 4.1.3. أنواع العلاجات النفسية

يوجد العديد من العلاجات النفسية للقلق، منها العلاج التحليلي، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي:

#### 1.4.1.3. العلاج التحليلي

يعتمد على النظرية الدينامية للشخصية، والفرض الأساسي هنا، أن السلوك الشاذ، هو تعبير عن صراعات نفسية داخلية، وتكمن هذه الصراعات في خبرة الطفولة المبكرة، حيث يرى فرويد Fred أن كل شخص يكبت الخبرات المؤلمة والمقلقة فتصبح لاشعورية، ومع ذلك فهي تؤثر في سلوكه، لهذا يهدف التحليل النفسي، إلى جعل اللاشعور يصبح شعوراً ومهمة المعالج، هي الكشف عن الذكريات المكبوتة المحددة لسلوك الفرد، وجعله على وعي بها، ثم يساعده على التعامل معها بطريقة مقبولة، عن طريق تطبيق عدة تقنيات من بينها:

#### أ- طريقة التداعي الحر

هو إطلاق العنان للأفكار والرغبات والمشاعر في تلقائية دون شرط أو قيد مهما بدت الأفكار تافهة ومؤلمة، وإخراج هذه المواد المكبوتة من اللاشعور إلى ساحة الشعور حتى يمكن التعامل معها، وقد يقلق المريض استعادة المواد المكبوتة، مما قد يلجأ إلى المقاومة، وعلى المعالج أن يكشف ويفسر ويساعد المريض على الاستبصار بحالته.

وهو محاولة تهدف إلى الإفلات في غفلة من الرقيب، عن طريق المستدعيات التلقائية، التي تتم دون تدبر أو اتساق، فالمريض يعبر عن كل ما يرد إلى خاطره، دون حجب لأي فكرة أو تصور، لأنه غير لائق، حيث يجد فيها المحلل مواد من الرموز، التي يمكن أن يؤولها عن نحو، يكشف له عن معناه اللاواعي.

#### ب- التحويل:

نجد أن العلاقة الوثيقة بين المحلل والمريض، والتي يكشف خلالها المريض عن مكنون نفسه تؤدي إلى قيام علاقة عاطفية، من جانب المريض تجاه المحلل تتدرج ما بين الحب والكراهية. إن المريض في هذه الظاهرة، يعيد تمثيل الانفعالات التي عاناها في موقف سابق، (مرحلة الطفولة)، وكبت ذكرياته عنها، ويعيشها كأنها حاضرة الآن، هذه الانفعالات المتحولة، تزود المحلل بدلالات المادة اللاواعية المكبوتة.

#### ج- تأويل الأحلام:

هي دراسة محتويات العقل الباطن، عن طريق تحليل الأحلام التي يرويها المريض للمعالج، فيقوم المعالج بتفسير تعبيراتها الرمزية التي تتم عن الرغبات المكبوتة، فالأحلام هي طريقة تعبيرية عن مكبوتات النفس ومشاعرها في الماضي والحاضر، ويتخذ المحلل النفسي من هذه التعبيرات، وسيلة لمساعدة المريض على حل مشكلاته. [57] ص 240.

### 2.4.1.3. العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على أساس النظرية السلوكية، من نظريات التعلم الشرطي، ويعتمد هذا النمط من العلاج على الاعتقاد بأن الأمراض النفسية ما هي إلا عادات متعلمة، ومن ثم يمكن العلاج بمحو أو إزالة هذا التعلم الخاطيء، وغرس عادات سلوكية أخرى أكثر إيجابية، وذلك بتعريض المحاولة والخطأ، أو الأسلوب الشرطي، ويشمل هذا العلاج على مجموعة عديدة من التقنيات العلاجية، التي تهدف إلى إحداث تغيير ايجابي في السلوك، كما أنه يعتمد على السلوك كحركات ظاهرة، والانفعالات كحركات باطنة، فهو يقوم على فكرة تعليم المريض كيفية التخلص من القلق الضاغط، بتغيير الاستجابة الخاطئة للتوترات المختلفة ومن أهم الأساليب المستخدمة في العلاج السلوكي نجد:

#### أ- تدريب المريض على عملية الاسترخاء:

وهي تقنية تستخدم لفهم معمق عن الذات وتعمل على استعادة الثقة بالنفس وزيادتها.

#### ب- التعويد التدريجي:

تقوم فكرة هذا الأسلوب على تشجيع الشخص صاحب المشكلة، على مواجهة مواقف القلق تدريجيا، والهدف الرئيسي من ذلك، تحديد مشاعر المريض العصابية من خلال التعريض التدريجي للموقف المثير للقلق، حيث يقوم أولا بالتشخيص ثم تكوين لمدركات القلق. [39] ص 101، 102.

#### ج- الكف بالنقيض والكف المتبادل:

استخدم هذه الطريقة ولب **wolp**، وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب، حول إزالة الاستجابات المرضية للقلق تدريجيا، من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي، عند ظهور الموضوعات المرتبطة به، على استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، لأن هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف كامل للقلق أو توقيف جزئي له، إلى أن يبدأ القلق في التناقص، ثم الاختفاء التام. [37] ص 221، 222 .

### 3.4.1.3. العلاج المعرفي السلوكي

ظهر نتيجة التزاوج بين المبادئ السلوكية والمبادئ المعرفية، حيث يبحث هذا النموذج العلاجي في أسباب المرض، بالعودة إلى الناحية المعرفية باعتباره ينطلق من مبدأ: الاعتقادات والأفكار التي تحدد السلوك، وبتغيير هذا العالم المعرض يتم التأثير على السلوك والبحث عن الأفكار والاعتقادات المسببة

للاضطراب، وشرح هذه الأفكار ومحاولة تغيير اللامنطقي منها، حيث يتعاون المعالج مع العميل على مواجهة اعتقادات العميل الخاطئة بالواقع العقلاني، مع تقديم الأدلة والبراهين على لاعقلانية هذه الأفكار والاعتقادات، ثم محاولة التخلص منها بعد تعويضها بأخرى أكثر واقعية.

يعتبر العالمان Ellis و Beck عملاقا هذا النموذج العلاجي، الذي يعتمد على عدة تقنيات نذكر منها:

#### أ- طريقة وقف الأفكار

وهي طريقة سهلة التطبيق يتعلمها العميل بسرعة، وهي طريقة تحقق بالتركيز الفكري على الأفكار المضطربة، ثم يطلب منه التركيز عليها حتى تصبح واضحة ومحددة بدقة ثم يأمر المعالج العميل بوقف تلك الأفكار. [37].

#### ب- المراقبة الذاتية

وهي تهدف إلى رفع مستوى الضبط لدى العميل، وهي تركز على الاهتمام بالخبرة الحالية والواجبات المنزلية.

#### ج- التوجيهات الذاتية

وهي تقنية تهدف إلى تدريب الأفراد على التفكير الإيجابي والفعال، عند مواجهة المشاكل ويتم فيها تدريب القلق على التفكير فيما سيفعله عند تعرضه لموقف يقلقه.

- ما هو الشيء الذي يقلقه.

- تركيز الاهتمام على العمل الذي يقوم به للتخلص من حالة القلق.

- التعزيز اللفظي أثناء نقص أعراض القلق.

- التقييم الذاتي، والتصحيح الذاتي للأخطاء، أي تقييم العميل مدى نجاحه في تنفيذ خطته.

#### د- النشاطات المتدرجة

تحقق بتشجيع العميل على القيام بنشاطات كان يظن نفسه عاجزا عنها، حيث تقترح النشاطات بصفة متدرجة من الأسهل نحو الأصعب، مع تشجيع المعالج له مما ينمي فعالية الذات وقيمتها. [58] ص 45 .

#### 4.4.1.3. العلاج المتمركز حول العميل

رائد هذه الطريقة في العلاج النفسي هو العالم الأمريكي (كارل روجرز)، حيث تقوم هذه الطريقة على إدخال مفهوم الذات كمحور لبناء شخصية الفرد، إذ يعتبر أن لدى شخص حاجة طبيعية إلى تقدير الذات، ومعروف أن عاطفة اعتبار الذات تتكون من نظرة الشخص إلى نفسه، نتيجة التعامل الاجتماعي مع الآخرين، وكلما كان الشخص مدركا لذاته وعلى وعي ودراية بدوافعه واستجاباته في المواقف المختلفة، كلما أدى ذلك إلى التوافق النفسي والصحة النفسية.

ولهذا فإن هذه الطريقة في العلاج النفسي، تقوم على أساس تقوية شعور الشخص بقدرته على السيطرة على سلوكه، والقدرة على تحمل حل مشكلاته بنفسه، واتخاذ القرارات التي تؤدي إلى إزالة ما يكون قد تكون عنده من التوتر النفسي، الذي ينتج من اضطرابات السلوك. [57] ص 246.

### 2.3. العلاج بقراءة القرآن

تمهيد:

أنزل الله القرآن الكريم لهداية الناس أجمعين، ودعوتهم إلى عقيدة التوحيد وتعليمهم قيما وأساليب في التفكير والحياة، وإرشادهم إلى ممارسة السلوك السوي، بما فيه من صلاح الإنسان، وخير المجتمع، كما أوضح القرآن الكريم لبني البشر الطرق الصحيحة لتربية النفس وتقويمها، وتنشئتها تنشئة سليمة تؤدي بها إلى بلوغ الكمال، الذي يحقق سعادة الإنسان في الحياة الدنيا والآخرة، قال تعالى: " إن هذا القرآن يهدي للتي هي أقوم ويبشر المؤمنين الذين يعملون الصالحات أن لهم أجرا كبيرا" (الاسراء الآية 9).

لذا فإن موضوع العلاج بالقرآن الكريم، بات من أهم الموضوعات الدينية والعلمية التي شغلت وما زالت تشغل بال المعنيين بالدراسات القرآنية، مما جعل الطب الحديث يكتشف حقائق عملية عن الطب الحديث، ألمح إليها القرآن الكريم وباتت جانبا من إعجازه، وأصبح العلم الحديث يكشف كل يوم عن عطاء جديد للقرآن الكريم، وأصبح علاجاً لجميع الأمراض النفسية والجسدية، بل إنه لا يحتوي على العلاج فقط، فهو كتاب وقاية من الإصابة بهذه الأمراض، لأنه يحمل في طياته الاهتمام بصحة الإنسان وسلامته والعناية ببيئته وعقله وقلبه ومشاعره، ومن هذا المنطلق يمكن أن نتساءل عن كيفية العلاج بالقرآن، وماذا تعني آيات الشفاء فيه، وهل يمكن الاستشفاء به؟ وكيف يتحقق الشفاء به؟ هذا ما سوف نجيب عنه في هذا الفصل.

#### 1.2.3. نبذة عن قراءة القرآن



كانت قراءة القرآن أول العبادات في الإسلام، حيث كان المسلمون الأوائل اللذين آمنوا مع الرسول صلى الله عليه وسلم، يجتمعون ليقروا ما نزل من آيات كريمة على الرسول الحبيب، ليفهموا ماذا يريد الله عز وجل منهم ليتدبروا ويطبقوا ما قرأوه، وكان هذا قبل فرض الصلاة، وباقي العبادات. [58] ص291.

ولأن الوسيلة الأولى لإصلاح النفس، وتزكية القلب والوقاية من المشكلات وعلاجها هو العلم، ووسيلته الأولى هي القراءة، فإن الله تعالى لما أراد هداية الخلق وإخراجهم من الظلمات إلى النور، أنزل إليهم كتابا يقرأ، وأول سورة نزلت منه بدأت بكلمة عظيمة هي مفتاح الإصلاح لكل الناس هي كلمة "اقرأ". [60] ص99.

### 2.2.3. أهمية العلاج بالقرآن الكريم

لا يوجد أدنى شك أو ريب عند أي مسلم من أن العلاج بالقرآن الكريم هو علاج نافع وشفاء تام، مصداقا لقوله تعالى: " ولو جعلناه قرءانا أعجميا لقالوا لولا فصلت آياته أأعجمي وعربي، قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء" (فصلت 44) ، وقوله أيضا: " وتنزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خسارا" (الإسراء). كذلك قوله: " يا أيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور، وهدى ورحمة للمؤمنين" (يونس 57). ففي هذه الآيات يؤكد لنا الله عز وجل أن القرآن الكريم كله شفاء من جميع الأمراض القلبية والجسدية، والأمراض الروحية، فإذا أحسن المريض التداوي بالقرآن، وعرف كيف يعالج نفسه بصدق ويقين وإيمان بالله عز وجل، والالتزام بشروط العلاج فإن أي مرض مهما كان لن يقاوم آيات الله، وكيف للمرض أن يقاوم كلام الله الذي لو أنزل على جبل لرأيته خاشعا متصدعا من خشية الله، قال تعالى: "لو أنزلنا هذا القرآن على جبل لرأيته خاشعا متصدعا من خشية الله" (الحشر: الآية 21)، فما من مرض من أمراض القلوب والأبدان، إلا وفي القرآن سبيل الدلالة على علاجها عرفها من عرفه وجعلها من جهله. [61] ص 32 .

قال صلى الله عليه وسلم: " إن القلوب لتصدأ كما يصدأ الحديد قيل: ما جلاؤها يا رسول الله قال: "تلاوة القرآن وذكر الموت". كذلك قوله صلى الله عليه وسلم: " لا يجتمع قوم يذكرون الله تعالى، إلا وحفتهم الملائكة وغشيتهم الرحمة، ونزلت عليهم السكينة وذكرهم الله تعالى في من عنده" (رواه مسلم)، كذلك وقد ذكر العلامة ابن القيم الجوزية في قوله: " من لم يشفه القرآن فلا شفاه الله، ومن لم يكفه فلا كفاه الله، وقال أيضا: لقد مر بي وقت في مكة سقمت ولا أجد طبيبا ولا دواء فكننت أعالج نفسي بالفاتحة

فأرى لها تأثيراً عجبياً، ثم صرت أعتمد ذلك عند كثير من الأوجاع فأنتفع به غاية الانتفاع. [62] ص 24. وقد ذكر المهندس عبد الدائم الكحيل في بحثه، حول الإعجاز العلمي في القرآن والسنة (ثلاثة أرباع الشفاء في القرآن، حول دراسته الرقمية لكتاب الله عز وجل كلمة مهمة وهي (شفاء)، حيث بين أن هذه الكلمة تكررت أربع مرات في القرآن في الآيات السابقة الذكر وفي قوله تعالى: ( وأوحى ربك إلى النحل أن اتخذ من الجبال بيوتا ومن الشجر ومما يعرشون، ثم كلي من الثمرات فاسلكي سبل ربك ذللاً يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس إن في ذلك لآية لقوم يتفكرون). (النحل 68، 69).

ولو تأملنا هذه الآيات الأربع، لوجدنا أن ثلاث آيات منها تتحدث عن الشفاء بالقرآن، وآية واحدة تتحدث عن الشفاء بالعسل، وبما أن القرآن هو كتاب متوازن في كل شيء، وأن كل كلمة فيه تكررت بميزان دقيق، فإنه يمكننا أن نستنتج أن كلمة شفاء تمثل الشفاء التام وهو ما نسبته 100%، فإن الشفاء بالقرآن يكون ثلاثة أرباع الشفاء التام أي بنسبة 75%، أما الشفاء بالعسل، أو الأدوية الأخرى من طبية أو أعشاب فهي تمثل ما نسبته 25%، ومنه فإن أطباءنا عندما يعتمدون على الأدوية الكيميائية فإنهم يعملون فقط على ما هو نسبته 25% من الشفاء ويضيعون 75% والتي هي الشفاء بالقرآن.

كما أن هناك استنتاج آخر من هذه الآيات، أن الله تعالى لم يتحدث عن "العلاج بالقرآن" بل تحدث عن ( الشفاء بالقرآن ) ، وكان الله عز وجل يريد أن يؤكد لنا مسبقاً بأن الشفاء بالقرآن نتيجة مضمونة مئة بالمائة، لذلك فإن أي مريض يلجأ إلى تلاوة القرآن، فإن الشفاء سوف يحصل بإذن الله تعالى.

كذلك لو تأملنا هذه الآيات الأربع التي تتحدث عن الشفاء مرة أخرى، نلاحظ أن الآيتين الأولى والثانية تخاطبان الناس في قوله: "يا أيها الناس"، وقوله فيه "شفاء للناس"، لكن الآيتين الثالثة والرابعة تتحدثان عن شفاء المؤمنين "شفاء ورحمة للمؤمنين"، "قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء"، وهذا نوع من أنواع التوازن في القرآن، أي أن الله يريد أن يقول لنا أن القرآن فيه شفاء لكل من أخذ به سواء كان مؤمناً أو غير مؤمن، فالوسيلة الروحية للشفاء هي القرآن والوسيلة المادية للشفاء وهو العسل. [63] .

### 3.2.3. العلاقة بين القرآن والمتأثر به

هناك علاقة بين القرآن المؤثر والمتأثر به، و هو الإنسان الذي تختلف درجة تأثره وتتفاوت، وتكون درجة التفاوت حسب المؤثرات التي يحتويها القرآن الكريم، ومن بين هذه المؤثرات التي تساهم في التأثير على النفس البشرية نجد:

### 1.3.2.3. أسلوب الإقناع والإثارة

#### أ- إقناع العقل:

بذل كفار قريش كل ما في وسعهم، ليغدروا بالرسول صلى الله عليه وسلم لأنه جاءهم بكتاب هدم عقائدهم الملاحقة، التي بنيت على تقليد أعمى وأسس باطلة، ولأنه سعى إلى تخلية صدورهم من أفكار الشر، ومشاعرهم من أفكار الشرك والوثنية، واستبدالها بعقائد وأفكار عقلية الفطرة. لذا فإن قدرا كبيرا ممن عجزت نفوسهم أمام القرآن الكريم ، كان سببه قرع أوتار العقل في نفوسهم، وإثارة أفكارهم الداخلية بالحجة الدامغة، والبرهان العقلي الساطع، وقد جاءت كل الأساليب بطريقة عقلية تخاطب الناس حسب عقولهم، وهي للخاصة والعامة مقدره على حاجة كل منهما على السواء، وتعطي حظ الطرفين من الإقناع العقلي، وهذا هو اختيار الأسلوب الصالح لمدارك جميع الناس.[64] ص 121.

#### ب إمتاع العاطفة:

إن القرآن قد احتوى على أساليب التأثير الوجداني، التي تحرك النفوس وتثير كوامن أفراسها وآلامها، وتركز على مواطن الشعور فيها، لأن كثير من الناس اعتنقوا الإسلام، بسبب عجز نفوسهم أمام القرآن، بحيث فتح الخطاب القرآني قلوبهم المغلقة، بمفاتيح الرحمة والأخوة واللين، وبأساليب التشويق والتخيل والتصوير وغيرها، وتمتعت عواطفهم بوسائل توتي حظها من المتعة الوجدانية، في قالب غير ممل ولا مخل، وبهذا فأساليب القرآن المقنعة والمؤثرة، تنتقل في جانبي النفس الإنسانية، فيحدث تعاقب التفكير والشعور في حد متزن دقيق، يساوي بين جانب المعرفة العقلية، والشعور الوجداني يقول الغزالي: "استلال الفجوة من النفس، وإلقاء الصواب في الفكر، أو في كل الغاية في هذا المضمار: ذلك أنه لون أحاديته للسامعين تلويها يمزج بين إيقاظ العقل والضمير معا، ثم تابع شوقه متابعة إن أخلت منها أولا لم يفلت آخر".

وما من هواجس تعرض للنفس الإنسانية، إلا ويعرض القرآن الكريم لها بالهداية وسداد التوجيه، إما بأساليب الإقناع، إن كان الهاجس يحتاج إلى حجة وبرهان، أو أساليب إثارة إن كان الهاجس موت القلوب، أو ملل نفسي. [65] ص 125.

### 2.3.2.3. الأسلوب البياني والبلاغي:

#### أ- موسيقى القرآن:

يحتوي القرآن على وجود أثر فني يهز المشاعر، وهذا الأثر الفني هو وسيلة من وسائل التأثير القرآني، أودعه الله تعالى في الأسلوب القرآني. وسميت بموسيقى القرآن، نسبة إلى تشببه بالموسيقى نظرا لجماله الفني، لأنه يحوي إيقاعات منتظمة انتظام الموسيقى الجذابة، وقيمة الجمال الموسيقي للقرآن الكريم في عجز الكفار أمامه، وقد كان العرب متعلقون بالشعر والخطابة أيام البعثة المحمدية، وشغفهم بالموسيقى وتذوقهم لها، فجاء القرآن ليصرفهم عن ذلك، ويستبدله بجمال موسيقي مقتصد في التأثير على النفس، وغير مغل في إجهادها، ولا ممل لها، غايتها إعجازها، وظهر ذلك في جوانب كثيرة منها:

#### الأول:

الفواصل، والحروف المقطعة، لأن الفواصل تشبه قوافي الشعر، وتختلف عنها بالتمكن والتنوع.

#### الثاني:

جمال خفي مكنون بين الحرف والحركة، ومن خلال الانسجام بين الصغير الاطباق، البطش، الانزلاق، وذلك في نسيج متكامل يأخذ جزء منه مكانه الطبيعي، ووفق ما يناسب الموضوع شدة ولينا. [64] ص 121. وكذلك أعطى تنزيل القرآن ترتيبا يشبه الموسيقى في إيقاعاتها، وتجذ النفس جمالا في هذا التنزيل، الذي يتوافق مع حال وسبب نزول الآيات القرآنية، ولو أن كفار قريش ومن بعدهم استطاعوا أن ينظموا كلمات مثل كلام القرآن لفعلوا، لكنهم بقوا عاجزين يتذوقون هذه الكلمات القرآنية، ولو أنهم وجدوا سبيلا إلى نقص كلمة من القرآن لأزالوها، وأثبتوا فيه الخطأ أو ما يشبه الخطأ، إذ كان من المشهور عنهم هذا الصنيع في انتقادهم وتصفحهم بعضهم البعض في التحدي والمناقضة.

فالجمال الموسيقي المبتوث في القرآن، يعد أسلوبا من أساليب التأثير على النفس الإنسانية خاصة في جهة الوجدان، ومن ثمة تتحرك وتحدث انفعالات عند سماعه.

## ب- التصوير في القرآن الكريم:

وهو إبراز واستعمال أساليب مثل الحوار، وتمثيل الأشخاص وعناصر الطبيعة، كالجماد والنبات والحركة، والاستعارة البلاغية، من أجل نقل الكلام القرآني، من طابع السرد المجرد إلى الطابع المحسوس، وللتصوير أهمية كبيرة في التأثير على النفس بحيث أنه يخاطب الشعور بالتصوير الحسي، فيكون الذهن مركزا ومنتبها مع تسلسل المشاهد والحركات والحوار، وكأنها ماثلة بين يديه، ويحدث إيصال المعنى القرآني مصحوبا بالتأثير على الوجدان.

والتصوير في القرآن وسيلة من الفنون، التي تذوقها العرب قديما وحديثا، ولها قيمتها في التأثير على النفس. [66] ص 08.

### 4.2.3. شروط العلاج بالقرآن

- إذا أراد المريض أن يحقق الشفاء التام بقراءة القرآن يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:
- قوة النفس وقوة الإرادة من قبل المريض وعدم الاستسلام للمرض.
  - صدق التوجه إلى الله بالإيمان والتقوى، بحيث يكون الإخلاص لله الواحد القهار.
  - اليقين التام بأن الله عز وجل هو الشافي، وأن كلامه سبحانه وتعالى فيه شفاء تام بإذن الله وأن الآيات ليست هي الشافية بل الله عز وجل هو الشافي، وأن هذه الآيات ما هي إلا سبب من الأسباب.
  - يجب أن تكون لدى المريض القناعة التامة بأن آيات الله ليست للتجربة، بل يكون جازما وموقنا بأن الله تبارك وتعالى يشفي مرضاه مصداقا لقوله تعالى: " وإذا مرضت فهو يشفين" (الشعراء الآية 80).
  - التلطف بالآيات من القلب واللسان معا، والتركيز بالذهن على ما يتلى.
  - التقوى:
- وتكون بالمصالحة الصادقة مع الله عز وجل، وذلك بالالتزام بجميع الواجبات المطلوبة، وترك جميع المحرمات والمعاصي صغيرها وكبيرها، والتوبة الصادقة بالرجوع إلى الله عز وجل.
- الصبر والمداومة على العلاج :
- حيث أن الصبر على المرض والصبر على العلاج من أهم العناصر لتحقيق الشفاء، فقد ذكر ابن القيم "الصبر والتقوى:

دواء كل داء من أدواء الدين ولا يستغني أحدهما عن الآخر"، وأن الصبر والتقوى إذا اجتمعا: كان دواء لكل داء، فالمدائمة على العلاج بالقرآن والدعاء والتضرع إلى الله عز وجل، هو من أفضل العلاجات. [67] ص 23، 24.

### 5.2.3. كيفية قراءة القرآن الكريم

ينبغي أن ندرك أن أفضل شخص لقراءة القرآن للعلاج هو المريض نفسه، لأن الأبحاث الجديدة في هذا المجال أثبتت، أن صوت المريض هو الأكثر تأثيراً على مرضه، وأن الخلايا تستجيب للترددات الصوتية الناتجة عن صاحبها، أكثر من استجابتها لصوت آخر، بالإضافة إلى أن الشخص المريض هو الأكثر معاناة وألم من مرضه، فجنده يقرأ ويتضرع إلى الله عز وجل بكل أحاسيسه، ولكن قد يكون المريض في حالة صعبة لا يستطيع التركيز والقراءة الصحيحة، فيمكن الاستعانة بشخص آخر يقوم بالقراءة، كما يمكن سماع هذه القراءة من خلال أداة تسجيل، كما يجب على المريض أن يركز تفكيره على المرض، ويتخيل وكأن المرض قد شفي تماماً ببركة هذه الآيات. [61] ص 59، 60.

- يجب أن تكون القراءة بصوت مرتفع قليلاً، بحيث يسمعه المريض فقد ثبت في الصحيح عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: "سمعت النبي صلى الله عليه وسلم يقول: "ما أذن الله لشيء ما أذن النبي حسن الصوت يتغنى بالقرآن ويجهر به" (رواه البخاري ومسلم).

يقول الإمام أبو حامد الغزالي: إن الجهر بالقراءة يوقظ قلب القارئ، ويجمع همه إلى التفكير فيه، ويصرف سمعه إليه، ويطرد النوم ويزيد في النشاط، ويوقظ غيره من نائم أو غافل وينشطه.

- طهارة المكان يجب أن تكون القراءة في موضع نظيف ومختار.

- يستحب للقارئ أن يستقبل القبلة، فقد جاء في الحديث "خير المجالس ما استقبل به القبلة".

- أن تكون القراءة بالعربية، إذ لا تجوز القراءة بالأعجمية سواء أحسن العربية أم لم يحسنها. قال تعالى: "إنا أنزلناه قرآنا عربيا لعلكم تعقلون" (يوسف الآية 02).

- قراءة القرآن من المصحف أفضل من القراءة عن ظهر قلب، لأن النظر في المصحف عبادة مطلوبة، قال تعالى: "وإذا قرئ القرآن فاستمعوا له وأنصتوا لعلكم ترحمون" (الأعراف الآية 20). وتلاوة القرآن يجب أن تراعى فيها الاعتبارات الآتية:

#### أ- تحسين الصوت بالقراءة:

إن القرآن بلا ريب في غاية الحسن في ذاته، ولكن الصوت الحسن يبسر التعلق به، فيأخذ بشغاف القلوب، ويهز المشاعر هذا ويشحن العبد ويمده بطاقة روحية كبيرة.

وتحسين الصوت بالقراءة يعرف بالتجويد، الذي يلتزم فيه القارئ بقواعد التجويد التي تبرز جمالا سماعيا وتثبت القلب، قال تعالى: " وقال الذين كفروا لولا أنزل عليه القرآن جملة واحدة كذلك لثبت به فؤادك ورتلناه ترتيلا" (الفرقان 32).

فقد رغب رسول الله صلى الله عليه وسلم في التغمي بالقرآن، الذي لا يصل إلى مرتبة الغناء والإنشاد، ولا يهبط إلى مرتبة القراءة، ففي حديث البراء بن عازب قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " من لم يتغنّى بالقرآن فليس منا"، وقوله أيضا "زينوا القرآن بأصواتكم" (رواهما أبو داود)، ويظهر أيضا حسن الصوت في التجويد، من خلال تبيين الحروف والحركات وتأليف الممدود والغنة، فتصبح وكأنها مجموعة صوتية ملتزمة بالقانون الصوتي، الذي يلتزم بإحداث الذوق في النفس الإنسانية، ويبرر هذا محمد عبد الله دراز، فيقول "دع القارئ المجود يقرأ القرآن، يرتله حق ترتيله نازلا بنفسه على هوى القرآن، وليس نازلا بالقرآن على هوى نفسه، ثم انتبذ منه مكانا قصيا لا تسمع فيه جرس حروفه، ولكن تسمع حركتها وحروفها وحدتها وغاناتها واتصالاتها وسكناتها، ثم الق سمعك إلى هذه المجموعة الصوتية وقد جردت تجريدا وأرسلت ساذجة في الهواء.

#### التأني والتمهل في القراءة:

فالتأني فضيلة المتعة السمعية، وثبات ألفاظ ومعاني القرآن الكريم في نفوس السامعين، قال تعالى: "وقرآنا فرقناه لتقرأه على الناس على مكث ونزلناه تنزيلا" (الإسراء الآية 106)، وقال أيضا: " أو زد عليه ورتل القرآن ترتيلا " (المزمل الآية 04)، أي بينه وتمهل في قراءته بالمد، وإشباع الحركات وبيان الحروف، وذلك معين على التفكير في معاني القرآن الكريم. [68] ص 62، 67.

#### 5.2.3. أثر القرآن على الحياة النفسية

إن الإنسان الذي يبحث عن السكينة، يجب أن يبحث عن غذاء القلب قبل غذاء البدن، وغذاء القلب هو الإيمان والقرآن الكريم هو النبع الذي يضيء وينير هذا الإيمان، وهو كتاب الصيانة والوقاية وشفاء النفوس، فعن أمير المؤمنين علي بن أبي طالب رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: " كتاب الله فيه نبأ من قلبكم، وخير ما بعدكم، وحكم ما بينكم، وهو الفصل ليس بالعزل، من تركه من جبار قصمه الله، ومن ابتغى في غيره أضله الله، وهو حبل الله المتين والنور المبين، وهو الذكر الحكيم، وهو الصراط المستقيم، وهو الذي لا تزيغ به الأهواء ولا تلبس به الألسنة، ولا يشبع منه العلماء، ولا يخلق على كثرة الرد، ولا تنقضي عجائبه وهو الذي لم تنته الجن إذا سمعته حتى قالوا إنا سمعنا قرآنا عجا يهدي إلى

الرشد، من علم به علمه سبق، ومن قال به صدق، ومن عمل به أجر، ومن حكم به عدل، ومن دعا إليه هدى إلى صراط مستقيم. [3] ص 130.

من قرأ هذا الحديث عرف أن القرآن، فيه كل ما يحتاجه الفرد في حياته الاجتماعية والنفسية، وفيه تأثير عجيب على الظواهر الوجدانية والمظاهر الجسمانية، لأن فيه ملكات خفية في النفس، وهذه الملكات تتفعل حين يقرأ القرآن، ولذلك حرص الكفار على ألا يسمعه أحد، لأن كل من يسمعه يجد فيه حلاوة، قد لا يستطيع أن يفسرها ولكنها تجذبه إلى الإيمان ومن هنا كان الكفار يخافون من سماع القرآن خوفا من الميل إليه، ولو كان القرآن لا يعطي شيئا من هذا، ولا يخاطب الملكات الخفية، لما اهتم الكفار بأن لا يسمعه أحد، ولكن شعورهم بالقوة والقدرة للقرآن على النفس البشرية، جعلهم لا يمنعون سماعه فقط، بل يعتدون على من يتلوه، وهذا خوفا مما يفعله القرآن الكريم في النفس، وكيف يستطيع أن يؤثر فيها، ويجلب النفس الكافرة وتلك هي المعجزات القرآنية.

كما كان للقرآن الكريم، أثر عظيم الشأن في نفوس العرب، فقد غير من شخصياتهم تغييرا تاما، وغير أخلاقهم وسلوكهم وأسلوب حياتهم، وكون منهم أفرادا ذوي مبادئ وقيم إنسانية نبيلة، وكون منهم مجتمعا متحدا منظما متعاوننا، استطاعوا أن يهزموا أكبر دولتين في العالم، الفرس والروم في ذلك الوقت، وانتشروا في معظم بلدان العالم، وقاموا بشر دعوة الإسلام فيها، فهذا التغيير العظيم الذي أحدثه القرآن في نفوس العرب وفي نفوس جميع المؤمنين به، من مختلف شعوب العالم، لم يعرف التاريخ له نظير بين جميع الدعوات العقائدية التي ظهرت عبر العصور المختلفة، ولا شك أن في القرآن طاقة روحية هائلة ذات تأثير بالغ الشأن في نفس الإنسان فهو يهز وجدانه ويرهف أحاسيسه ومشاعره، ويصقل روحه ويوقظ إدراكه وتفكيره، ويجلي بصيرته، فهو بعد أن يتعرض لتأثير القرآن يصبح إنسانا آخر كأنه خلق خلقا جديدا. [3] ص 121، 123.

إن حرص القرآن على توجيه المسلمين، لحب الآخرين والتجمع وتوحيد الصفوف، إنما ينمي في نفوسهم حب الغير، ويقوي فيهم الميل للإيثار، وعمل ما فيه الخير للمجتمع عامة ويضعف فيهم انفعالات الكراهية والبغضاء، ودوافع الظلم والعدوان والميل إلى حب الذات ولاشك أن القدرة على حب الناس وإسداء الخير لهم والقيام بأعمال مفيدة للمجتمع إنما يقوي الشعور بالانتماء للجماعة، ويقضي على مشاعر العزلة والوحدة التي يشعر بها المضطربون نفسيا.



إن لشعور الفرد بانتمائه إلى الجماعة، وبأن له دوراً فعالاً في المجتمع أهمية كبيرة في الصحة النفسية للإنسان، ومما لا شك فيه أن انتماء الفرد إلى الجماعة، يحبهم ويحبونه وارتباطه بهم بعلاقات إنسانية جيدة، يعتبر من العوامل الهامة التي تساعد في تكوين الشخصية تكويناً سليماً، وفي تحقيق التوازن النفسي والصحة النفسية.

وإذا تعمقنا في القرآن الكريم، وجدنا أنه يربط بين الإيمان والأمن برباط وثيق، وبين أن الصحة النفسية لا تتحقق بالتخويف والإكراه والضغط على حرية الأفراد ولذلك فإن الظالمين هم الجبارون في الأرض. يقول تعالى: "لا أكره في الدين" (البقرة الآية 156). [13] ص 26.

يقول ابن القيم الجوزية: أن القلب محتاج إلى ما يحفظ عليه قوته، وهو الإيمان الذي يقوى بالقرآن العظيم والطاعات، واجتناب الآثام والمعاصي وأنواع المخالفات، كما أن الهم والغم والغيظ أمراض مؤلمة له في الحال، فالقلب يتألم بما يتألم به البدن، وكذلك البدن يتألم بما يتألم به القلب، ويشفيه ما يشفيه، وهناك من أمراض القلوب ما يزول بالأدوية الطبيعية، ومنها ما لا يزول إلا بالأدوية الإلهية أو الشرعية، لأن القلب له حياة وموت ومرض شفاء أعظم مما للبدن، ومنه فإن القرآن شفاء لكل أمراض القلوب، فهو مزيل للأمراض الموجهة للإرادة الفاسدة، فيصلح القلب وتصلح إرادته ويعود إلى فطرته التي فطر عليها قال تعالى: "فأقم وجهك للدين حنيفاً فطرت الله التي فطر الناس عليها" (الروم 30).

فالقلب يتغذى من الإيمان والقرآن يفرحه ويقويه وينشطه، كما يتغذى البدن بما يقويه وينشطه، وكل من القلب والبدن يحتاج أن يتربى وينمو حتى يكتمل ويصلح، فكما أن البدن محتاج إلى أن يزكو بالأغذية المصلحة له والحمية عما يضره، فلا ينمو إلا بإعطائه ما ينفعه، ومنع عنه ما يضره، وكذلك القلب لا ينمو ولا يزكو إلا بالقرآن. [69] ص 27، 47.

فالقرآن شفاء جميع ما في القلوب (النفوس) من أمراض الشرك والنفاق، وسائر الأمراض التي تشعر صاحبها بضيق في الصدر، وهو دواء القلوب والنفوس، من أمراضها التي هي أشد فتكاً من أمراض البدن كالشك والنفاق والحسد والحقد، وشفاء ما في الصدور من أمراض الشهوات والشبهات الصادرة عن الابتعاد عن الشرع، فالقرآن كله شفاء ورحمة للمؤمنين وأن في آيات القرآن شفاء من الآلام النفسية، لقوله تعالى: "قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء والذين لا يؤمنون في آذانهم وقر وهو عليهم عمى أولئك ينادون من مكان بعيد" (فصلت 44).

وهو شفاء من الأمراض الروحانية والجسمانية، أما شفاء الأمراض الروحانية فهي أمراض القلوب والنفوس والجوارح، وأمراض العصر كأمراض السياسة والاقتصاد والحياة والحضارة وغيرها، ويجب أن ننظر إلى مفهومه الشفائي بأنه لا يقتصر إلا على الأمراض الجسمانية كآلام الرأس والبطن والجسم، فلو أخذ الناس بتعاليمه، وأدويته النافعة، وعملوا بها لكان لهم الشفاء الكامل من كل الأمراض، وهو

بشرى عظيمة من البشير النذير لمن تمسك به تلاوة وعمل واستشفاء وتحاكما إليه، والنجاة في الدنيا والآخرة وعدم الهلاك. [70] ص 26.

### 7.2.3. كيفية تخفيف قراءة القرآن من القلق والأمراض النفسية:

تعتبر قراءة القرآن من الطرق المشبعة للتخفيف من الأمراض النفسية، لذلك جعلها الله تعالى الوسيلة الأولى لإصلاح النفس وتزكية القلب، والوقاية من المشكلات النفسية والاجتماعية، لأن الإنسان المؤمن بكتاب الله، أثناء قراءة كلماته الطاهرة السحرية لا بد أن تنتاب نفسه تلك الانتعاشة الوجدانية، فتتمثل قدرة الله أمام عينيه فيهابه ويخافه فيغشاه جلاله، وهذا حال القلب المؤمن الذي يدعوا ربه ليستريح، حال القلب المؤمن عندما يذكر ربه ويقرأ كتابه، فينتهي إلى ترك المعاصي، وإلى فعل الأوامر مخافة الله، وبالتالي تستريح النفس وتشفى من جميع اضطراباتها، فالذي يعاني من حالة القلق الشديد وعدم الاستقرار، فعند قراءته تلك الآيات المحكمات ذات السر العميق، وإعادة التمعن فيها عندما تستقر في قلبه، في تلك اللحظة يشعر أن تلك الحالة المقلقة زالت وارتاحت نفسه واستقرت، وبالتالي يزداد قلبه اطمئنانا وإيمانا، لأن السر في القرآن أنه يتعامل مع القلب البشري مباشرة، فيتلقى القلب تلك الأنوار من مصدرها الله، فيجد القلب حلاوة القرآن، وذلك مصداقا لقوله تعالى: " ولقد يسرنا القرآن للذكر فهل من مذكر" (القمر 32)، كما أن قراءة القرآن لها تأثير عجيب في الظواهر الوجدانية، والمظاهر الجسمانية، فهي تطمئن القلب وتبعث في الجسم قشعريرة تعقبها سكينه وهدوء ولين، فيشعر الإنسان بازدياد الإيمان الذي ينسكب في القلب انسكابا. [71] ص 41.

يقول تعالى: " الله أنزل أحسن الحديث كتابا متشابها، مثاني تقشعر منه جلود الذين يخشون ربهم ثم تلين جلودهم وقلوبهم إلى ذكر الله" (الزمر 23).

ذلك أن الله تعالى يشرح القلوب لتتلقى كلمات القرآن، فلوبا يعلم ما فيها من الخير فتشرق وتستضيء، وهنا تكون تلك القلوب متفتحة مستقبلة لكل ذكر وكل آية يقرأها، وفي تلقيها لهذا القرآن بأكمله يحدث الوجل والارتعاش والتأثير الشديد، وتقشعر الجلود ثم تهدأ النفوس وتأمين القلوب وتبدأ هداية الله.

كما أن قراءة القرآن تجعل الإنسان شغوبا وقادرا على التذكير، الكلمة المشتقة من كلمة الذكر، والذكر ضد النسيان، والذكر تارة يراد به حياة النفس التي تمكن الإنسان أن يحفظ ما يقتنيه من المعرفة.

ويقال أيضا لحضور الشيء في القلب، والتذكر في عرف الأخلاق فضيلة، تجعل الإنسان حي القلب، يقظ الضمير مرهف الإحساس، رقيق الشعور فكأن في داخله ميزانا دقيقا عميقا يتأثر بما يمر عليه ويصل إليه، ولقد حدثنا ربنا جل جلاله بأن وظيفة قراءة القرآن الكريم في الوجود، هي إحياء التذكر في النفس، حتى تعقل وتؤمن وتعمل وتستقيم وتلتزم الخير وتتجنب الشر، قال تعالى: "كتاب أنزلناه إليك مبارك ليدبروا آياته وليتذكر أولو الألباب" (ص آية 29)، وقال أيضا: " وإنه لتذكره للمتقين". (الحاقة، 48). [72] ص 139.

ومنه فإن أفضل أنواع الذكر وأعظمها وأرفعها هي قراءة القرآن، لما لها من فضل عظيم في تصفية القلب وشفاء الصدر، قال تعالى: " ونزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين" (الإسراء 82)، كذلك قوله صلى الله عليه وسلم: " إن القلوب لتصدأ كما يصدأ الحديد قيل وما جلاؤها يا رسول الله قال: "تلاوة القرآن وذكر الموت"، فالقلب يتجدد بقراءة القرآن وتنزل عليه السكينة، حينما يقرأ بتجرد وإخلاص وتحف به الملائكة وتغشاه رحمة الله، عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " وما اجتمع قوم في بيت من بيوت الله يتلون كتاب الله ويتدارسونه بينهم إلا نزلت عليهم السكينة وغشيتهم الرحمة وحفتهم الملائكة وذكرهم الله فيمن عنده". (رواه مسلم). [73] ص 329.

إن أول ما تحفهم به الملائكة لهؤلاء المجتمعين على قراءة القرآن، نزول السكينة والطمأنينة والراحة النفسية، فلا يصيبهم ما يملأ قلوب ونفوس الآخرين، من قلق واضطراب وعقد ومخاوف، جعلت حياتهم جحيما لا يطاق، والسكينة هي فضل عظيم من الله وراحة للمؤمن، وهي الثبات عند نزول المحن المقلقة، التي تشوش القلوب وتضعف النفوس، فمن نعم الله على عبده أن يثبتته ويربط على قلبه، وينزل عليه السكينة فيزداد إيمانه ويتم إيقانه.

لأن ازدياد الإيمان يبعث في الإنسان ثقته بنفسه، ويزيد قدرته على الصبر وتحمل المشاق ويبث الأمن والطمأنينة في النفس، ويبعث على راحة البال، ويغمر الإنسان الشعور بالسعادة لأن الإيمان بالله إذا ما بث في نفس الفرد منذ الصغر، فإنه يكسبه مناعة ووقاية من الإصابة بالأمراض النفسية، قال تعالى: " الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون" (الأنعام 82).

الإيمان الصادق بالله يمد الفرد بالأمل والرجاء، في عون الله ورعايته في نفسه، وبالتالي الشعور بالطمأنينة والسعادة، ولذا نجد العديد من الناس يرتادون العيادات النفسية، طلبا للنجاة مما هم فيه من خوف وقلق، مع أنهم يملكون معظم متطلبات الحياة المادية الرفيعة، فهي لم تجدهم نفعا لأنهم حرموا نعمة الإيمان،

فسعادة الإنسان تتحقق بسكينة قلبه، ومعرفته لخالقه وعبوديته له، وظهور أي اضطراب نفسي يعود سببه لتعلق الإنسان بغير خالقه، أو خلل ما في عقيدته وعبادته، أو فساد في الأفكار التي يحملها الفرد عن نفسه، وعن العالم الذي يحيط به، وبالتالي اختلاط معايير الحكم والتناقض بين الفكر والسلوك، ويصبح عرضة لقلق نفسي وانقباض قلبي. [3] ص 126، 129.

كما يؤكد ابن الجوزية عن علاقة الإيمان بالصحة النفسية، إذ يقول في كتابه إغاثة اللهفان، إن حقيقة العبد قلبه وروحه، ولا صلاح له إلا بإلهه الحق الذي لا اله إلا هو، فلا يطمئن إلا بذكره، ولا يسكن إلا بمعرفته وهو كادح إلى ربه كدحا فملاقية، ولا بد له من لقائه، ولا صلاح له، إلا بتوحيده ومحبته وعبادته وخوفه ورجائه. [74] ص 37.

ويشير في هذا الاتجاه المعالجون الفرنسيون، أمثال (ليبينز) إلى دور الإيمان في طمأنة النفس، ففي نظره أنه لإزالة القلق النفسي، لا بد من الإيمان بالله عن طريق العقل، أو أن يملأ الإنسان نفسه بالسرور العقلي، لأن القلق ناتج عن الشك، والشك وسيلة لتفتيت القلب. [16] ص 110.

لأن المؤمن الصادق الإيمان يعلم أن رزقه بيد الله، وأنه سبحانه وتعالى قسم الأرزاق بين الناس وقدرها لذلك فهو لا يخاف الفقر، وإذا قدر له الله أن يكون قليل الرزق فهو راض بما قدره له، فنوع بالذي لديه، كثير الحمد لله على نعمه الأخرى الكثيرة، كنعمة الحياة ونعمة الصحة والعافية، ونعمة الإيمان وراحة البال، وهو لا يخاف الموت لأنها حقيقة لا مفر منها وأن لكل أجله، وإذا جاء أجله فلا يستطيع تأخيرها.

فالإيمان يعلم الإنسان أنه في هذه الدنيا كعابر سبيل، فهو يعمل في حياته الدنيا على أساس أنه يستعد للحياة الآخرة، والمؤمن الحق لا يخاف من مصائب الدهر، وعوائل الأيام ولا يخاف أن تصيبه الأمراض، أو تقع له الحوادث أو تحل به الكوارث، لأنه يؤمن بالقضاء والقدر، ويعلم أن ما يحل بالناس من سراء وضراء إنما هو ابتلاء من الله، لذلك فهو لا يجزع إن أصابه الشر والبلاء، بل يتحمل ويصبر ويحمد الله ويدعوه أن يرفعهما عنه والمؤمن الصادق لا يجتر أحزانه، ولا يعيش مهموما بذكريات الماضي، ولا يتحصر على ما فات، لذلك فهو لا يشعر بالهم الذي يثقل كاهل الناس، اللذين يعيشون في أحزان الماضي وآلامه، وأن فقد الإنسان للإيمان يجعل الحياة فارغة من المعاني السامية، ويفقد الشعور برسالته الكبيرة في الحياة كخليفة الله في الأرض، فتضيع منه الرؤية الواضحة لأهدافه الكبرى في الحياة، وهذا الإيمان لا يتأتي إلا بالتطلع على القرآن الكريم، والتفقه في تعاليمه وما يرمي إليه. [75] ص 15.

كما أن ضيق الصدر في الغالب ألم نفسي، قد يكون دينيا أو دنيويا كالخوف والحاجة وقراءة القرآن تنفع لكل منهما، لأن الريق الناتج عن قراءة القرآن له أثر عظيم في القوة والنشاط والصحة والعافية، لا ترقى إليه أي خلطة من خلطات الأعشاب والأدوية الصيدلانية، ولا أظن مؤمن ينكر أثر النفث بآيات الله في الشفاء.

وقراءة القرآن من علامات القلوب العامرة بالإيمان، فهي تطهر النفوس من أفاتها وتسلب ما فيها، من هواجس وقلق ووساوس وخوف، لأن القلوب كثيرا ما تمتلئ بالهموم والأحزان والاضطرابات والقلق، وقراءة القرآن كفيلة بأن تغسلها، وتطهر النفوس وتريح الشخص من الآلام النفسية، وقد أوجب الله تعالى قراءة القرآن في حالة المرض، وحالة الصحة والعافية وفي حالة السعي لطلب الرزق، فضلا عن أوقات الفراغ، وتبقى فضائل قراءة القرآن كثيرة ومباركة على صاحبها في الدنيا والآخرة، ولو يعلم المسلمون ما في تلاوته من الفضائل والمغانم، لما تركوا كتاب الله تعالى من بين أيديهم، يتلونه أثناء الليل وأطراف النهار. [76] ص 38.

### 8.2.3. كيفية تأثير قراءة القرآن على الناحية الفيزيولوجية

من منطلق ما أثبتته الدراسات التشريحية لوظائف الجهاز العصبي، يتبين أن مركز كل الوظائف هو المخ، وقد ذهب الفيزيولوجيون إلى أن النفس موجودة في المخ، بمعنى أن الاتصالات العصبية المختلفة التي تحدث في المخ عن طريق الخلايا العصبية، والألياف الموصلة والمشابك العصبية في النفس، وأي تلف أو خلل في الشحنات الكهربائية، أو الإنزيمات أو المواد الكيميائية التي تعمل بمقتضاها، سوف يؤدي إلى خلل هذه الخلايا في وظيفتها، حيث يرى الفيزيولوجيون أنها المسؤولة عن السلوك ومحتواه، من وجدان وتفكير والسواء في ضوء هذا المفهوم هو قيام الخلية العصبية بعملها، في حال قيام بقية أعضاء الجسم بإمدادها بالأغذية اللازمة، وقد أثبتت التجارب أن آيات القرآن هي غذاء للروح والمخ، فهما يحتاجان إليها أكثر من حاجتهما إلى المغذيات الطبيعية، والأعشاب الطبية والفيتامينات وغيرها من منشطات العقل. [77] ص 8.

وثبت أن قراءة القرآن والاستماع إليه تعزز القوى العقلية، وأن الترددات الصادرة عن أصوات القرآن الكريم، تجعل العقل يصدر سلسلة من الترددات والطاقت، وهذه الترددات هي موجات العقل وهي: ( بيتا Beta، ألفا Alpha، تيتا Theta، دلتا Delta).

حيث قام الباحثون بتجربة حول هذا الموضوع، بوضع جهاز خاص يقيس هذه الموجات الأربعة بدقة، ليفحصوا أثر تلاوة القرآن على موجات العقل، وقرؤوا آية الكرسي مرارا وأثناء هذه التلاوة، شاهدوا على

الشاشة انتقال المؤشر من السرعة العالمية وهي اليقظة، إلى ما يقارب منطقة التأمل والتفكير العميق والراحة النفسية. [61] ص 42.

### 1.8.2.3. أثر قراءة القرآن على إعادة برمجة معلومات الخلايا

إننا نستقبل المعلومات ونقوم بالحركات، نتيجة تنقل حزمة من المجالات والتيارات الكهربائية، عبر أعصابنا بين دماغنا وأعضاء جسدنا، ومؤخرا أثبت العلماء أن ما نتحكم به من حركات جسمنا أقل من 1%، أما باقي جسمنا فإن العقل يتحكم به بمعزل عن تدخلنا تماما، فمثلا حركة القلب وتسارعه، أو تباطؤه حسب الحاجة، وحركة الكلى والرئتين، ومجمل إفرازات الغدد، والتحكم بالجهاز الهضمي، والتحكم بضغط الدم، وحركة العينين ومعدل الدموع في العين، والمخاط في الأنف، وعمليات النخاع الشوكي والكبد، وكريات الدم وملايين من العمليات، تتم سواء كنا نياما أو مستيقظين، فإن العقل يقوم بها من خلال برامج تشبه إلى حد كبير برامج الكمبيوتر، مخزنة للتصرف بتلقائية مبدعة، لا يستطيع عاقل مراقبتها، ولو أن هذه البرامج أصيبت بأذى فإن العضو المتصل بها سيتأذى، ومن الحالات الشهيرة طبيا، أن يتوقف عضو في الإنسان رغم سلامة ذلك العضو وسلامة الدماغ، لأن البرنامج المشغل لذلك العضو أتلّف أو أزيل، ولإعادة تشغيل هذه البرامج، نحتاج إلى أمواج تتناسب مع الخلل الحاصل للخلية، لكي نعيد برمجتها إلى ما كانت عليه، حيث لوحظ أن لتلاوة القرآن الكريم تأثير كبير على خلايا الجسم وإعادة برمجتها.

كما أن صوت القرآن هو عبارة عن أمواج صوتية لها تردد معين ومحدد، وطول موجة محدد، وهذه الأمواج تنقل حقولا اهتزازية، أي طاقة وهذه الطاقة تؤثر على خلايا الدماغ وتحقق إعادة التوازن لها، لأن التأثير بسماع القرآن على هذه الخلايا يعيد برمجتها من جديد لأن طاقة الخلايا العصبية، أثناء قراءة القرآن تبقى سعيدة حتى أثناء فترات الضغط، فهي تتوقف عن التناقص بعد المداومة على قراءة القرآن، وأنه كلما زاد الإستمرار في قراءته كلما زاد نشاط وقوة الخلايا العصبية. [61] ص 44، 57.

### 2.8.2.3. أثر قراءة القرآن على الغدد والعضلات

يظهر هذا الأثر لقراءة القرآن على شكل تغيرات في التيار الكهربائي في العضلات، وذلك بانخفاض الجهد الكهربائي، وتغيرات في قابلية الجلد للتوصيل الكهربائي، وتغيرات في عدد ضربات القلب وكمية الدم الجاري في الجلد ودرجة حرارته، وكل هذه التغيرات تدل على تغير في وظائف الجهاز العصبي التلقائي، والذي بدوره يؤثر على أعضاء الجسم الأخرى ووظائفها، وأنه من المعروف أن القلق والتوتر يؤديان إلى

نقص المناعة في الجسم، وذلك عن طريق إفراز مادة الكورتيزول والأدرينالين، وغير ذلك من ردود الفعل بين الجهاز العصبي، والغدد الصماء وجهاز المناعة، وهذا ما يتسبب في إحداث خلل في التوازن الوظيفي الداخلي للجسم، وقراءة القرآن تؤدي إلى تنشيط وظائف المناعة، وترفع كفاءة الجهاز المناعي، وتزيد من تكوين الأجسام المضادة في الدم، والتي بدورها تحسن من قابلية الجسم، لمقاومة الأمراض أو الشفاء منها. [76] ص 105.

## الخلاصة

تناول هذا الفصل العلاج النفسي للقلق، ففي البداية تم التطرق إلى تعريف العلاج النفسي طبيعته، خطواته، بعد ذلك تم التطرق إلى أهم التقنيات العلاجية المناسبة، فكما وجدت مدارس لتفسيره، اقترحت تقنيات علاجية متماشية مع التفسير المقدم لظهوره، ومن بين العلاجات المقترحة تم التطرق للعلاج النفسي الذي تمحور حول ثلاث أنواع من العلاجات منها العلاج التحليلي، و العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي، كما تم التطرق إلى نوع آخر من العلاج، وهو العلاج بقراءة القرآن الذي لا يقل أهمية عن العلاجات الأخرى لأنه قد تكون أسباب القلق متعلقة بالجانب الروحي للإنسان.



## الفصل 4

### إجراءات الدراسة الميدانية

#### تمهيد

بعد ما تم التطرق للإطار النظري لموضوع الدراسة، والذي مكننا من التعمق في متغيراتها، وساعدنا على توسيع نظرتنا لتحديد مجال الدراسة، وتحديد أدق لميدانها والانطلاق في تخصيص منهجية خاصة بها، حتى يتسنى لنا في هذا الفصل الميداني، تقديم الإجراءات والأساليب، التي تبنيها لتحقيق هدف الدراسة والتحقق من الفرضيات، وتتلخص هذه الإجراءات في الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة المتبع، ثم ننتقل بعدها إلى الأدوات المختارة لقياس المتغيرات، والتعرف على مجموعة الدراسة، ثم المجال الزمني والمكاني للدراسة، والأدوات الإحصائية المناسبة لها.

#### 1.4. الدراسة الاستطلاعية ونتائجها

تعد الدراسة الاستطلاعية شيئاً ضروريا ومرحلة هامة من مراحل البحث، لدى انصبت الجهود في دراستنا الاستطلاعية، حول التحقق من صدق وثبات أدوات جمع البيانات، وتحديد مقاييس متغيرات الدراسة، وقد تم استخدام مقياس القلق لسبيلبيرجر ترجمة عبد الخالق، إذ تم اختيار صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية، بالاعتماد على عينة قوامها 30 فرد من فئة الشباب، تتراوح أعمارهم من 20، 35 سنة.

#### الصدق:

لحساب صدق مقياس القلق تم الاعتماد على :

#### صدق المقارنة الطرفية

بعد الحصول على درجات العينة الاستطلاعية، تم ترتيبها تنازليا وقسم الأفراد إلى أقوياء وضعفاء، بناء على درجاتهم الكلية في المقياس، حيث قسمت الدرجات إلى 27 % الأعلى فاعتبر الحاصلين عليها أقوياء، و 27% الدنيا واعتبر الحاصلين عليها ضعفاء واستبعدت نسبة 46% المتحصلة على درجات

وسطى، وبعدها طبق اختبار "ت" "T test" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05 أو 0,01، والذي يعتبر مؤشرا على درجة صدق المقياس، والجدول الموالي يوضح المؤشرات الإحصائية للمجموعتين وقيمة "ت".

جدول رقم(1): يبين المؤشرات الإحصائية للمقارنة الطرفية، للتحقق من صدق مقياس اختبار القلق:

المؤشرات/المجموعة	المتوسط	الإنحراف المعياري	حجم العينة	قيمة "ت" T. tes
المجموعة العليا	142,88	3,96	8	15,97
المجموعة الدنيا	102,38	5,33	8	

اعتمادا على نظام ( SPSS ) تم حساب قيمة "ت"، والتحقق من دلالة الفرق ن، حيث تبين أن الفرق بين متوسط المجموعتين ، دال عند مستوى دلالة 0,01، مما يعني أن المقياس صادق.

الاثبات:

للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية، تم استخدام معاملات الثبات التالية:

معامل التناسق، طريقة ألفا كرونباخ:

حيث تم حساب معامل ألفا كرونباخ، لبيانات 30 فردا لمقياس القلق، المكون من 40 بند، حيث قدرت قيمة معامل ألفا كرونباخ ب 0,86 وهي درجة مرتفعة، مما يدل أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، ويمكن الوثوق بنتائجه.

معامل التناسق، طريقة التجزئة النصفية:

تم القيام بتجزئة الاختبار إلى نصفين متكافئين، وحساب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون، حيث قدرت قيمته ب 0,88، بينما قدر الثبات بتطبيق معادلة جيتمان Guttman ب 0,87، وهو معامل

ثبات مرتفع، يدل على أن الاختبار يقترب من سمة الشيء الذي يقيسه ويدعم هذا التناسق قيم ألفا كرونباخ في الجزأين الأول والثاني، واللتين قدرتا على التوالي 0,79، 0,69.

## 2.4. منهج البحث

نظرا لطبيعة هذه الدراسة فقد تم الإعتماد على المنهج العيادي، كونه المنهج الملائم لفرضيات الدراسة لأن موضوع الدراسة هو، مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن في تخفيف درجة القلق لدى فئة الشباب ، لأن هذا الأخير يوصلنا إلى معرفة السير النفسي للأفراد ودراسة الحالات الفردية، كما يؤكد ذلك روجي بيرون Rouger Perron في قوله: «إن المنهج العيادي في علم النفس، هو منهج معرفي للسير النفسي، الذي يهدف إلى تصميم بنية معقولة لأحداث نفسية صادرة من شخص معين». [78] ص 38 .

كما يؤكد ذلك جون روندال في قوله: «المنهج العيادي، هو بمثابة الملاحظة العميقة المستمرة لحالات خاصة، والتي من خصائصها دراسة كل حالة على انفراد».

ففي هذه الدراسة لا يمكن اختبار فرضيتنا، إلا بالاعتماد على هذا المنهج، الذي يعتمد على دراسة الحالة.

### 1.2.4. دراسة الحالة

طريقة دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم ميادين علم النفس العيادي، وهي دراسة استطلاعية في كفاءتها، كما أنها تركز على الفرد، فهي الوجه الذي ينظم ويقيم من خلالها الأخصائي العيادي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد، عن طريق المقابلة والملاحظة، والتاريخ الذاتي، والفحوص الطبية، والاختبارات السيكولوجية. [79] ص 62.

كما اتفق العلماء على أن دراسة الحالة، تستهدف الإحاطة الشاملة المعرفية بتفاصيل الحالة حيث يرى جوليان روتار Julian Rutter «أن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق المعلومات، حتى يتمكن من إصدار تقييم نحو الحالة». [80] ص 349.

وعليه فإن دراسة الحالة هي تقنية معتمدة لدراسة حياة فرد معين، من طفولته المبكرة وحتى الوقت الراهن، لذا فإن دراسة الحالة تشير إلى الحصول على معلومات تاريخية، أو بيولوجية حول مريض واحد بعينه، وفي الغالب تتضمن هذه التقنية الخبرة في العلاج. [79] ص 64.

### 1.3.4. عينة الدراسة

إن اختيار العينة الملائمة للدراسة، يعتبر من أهم الخطوات التي يتعرض لها الباحث، لكي تكون ممثلة تمثيلا صحيحا.

#### 1.1.3.4. كيفية المعاينة

تم تحديد المجتمع الأصلي، الذي على أساسه اختيرت العينة، والمتمثلة في مرضى القلق لهذا كانت المراكز الصحية، هي الإطار الأمثل لمقابلة العملاء، وقد تم اختيار عينة الدراسة وفق المعايير التالية:

- أن تكون الحالات تعاني من القلق.

- أن يكون القلق اضطراب أساسي وليس ثانوي.

- أن تكون ذات مستوى تعليمي مقبول يمكنها من قراءة القرآن، 4 متوسط فما فوق.

- أن يكون سن الحالات 20 على الأقل.

ونظرا لندرة الحالات التي تعاني من القلق، والتي تلجأ للعلاج النفسي، رغم شيوع هذا الاضطراب في المجتمع، فقد اختيرت عينة الدراسة، من بين الحالات التي تتوفر فيها المعايير المذكورة سابقا.

#### 2.1.3.4. طريقة المعاينة

طريقة المعاينة المستخدمة هي من نوع العينة القصدية، حيث يستخدم هذا الأسلوب إذا كان أفراد المجتمع الأصلي معروفين تماما، و يعتمد عليه إذا اختير أفراد العينة، حسب معايير يضعها الباحث في بحثه. [81] ص 223.

#### 1.3.4. خصائص أفراد العينة

تكونت عينة الدراسة من 6 أفراد، يتراوح سنهم ما بين 20 إلى 35 سنة، بمتوسط عمري قدره، يبلغ عدد الذكور 2، وعدد الإناث 4، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين:

3 أفراد (1 ذكر و2 إناث) خضعوا للعلاج النفسي فقط، و3 أفراد (1 ذكر و2 إناث) خضعوا لنفس العلاج النفسي الذي خضعت له المجموعة الأولى، بالإضافة للعلاج بقراءة القرآن الكريم، والجدول الموالي يوضح خصائص العينة.

الجدول رقم (2): يبين خصائص العينة:

الملاحظات	درجة القلق	المستوى التعليمي	السن	الجنس	الحالات
قلق شديد	140	1 ثانوي	25	ذ	1
قلق شديد	132	3 جامعي	21	أ	2
قلق شديد	126	2 ثانوي	30	أ	3
قلق شديد	136	4 متوسط	20	ذ	4
قلق شديد	126	3 ثانوي	35	أ	5
قلق شديد	142	3 ثانوي	35	أ	6

4.4. إجراءات الدراسة

1.4.4. التشخيص

تتم عملية التشخيص وفق إستراتيجية إكلينيكية، تسمح للباحث بجمع المعلومات التشخيصية، وتوضيح الخطة العلاجية، وتقديم المقاييس المستخدمة، ويمكن تلخيص ذلك في النقاط التالية:

1.1.4.4. مقابلة أولية

تهدف هذه المقابلة إلى خلق جو ملائم بين المختص و المفحوص. إعطاء فرصة للمفحوص للتحدث عن مشكلاته بكل حرية، وتعزيز ثقته بالمعالج والعلاج.

2.1.4.4. المقابلة الثانية

وهي مقابلة موجهة، تهدف إلى الحصول على المعلومات الشخصية للحالة، وتوضيح الخطط العلاجية، التي سيتم تطبيقها خلال المسار العلاجي، وتقديم المقاييس المستخدمة في الدراسة، وهي مقياس القلق لسبيبلرجر، لقياس درجة القلق قبل وبعد العلاج، وتسجيل التحسن الناتج عن التدخلات العلاجية.

#### 2.4.4. العلاج

استفاد أفراد العينة من العلاج النفسي، المتمثل في العلاج السلوكي، الذي اقتصر على تطبيق تقنية الاسترخاء مع الحالات في كل حصة علاجية، والعلاج المعرفي السلوكي بالنسبة للمجموعتين معاً، بينما طبق العلاج بقراءة القرآن مع المجموعة الثانية، حيث تم تخصيص 10 حصص علاجية لكل فرد، وقد حددت المدة الزمنية للعلاج بـ 10 أسابيع، بمعدل حصة في الأسبوع، وحددت المدة الزمنية لكل حصة من 45 إلى 60 دقيقة، حيث تم الاعتماد في العلاج النفسي على الخطوات التالية:

##### الحصة الأولى:

قامت الطالبة في هذه المقابلة بتقديم نفسها للحالات، وشرح الدور الذي تقوم به للتمكن من كسب ثقتها، وإقامة علاقة وثيقة قبل البدء في العلاج، لإعطائها فرصة التحدث عن مشكلاتها بصراحة، والتعرف على معاناتها، كي تتمكن من تحديد المشكلة.

##### الحصة الثانية:

قامت بجمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالات، حتى يسهل فهمها ويتم تحديد أسباب القلق، وتحتوي هذه المعلومات على بيانات شخصية، الجانب الصحي، الحالة النفسية، الحالة الاجتماعية، والتصورات المستقبلية، ثم بدأت في شرح مقياس القلق والغرض من تطبيقه، وتقديم الاختبار للحالات للإجابة عن البنود الموجودة فيه، وإعلامها بإعادة تطبيقه بعد نهاية العلاج.

##### الحصة الثالثة:

أخبرت الفاحصة الحالات بدرجة القلق التي لديها، وتحديد مشكلاتها وتشجيعها للحديث عنها، ثم قامت بدعم ثقتها بالعلاج الذي سيحسن من حالتها النفسية، وإن حالتها ليست عسيرة.

##### الحصة الرابعة:

العمل على إقناع الحالات بأن الأفكار غير العقلانية، هي التي تتسبب في ظهور السلوك المضطرب، وشرح أهمية الأفكار والمعارف، في تحديد الانفعالات والسلوكيات.

الحصة الخامسة:

مساعدة الحالات الاستبصار، بالأفكار اللامنتطقية والخاطئة التي تسببت في ظهور القلق لديها، وتحديدتها بدقة.

الحصة السادسة:

دفع الحالات إلى اكتشاف جوانب الخطأ، في أفكارها اللاعقلانية من أجل تغييرها.

الحصة السابعة:

مساعدة الحالات للبدء في تغيير الأفكار الخاطئة المسببة للقلق.

الحصة الثامنة:

تكليف الحالات بواجبات منزلية، تسعى من خلالها إلى ممارسة الأفكار المنطقية التي اكتسبتها.

الحصة التاسعة:

مساعدة الحالات على تعلم طرق جديدة، لحل المشكلات واكتشاف طرق بديلة وواقعية.

الحصة العاشرة:

دعم الأفكار التي وردت في الحصص السابقة، وإعادة تطبيق مقياس القلق لتسجيل التحسن الذي طرأ عليها بعد الانتهاء من العلاج .

بينما تم الاعتماد في الخطة العلاجية بقراءة القرآن على الخطوات التالية:

بالنسبة للحصة الأولى والثانية فقد تم الاعتماد على نفس الخطوات المتبعة في الحصتين الأولى والثانية لخطة العلاج النفسي، لننتقل إلى الحصص الموالية:

الحصة الثالثة:

تم تحديد درجة القلق عند الحالات، وتشجيع الحالات للحديث عن مشكلاتها، ثم بدأت في شرح الخطة العلاجية وتوضيح أهمية القرآن، وطرح أسئلة حول قراءة المفحوصين للقرآن، والتأكيد على أن القرآن كله شفاء ، وتقديم الأدلة الشرعية لإقناعهم بذلك قال تعالى «وتنزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين». (الاسراء الآية 82). كذلك قوله تعالى: «يأيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور، وهدى ورحمة للمؤمنين». (يونس الآية 57)، ثم أكدت لهم أن نجاح هذه الطريقة العلاجية، تتوقف

على مدى توكلهم على الله بأنه هو الشافي وهو الرازق وهو المعطي و المانع، أي أنه هو المنفرد بهذه الأمور كلها، قال تعالى: «ومن يتق الله يجعل له مخرجا». (الطلاق آية 2) وقوله أيضا: «ومن يتوكل على الله فهو حسبه». (الطلاق آية 3).

#### الحصة الرابعة:

قامت الطالبة بتحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالاضطراب، وتدريب وإقناع المفحوصين، على مهاجمة الأفكار السلبية باستعمال المنطق ، كما ذكرتهم بأن الأفكار اللامنطقية هي التي تحفز الأسلوب المضطرب، وضرورة استخدام التحليل المنطقي للتخلص من الاعتقادات غير المنطقية، كذلك مواجعتهم لجعل أفكارهم عقلانية ومنطقية، ثم قمت بطرح أسئلة حول العبادات التي يؤديونها، ومدى مداومتهم عليها وذكرتهم بأهمية بعض العبادات كالصلاة، حيث أشارت لهم أن الصلاة تشعر الإنسان بالراحة، لأن الله تعالى جعل قررة عين الرسول صلى الله عليه وسلم في الصلاة، قال تعالى: «واستعينوا بالصبر والصلاة وإنها لكبيرة إلا على الخاشعين» ( البقرة الآية 45 ) ، كذلك تذكيرهم بأهمية التوبة والاستغفار وجميع أنواع الذكر، قال تعالى: «الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله، ألا بذكر الله تطمئن القلوب» ( الرعد 28 ). وقوله صلى الله عليه وسلم «من لزم الاستغفار جعل الله له من كل ضيق مخرجا، ومن كل هم فرجا وورزقه الله من حيث لا يحتسب» (أخرجه أبو داود و ابن ماجة). [74] ص 196، 197 .

ثم قدمت لهم السور والآيات، التي سيداومون على قراءتها يوميا صباحا ومساء، والتي سأسمعهم بعضها في المصحة، كما أقتعتهم بختم القرآن كل شهر، وذلك بقراءة حزبين كل يوم من المصحف، ثم قمت بإسماعهم الشريط المسجل للصور المختارة بصوت العجمي والغامدي، وألاحظ رد فعلهم حيث تدوم مدة الاستماع 20 دقيقة.

#### الحصة الخامسة:

وجهت لهم أسئلة حول العبادات التي بدأوا يقومون بها، وهل أصبحوا محافظين عليها أكثر من قبل، وهل بدعوا في تطبيق الخطة العلاجية التي أعطيتهم إياها، كما طرحت لهم أسئلة حول الأفكار التي بدعوا في تغييرها، والأفكار الإيجابية التي استبدلوها، ثم تسميع السور والآيات للمفحوصين، وعند الانتهاء أطلب منهم التركيز على معاني هذه الآيات واستنباط الأفكار الإيجابية أو العقلانية، التي جاءت بها هذه الآيات لتساعدهم على فهم حالتهم والتخلص من الأفكار السلبية لديهم، من خلال ما جاءت به الآيات والسور.



### الحصة السادسة:

طرح أسئلة للمفحوصين، حول مدى التزامهم بتطبيق البرنامج المقدم لهم وعن العبادات التي أصبحوا يداومون، عليها وتشجيعهم على المواصلة والاستمرار في ذلك ثم إسماعهم السور المختارة والتي سبق لهم وأن استمعوا إليها.

### الحصة السابعة:

قامت الطالبة بنفس الخطوات المتبعة في الحصة السابقة، وطرح أسئلة حول إذا ما كانوا يشعرون بتحسن، وإذا كانوا يتبعون البرنامج المقدم لهم في المنزل، والتأكيد على ضرورة المحافظة على العبادات الأخرى، لأنها تساعدهم على التخلص من حالة القلق التي يعانون منها.

### الحصة الثامنة:

الاستمرار في إسماع القرآن للمفحوصين، والتركيز على التحسن الملحوظ والتأكيد على استعماله، لمواجهة المشاكل الحياتية، والاضطرابات النفسية، وطرح أسئلة حول إقناعهم بأهمية القرآن في حياة الفرد وفي آخرته.

### الحصة التاسعة:

تم فيها إجراء تسميع المفحوصين السور المختارة، والتركيز على التحسن الملحوظ الذي يشعرون به، وطرح أسئلة حول رأيهم في قراءة القرآن.

### الحصة العاشرة:

تم فيها إجراء حوصلة حول التغيرات، التي طرأت على أفكار المفحوصين ومدى تأثير العلاج بقراءة القرآن في تغيير الأفكار السلبية، والتركيز على قدرات المفحوص وتشجيعه على استخدامها مع تسجيل التحسن الملحوظ، وطرح أسئلة حول الأفكار الإيجابية المستخلصة من الآيات التي تم اختيارها، ثم قامت الباحثة بتقديم مقياس القلق، للمفحوصين بهدف الإجابة على بنوده مرة أخرى، كما ذكرت لهم في بداية المقابلة الأولى، لتحديد درجة انخفاض القلق.

الآيات والسور التي انتقتها الطالبة للعلاج هي:

- قراءة سورة الفاتحة 7 مرات.

- قراءة أوائل سورة البقرة مرة واحدة.

- قراءة آية الكرسي 3 مرات.

- قراءة أواخر سورة البقرة مرة واحدة.

- قراءة سورة ياسين مرة واحدة.

- سورة الفرقان مرة واحدة.

- سورة الإخلاص 3 مرات.

- المعوذتين 3 مرات.

- سورة آل عمران الآية 125-126 قال تعالى: «بلى إن تصبروا وتتقوا ويأتوكم من فورهم هذا يمددكم ربكم بخمسة آلاف من الملائكة مسومين، وما جعله الله إلا بشرى لكم ولتطمئن به قلوبكم، وما النصر إلا من عند الله العزيز الحكيم» مرة واحدة.

- سورة الأنفال الآية 10-11 قال تعالى: «وما جعله إلا بشرى ولتطمئن به قلوبكم وما النصر إلا من عند الله، إن الله عزيز حكيم، إذ يغشيكم النعاس أمنة منه وينزل عليكم من السماء ماء ليطهركم به ويذهب عنكم رجز الشيطان وليربط على قلوبكم ويثبت به الأقدام» مرة واحدة.

- سورة الرعد الآية 28 قال تعالى: «اللذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب».

- سورة الفتح الآية 4 قال تعالى: «هو الذي أنزل السكينة في قلوب المؤمنين ليزدادوا إيماناً مع إيمانهم والله جنود السماوات والأرض وكان الله عليماً حكيماً» مرة واحدة.

وكان سبب اختيار الباحثة لهذه السور والآيات، نظراً لفضائل هذه الآيات التي أخبرنا بها الحبيب المصطفى، ونبهنا إلى قيمتها العلمية والاستشفائية حتى نزداد تمسكاً بها، فقد ذكر في فضل سورة الفاتحة: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «ما أنزل في التوراة والإنجيل مثل أم القرآن، وهي السبع المثاني وهي المقسومة بيني وبين عبدي، ولعبدي ما سأل». (رواه الترمذي والنسائي).

كذلك قوله صلى الله عليه وسلم: «الحمد لله رب العالمين هي السبع المثاني، والقرآن العظيم الذي أوتيته». (رواه البخاري).

كذلك قوله صلى الله عليه وسلم: «فاتحة الكتاب شفاء من كل داء إلى السام». (أخرجه البيهقي).

ما ذكر في فضل أوائل سورة البقرة:

أخرج الدارمي عن ابن مسعود موقوفاً: «من قرأ أربع آيات من أول سورة البقرة، وآية الكرسي، وآيتين بعد الكرسي، وثلاثاً من آخر سورة البقرة، لم يقربه ولا أهله يومئذ شيطان ولا شيء يكرهه، ولا يقرآن على مجنون إلا أفاق».

ما ذكر في فضل آية الكرسي:

عن أبي بن كعب رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «يا أبا المنذر أتدري أي آية من كتاب الله معك أعظم؟ قال: قلت: الله لا إله إلا هو الحي القيوم، قال: فضرب في صدري وقال: والله ليهنك العلم يا أبا المنذر» (أخرجه مسلم).

فضل أواخر سورة البقرة:

عن أبي مسعود الأنصاري رضي الله عنه- قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم «من قرأ هاتين الآيتين من سورة البقرة في ليلة كفتاه». (رواه البخاري ومسلم).

وأخرج الديلمي من حديث أبو هريرة مرفوعاً: «آيتان هما قرآن، وهما يشفيان، وهما مما يحبهما الله، الآيتان من آخر سورة البقرة».

ما ذكر في فضل سورة ياسين:

عن أنس بن مالك رضي الله عنه- أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «لكل شيء قلب، وقلب القرآن ياسين، ومن قرأها كتب له بقراءتها قراءة القرآن عشر مرات». (رواه الترمذي).

وأخرج المحاملي في أهاليه، من حديث عبد الله بن الزبير: «من جعل ياسين أمام حاجة قضيت له».

[82] ص 52، 57.

ما ذكر في فضل سورة الإخلاص:

عن أبي الدرداء رضي الله عنه- عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «أيعجز أحدكم أن يقرأ في ليلة ثلث القرآن؟ قالوا: وكيف يقرأ ثلث القرآن؟ قال: «قل هو الله أحد» تعدل ثلث القرآن» (رواه مسلم).

أخرج البزار من حديث أنس رضي الله عنه- «إذا وضعت جنبك على الفراش وقرأت فاتحة الكتاب

«وقل و الله أحد» فقد أمنت من كل شيء إلا الموت».

ما ذكر في فضل المعوذتين:

عن عقبة بن عامر رضي الله عنه- قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:

«أنزلت علي آيات لم أر مثلهن: «قل أعوذ برب الفلق، وقل أعوذ برب الناس». (أخرجه أحمد)

وفي رواية لأبي داود: عن عقبة بن عامر رضي الله عنه- قال: كنت أقود برسول الله صلى الله عليه

وسلم ناقته في السفر، فقال لي: (يا عقبة ألا أعلمك خير سورتين قرنتا) قلت فعلمني فقال: «قل أعوذ برب

الفلق وقل أعوذ برب الناس» قال: لم يرني سررت بهما جدا فلما نزل لصلاة الصبح صلى بهما صلاة الصبح للناس، فلما فرغ الرسول صلى الله عليه وسلم من الصلاة التفت إلي فقال: يا عقبة كيف رأيت). (رواهم مسلم).

ومن أسباب اختيار الباحثة لهذه السور كذلك استعمالها في الرقية، والاستشفاء بها في الأمراض الروحية مثل السحر والمس والحسد.

بما أن القلق هو عدم الاطمئنان والاضطراب، بسبب ما يحيط بالإنسان من مشاكل، أو بسبب الخوف من المستقبل فقد ارتأيت أن أجرب الآيات التي تتحدث عن الأمن والطمأنينة والسكينة لعلاجه.

## 5.4. أدوات الدراسة

اعتمدنا في هذا البحث على أدوات معروفة وهي المقابلة العيادية ومقياس القلق لسبيلبرجر.

### 1.5.4. المقابلة العيادية

تعتبر المقابلة العيادية من أهم الأساليب الأساسية التي يستعملها المختص النفسي من أجل إقامة علاقة اتصال بالحالة، والحصول على معلومات خاصة به قصد مساعدته وحسب كولات شيلاند Collette Chiland، فإنها تهتم بالمحتوى الخارجي لفهم المحتوى الداخلي وبالتالي تحقيق التوازن بين القوى المتنافسة، وفي المقابلة التي ينبغي الاهتمام بالخطاب دون إهمال ردود أفعال المفحوص، أي الإيماءات والرؤية ووضعية الجسم.

وهناك ثلاثة أنواع للمقابلة، وتتمثل في المقابلة الموجهة، المقابلة نصف الموجهة والمقابلة غير الموجهة. [83] ص 42، 128.

وعليه تجدر الإشارة إلى أن المقابلة هي تبادل كلام بين شخصين أو عدة أشخاص، كما أنها علاقة دينامية بين الفاحص والمفحوص، أي محادثة موجهة لغرض محدد، وبالتالي فإن المقابلة العيادية هي طريقة حوارية تقوم على النظر والتحدث والسمع، وليس فحص جسدي والهدف الأساسي منها، هو الكشف عن ديناميات سلوك المريض حتى تستطيع أن تفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى حالته الراهنة. [83] ص 10.

وعليه فإن اختيار نوع المقابلة يعتمد على تفضيل الباحث، وكذا على موضوع الدراسة والهدف منها، بالإضافة إلى ظروف التجربة وخصائص الأفراد، ومن هنا جاء اختيارنا لتقنية المقابلة العيادية النصف موجهة، والتي تتميز حسب ميخائيل أسعد بمجابهة الفاحص للمريض بأسئلة تمكنه من جمع المعلومات، بغية تقييم مختلف سمات المريض. [84] ص 454.

كما تعتبر المقابلة العيادية النصف موجهة تقنية لهذا البحث، أين يطرح الفاحص أقل ما يمكن من الأسئلة بعد تهيئة الجو الملائم لذلك وإقناع المفحوص وطمأنته.

أما بالنسبة للمحاور التي اعتمدت في دليل المقابلة هي:

### المحور الأول:

بيانات شخصية: والهدف منها هو جمع بيانات شخصية حول الحالة تحتوي على الاسم، السن، العنوان، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، المهنة، المستوى الاقتصادي للأسرة، عدد الإخوة، الترتيب بين الإخوة.

### المحور الثاني:

الجانب الصحي: ويشمل معلومات حول الحالة الصحية. مثل بداية ظهور الاضطراب، هل تلقى العلاج من قبل، إذا كان يعاني من مرض آخر عدا هذا الاضطراب.

### المحور الثالث:

الحياة الشخصية: يهتم هذا المحور بالحياة الشخصية للحالة، وكيفية معاشتها للطفولة والمراهقة. علاقاتها مع الأسرة، الأصدقاء، المدرسة.

### المحور الرابع:

#### المعاش النفسي:

ويشمل الحالة النفسية، مثل الاضطرابات النفسية التي يعانيها، والأحداث التي عاشها المفحوص والتي تسببت في إصابته بالقلق.

### المحور الخامس:

#### المعاش الاجتماعي:

تدور حول الحياة الأسرية والاجتماعية، مثل رؤية نفسه داخل الأسرة والمجتمع، ونظرتهم له.

### المحور السادس:

#### التصورات المستقبلية:

هو خاص بالحياة المستقبلية للمفحوص، كيفية رؤيته للمستقبل، هل هي تفاؤلية أم تشاؤمية.

### 2.5.4. مقياس القلق حالة والقلق سمة لسبيلبرجر

أما عن الأداة الثانية المستخدمة في هذا البحث، والتي نهدف من ورائها إلى قياس درجة القلق، هي مقياس

القلق حالة والقلق سمة لسبيلبرجر، وقد وقع اختيارنا على هذا المقياس للأسباب التالية:

- سهولة الإجراء والتصحيح، وقابليته للإجراء فرديا وجماعيا.
- كون هذا المقياس صمم لدراسة ظاهرة القلق عند الشباب، ولأن عينة الدراسة تتمثل في فئة الشباب، فقد وقع اختيارنا عليه.
- توفر ما يتعلق بالإختبار، من حيث طريقة إجرائه، التصحيح، تفسير الدرجات، صدقه وثباته.
- استعماله الواسع، في دراسات الممارسات الإكلينيكية.

## وصف المقياس:

وضع هذا الاختبار في الأصل شارلز، سيلبرجر، ريتشاردل، جورستن، روبرت لوشين: Charles D, Spielberg, Richard I, Gorsuch and Robert. E, Lushene. تحت عنوان State-trait anxiety Inventory (STAI) أي اختبار حالة وسمة القلق، ويشمل هذا الاختبار مقياسين منفصلين، يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، وذلك لقياس مفهومي منفصلين للقلق (حالة القلق وسمة القلق)، حيث نقتح هذه الأخيرة ونشرت عام 1983، تحت اسم الصيغة (ي) وهي الصيغة الحالية، وترجمت إلى العربية ونقتح من طرف أحمد محمد عبد الخالق سنة 1992، ويستخدم هذا الاختبار كأداة بحثية لدراسة ظاهرة القلق لدى الشباب.

ويتكون مقياس "سمة القلق" من 20 عبارة، يطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام، وهي حالة ثابتة نسبياً، فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات إيجابية، والاثني عشر الباقية سلبية. ويتكون مقياس "حالة القلق" من 20 عبارة أيضاً، ولكن تتطلب تعليماته من المفحوصين الإجابة عما يشعرون به لحظة معينة من الوقت، وهي مصاغة صياغة إيجابية في عشر عبارات، والسلبية في عشرة أخرى.

ويعتبر اختبار حالة وسمة القلق للكبار، من الاختبارات المفيدة في العمل الإكلينيكي فالمقياس "سمة القلق" معايير إحصائية للدرجات الخام لطلاب المدارس والكلية، وذلك لمعرفة القابلين للإصابة منهم بالقلق، وأيضاً لتقويم الذين في حاجة منهم إلى الإرشاد والتوجيه النفسي لإصابتهم بالقلق العصبي، وقد يستخدم مقياس "سمة القلق" أيضاً كأداة بحثية للتمييز بين الأفراد، الذين يختلفون في استجاباتهم للضغوط النفسية، تحت مستويات مختلفة لشدة حالة القلق.

أما مقياس "حالة القلق" فيستخدم في العمل الإكلينيكي، كمؤشر حساس لتحديد مستوى القلق الموقفي، كحالة شعورية يخبرها العملاء والمرضى، أثناء مواقف التوجيه والعلاج النفسيين، وتشمل الصفات الأساسية المقدرة باستخدام هذا المقياس الشعور بالتوتر، التهيج العصبي، الضيق وتوقع الشر.

## التطبيق:

صمم هذا الاختبار (حالة وسمة القلق)، ليطبق بطريقة فردية أو جماعية، كما يمكن أن يقوم الفرد بتطبيقه بنفسه على نفسه، وتوجد في صدر قائمة العبارات لكل من الصورتين تعليمات معيارية للمفحوص، وليس هناك وقت محدد للاختبار.

عند تطبيق الاختبار كاملاً بصورتيه، يطبق أولاً مقياس حالة القلق، ثم يعقبه مقياس سمة القلق، ويرجع إلى أن مقياس حالة القلق مصمم ليكون حساساً فتنأثر درجاته بالجوانب الانفعالية إذا طبق مقياس سمة القلق أولاً.

#### صدق وثبات المقياس:

تم التأكد من صدق وثبات المقياس، من طرف فرج اسماعيل النفار بفلسطين، على عينة مكونة من 50 فرداً، وتم التأكد من صدقه عن طريق صدق المحكمين، وقد أجمع الأساتذة على أن عبارات المقياس تعبر بصورة جيدة عن حالة وسمة القلق.

كما تم التأكد من الصدق عن طريق الإتساق الداخلي، وكانت معظم العبارات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,01.

أما ثبات المقياس فقد قام الباحث بحساب معاملته، عن طريق التجزئة النصفية، وقد وجد الارتباط بين النصفين قبل التعديل 0,773 وبعد التعديل 0,872، وهو معامل ثبات مرتفع دال إحصائياً، وتم حساب ألفا كرونباخ، حيث بلغ معامل الثبات 0,937 وهو معامل ثبات مرتفع.

واعتباراً لهذه النتائج مع النتائج التي توصلت إليها الباحثة يمكن القول بأن هذا المقياس يتمتع بصدق وثبات مرتفعين.

#### التعليمة:

فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (x) في الدائرة المناسبة، أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به في هذه اللحظة، ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة، لا تستغرق وقتاً طويلاً في عبارة واحدة، تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به في هذه اللحظة.

#### طريقة التصحيح:

تختلف طريقة التصحيح، لكل من العبارات السالبة والعبارات الموجبة، لكلتا الصورتين فالعبارات السالبة تنتقط من (1 إلى 4)، أما العبارات الموجبة فتنقط من (4 إلى 1)، في الصورتين الأولى والثانية، نقوم بجمع العبارات الموجبة والسالبة، والتي تساوي عشرين نضربها في 4 (عدد الإجابات) فنحصل على مجموع 80، ولمعرفة درجة القلق عند المبحوثين نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها لكل صورة على حدى، وذلك بعد مراعات العبارات السالبة والموجبة، وكيفية تنقيطها ونصف درجة القلق عند المبحوث.



ولأن الطالبة قامت بجمع الدرجات المتحصل عليها للصورتين معا لإيجاد درجة القلق فإن التنقيط يتغير، لأنه عند جمع العبارات الموجبة والسالبة في الصورتين معا، والتي تساوي 40 نضربه في 4 (عدد الإجابات)، فنحصل على مجموع 160، ونصف درجة القلق عند المبحوثين وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (03): يوضح لنا درجات القلق ومستواها حسب الفئات:

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
1	40	خالي من القلق
2	80-40	قلق طبيعي
3	120-80	قلق فوق المتوسط
4	160-120	قلق شديد

طريقة التنقيط:

جدول (04): يوضح كيفية تصحيح وتنقيط الصورة الأولى "حالة القلق":

تنقيطها				مجموعها	أرقامها	العبارات
كثيرا	وسط	حتما	مطلقا			
4	3	2	1	10	-14-13-12-9-7-6-4-3 18-17	السالبة
1	2	3	4	10	-16-15-11-10-8-5-2-1 20-19	الموجبة
				20		

جدول (05): يوضح كيفية تصحيح وتنقيط الصورة الثانية "سمة القلق":

تنقيطها				مجموعها	أرقامها	العبارات
كثيرا	وسط	حتما	مطلقا			
4	3	2	1	12	-32-29-28-25-24-23-22 40-38-37-35-34	السالبة
1	2	3	4	08	-36-33-31-30-27-26-21 39	الموجبة
				20		

## 6.4. مجالات الدراسة

1.6.4. المجال المكاني تم إجراء الدراسة الميدانية، بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، في حي الموز والتي تدعى (بناني)، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، بن يوسف بن خدة والتي تدعى (عدل)، حيث تقدم هاتين المؤسستين عدة خدمات، نذكر منها

- فحص طبي عام.
- فحص طبي متخصص، (أمراض القلب، أمراض باطنية، أمراض جلدية).
- فحص نفسي، (أرطفوني، إكلينيكي).
- جناح الاستعجال.
- جراحة الأسنان.
- حماية الأمومة والطفولة.
- الكشف بالأشعة.
- مركز التحاليل الطبية.
- الصيدلية.
- الإدارة (مديري المناوبة الإدارية، مسؤولي الوحدات الصحية، أعوان الأمن والحراسة).

## 2.6.4. المجال الزمني

امتدت فترة الدراسة منذ بداية سنة 2010، إلى حولي بداية 2012 وقد قسمت هذه الفترة إلى مرحلتين: المرحلة الأولى من بداية 2010 إلى فيفري 2011، حيث خصصت هذه المرحلة لتصميم الدراسة النظرية. المرحلة الثانية التي انطلقت من مارس 2011 إلى حوالي جانفي 2012، وقد خصصت هذه الفترة للدراسة الميدانية.

## 7.4. أدوات تحليل البيانات

تم الاعتماد في تحليل بيانات هذه الدراسة، على تقنية تحليل المحتوى، والأساليب الإحصائية المناسبة لها.

### 1.7.4. تحليل المحتوى

#### 1.1.7.4 المنهجية العامة لتحليل المحتوى

عرف باردين BARDIN تقنية تحليل المحتوى، أنها تقنية من تقنيات البحث العلمي، تهدف للوصف الموضوعي المنظم، والتبويب الكمي للمحتوى الظاهر للاتصال. وقد حدد لازار LASAR الشروط التي يجب الالتزام بها، عند الاعتماد على طريقة تحليل المحتوى، لتفسير نتائج المقابلة العيادية وهي كالآتي:

#### 2.1.7.4 الوصف الموضوعي

لا بد على الباحث أن يفهم المعطيات كما أعطها المفحوص، ولا يبحث عن ما وراء تلك المادة حتى يتجنب تدخل الذاتية، فعليه إذن فهم اللغة التي يتكلم بها المفحوص وأفكاره، حتى يتمكن من الكشف عن العبارات المهمة التي تساعده في بحثه. [86] ص 13 ، 11 .

#### 3.1.7.4 الوصف المنهجي

يجب على الباحث أن يأخذ كل ما جاء في حديث المفحوص، ولا يترك أي عنصر من هذا المحتوى.

#### 4.1.7.4 الوصف الكمي

يتم فيه تحويل العناصر النوعية إلى معطيات كمية. (بركات المرجع السابق ص 110).

#### 2.7.4 الأساليب الإحصائية

اقتصرت استعمالنا للأساليب الإحصائية على الدراسة الاستطلاعية فقط، لأننا اعتمدنا على عينة صغيرة، وبالتالي فهي لا تحتاج إلى معالجات احصائية، حيث اشتملت الأساليب الإحصائية للدراسة الاستطلاعية على مايلي:

- معامل ألفا كرونباخ.

- معادلة سبيرمان براون.

- معادلة جيتمان Guttman.

## 8.4. عرض الحالات

الحالات التي خضعت للعلاج النفسي وحده.

الحالة الأولى:

البيانات الشخصية: محمد يبلغ من العمر 25 سنة، يقطن بمدينة البليدة، أعزب المستوى التعليمي سنة 1 ثانوي لا يعمل، لديه 4 إخوة، 3 إناث وواحد ذكر، يعد الأكبر من حيث الترتيب بين الإخوة، يسكن في بيت يتكون من غرفتين، الوالدان على قيد الحياة كان يعاني من القلق منذ طفولته، لكن لم يكن بالشكل الذي هو عليه في الوقت الحالي.

الجانب الصحي: كان يعاني من القلق منذ الطفولة حيث أنه كان سريع الانفعال، حيث بقي هذا الاضطراب في تزايد مستمر، ومنذ سنة تقريبا أصبح يشكل خطورة عليه حيث أنه أصبح لا يستطيع التحكم في تصرفاته، لم يتلق أي علاج من قبل، لا يعاني من أمراض أخرى عدا هذا الاضطراب.

الحياة الشخصية: في بداية طفولته كان طفلا عاديا لديه أصدقاء، علاقته معهم كانت جيدة كذلك مع أمه إخوانه، لكن علاقته بوالده كانت سيئة، لأن والده كان يعامله بقسوة، فهو يتعرض للضرب من قبل والده لأنفه الأسباب، حيث كان يضربه بشدة لحد الإغماء، وعندما بلغ سن المراهقة أصبح يقوم بتصرفات غريبة هذا ما تسبب له في الطرد من المدرسة، لكن بالرغم من هذا كان لديه أصدقاء، وعلاقته معهم جيدة، وعندما ترك مقاعد الدراسة، ألتحق بالتكوين المهني لكن بعد ازدياد الاضطراب ترك التكوين المهني كذلك، لأنه أصبح يتحاشى الاختلاط بالآخرين.

المعاشي النفسي: يعاني من قلق شديد، بسبب الضرب الذي كان يتعرض له من طرف الأب الشعور بالذنب والندم تجاه أسرته، لأنه يعتقد بأنه هو السبب في حرق المنزل، حيث أنه عندما بلغ سن 11 سنة، أين ذهب لشراء قارورة غاز، كانت مفتوحة ولم ينتبه لها، وعاد بها إلى المنزل، مما أدى إلى نشوب حريق داخله، وأحرق البيت كله والذي يتكون من طابقين وبقيت العائلة في العراء، ودخول والدته المستشفى وبقيت في الانعاش مدة 15 يوما، مما جعله يلوم نفسه دائما بأنه هو السبب، أما عن الأعراض التي يعاني منها هي قلة الأكل، عدم القدرة على النوم، حيث أنه يبقى مدة 3 أيام دون نوم، الصداع الدائم في الرأس، آلام في البطن، النحافة، الإهمال في الهدام والنظافة، العزلة.

المعاش الاجتماعي: قضاء الوقت كله في المنزل، يتحاشى الاختلاط بالآخرين، حتى الأهل لأنه يخاف أن يرتكب جريمة لو تعرض له أحد، الأم وقفت إلى جانبه في المرض وتسانده لكن الأب لا يعترف بمرضه، ويعتقد بأنه يقوم بذلك عمدا وما زال يضربه لحد الآن.

### التصورات المستقبلية:

يرى بأن ليس لديه مستقبل، لأنه يظن أن مرضه لا يمكن شفاؤه مرضه قضى على كل أحلامه، يتمنى أن يكون مثل الآخرين يستطيع الخروج دون خوف من نفسه، يتمنى أن يكون لديه عمل كالآخرين لمساعدة عائلته للخروج من الأزمة المالية التي تعاني منها.

### التقويم العام للحالة الأولى:

بعد تتبعي لعلاج هذه الحالة ، وبعد تطبيق مقياس القلق لسبيبلرجر، تأكدت حينها من أن هذه الحالة تعاني قلق شديد، وهو ما تبين من خلال المقابلة نصف الموجهة، إذ لاحظت أن هناك تطابق بين الأعراض الموجودة في المقياس، وتلك التي ذكرتها الحالة ، والتي تترجم الاضطرابات التالية:

إضطراب علائقي: العزلة، الانطواء، اضطراب العلاقة الأسرية.

إضطراب معرفي: وهذا نتيجة لشعور الحالة بالذنب، وتأنيب الضمير.

إضطراب سلوكي: تمثل في سرعة الغضب، والاعتداء على الآخرين.

اضطرابات جسمية: هزال جسدي، نقص الشهية، قلة النوم، الإهمال في الهندام.

بعد الانتهاء من العلاج سجلت الحالة تحسنا في بعض الأعراض، مثل اضطرابات النوم الاهتمام بالمظهر، الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، لكن بقي لديه العزلة والانطواء، سرعة الغضب والهزال.

### الحالة الثانية:

#### البيانات الشخصية:

سمية تبلغ من العمر 21 سنة، تقطن بمدينة البليدة، عزباء المستوى التعليمي السنة الثالثة جامعي علوم تكنولوجيا، طالبة جامعية، لديها أخت واحدة، تكبرها سنا تسكن في بيت لائق، الوالدان منفصلان منذ أن كان عمرها 3 سنوات.

#### الجانب الصحي:

بدأت تعاني من القلق منذ أن بلغت سن المراهقة، وبالضبط 14 سنة حيث أنها بدأت تشعر بالقلق، وخاصة عند تعرضها لبعض المواقف، لم تتلقى أي علاج من قبل، لا تعاني من أمراض أخرى عدا هذا الاضطراب.

#### الحياة الشخصية:

عاشت طفولة تعيسة حسب تصريحاتها، كونها عاشت في بيت جدها لأمها، كانت تبكي في معظم الأوقات، بسبب المضايقات التي كانت تتعرض لها من طرف أخوالها، لم تكن لديها اتصالات مع أطفال آخرين، كانت علاقتها مقتصرة على أمها وأختها فقط، كونها كانت منذ الطفولة تحس بالنقص وأنها ليست

كالآخرين، بسبب عدم وجود الأب في حياتها، حيث أنها شاهدته مرة واحدة فقط، وعندما بلغت سن المراهقة واستقلت مع أمها بالسكن، أصبحت لديها بعض العلاقات مع الأصدقاء، والزملاء في الدراسة، لكنها كانت علاقات سطحية.

### المعاش النفسي:

سبب إصابتها بهذا المرض، الضغوط التي تعرضت لها في صغرها من طرف عائلة الأم، كذلك عدم وجود الأب في حياتها يشعرها بالنقص، والمرة الوحيدة التي التقت به كان عمرها 4 سنوات، لم يكلف نفسه حتى الاقتراب منها أو التحدث إليها، عاملها وكأنها غريبة عنه، ومما زاد في تفاقم حالتها رسوبها في السنة الثانية جامعي، حيث أصبحت في حالة يرثى لها وأصبحت تتوقع الفشل في كل شيء، أما عن الأعراض التي تعاني منها فهي: النرفزة لأتفه الأسباب، عدم القدرة على التحكم في تصرفاتها وكلامها، التردد في اتخاذ القرارات، الخوف من الفشل في حياتها، البكاء الدائم.

### المعاش الاجتماعي:

لديها علاقات اجتماعية لكنها قليلة، عدم الثقة في الآخرين والشك الدائم في نواياهم وخاصة الطرف الآخر، الأم والأخت تقفان إلى جانبها في محنتها وتحاولان مساعدتها، على تخطي هذه الحالة والوقوف إلى جانبها لتلقي العلاج.

### التصورات المستقبلية:

ترى أن مستقبلها في تفوقها في الدراسة والعمل، لكنها تخاف من الفشل مرة أخرى، تتمنى لو كانت كالآخرين لديها أب يسأل عنها ويكون إلى جانبها.

### التقويم العام للحالة الثانية:

يظهر من خلال عرض هذه الحالة، أنها كانت تعاني من قلق شديد، حيث تأكدنا منه بعد تطبيق مقياس القلق، وقد لاحظت أن هذه النتيجة كانت متفقة مع كلامها في المقابلة نصف الموجهة، حيث ترجمت المشكلات النفسية والجسمية التالية:

اضطرابات علائقية: عدم الثقة في الآخرين، والشك في نواياهم ما عدا الأم والأخت.

اضطرابات معرفية: اعتقادات وتصورات خاطئة، كاعتقاد الفشل في الدراسة.

اضطرابات سلوكية: الغضب، النرفزة، البكاء، تحطيم الأشياء.

اضطرابات جسمية: نقص الشهية.

بعد 10 أسابيع من تتبع العلاج ، سجلت الحالة تحسنا في بعض الأعراض، نقص الشهية، استرجاع

الثقة بقدرتها على النجاح ، وتحسن طفيف في الغضب، النرفزة، الخوف من المستقبل.

بدأت تظهر بوادر التحسن عندها منذ الحصة السادسة، ظهر ذلك بعد إعادة تطبيق المقياس والانتهاج من العلاج.

### الحالة الثالثة:

#### البيانات الشخصية:

رانية تبلغ من العمر 30 سنة، تسكن في مدينة البليدة، عزباء ذات مستوى الثالثة ثانوي، متحصلة على شهادة في الإعلام الآلي، تعمل كسكرتيرة، أصيبت باضطراب القلق منذ 5 سنوات، لديها 5 إخوة، 2 إناث و 3 ذكور، وهي الصغرى في الترتيب بين الإخوة تسكن في منزل واسع ولائق جدا، الأب على قيد الحياة، الأم متوفية منذ 5 سنوات.

الجانب الصحي: بدأت تتنابها هذه الحالة (أي حالة القلق) منذ 5 سنوات، ليس لديها أي مرض آخر، لم تتلقى العلاج من قبل.

الحياة الشخصية: عاشت طفولة هادئة، كونها كانت الصغرى في البيت مدللة جدا، من طرف العائلة وخاصة الأم والأب، كانت لديها علاقات مع صديقاتها، تلعب وتدرس وتمرح وليس لديها أي مشاكل، وكذلك نفس الشيء بالنسبة للمرافقة، فقد كانت لديها صداقات مع زميلاتهن، كانت تخرج معهن للتنزه، كانت حياتها هادئة جدا.

المعاش النفسي: سبب إصابتها بهذا الاضطراب، هو موت الأم المفاجئ الذي سبب لها أزمة كبيرة، كونها كانت تحبها كثيرا، كذلك زواج أختها الأكبر منها وافنقادها لهما، كذلك زواج أخوتها الذكور، وانشغال كل واحد منهم بعائلته، وزواج الأب الذي زاد من حدة هذا الاضطراب، المشاكل المستمرة مع زوجة الأب والإرهاق الذي تتعرض له، بسبب القيام بأعباء البيت وحدها، وعدم اكتراث الأب الذي لم يعد يهتم لحالها، ووقوفه دائما إلى جانب زوجته، أما عن الأعراض التي تعاني منها الميل للانطواء والعزلة، لتجنب المشاكل مع الآخرين، كره المنزل والرغبة في مغادرته، الشعور بعدم الثقة في النفس، الشعور بالملل والضجر في حياتها، البكاء في معظم الأحيان.

المعاش الاجتماعي: لم تعد تكثرث بالعلاقات مع الآخرين، حيث أنها أصبحت تفضل البقاء لوحدها، لأنها ترى أنه لا فائدة من ذلك.

التصورات المستقبلية: متشائمة جدا من المستقبل، ترى بأن حياتها لم يعد لها أي معنى لأنه لا أحد يكثرث لوجودها، تتمنى أن تنتهي حياتها لأنها لم تعد قادرة على مواصلة العيش لوحدها.

#### التقويم العام للحالة الثالثة:



يتضح من خلال عرض هذه الحالة، أنها كانت تعاني من قلق شديد، ظهر من خلال درجة مقياس القلق لسيلبرجر، وقد تم التأكد من ذلك بعد تتبعي لعلاجها، وملاحظة الأعراض التي تعانيها وقد ترجمت في الاضطرابات التالية:

اضطرابات علائقية: الانسحاب التام من العلاقات الاجتماعية، إلا مع بعض أفراد الأسرة.

اضطرابات معرفية: التشاؤم من المستقبل.

اضطرابات سلوكية: البكاء، الرغبة في ترك المنزل، الشعور بالملل و الضجر.

اضطرابات جسمية: هزال، نقص الشهية.

بعد تتبعي لعلاج هذه الحالة، بدأت تظهر تحسن في كل الأعراض، لكن بنسبة ضئيلة حيث بدأت تظهر بوادر التحسن في الحصة السابعة، وظهر هذا التحسن من خلال تسجيل إعادة تطبيق مقياس القلق، عند الانتهاء من العلاج الذي دام 10 أسابيع.

عرض الحالات التي خضعت للعلاج النفسي والعلاج بقراءة القرآن:

الحالة الرابعة:

البيانات الشخصية:

عبد الرحمان يبلغ من العمر 20 سنة، يسكن في مدينة عين الدفلى أعزب، ذو مستوى تعليمي 4 متوسط، ليس لديه عمل مستقر، أحيانا يعمل وأحيانا لا، لديه أخت واحدة وهو الأكبر في الترتيب، لديهم مسكن لائق، لكن وضعيتهم المادية متدهورة، الوالدان على قيد الحياة.

الجانب الصحي:

بدأ يشعر بهذا الاضطراب منذ 3 سنوات، عندما ترك مقاعد الدراسة وهو في تطور مستمر، مع العلم أنه لا يعاني من أمراض أخرى.

الحياة الشخصية:

عاش طفولة قاسية، ليس لديه أصدقاء لا في الطفولة ولا في المراهقة، لأنه يحس بأنهم تافهين، لا يمكن التعامل معهم، علاقته مع أمه جيدة فهي تحبه وتعطف عليه كثيرا، لكن الأب يعامله بقسوة منذ طفولته وحتى الآن، كان يضربه وينعته بأقبح الصفات كما، أنه كان يحب أخته كثيرا، ولا يأبه له حتى أنه ترك مقاعد الدراسة لمعاقبة والده.

المعاش النفسي:

أسباب القلق لدى هذه الحالة، إحساسه بكره الأب له وعدم اكترائه لوجوده الإحساس بالملل والوحدة التي يشعر بها، الفراغ الذي يكاد يقتله، حيث أنه يشعر أنه شخص لا فائدة منه، الندم على ترك الدراسة وعدم وجود عمل مستقر، المعاناة من عدم وجود مصدر لجلب النقود التي يحتاجها، لأنه لا يستطيع اقتنائها

من أبيه، أما عن الأعراض التي يعاني منها هي: البكاء في أغلب الأحيان، الحزن، الإدمان على التدخين، العدوانية في السلوك مع الآخرين، الشعور بالخجل، بسبب إحساسه بالنقص وأنه ليس كالأخرين، التفكير أحيانا في قتل أبيه، لأنه السبب في ما حصل له.

### المعاش الاجتماعي:

ليس لديه علاقات مع الأصدقاء، وحتى مع الأهل والأقارب، لأنه يشعر بأنهم ينبذونه، استعمال العنف في معاملة الأصدقاء وحتى الأقارب، أمه تسانده كثيرا في مرضه، وتساعده على التخلص من حالة القلق التي يعانيها.

### التصورات المستقبلية:

التشاؤم من المستقبل، عدم وجود الرغبة في مواصلة الحياة، يتمنى أن يشعر ولو يوما واحدا بأن والده يحبه، ويتمنى مواصلة دراسته والحصول على عمل لائق.

### التقويم العام للحالة الرابعة:

يظهر من خلال سرد هذه الحالة أنها كانت تعاني من قلق شديد، دلت عليه الحالة التي كانت عليها، ووصف حالتها في المقابلة نصف الموجهة، وهذا من خلال الأعراض التي تغيرت بعد العلاج، فقد سجلت الأعراض النفسية والجسمية التالية:

الأعراض قبل العلاج لدى هذه الحالة هي:

- البكاء في أغلب الأحيان.

- الحزن واليأس.

- الإدمان على التدخين.

- العدوانية في السلوك.

- الشعور بالخجل.

- نقص الثقة بالنفس.

بعد الانتهاء من المتابعة النفسية، اختفت هذه الأعراض، حيث بدأ التحسن يظهر منذ الحصة الخامسة، كما أنها أدركت هدفها في الحياة، حيث أنها حصلت على عمل، وسجلت لإكمال دراستها بالمراسلة لأنها عازمت على إكمال دراستها، والحصول على شهادة جامعية كما أنها توقفت عن التدخين، لأنها لم تعد تشعر

بالقلق والضجر، بسبب انشغالها بالصلاة وقراءة القرآن والأذكار، وقضاء معظم الوقت في العمل والدراسة، وعزمت على تغيير حياتها، وأصبحت لديها نظرة تفاؤلية للمستقبل.

### الحالة الخامسة:

#### البيانات الشخصية:

نورة عمرها 35 سنة، مطلقة أم لطفل بالتبني، تسكن في مدينة بومدفع، ذات مستوى 3 ثانوي، ومتحصلة على شهادة شبه طبي، تعمل كمرضة، لديها 5 إخوة 3 إناث و2 ذكور، وهي البنت الرابعة من حيث الترتيب بين الإخوة، ليس لديها بيت تسكن مع أختها، والداها متوفيان.

#### الجانب الصحي:

بدأ يظهر لديها هذا الاضطراب منذ 3 سنوات، وهي لا تعاني مرض آخر، ولم تتلق أي علاج من قبل، عدا بعض الإضطرابات الناتجة حالة القلق التي تعانيها.

#### الحياة الشخصية:

عاشت طفولة هادئة جدا، ولديها علاقات مع أصدقاء الطفولة، ومع الإخوة كذلك، ماعدا أباها الأصغر حيث كانت تغار منه كثيرا، كانت علاقتها جيدة مع والديها، كانت تشعر بحنانهما، لم يقصرا معها ماديا، أما في مرحلة المراهقة فكانت عادية مثل بقية البنات، لديها زميلات وصديقات، تخرج وتذهب معهن لقضاء مستلزماتها.

#### المعاش النفسي:

الأسباب التي أدت بها إلى هذه الحالة، هي عدم إنجابها للأطفال حيث بدأت المشاكل مع زوجها لهذا السبب، لأنه أراد الزواج مرة أخرى، فلم تتقبل ذلك وطلبت منه الطلاق فرفض ذلك، مما جعلها ترفع دعوة خلع عليه، وفعلا حصلت عليها بعدما جاءت بطفل من الملجأ لتربيته، وخرجت من بيتها وتنازلت له عن كل شيء، البيت والسيارة وحتى الأثاث المنزلي، لكن بالرغم من هذا لم يتركها لحالها وحاول أخذ الطفل منها، فرفعت قضية حضانة، وحكمت لها المحكمة بأحقية الحضانة، فقدان أحد أخوها الأصغر منها والتفكير في مصيره، تشعر بالذنب لأنها لم تستطع أن تحافظ على زوجها وبيتها، مما تسبب لها في ظهور عدة أعراض مثل: اضطرابات في النوم، لوم النفس دائما والشعور بتأنيب الضمير على المشاكل التي تعاني منها، اضطرابات في الأكل، الرغبة في العزلة والبقاء وحيدة، آلام على مستوى الرأس، الاستغراق في التفكير الدائم في كل ما حصل لها، عدم القدرة على مواصلة الحياة وحيدة.

#### المعاش الاجتماعي:

قليلة الاتصال مع الآخرين، عدا الإخوة وأولادهم فقط، لأنهم يساندونها في محنتها، ويساعدونها على تخطي هذه الأزمة.

### التصورات المستقبلية:

التشاؤم من المستقبل، عدم الرغبة في الحياة، تتمنى أن تستطيع تجاوز هذه الأزمة، والتوقف عن التفكير فيما حصل لها، والرغبة في لقاء الأخ وأن تراه ولو مرة في حياتها.

### التقويم العام للحالة الخامسة:

أظهرت أول بداية تحسن ابتداء من الحصة الرابعة، وهذا بعد استماعها للقرآن وأدركت أفكارها الخاطئة وبالعزم والإرادة استطاعت في الحصة السادسة والسابعة تصحيح أفكارها والوصول إلى الراحة النفسية، في الحصة الثامنة والتاسعة، واستمر هذا التحسن حتى الحصة العاشرة، حيث كانت تعاني من عدة أعراض قبل المتابعة النفسية هي:

- فقدان الشهية.

- اضطرابات في النوم.

- لوم النفس والشعور بتأنيب الضمير.

- الرغبة في العزلة والبقاء وحيدة.

- آلام على مستوى الرأس، إلى حد الإغماء.

- التشاؤم من المستقبل وعدم الرغبة في مواصلة الحياة.

- التفكير الدائم في المشاكل التي حصلت لها.

بعد الانتهاء من العلاج اختفت هذه الأعراض تماما، وأدركت أن سبب وجودها في هذه الحياة، هو عبادة الله والتقرب إليه بالطاعات وأن الإنسان لا يجب أن يثقل كاهله بهموم الدنيا لأنها زائلة، وعزمت على التركيز مع تربية ابنها تربية صالحة، كما أنها أصبحت تهتم بمظهرها كثيرا، وبدأت تقوم بعدة نشاطات في حياتها لشغل وقتها، مثل التكوين في صنع الحلويات والطبخ، العمل على توثيق علاقتها بالله عز وجل، وتم اختفاء كل الأفكار التشاؤمية التي كانت تراودها.

### الحالة السادسة:

#### البيانات الشخصية:

هدى السن 33 سنة، متزوجة وأم لأربعة أطفال، 3 ذكور وأثنى تقطن في مدينة البليدة، ذات مستوى تعليمي 3 ثانوي، لديها 4 إخوة 3 إناث، و1 ذكر، وهي الثانية من حيث الترتيب بين الإخوة، لديها سكن لائق، وذات مستوى اقتصادي متوسط.

الجانب الصحي: كانت تعاني من اضطراب القلق منذ طفولتها، لكنه لم يكن بالحدة التي هو عليها الآن، ولم تخضع لأي علاج من قبل، كما أنها لا تعاني من أمراض أخرى، عدا هذا الاضطراب.

#### الحياة الشخصية:

في مرحلة الطفولة عاشت طفولة قاسية جدا، بسبب المعاملة القاسية من طرف الأب والأم، لم تشعر يوما بحنانها وعطفها، تعرضت لشتى أنواع العذاب والضرب من طرفها، الغيرة الشديدة من إخوتها علاقتها معهم سيئة، لا تستطيع بناء علاقات مع الأصدقاء، أو الإخوة لأنها لا تعرف كيف تتعامل مع الآخرين، وكذلك نفس الشيء بالنسبة للمراهقة، فهي لم تعرف السعادة والفرح يوما.

#### المعاش النفسي:

أسباب الإصابة بهذا الاضطراب، هي المعاملة القاسية التي تعرضت لها من طرف الوالدين، التفرقة بينها وبين أخواتها من طرف الأم، بالإضافة إلى الندم على عدم مواصلة دراستها، تزويجها دون أخذ رأيها، المعاملة القاسية التي تعرضت لها من طرف أهل الزوج، وعندما استقلت بسكن، بدأت المشاكل مع زوجها، حيث أنها تتعرض للضرب من طرفه في أغلب الأحيان، وأنه لا يحترمها ولا يأبه لوجودها، كما أن والداها لازال يعاملانها بنفس القسوة التي كانت من قبل، حتى أنها لا تستطيع المبيت عندهم ولو ليوم واحد، تذهب في المناسبات فقط، الملل الذي تشعر به، لأن زوجها لا يسمح لها بالخروج إلا نادرا، أما عن الأعراض التي تعاني منها بسبب القلق هي: سرعة الاستثارة، عدم القدرة على التحكم في تصرفاتها، ردود الفعل السلبية تجاه المواقف التي تتعرض لها، الحزن اليأس، والملل، الفشل في القيام بالأعمال المنزلية، البكاء، العصبية الدائمة، المعاملة القاسية لأولادها.

#### المعاش الاجتماعي:

الحياة الاجتماعية عادية لديها اتصالات وعلاقات مع المعارف والجيران، لكن علاقاتها مع الأهل محدودة، وكذلك مع أهل الزوج فهي لا تحبهم.

#### التصورات المستقبلية:

هي متشائمة من المستقبل، لأنها تريد الطلاق من زوجها، ولا تدري ما سوف يكون مصيرها، تتمنى لو تكون مثل الآخرين تتقن فن التصرف، وتكون محل احترام من طرف الآخرين، كما أنها تتمنى أن تكمل دراستها والحصول على شهادة جامعية، لكنها تخاف من الفشل عند اجتياز شهادة البكالوريا.

### التقويم العام للحالة السادسة:

قبل بداية العلاج مع الحالة، وتطبيق مقياس القلق لسيلبرجر، تأكدت حينها من صدق الأعراض والأفكار، التي كانت تقولها الحالة من خلال المقابلة نصف الموجهة، حيث ذكرت الأعراض التي تعاني منها وهي:

الصداع الدائم.

الخمول والكسل والفشل في القيام بالأعمال المنزلية.

سرعة الاستثارة والانفعال.

العصبية والنفرة الدائمة.

البكاء والعزلة في بعض الأحيان.

التشاؤم من المستقبل.

نقص الثقة بالنفس.

اليأس والملل والضجر في حياتها.

لم تسجل هذه الحالة تحسن في الحصص الأولى، حيث بدأت تظهر بوادر التحسن، في الحصة السابعة فقط، لأنها لم تكن مواظبة على تطبيق الخطة العلاجية، لكن في الحصص الأخيرة وهي التاسعة والعاشر، أبدت هذه الحالة تحسن ملحوظ، لمستة الحالة بنفسها وتحدثت عنه، وهذا ما لمسناه خلال ملاحظتنا لتصرفات المفحوصة، حيث أنها أصبحت تتكلم بهدوء، أصبحت تترك مجالاً للمختصة كي تتحدث، بعدما كان هذا صعباً من قبل.

ألغت فكرة الطلاق التي كانت مصرة عليها، أصبحت أكثر نشاطاً، لأنها استرجعت ثقته بنفسها.

#### 9.4. عرض البطاقة الفنية للخطة العلاجية

قامت الباحثة بتقسيم الحصص العلاجية إلى ثلاث مراحل، هي المرحلة التمهيديّة والتي شملت الحصّة الأولى والثانية والثالثة، المرحلة الأساسيّة والتي شملت الحصّة الرابعة والخامسة والسابعة والمرحلة الختامية التي شملت الحصّة التاسعة والعاشرّة. جدول رقم(6): يمثل البطاقة الفنية للخطة العلاجية عند الحالة الرابعة:

المدة الزمنية: شهرين ونصف.

التاريخ: 1 أبريل إلى 15 جوان 2011

المراحل	الأهداف	المحتوى	الزمن	الملاحظات
المرحلة التمهيديّة.	- خلق علاقة ثقة بين المختصة والحالة. - تشجيع الحالة للتحدث عن مشكلاتها. - تهيئتها لتلقي العلاج. - تشخيص الاضطراب الذي تعاني منه وتحديد درجته.	- قمت بشرح الدور الذي أقوم به لمساعدتها . جمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالة. - قمت بشرح مقياس القلق لها. - تقديم المقياس للحالة للإجابة على بنوده.	ساعتان ونصف	- وجدت صعوبة في خلق علاقة ثقة مع الحالة في الحصّة الأولى، كونها من جنس ذكر وهي لا تريد إظهار ضعفها أمامي لأنني من جنس أنثى. - في الحصتين الأولى والثانية كانت الحالة مهملة لمظهرها تماما. - استطعت حصر المشاكل التي تعاني منها هذه الحالة في الحصّة الأولى والثانية والثالثة، والتي تمثلت في إحساسها بالضعف، لأنها لم تستطع مواجهة المشاكل

<p>التي كانت تعانيها، مثل التوقف عن الدراسة، كره الأب لها حسب اعتقادها، إيمانها على التدخين والخوف من مرض خطير جراء ذلك.</p> <p>- في الحصص الأولى عند تحدثي لهذه الحالة كانت تبكي في أغلب الأحيان نتيجة إحساسها بالقهر واليأس.</p> <p>- كان هناك تطابق بين ما تقولها الحالة وبين إجاباتها على المقياس.</p> <p>- وجدت صعوبة في إقناعها بأن القرآن يمكن أن يكون أداة للعلاج النفسي.</p> <p>- كانت لديها وساوس حول اقتناعها، بأن القرآن هو الكتاب الذي يجب أن نتبعه، لأن هناك كتب أخرى مثل الزبور والإنجيل، والتوراة.</p> <p>- لم تكن تقرأ القرآن أبداً، إلا عندما كانت في طور الدراسة.</p> <p>- لم تكن هذه الحالة متفائلة بالعلاج، عن طريق قراءة القرآن.</p> <p>- استطعت إقناع هذه الحالة بمحاولتها تطبيق الخطة</p>		<p>- دعم ثقة الحالة بالعلاج الذي سيحسن من حالتها المرضية ويخفف من قلقها.</p> <p>- شرح الخطة العلاجية وتوضيح أهمية قراءة القرآن في حياة الانسان.</p> <p>- تقديم الأدلة الشرعية من الكتاب والسنة على أن القرآن علاج لكل الأمراض النفسية.</p> <p>- طرح أسئلة للحالة حول مداومتها على قراءة القرآن.</p> <p>- أكدت للحالة أن نجاح هذه الخطة متوقف على مدى مداومتها على قراءة القرآن وتوكلها على الله.</p> <p>- محاولة إقناعها بضرورة المواظبة على الحصص</p>	<p>- تحديد أسباب الاضطراب.</p>	
---	--	--	--------------------------------	--



<p>العلاجية وموازنتها على قراءة القرآن، لتلمس بنفسها التغييرات التي تطرأ عليها.</p> <p>- استطاعت الحالة حصر كل التصورات والأفكار السلبية واللاعقلانية، التي كانت تعاني منها.</p> <p>- حرص هذه الحالة على الخروج من الأزمة النفسية التي تعانيها.</p>		<p>العلاجية.</p>		
<p>- تم تسجيل مجمل المشكلات التي تعاني منها واستبصارها بكل المعتقدات الخاطئة.</p> <p>- استطاعت الحالة تحديد الخطوات التي تتبعها، في تغيير الأفكار اللامنطقية التي كانت تسيطر عليها مثل قولها «هذاك ماشي بابا على خاطرش مانشبهلوش قع...» «شحال من مرة نخم نقتلوا..».</p> <p>- لمست تغييرات كثيرة عليها بدأت تظهر بوادرها في الحصة الرابعة، وخاصة اهتمامها بمظهرها.</p> <p>- هذه الحالة أصبحت تقرأ القرآن حسب تصريحها كل</p>	<p>ثلاث ساعات ونصف.</p>	<p>- حصر مشكلات الحالة والإحاطة بجميع جوانبها.</p> <p>- تشجيعها على الاستمرار في التحدث عن مشكلاتها.</p> <p>- تحديد الأفكار والتصورات المرتبطة بالاضطراب وتذكيرها بأن هذه الأفكار هي التي تحفز السلوك المضطرب.</p> <p>- إقناعها بضرورة استخدام</p>	<p>- البدء في تطبيق الخطة العلاجية.</p> <p>- ملاحظة رد فعلها عند سماع القرآن الكريم.</p> <p>- ملاحظة الأثر المتروك بعد سماع القرآن.</p> <p>- العمل على خفض درجة القلق عند الحالة.</p> <p>- بلوغ الحالة الراحة</p>	<p>المرحلة الأساسية</p>

<p>يوم صباحا ومساءً.</p> <p>كانت كثيرة الأسئلة حول القرآن، وما يحتويه من تعاليم. اقتناعها بأن القرآن الكريم، هو الكتاب الصحيح الذي يجب اتباعه، وأن الدين الإسلامي هو الدين الصحيح بعد أن قدمنا له، الآية التي تؤكد ذلك قال تعالى «إن الدين عند الله الإسلام وما اختلف اللذين أوتوا الكتاب إلا من بعدما جاءتهم البينات». وشرحت له الآية.</p> <p>- عندما أقوم بإسماع القرآن لهذه الحالة ألاحظ أنها كانت شديدة الإنصات، حتى أنها بكت في الحصة السادسة، لأنها أحست بالخوف من الله من كونها كانت مهملت في العبادات.</p> <p>- استشعرت الحالة التحسن من جراء تطبيق هذه الخطة العلاجية، وهذا ما شجعها للمواصلة والاستمرار في قراءة القرآن.</p> <p>- لم تكن هذه الحالة تقوم بتطبيق عبادة الصلاة، في الحصة الأولى لكنها أصبحت مواظبة على ذلك منذ</p>		<p>التحليل المنطقي للتخلص من المعتقدات الخاطئة.</p> <p>- توجيهها نحو الاستماع وقراءة القرآن ولو مرة في اليوم.</p> <p>- طرح أسئلة حول العبادات التي تقوم بها ومدى مداومتها عليها.</p> <p>- تشجيعها للقيام بالعبادات التي يجب أن تقوم بها مثل الصلاة.</p> <p>- قيام المختصة بتطبيق الاسترخاء العضلي والتنفسي عند بداية إسماع الحالة للسور والآيات المسجلة.</p> <p>- البديء بإسماع الشريط المسجل لها وملاحظة رد فعلها.</p> <p>- العمل على شرح الآيات والسور للحالة ومساعدتها على استنباط الأفكار الإيجابية</p>	<p>النفسية والتخلص من التصورات التي تسبب لها القلق.</p>
--	--	---	---

<p>الحصة السادسة، وكذلك أذكار الصباح والمساء.</p> <p>- لاحظنا تغيرات جذرية طرأت على هذه الحالة مثل إحساسها بالقرب من الله، وأن هدف وجودها في الحياة هو العبادة المستمرة لله عز وجل.</p> <p>- إحساسها بأن الله يجازيها على المواظبة على العبادات، لأن المشاكل التي كان تعانيها انتهت.</p> <p>- تحسن علاقتها بأبيها، لأن تصرفاتها أصبحت أكثر عقلانية.</p> <p>- أصبحت تشعر بالهدوء والراحة، وأن حالة القلق قد زالت، كما أنها أصبحت لا تعطي أهمية للأشياء.</p>		<p>الموجودة في هذه الآيات.</p> <p>- مساعدتها على ضبط معتقداتها السلبية ومحاولة تغييرها عن طريق التصورات الإيجابية التي تحتويها هذه السور والآيات للتخلص من حالة القلق التي تعانيها.</p> <p>- طرح أسئلة حول الأفكار التي بدأت في تغييرها عن طريق الإرشاد الذي استخلصته من هذه السور والآيات.</p> <p>- طرح أسئلة حول مداومتها على قراءة القرآن في المنزل وكيفية ذلك.</p> <p>- طرح أسئلة حول شعورها بعد الانتهاء من سماع القرآن وعند القراءة.</p>	
--	--	--	--

<p>- لاحظنا تحسن عندها، من حيث تغير الأعراض التي كانت في البداية، والتي ذكرناها سابقا.</p> <p>- استطاعت هذا تغيير الأفكار اللاعقلانية التي كانت تقلقها.</p> <p>أصبح لديها انشغالات واستطاع تحديد هدفه في الحياة.</p> <p>- الاقتناع بأن قراءة القرآن تدفع البلاء، وتوصل الإنسان إلى الراحة النفسية.</p> <p>- الشعور بحب والعزم على التمسك بتعاليمه بالله، لأنه لمس التغيرات التي طرأت عليه بنفسه خطوة خطوة.</p> <p>- كانت مواظبة على حضور الحصص كل أسبوع، في الوقت المحدد.</p> <p>- اقتناعها بأن قراءة القرآن أحدثت تغييرا كبيرا في حياتها العائلية والاجتماعية والنفسية. وحتى الحياة المستقبلية.</p> <p>- استطاعت ختم المصحف مرتين خلال مدة العلاج.</p>	<p>ساعتان وخمسة عشر دقيقة</p>	<p>- مواصلة إسماعنا الشريط المسجل للحالة.</p> <p>- التركيز على التحسن الملحوظ لديها.</p> <p>- طرح أسئلة حول مدى اقتناعها بأهمية القرآن في حياتها.</p> <p>- إجراء حوصلة حول التغيرات التي طرأت على أفكارها.</p> <p>- تقديم مقياس القلق للحالة للإجابة على بنوده للتمكن من معرفة درجة القلق عندها ابعدها الانتهاء من العلاج.</p>	<p>-معرفة مدى تأثير العلاج النفسي بقراءة القرآن في خفض درجة القلق.</p> <p>-التحقق من انخفاض درجة القلق عندها.</p> <p>- قياس درجة القلق.</p> <p>- تلمس الأعراض المتغيرة بعد الانتهاء من العلاج.</p>	<p>المرحلة الختامية</p>
---	-------------------------------	--	--	-------------------------



جدول رقم(07): يمثل البطاقة الفنية للخطة العلاجية عند الحالة الخامسة:

المدة الزمنية: شهرين ونصف.

التاريخ: 8 أبريل إلى 22 جوان.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الزمن	الملاحظات
المرحلة التمهيدية.	- خلق علاقة ثقة بين المختصة والحالة. - تشجيع الحالة للتحدث عن مشكلاتها. -تهيئتها لتلقي العلاج. - تشخيص الاضطراب الذي تعاني منه الحالة وتحديد درجته. - تحديد أسباب الاضطراب للتمكن من العلاج.	شرح الطالبة للدور الذي تقوم به لمساعدة الحالة. - جمع أكبر عدد من المعلومات حول الحالة. - تقديم مقياس القلق لها من أجل الإجابة على بنوده. - دعم ثقة الحالة بالعلاج الذي سيحسن من حالتها النفسية ويخفف من قلقها. - شرح الخطة العلاجية لها وتوضيح أهمية قراءة القرآن في حياة الفرد. - تقديم الأدلة الشرعية من الكتاب والسنة بأن القرآن فيه شفاء. - طرح أسئلة حول مداومتها على	ساعتان ونصف	- عند ملاحظة هذه الحالة للوهلة الأولى تبدوا هادئة جدا من خلال كلامها وحركاتها. - بدأت في تقديم معطيات دقيقة ومفصلة عن مشاكلها، ومعاناتها النفسية منذ الحصة الأولى، نظرا لسهولة خلق علاقة ثقة بين الباحثة والحالة. - استطعنا تحديد أسباب المشكلة التي تعانيها، في الحصة الأولى والثانية كلها. - لاحظنا أن هناك تشابه بين الأعراض التي ذكرتها الحالة، في المقابلة نصف الموجهة وبين إجاباتها عن الأعراض الموجودة في بنود المقياس. - وجدت الباحثة سهولة في تدعيم ثقة الحالة، بأن القرآن فيه شفاء بالمداومة على قراءته. - كانت أكثر الحالات اقتناعا بأن القرآن فيه علاج.

<p>وأنها تقرأ القرآن عندما يكون لديها الوقت لذلك.</p> <p>- ظهر على هذه الحالة أنها كانت سعيدة، عندما أخبرتها بالطريقة التي ستتبعها للعلاج.</p> <p>- أبدت رغبة كبيرة في إتباع هذه الطريقة بدقة، لأنها تعتمد على قراءة القرآن.</p> <p>- تم تحديد كل الأفكار السلبية التي كانت تزعجها ال وتسبب لها القلق، مثل إحساسها بتأنيب الضمير بأنها هي المسؤولة عن كل ما حصل لها من مشاكل، «أنا معرفتش كيفاش نسير حياتي» «ما رانيش مقلقة على روعي، راني مقلقة على راجلي للي خسر مرتو وولدو»، «علاش كنا ملاح ومن بعد تبدل الحال»</p>		<p>قراءة القرآن.</p> <p>- التأكيد على أن نجاح هذه الخطة يتوقف على مدى مداومتها لقراءة القرآن وتوكلها على الله.</p> <p>- إقناعها بضرورة المواظبة على الحصص العلاجية.</p>		
<p>- ساعدت الباحثة المفحوصة على حصر كل الأفكار الخاطئة والبدء باستبدالها بأخرى إيجابية.</p> <p>- في الحصة الرابعة أصبحت المفحوصة تبدوا أكثر نشاطا من قبل، بعدما أدركت النعم التي وهبها الله إياها مثل: عملها كمرضة، حصولها على حق حضانتها لولدها، المحافظة على نفسها، كما أنها</p>	<p>ثلاث ساعات</p>	<p>- حصر مشكلات الحالة والإحاطة بجميع الأسباب المسببة لها.</p> <p>- تشجيعها على الاستمرار في التحدث عن مشكلاتها.</p> <p>- تحديد الأفكار والتصورات المرتبطة بالاضطراب وتذكيرها بأن هذه الأفكار</p>	<p>- البدء في تطبيق الخطة العلاجية.</p> <p>- ملاحظة رد فعل الحالة عند سماع القرآن الكريم.</p> <p>- ملاحظة الأثر المتروك بعد سماع القرآن.</p>	<p>المرحلة الأساسية</p>

<p>تحس بالراحة عند إدراكها لهذه النعم.</p> <p>- بدأت المداومة على قراءة القرآن منذ أن أعطيتها الآيات والسور التي تقرأها صباحا ومساء، كما أنه أصبح لديها ورد يومي، تقرأ حزبين كل يوم من المصحف وعند الخلود للنوم.</p> <p>- عند بداية إسماع المفحوصة للقرآن بدأ جسمها بالارتعاش، وعندما سألتها عن سبب ذلك قالت بأنها حركات لا إرادية، ولا تستطيع التحكم فيها كما تصاب بالآلام في الرأس، وسبب ذلك هو تذكر شريط الذكريات لكل ما حصل لها، لهذا يحصل كل ذلك.</p> <p>- بدأ التغير يظهر عليها منذ الحصة الرابعة.</p> <p>- كانت محافظة على الصلاة في أوقاتها، لكنها لم تكن تقرأ الأذكار والأدعية، حتى أقنعتها الباحثة بذلك.</p> <p>- أدركت أنها كانت مقصرة في حق الله، وفي حق نفسها.</p> <p>- عملت الباحثة على دعم التغيرات، التي طرأت على الحالة، في كل آخر حصة علاجية.</p>		<p>هي التي تحفز السلوك المضطرب.</p> <p>- مساعدتها لإدراك المعتقدات الخاطئة وتوجيهها لإتباع التفكير المنطقي.</p> <p>- توجيه الحالة نحو الاستماع وقراءة القرآن في المنزل صباحا ومساء.</p> <p>- طرح أسئلة حول العبادات التي تقوم بها الحالة، ومدى مداومتها على ذلك.</p> <p>- تشجيعها على القيام بالعبادات الأخرى مثل الصلاة وأذكار الصباح والمساء والدعاء.</p> <p>- قيام الباحثة بتطبيق الاسترخاء الحركي والتنفسي عند بداية سماعها للسور والآيات القرآنية الموجودة في الشريط المسجل.</p> <p>- إسماعها القرآن الكريم وملاحظة رد فعلها.</p> <p>- شرح المختصة للآيات والسور</p>	<p>- العمل على خفض درجة القلق عند الحالة.</p> <p>- إيصال الحالة إلى الراحة النفسية، والتخلص من المشكلات المسببة للاضطراب.</p>	
---	--	---	---	--



<p>- لم تعد تفكر في ما حصل لها عند خلودها للنوم كما كانت تفعل، لأنها أصبحت تقرأ القرآن في ذلك الوقت حتى تنام.</p> <p>- أدركت أن كل ما حصل لها قضاء وقدر، وأن الله يبتلي المؤمن ليختبره، ولم تعد تتحسر على الماضي.</p>		<p>للحالة، ومحاولة تغيير الأفكار السلبية عن طريق الأفكار الإيجابية، التي تحتويها هذه الآيات.</p> <p>- طرح أسئلة حول الأفكار التي بدأت في تغييرها عن طريق السور.</p> <p>- طرح أسئلة حول مداومتها على قراءة القرآن في المنزل وكيفية ذلك.</p> <p>- طرح أسئلة حول شعورها بعد الانتهاء من العلاج.</p>		
<p>- أصبحت هذه المفحوصة أكثر نشاطاً وبهجة من قبل ومتفائلة بالحياة.</p> <p>- أصبحت تحس أنها إنسانة أخرى، أنها ولدت من جديد، بسبب الراحة النفسية التي وصلت إليها.</p> <p>- شعورها بأن قراءة القرآن أصبحت جزء لا يتجزأ من حياتها.</p> <p>- مواظبتها على حضور الحصص العلاجية، في الوقت المناسب.</p>	<p>ساعتان وخمسة عشر دقيقة</p>	<p>- استمرار الحالة الاستماع إلى الشريط المسجل من طرف الباحثة.</p> <p>- التركيز على التحسن الذي طرأ على المفحوصة.</p> <p>- طرح أسئلة حول مدى اقتناعها بأهمية القرآن في حياتها.</p> <p>- إجراء حوصلة حول التغييرات التي طرأت على أفكارها.</p>	<p>-معرفة مدى تأثير القرآن في خفض درجة القلق.</p> <p>-التحقق من انخفاض درجة القلق عند الحالة.</p> <p>-قياس درجة القلق.</p> <p>-تلمس الأعراض المتغيرة بعد الانتهاء من العلاج.</p>	<p>المرحلة الختامية.</p>

<p>- زالت عنها الأعراض التي كانت تحسها في بداية سماعها للقرآن الكريم، وأصبحت تحس بالراحة عند السماع، لأنها تشعر بانسراح الصدر وذهاب الهم والحزن.</p> <p>- أصبح لديها اليقين بأن لديها سلاح لمقاومة كل الصعاب والشدائد.</p> <p>- تبدو أكثر ثقة بنفسها من ذي قبل، وتشعر بالقوة والإرادة لمواصلة الحياة، بعد ما كانت يائسة ومحبطة.</p> <p>- تمكنت من تحديد أخطئها و تقييمها للمشاكل وأيقنت أن تفكيرها، يجب أن يكون في كيفية طاعة الله عز وجل، والبحث عن السبل التي توصلها إلى ذلك.</p> <p>- اكتساب وتعلم طرق جديدة كيفية لحل المواقف الصعبة، وذكر النعم التي تتمتع بها مما زادها وثوقا واستقرارا لحالتها النفسية.</p>	<p>-تقديم مقياس القلق للحالة لتعيد الإجابة على بنوده لمعرفة مدى انخفاض درجة القلق عندها بعد الانتهاء من العلاج.</p>		
--	---	--	--



جدول رقم (08): يمثل البطاقة الفنية للخطة العلاجية عند الحالة السادسة:

المدة الزمنية: ثلاثة أشهر.

التاريخ: 28 أبريل إلى غاية 28 أوت.

المراحل	الأهداف	المحتوى	الزمن	الملاحظات
المرحلة التمهيدية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- خلق علاقة ثقة بين والطالبة والحالة.</li> <li>- تشجيع الحالة للتحدث عن مشكلاتها.</li> <li>- تهيئتها لتلقي العلاج.</li> <li>- تشخيص الاضطراب الذي تعاني منه وتحديد درجته.</li> <li>- تحديد أسباب الاضطراب للتمكن من العلاج.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شرح الباحثة للدور الذي تقوم به لمساعدة الحالة.</li> <li>- جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حولها.</li> <li>- تقديم الباحثة مقياس القلق من أجل الإجابة على بنوده.</li> <li>- دعم ثقته بالعلاج الذي سيحسن من حالتها.</li> <li>- شرح الخطة العلاجية لها، وتوضيح أهمية قراءة القرآن، في حياة الفرد الدنيوية والأخروية.</li> <li>- تقديم الأدلة الشرعية من الكتاب والسنة بأن القرآن فيه شفاء، لكل</li> </ul>	ساعتان ونصف	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علامات القلق لدى هذه الحالة ظاهرة بوضوح من خلال طريقة الكلام والحركات والنرفزة والعصبية التي كانت تتحدث بها.</li> <li>- كثيرة الكلام، فهي قليلا ما تترك المجال لتدخل الباحثة.</li> <li>- كانت تتحدث عن مشاكلها بعفوية، تحدثت عن كل المشاكل منذ الصغر والمراهقة، ومشاكلها الحالية بدقة مفصلة وهذا في الحصة الأولى والثانية.</li> <li>- تبكي في أغلب الأحيان بسبب المشاكل الكثيرة حسبها، مشاكل مع الزوج مع الأهل، وحتى مع الأولاد وأهل الزوج، لم تكن متقبلة للواقع الذي تعيشه تماما.</li> <li>- خلال حديثي مع هذه الحالة، كانت تتحدث كثيرا عن</li> </ul>

<p>الطلاق لأنها تريد ذلك.</p> <p>- ما لمست له لديها، هو حرصها على إظهار كل الأمور التي تخطر ببالها.</p> <p>- كانت مقتنعة تماما بدور القرآن، في حياة الفرد لكن لم تكن تدري بأنه يمكن أن نعالج به الأمراض النفسية.</p> <p>- كانت تقرأ القرآن في بعض الأحيان فقط.</p> <p>- وجدت سهولة في إقناعها بالخطة العلاجية التي قدمتها لها .</p> <p>- تذبذب وتشوش في أفكارها، كما أنها تتحدث بصوت مرتفع جدا، لأنها لا تستطيع التحكم في نفسها.</p>		<p>الأسقام.</p> <p>- طرح أسئلة حول مداومتها على قراءة القرآن.</p> <p>- تأكيد الباحثة للحالة على ضرورة التوكل على الله عز وجل، من أجل نجاح هذه الخطة العلاجية.</p> <p>- إقناع الباحثة للحالة بضرورة المواظبة على الحصص العلاجية.</p>		
--	--	---	--	--

<p>- تمكنت الباحثة من معرفة الأفكار والتصرفات الخاطئة لدى هذه الحالة.</p> <p>- الإقناع بأنها الضحية، وأنها دائما على صواب.</p> <p>- وجدت صعوبة في إرشاد لتغيير أفكارها اللاعقلانية، لأنها لا تريد الاعتراف بحقيقة أخطائها.</p> <p>- لم تكن مواظبة على قراءة القرآن وصلاة الفجر في وقتها في المنزل.</p> <p>- عند اسماع القرآن الكريم من طرف الباحثة للحالة، كانت تشعر بالصداع في رأسها، وضيق في التنفس في الحصص الرابعة والخامسة والسادسة والبكاء بشدة.</p> <p>- لم تكن مواظبة على الحصص العلاجية كل أسبوع، مما تسبب في طول مدة العلاج.</p> <p>- كانت متفائلة تماما بمساعدتي لها كمختصة.</p> <p>- لاحظت أن لديها إيمان قوي، لكنها لا تستطيع مجاهدة نفسها للحرص على العبادات.</p> <p>- لديها ثقافة واسعة في مجال الدين، وعلى دراية بكل</p>	<p>ثلاث ساعات</p>	<p>- حصر مشكلات المفحوصة والإحاطة بجميع الأسباب المؤدية لها.</p> <p>- تشجيع المفحوصة للاستمرار في التحدث عن مشكلاتها.</p> <p>- تحديد الأفكار والتصورات المسببة للاضطراب.</p> <p>- جعل الحالة تدرك المعتقدات الخاطئة والتصورات اللاعقلانية وتوجيهها إلى التفكير المنطقي والعقلاني.</p> <p>- توجيه المفحوصة لقراءة القرآن في المنزل في الصباح والمساء.</p> <p>- طرح أسئلة حول العبادات التي تقوم بها المفحوصة ومدى مداومتها عليها.</p> <p>- تشجيعها على القيام بالعبادات الأخرى، مثل أذكار الصباح والمساء والدعاء والتضرع لله لفك كربها.</p> <p>- تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي</p>	<p>- البدء في تطبيق الخطة العلاجية.</p> <p>- ملاحظة رد فعل المفحوصة عند سماع القرآن الكريم.</p> <p>- ملاحظة الأثر المتروك من سماع القرآن.</p> <p>- العمل على خفض درجة القلق عند الحالة.</p> <p>- إيصالها للراحة النفسية والتخلص من المشكلات المسببة للاضطراب.</p>	<p>المرحلة الأساسية</p>
--	-------------------	--	---	-------------------------

<p>التعاليم الدينية.</p> <p>- لم تلاحظ الباحثة أي تغيرات عليها من الحصة الأولى حتى الحصة السابعة.</p> <p>- في كل حصة علاجية كانت تأتي بحالة متدهورة.</p> <p>- كانت أشجعها في كل حصة على قراءة القرآن والمحافظة على العبادات، لتوثق علاقتها بالله عز وجل، لتصل إلى الراحة النفسية.</p> <p>- أذكرها دائما أن إيمانها القوي، يجب أن تدعمه بالمواظبة على العبادات، كي تنال رضى الله عز وجل، وبالتالي يحصل المراد منه تبارك وتعالى وهو الشفاء النفسي.</p>		<p>والتنفسي، قبل البدء في الاستماع للقرآن الكريم.</p> <p>- إسماع الباحثة القرآن الكريم للمفحوصة وملاحظة رد فعلها.</p> <p>- شرح الباحثة الآيات والسور التي تم إسماعها إياها في الشريط.</p> <p>- مساعدتها على استنباط الأفكار الإيجابية، التي تحتويها هذه السور والآيات.</p> <p>- طرح أسئلة حول الأفكار التي بدأت في تغييرها، واستبدالها بالأفكار الإيجابية، التي تحتويها السور القرآنية المسجلة في الشريط.</p> <p>- طرح أسئلة حول ما إذا كانت مداومة على قراءة القرآن في المنزل وكيفية ذلك.</p> <p>- طرح أسئلة حول شعورها بعد الانتهاء</p>	
--	--	---	--

		من العلاج.		
<p>- في الحصة الثامنة استطاعت الحالة إدراك أخطائها والوصول إلى التفكير المنطقي والعقلاني، استبدلت الأفكار الخاطئة التي كانت لديها، إلى أفكار إيجابية.</p> <p>- بدأت في المواظبة على قراءة القرآن، لكن بدأت منذ الحصة الثامنة.</p> <p>- بدأت في حفظ القرآن الكريم في المسجد، كل يوم لكي تحتم على نفسها قراءة القرآن، لأن في البيت لديها ملهيات مثل، التلفاز الذي يأخذ الكثير من وقتها.</p> <p>- أدركت أخطاءها في الحصة التاسعة مثل قولها «ما كنتش نعرف بلي المرا مالازمش تضرب الراجل</p>	ساعتان ونصف.	<p>- استمرار الباحثة إسماع الشريط المسجل للحالة في كل حصة.</p> <p>- التركيز على التحسن الملحوظ الذي طرأ عليها.</p> <p>- طرح أسئلة حول أهمية القرآن في حياة الفرد الدينية والدنيوية.</p> <p>- إجراء حوصلة حول التغيرات التي طرأت عليها.</p> <p>- تقديم مقياس القلق للإجابة على بنوده، لمعرفة مدى انخفاض درجة</p>	<p>- معرفة مدى تأثير القرآن الكريم في خفض درجة القلق.</p> <p>- التحقق من انخفاض درجة القلق عند الحالة.</p> <p>- قياس درجة القلق.</p> <p>- تلمس الأعراض المتغيرة بعد الانتهاء من العلاج.</p> <p>- معرفة مدى نجاح الخطة العلاجية المتبعة.</p>	المرحلة الختامية



<p>وتسبوا»، كذلك قولها: «أنا ما كنتش نخدم شغلي في وقتو»، «أنا كنت نتحسس من كل كلمة يقولوها والديا»، كذلك قولها «عجوزتي ماهيش مرا ميشونت، برك تحب ولادها بزاف».</p> <p>- أصبح يظهر عليها نوع من الهدوء علامات الفرح.</p> <p>- أدركت أهمية قراءة القرآن، بسبب إدراكها للتغير الذي طرأ عليها.</p> <p>- عازمت على عدم ترك قراءة القرآن، واستطاعت أن تحفظ حزب في مدة خمسة عشر يوماً، حسب تصريحاتها.</p> <p>- أصبحت محافظة على الصلاة في وقتها، لأنها في أول الحمص لم تكن تصلي العشاء والفجر في وقتها.</p> <p>- طلبت أن تكمل العلاج معي حتى تنتهي حالة القلق تماماً.</p> <p>- استطاعت إدراك الطريقة التي تقاوم بها الأفكار السلبية، وكيفية مجاهدة نفسها للتقرب من الله، وقراءة</p>		<p>القلق عندها بعد الانتهاء من العلاج.</p>	
--	--	--	--

<p>القرآن وذلك عن طريق الإكثار من الدعاء. - في الحصة العاشرة أخبرت الباحثة، أنها أصبحت مواظبة على قراءة القرآن صباحا ومساءً وعند النوم وكذلك أذكار الصباح والمساءً.</p>				
---	--	--	--	--

الأفكار الإيجابية التي استطاعت الحالات إدراكها، بعد سماعهم للقرآن الكريم ومحاولة فهم معانيه هي:

- 1- الحمد والشكر لله، في السراء والضراء.
- 2- دوام التقرب إلى الله والاستعانة به، والعمل لله وحده.
- 3- القرآن الكريم سلاح المؤمن، الذي يكسبه القوة لمواجهة كل الصعاب والشدائد.
- 4- التوكل على الله والثقة به، تجعل الإنسان يثبت على مواجهة الشدائد.
- 5- إدراك أنه بعد العسر حتما يأتي اليسر، وأنه بعد الشدة يأتي الفرج، وأن الله مع عبده في كل الأوقات.
- 6- إدراك أن التقوى هي التي تشرح قلب المؤمن لتلقي القرآن، والهداية تضمن للإنسان السعادة في الدنيا والآخرة.
- 7- الصبر على الابتلاءات، لأن الله يجزي الصابرين، وأن الصبر مفتاح الفرج.
- 8- إدراك أن كل شيء في هذه الدنيا، قائم على إرادة وتدبير من الله، ولا يجب أن نتحسر على ما فات وضاع، وأن الإنسان في هذه الدنيا كعابر سبيل، وما يهم هو العمل المفيد في الدنيا والآخرة.
- 9- عدم الاهتمام بملذات الدنيا لأنها زائلة.
- 10- القرآن يشعر الفرد بالقرب من الله، وأن القرب من الله، يشعر الفرد بالطمأنينة والسعادة.
- 11- الاستعانة بالله والتضرع لله، بالدعاء وقراءة القرآن، والاستعانة به على مواجهة كل المشاكل، لأنه هو المعين.

## الفصل 5

### عرض وتحليل وتفسير بيانات الدراسة ومناقشتها:

#### تمهيد:

تم تقسيم بيانات الدراسة إلى ثلاثة أقسام، حيث تعلق القسم الأول، بعرض ومناقشة دليل المقابلة العيادية، القسم الثاني الذي تعلق بعرض ومناقشة نتائج مقياس القلق، في حين تعلق القسم الثالث بتحليل ومناقشة النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة، حيث تم تحليل وتفسير فرضيات الدراسة، كل واحدة على حدى.

#### 1.6. مناقش وتحليل نتائج دليل المقابلة:

أول الملاحظات التي سجلتها من نتائج دليل المقابلة، هي أن كل الحالات كانت تعاني من قلق شديد، مما صعب عليهم ممارسة حياتهم بشكل عادي، ومن أهم الملاحظات التي سجلتها على محاور دليل المقابلة هي:

#### الجانب الصحي:

من خلال الفحوصات الطبية التي قامت بها هذه الحالات، يظهر أنها لا تعاني من أي مرض عضوي، عدا بعض الأعراض الناتجة عن اضطراب القلق، وقد تمثلت هذه الأعراض في الصداع عند الحالة الرابعة والسادسة، الإغماء عند الحالة الرابعة. الإحساس بالتعب الدائم عند الحالة السادسة، هزال جسمي عند الحالة الأولى والثالثة.

#### الجانب النفسي:

لاحظت على هذه الفئة أنها تعاني من قلق شديد، دلت عليه نتائج مقياس القلق وملاحظات المقابلة نصف الموجهة، ولكن بدرجة متفاوتة، كما لاحظت أن كل الحالات كانت تعاني من تقدير منخفض

للذات، التردد في اتخاذ القرارات، الخجل عند الحالة الثالثة، الخوف من الفشل، اضطرابات الشهية، واضطرابات النوم، التي مست معظم الحالات، تأنيب الضمير والشعور بالذنب عند الحالة الأولى والرابعة، كذلك تم تسجيل اضطرابات سلوكية، عند جل الحالات والتي تمثلت في سرعة الغضب، النرفزة، البكاء، العدوانية.

#### الجانب الاجتماعي:

ظهر لنا أن الحالات التي تعاني من اضطراب القلق، تظهر انسحاب اجتماعي تمثل في العزلة والانطواء، عدم الثقة في الآخرين والشك في نواياهم، اضطراب العلاقات الأسرية عند معظم الحالات، ما عدا الحالة الرابعة، عدم توفر الدعم الاجتماعي عند معظم الحالات.

#### الحياة المستقبلية:

تبين لنا أن الحالات التي تعاني من القلق، لديها خوف وتشاؤم من المستقبل، والندم الشديد على فقدان الماضي والفشل فيه، والجدول الموالي يبين الملاحظات المسجلة على دليل المقابلة.

جدول رقم (09) يوضح الملاحظات المسجلة على دليل المقابلة:

الحالات	الحياة الصحية	الحياة النفسية	الحياة الاجتماعية	الحياة المستقبلية
1	لا يعاني من أي مرض عضوي.	قلق شديد	العزلة اضطراب العلاقة الأسرية.	مستقبل غامض، اليأس من الشفاء.
2	أعراض خاصة باضطراب القلق.	قلق شديد	فقدان الثقة في المحيطين بها.	الخوف من الفشل في المستقبل.
3	أعراض خاصة بالاضطراب.	قلق شديد	الانسحاب من العلاقات الاجتماعية.	التشاؤم من المستقبل.
4	ليس لديها مرض آخر عدا القلق.	قلق شديد	الإحساس بالنبذ من المحيطين بها.	التشاؤم من المستقبل
5	أعراض ناتجة عن القلق.	قلق شديد	علاقاتها محدودة مع الآخرين عدا أسرتها	التشاؤم من المستقبل واليأس من الحياة.
6	لا تعاني من أي مرض عدا القلق.	قلق شديد	علاقات حسنة مع الأقارب وسيئة مع الأسرة والزوج	التشاؤم والخوف من المستقبل.

من خلال عرض الحالات، وما هو موضح في الجدول لنتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة، أن كل الحالات كانت تعاني من قلق شديد وهذا ما تبين لي، أثناء حديثي معهم، حيث مس هذا الأخير الجانب الصحي، النفسي، الاجتماعي، وحتى التصورات المستقبلية، وقد لاحظت أن هناك تطابق بين الأعراض التي ذكرتها الحالات في دليل المقابلة العيادية، والأعراض الموجودة في مقياس القلق، وبعد الإجراءات التي قمت بها مع الحالات، انخفضت درجة القلق عند كل الحالات، لكن بدرجات متفاوتة، حيث لوحظ تغير كلي في جميع الجوانب السابقة الذكر، عند الحالات التي خضعت للعلاج النفسي والعلاج بقراءة القرآن، حيث قدرت نسبة التحسن عند هذه الفئة ب 81%، بينما تم ملاحظة تغير جزئي في هذه الجوانب عند الحالات التي خضعت للعلاج النفسي وحده، حيث قدرت نسبة التحسن عندها ب 68%.

## 2.6. عرض ومناقشة وتحليل نتائج مقياس القلق :

عرض ومناقشة نتائج الحالات التي خضعت لعلاج النفسي وحده:

جدول رقم (10): يبين نتائج درجات القلق عند الحالة رقم 1:

المجموع		درجات القلق سمة			درجات القلق حالة		
بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود
96	140	3	4	21	2	4	1
		3	4	22	2	3	2
		2	4	23	2	4	3
		2	4	24	3	3	4
		3	4	25	2	3	5
		2	4	26	2	4	6
		3	4	27	2	2	7
		1	1	28	3	4	8
		2	3	29	3	4	9
		3	4	30	3	4	10
		3	4	31	3	4	11
		3	4	32	2	4	12
		2	3	33	2	4	13
		3	3	34	2	4	14
2	4	35	2	4	15		
2	3	36	2	3	16		
2	3	37	3	3	17		
2	3	38	2	2	18		
3	4	39	3	3	19		
4	4	40	3	3	20		
قلق فوق المتوسط	قلق شديد						



### مناقشة وتحليل نتائج مقياس القلق، الموضحة في الجدول رقم 10:

من خلال النتائج الموضحة في الجدول، نلاحظ أن هذه الحالة حصلت على الدرجة 140، وهي درجة تندرج ضمن الفئة الرابعة من المقياس، مما يعني أنها تعاني من قلق شديد، دلت عليه نتائج إجاباتها على البنود، في مقياس قلق الحالة وقلق السمة، حيث نلاحظ أن الدرجة 4، هي الأكثر انتشاراً في إجاباتها، ولأن هذه الدرجة تشير إلى مدى شدة الأعراض، التي تعاني منها هذه الحالة في المقياس، ومن بين هذه الأعراض نجد: التوتر والقلق، الاضطراب والعصبية، نقص الثقة بالنفس، الشعور بالتعب، التعاسة، سرعة الانفعال والاستثارة، عدم الاستقرار، لكن بعد 10 أسابيع من متابعة العلاج النفسي، وبعد إعادة تطبيق مقياس القلق على هذه الحالة، تم تسجيل الدرجة 96 كما هو موضح في الجدول، حيث نلاحظ أن معظم إجاباتها على البنود، انحصرت بين 2 و3، مما يعني أنها سجلت تحسناً في بعض الأعراض السابقة الذكر، لكن هذا التحسن كان طفيفاً، لأنها حصلت على قلق فوق المتوسط، ولأن إجاباتها انحصرت بين هاتين الدرجتين.

جدول رقم (11): يبين درجات القلق، المتحصل عليها عند الحالة 2:

المجموع		درجات القلق سمة			درجات القلق حالة		
بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود
92	132	2	3	21	2	3	1
		2	2	22	2	4	2
		3	4	23	3	3	3
		3	3	24	2	2	4
		2	4	25	3	4	5
		2	3	26	2	4	6
		3	4	27	3	4	7
		2	3	28	3	4	8
		2	2	29	2	3	9
		2	3	30	2	3	10
		2	3	31	3	4	11
قلق فوق المتوسط	قلق شديد	2	4	32	2	4	12
		3	4	33	3	4	13
		2	3	34	2	3	14
		2	2	35	3	3	15
		2	3	36	3	2	16
		2	4	37	2	4	17
		1	2	38	3	4	18
		2	4	39	3	3	19
		1	4	40	2	3	20

### مناقشة وتحليل نتائج مقياس القلق الموضحة في الجدول رقم 11:

من خلال ملاحظتنا لنتائج هذه الحالة في الجدول، يتبين أنها حصلت على الدرجة 132، والتي تترجم قلق شديد، دلت عليه الدرجات التي حصلت عليها، في بنود المقياس حيث نلاحظ أن الدرجة 4 و3 هما الأكثر استعمالاً، ولأن هذه الإجابات تترجم الأعراض التي تعاني منها هذه الحالة، والتي تتمثل في:

العصبية، القلق، سرعة الاستثارة والانفعال، عدم الشعور بالأمان والراحة، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، نقص الثقة بالنفس.

بعد الانتهاء من العلاج النفسي، وبعد إعادة تطبيق المقياس مرة أخرى نلاحظ أن هذه الحالة حصلت على الدرجة 92، والتي تترجم قلق فوق المتوسط، وهذا ما دلت عليه إجاباتها على بنود المقياس، حيث نلاحظ أن الدرجة 2 و3 هما الأكثر انتشاراً، في إجاباتها مما يعني أن التحسن كان بنسبة منخفضة في هذه البنود، ومن أهم الأعراض التي شملها هذا التحسن نجد:

استرجاع الثقة بالنفس، الشعور بنوع من الراحة والاستقرار والهدوء، كما نلاحظ أن هناك تحسن كلي في البند 38، 48، حيث أنها أجابت عليهما بالدرجة 1، والتي تعني خلوها من هذين العرضين والمتمثلان في: يسيطر علي اليأس كلياً، وصلت إلى حالة من التوتر قضت على كل اهتماماتي وهو آياتي.

جدول رقم (12): يبين درجات القلق المتحصل، عليها عند الحالة 3:

المجموع		درجات القلق سمة			درجات القلق حالة		
بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود
85	126	2	3	21	2	2	1
		1	2	22	2	4	2
		3	4	23	2	3	3
		2	4	24	2	2	4
		2	3	25	2	3	5
		2	3	26	2	3	6
		1	2	27	2	4	7
		3	4	28	2	4	8
		2	3	29	2	3	9
		2	3	30	3	4	10
		2	3	31	2	4	11
قلق فوق المتوسط	قلق شديد	2	3	32	2	3	12
		3	4	33	2	1	13
		3	4	34	2	2	14
		3	4	35	3	4	15
		1	3	36	2	3	16
		2	3	37	3	4	17
		2	4	38	1	1	18
		3	4	39	2	3	19
		1	2	40	2	4	20

### مناقشة وتحليل نتائج القلق، الموضحة في الجدول رقم 12:

من خلال ملاحظتنا للجدول، يتبين لنا أن نسبة القلق عند هذه الحالة، قد بلغت الدرجة 126 بعد تطبيق مقياس القلق، وقبل البدء في تطبيق العلاج النفسي، مما يعني أنها تنتمي للفئة الرابعة من المقياس، والتي تعكس قلق شديد، كما نلاحظ أنها أقل حدة بالمقارنة مع الحالتين السابقتين، وقد اتضحت هذه النتيجة، من خلال إجاباتها على بنود المقياس الموضحة في الجدول، حيث نلاحظ أنها حصلت على الدرجة 4 في 13 بند فقط بينما البنود المتبقية فقد حصلت على الدرجة 3 وهذا ما يترجم الأعراض التالية:

الشعور بالتعاسة، عدم القدرة على مواجهة الصعوبات، الكآبة واليأس، القلق، الاضطراب لكن بعد الانتهاء من العلاج النفسي، وإعادة تطبيق مقياس القلق، نلاحظ أن درجة القلق عندها انخفضت إلى 85 درجة، والتي تترجم قلق فوق المتوسط، دلت عليه إجاباتها على بنود المقياس، حيث نلاحظ أن الدرجة 2 هي الأكثر ظهوراً عند هذه الحالة، مما يعني أنها سجلت تحسناً جزئياً في هذه البنود، بينما نلاحظ أن هناك تحسن كلي، في بعض البنود لأنها أجابت عليهم بالدرجة 1، وهي الدرجة التي تعني خلوها من هذه الأعراض، والمتمثلة في الهدوء والراحة، الشعور بالرضى.

عرض ومناقشة نتائج مقياس القلق، للحالات التي خضعت للعلاج النفسي والعلاج بقراءة القرآن:

### جدول رقم (13) يبين درجات القلق المتحصل عليها عند الحالة رقم 4:

المجموع		درجات القلق سمة			درجات القلق حالة		
بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود

45	136	1	4	21	1	3	1
		1	4	22	1	4	2
		2	3	23	1	4	3
		1	3	24	1	4	4
		1	4	25	1	3	5
		1	4	26	1	4	6
		1	4	27	1	3	7
		2	2	28	2	4	8
		1	3	29	1	3	9
		1	4	30	1	3	10
		1	3	31	2	2	11
قلق طبيعي	قلق شديد	1	4	32	1	4	12
		1	3	33	1	3	13
		1	2	34		4	14
		2	4	35	1	4	15
		1	3	36	1	4	16
		1	4	37	2	4	17
		1	2	38	1	2	18
		1	4	39	1	2	19
		1	4	40	1	2	20

### تحليل ومناقشة النتائج الموضحة في الجدول رقم 13:

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول، نلاحظ أن درجة القلق عند هذه الحالة بلغت 136 على مقياس القلق، ولأن هذه الدرجة تندرج ضمن الفئة الرابعة من المقياس، والتي تندر بوجود قلق شديد، ظهر لنا من خلال الدرجات التي أجابت عليها في البنود، حيث نلاحظ أن الدرجة 4 هي الظاهرة في معظم إجاباتها، وهذه الإجابات تؤكد الأعراض التي ذكرتها في المقابلة نصف الموجهة، أي أن هناك تطابق

بين الأعراض التي ذكرتها الحالة وبين الأعراض التي سجلتها في المقياس وقد تمثلت هذه الأعراض في:

التوتر والقلق والاضطراب، الشعور بالندم، عدم الشعور بالأمان والراحة، الشعور بالتعب، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، الكآبة والتعاسة، النرفزة والعصبية، ونظرا لأن هذه الحالة كانت مصرة على بلوغ الراحة النفسية، وبعد اقتناعها بالعلاج النفسي بقراءة القرآن، فقد سجلت تحسنا ملحوظا بعد الانتهاء من العلاج، وهذا ما لمسناه من خلال حصولها على الدرجة 45 بعد إعادة تطبيق مقياس القلق، والتي تترجم قلق طبيعي، حيث نلاحظ أنها أجابت على معظم البنود بالدرجة 1 مما يعني خلوها من هذه الأعراض ومن بين هذه الأعراض نجد:

الشعور بالهدوء والراحة النفسية، الفرح والسرور، الشعور بالرضى، استرجاع الثقة بالنفس، الشعور بالاستقرار.

جدول رقم (14) يبين درجات القلق، المتحصل عليها عند الحالة 5:

المجموع		درجات القلق سمة			درجات القلق حالة		
بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود
40	124	1	4	21	1	3	1
		1	2	22	1	4	2
		1	2	23	1	4	3
		1	4	24	1	4	4
		1	3	25	1	3	5
		1	4	26	1	2	6
		1	2	27	1	3	7
		1	4	28	1	4	8
		1	2	29	1	4	9
		1	4	30	1	4	10

		1	4	31	1	4	11
		1	2	32	1	3	12
		1	4	33	1	2	13
		1	2	34	1	4	14
خالي من القلق	قلق شديد	1	3	35	1	4	15
		1	2	36			16
		1	3	37	1	4	17
		1	4	38	1	4	18
		1	3	39	1	2	19
		1	2	40	1	4	20

#### مناقشة وتحليل درجات القلق الموضحة في الجدول رقم 14:

من خلال النتائج الموضحة في الجدول، نلاحظ أن هذه الحالة سجلت الدرجة 126 على مقياس القلق، وهي درجة تنتمي إلى الفئة الرابعة من المقياس، أي أنها تترجم قلق شديد، واتضح ذلك من خلال إجاباتها على بنود المقياس، حيث نلاحظ أن الدرجة 4 هي الأكثر شيوعاً عند هذه الحالة، وهذا ما يشير إلى حدة الأعراض التي تعاني منها، ومن بين هذه الأعراض نجد:

الشعور بالتوتر والقلق، الحزن واليأس، نقص الثقة بالنفس، عدم القدرة على مواجهة الصعوبات، الشعور بالندم وتأنيب الضمير، وللإشارة فإن هذه الأعراض قد ذكرتها الحالة في المقابلة نصف الموجهة، لكن بعد المتابعة النفسية من طرف المختصة، ورغبة الحالة في التحسن والتخلص من القلق، فقد لمسنا تغيرات كلية عند الحالة، من خلال ملاحظتنا في الحصة العلاجية، ومن خلال إعادة تطبيق مقياس القلق والنتائج التي حصلت عليها حيث قدرت نسبة القلق عندها بـ 40، حيث أن هذه الدرجة تنتمي إلى الفئة الأولى من المقياس، والتي تترجم خلوها من القلق، وهذا ما لمسناه من خلال إجاباتها حيث نلاحظ أنها أجابت على كل البنود بالدرجة 1 مما يعني حالة القلق التي كانت تعاني منها قد زالت تماماً، حيث ظهر هذا التحسن جلياً، من خلال إجاباتها على الأعراض الموجودة في المقياس، ومن خلال ملاحظات الطالبة في المقابلات العيادية، حيث أصبحت علامات الفرح والسرور بادية عليها، استرجاع الثقة بالنفس، والشعور بالقناعة والرضى والاستقرار النفسي.



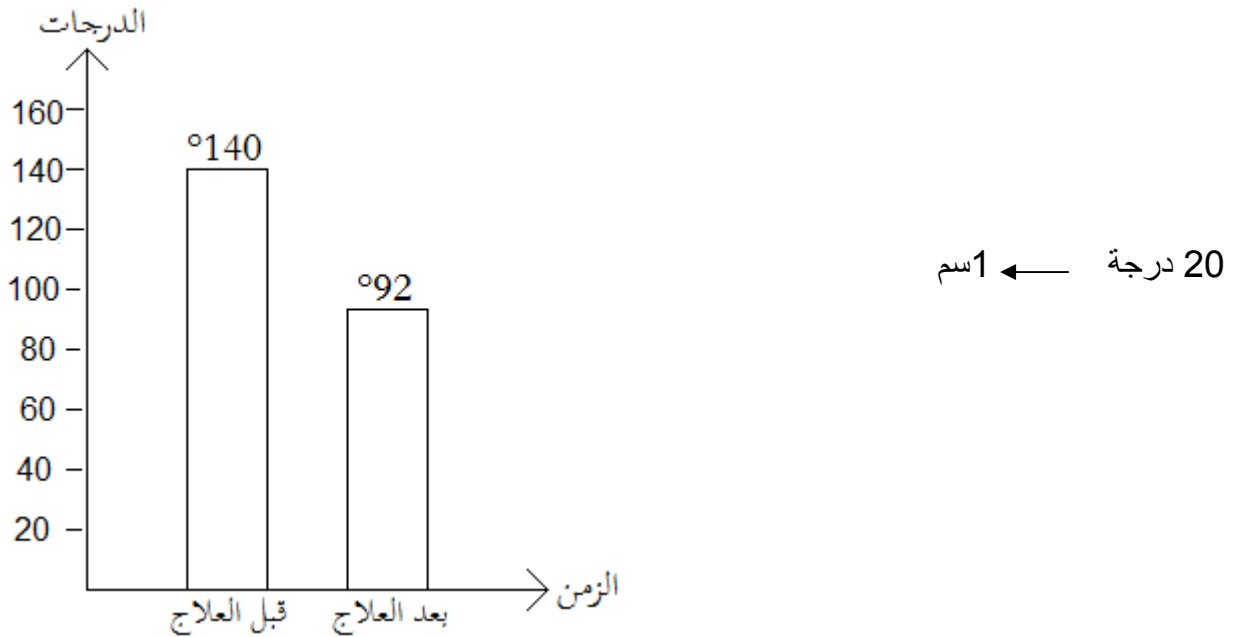
جدول رقم (15) يبين درجات القلق المتحصل عليها عند الحالة 6:

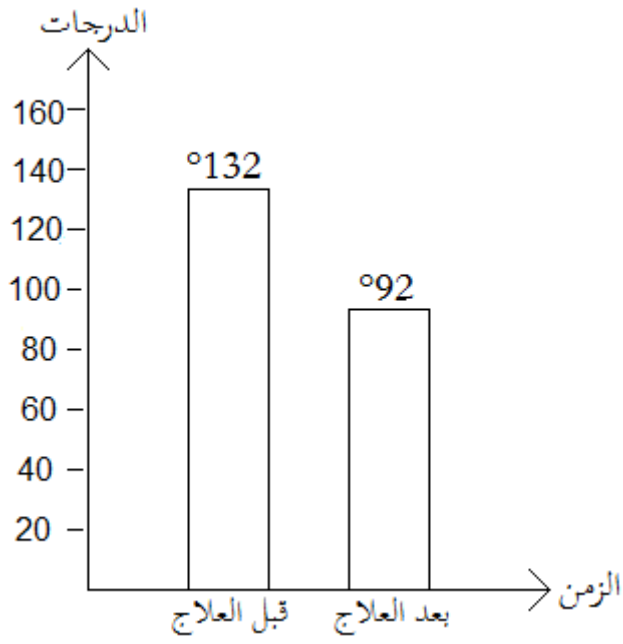
المجموع		درجات القلق سمة			درجات القلق حالة		
بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود	بعد العلاج	قبل العلاج	البنود
60	142	1	3	21	2	4	1
		1	4	22	2	4	2
		1	3	23	2	3	3
		2	4	24	3	4	4
		1	4	25	2	4	5
		1	3	26	2	3	6
		1	4	27	1	1	7
		1	3	28	2	4	8
		2	4	29	2	3	9
		1	3	30	2	4	10
قلق طبيعي	قلق شديد	2	4	31	2	4	11
		1	4	32	2	4	12
		1	3	33	2	4	13
		1	3	34	1	4	14
		1	4	35	1	4	15
		2	4	36	1	4	16
		2	3	37	2	3	17
		1	3	38	1	4	18
		1	4	39	1	3	19
		1	4	40	2	3	20

مناقشة وتحليل درجات القلق، الموضحة في الجدول رقم 15:

من خلال النتائج الموضحة في الجدول، نلاحظ أن هذه الحالة بلغت الدرجة 142 والتي تترجم قلق شديد، وتعتبر حدة القلق عند هذه الحالة أشد من كل الحالات السابقة، وكان هذا واضحا خلال المقابلة نصف الموجهة، حيث أن هذه الأخيرة كانت متدهورة ومنهارة تماما، وكذلك من خلال إجاباتها على المقياس، حيث أنها أجابت بالدرجة 4 على معظم البنود، والتي تعكس كثيرا من الأعراض نذكر منها: التوتر والاضطراب والقلق، الشعور بالتعب، سرعة الانفعال، الشعور بالكآبة، النرفزة والعصبية، وسرعة الاستثارة، نقص الثقة بالنفس، لكن بعد الانتهاء من المتابعة النفسية، لمسنا تغيرات عند هذه الحالة، لكنها لم تسجل تغيرات كبيرة مثل الحالتين السابقتين، لأنه بعد إعادة تطبيق المقياس مرة أخرى على هذه الحالة، نلاحظ أنها بلغت الدرجة 60، حيث أن هذه الدرجة تترجم قلق طبيعي، وهذا ما دلت عليه إجاباتها على المقياس، والتي انحصرت بين الدرجة 1 و2، أي أنها سجلت تحسنا كليا في بعض الأعراض، وتحسنا جزئيا في البعض الآخر، ومن بين الأعراض التي سجلت فيها تحسنا كليا نجد: استرجاع الثقة بالنفس، الشعور بالاستقرار والراحة، أما الأعراض التي سجلت فيها تحسنا جزئيا نجد: انخفاض درجة النرفزة والعصبية.

رسم بياني رقم (01): يوضح انخفاض درجة القلق عند الحالة 1:



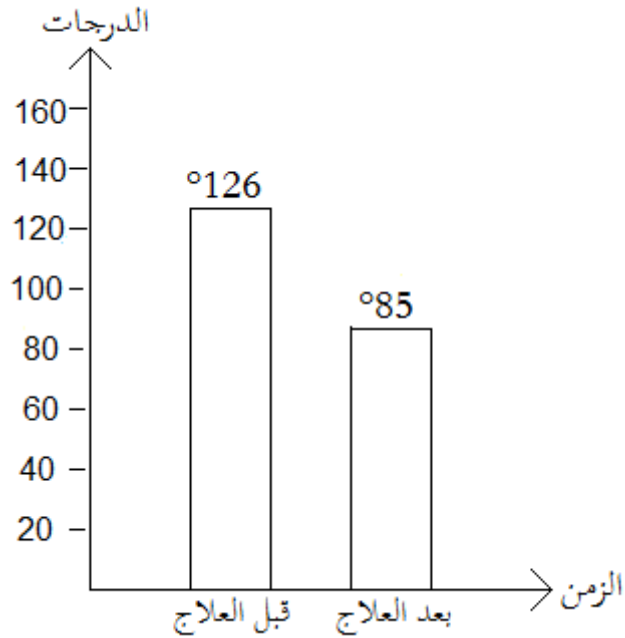


درجة القلق عند الحالة 2:

رسم بياني رقم (02): يمثل انخفاض درجة القلق

عند الحالة 2:

رسم بياني رقم (03): يمثل انخفاض درجة القلق عند الحالة 3:

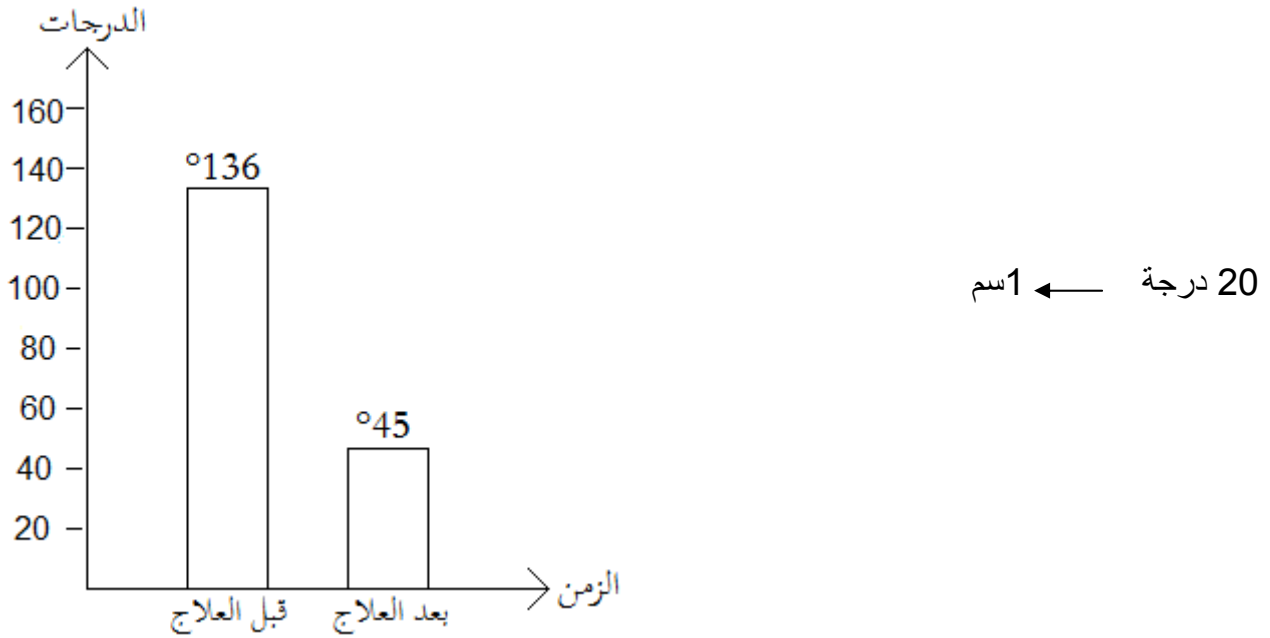


20 درجة ← 1 سم

التعليق على الرسوم البيانية للمجموعة الأولى:

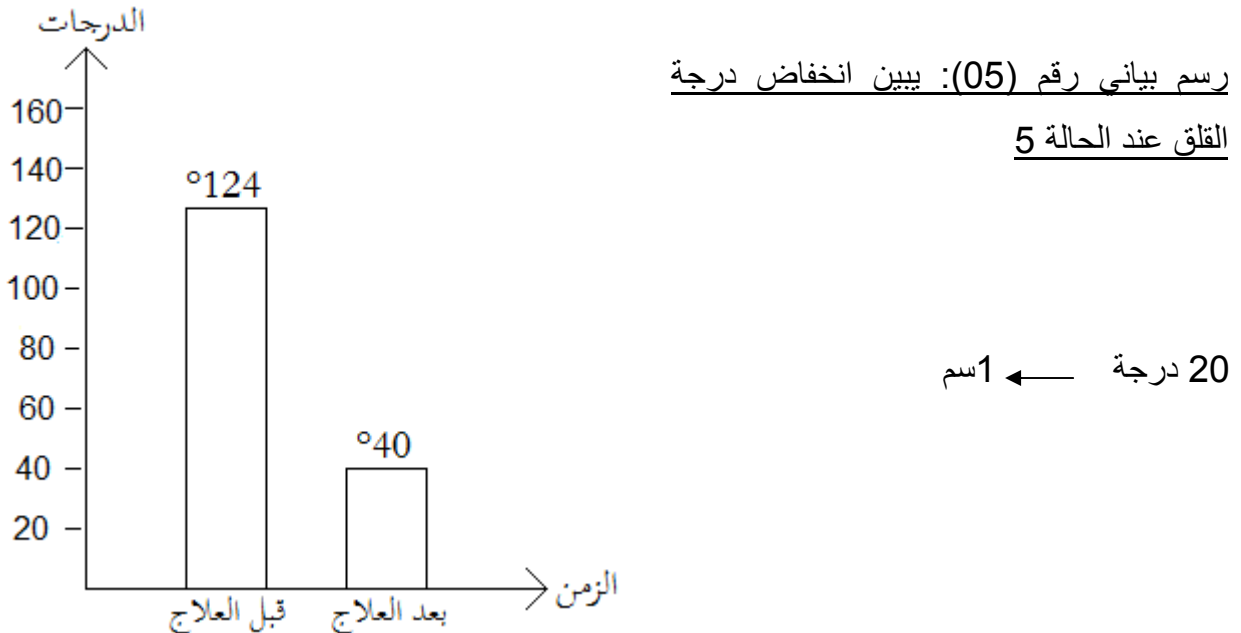
من خلال الرسوم البيانية، وبعد الإجراءات التي قمت بها، مع حالات المجموعة الأولى، وبعد تطبيق الاختبار والعلاج النفسي، نلاحظ انخفاض درجة القلق من 140 درجة، كأعلى تقدير سجلته الحالة الأولى، و126 درجة كأقل تقدير سجلته الحالة الثالثة في الحصة الثالثة، لتصل في الحصة العاشرة إلى 96 درجة، كأعلى تقدير سجلته الحالة الأولى، و85 كأدنى تقدير سجلته الحالة الثالثة، من خلال هذه النتائج نلاحظ أن هذه المجموعة لم تسجل تحسناً معتبراً في درجة القلق.

رسم بياني رقم (04): يبين انخفاض درجة القلق عند الحالة 4:



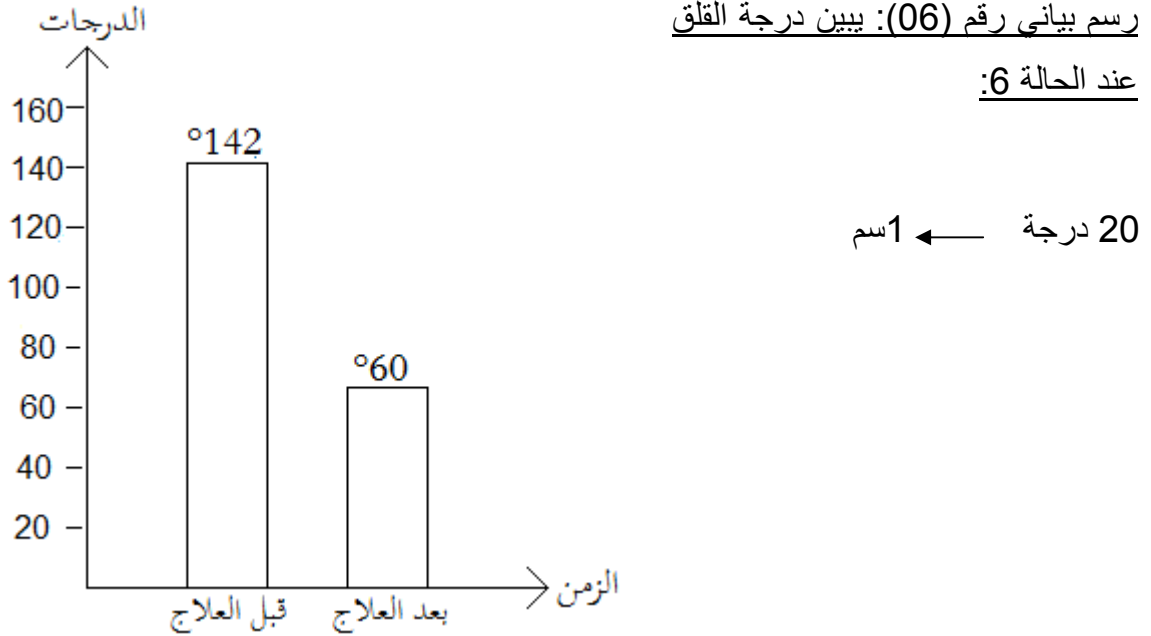
رسم بياني رقم (05): يبين انخفاض درجة

القلق عند الحالة 5



رسم بياني رقم (06): يبين درجة القلق

عند الحالة 6:



التعليق على الرسوم البيانية للمجموعة الثانية:

من خلال الرسوم البيانية، وبعد الإجراءات التي قمت بها مع حالات المجموعة الثانية، وبعد تطبيق مقياس القلق، والعلاج النفسي مع العلاج بقراءة القرآن، انخفضت درجة القلق من 142، كأكبر تقدير سجلته الحالة السادسة، و126 كأقل تقدير سجلته الحالة الخامسة، وهذا في الحصص الأولى، لتصل إلى 60 درجة كأعلى تقدير سجلته الحالة السادسة، و40 درجة كأدنى تقدير، سجلته الحالة الخامسة في الحصة العاشرة، من خلال هذه النتائج، نلاحظ التحسن كان المجموعة لصالح هذه المجموعة.

### 3.6 مناقشة وتحليل فرضيات الدراسة:

#### 1.3.6 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية العامة:

\* تنص الفرضية العامة على أن: قراءة القرآن تخفض درجة القلق عند الشباب.  
جدول رقم (16): يبين انخفاض درجة القلق، للحالات التي خضعت للعلاج النفسي:

الحالات	درجة القلق	قبل العلاج	بعد العلاج
ح 1	140	96	
ح 2	132	92	
ح 3	126	85	

جدول رقم (17): يبين انخفاض درجة القلق، عند الحالات التي خضعت للعلاج النفسي والعلاج بالقرآن

الكريم:

الحالات	درجة القلق	قبل العلاج	بعد العلاج
ح 4	136	45	
ح 5	124	40	
ح 6	142	60	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم 16، 17، نلاحظ أن هناك فروق واضحة في انخفاض درجة القلق عند المجموعتين، لأن المجموعة الثانية سجل بعضها قلق طبيعي، وبعضها خالي من القلق، أي أنها تندرج ضمن الفئة الأولى، والثانية من المقياس، أما المجموعة الأولى، فقد حصلت كلها على قلق فوق المتوسط، أي أنها تنتمي إلى الفئة الثالثة من المقياس، مما يؤكد لنا

أن المجموعة التي خضعت للعلاج النفسي، مع العلاج بقراءة القرآن، أحرزت تحسناً أكثر من المجموعة التي خضعت للعلاج النفسي وحده، حيث نلاحظ أن التحسن كان لصالح المجموعة الثانية، مما يعني أن قراءة القرآن لها الأثر في تخفيض درجة القلق لدى المجموعة الثانية، لأن علاجها النفسي دعم بالعلاج بقراءة القرآن، ومنه نستنتج أن الفرضية العامة قد تحققت.

لذى يمكن القول أن العلاج الديني، بصفة عامة والقرآن بصفة خاصة، لهما الأثر الكبير في نقل الإنسان من حالة القلق إلى الراحة النفسية، ذلك أن الدين من خلال أحكامه وأوامره ونواهيه، يسعى لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد، لأن الدين الإسلامي بحكم مبادئه، وقيمه، وتعاليمه، ونظراته الصحيحة والسليمة للحياة الاجتماعية، يحقق التوافق النفسي الداخلي والخارجي، فهو دين الفطرة، قال تعالى: «فأقم وجهك للدين حنيفاً فطرة الله التي فطر الناس عليها». (سورة الروم آية 30).

كما أن حياة التدين، تساعد الإنسان على التمتع بالصحة العقلية والنفسية، وتحميه من الإصابة بهذه الأمراض. [87] ص 19.

ولأن التداوي بالقرآن الكريم يتضمن الالتجاء إلى الله، في كشف الضر عن المصاب بكلامه الذي فيه سره، وفيه مظهر ربوبيته ورحمانيته، والصلة الدائمة بين الفرد وخالقه تقوي يقينه، وتثبت إيمانه، وتملأ قلبه طمأنينة واستقراراً، فلا يعتريه قنوط ولا يغمره بأس، ولا تضجره المصائب والأمراض على كثرتها وشدتها، لاعتماده على دفعها على من وسعت رحمته وعمت نعمته. [88] ص 156.

### 2.3.6. عرض ومناقشة وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

\* تنص الفرضية الجزئية الأولى: أنه تنخفض درجة القلق عند الشباب، كلما كان مداوماً على قراءة القرآن.

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم 17، نلاحظ أنه بالرغم من خضوع المجموعة الثانية للعلاج بقراءة القرآن، وبالرغم من التحسن الذي أحرزته المجموعة، إلا أننا لمسنا اختلاف في انخفاض درجات القلق عند هذه المجموعة، حيث نلاحظ أن التحسن كان لصالح الحالة الرابعة والخامسة، لتأتي الحالة السادسة في الأخير، وهذا الاختلاف حسب تصريحات الحالات، راجع

للمداومة والاستمرار في قراءة القرآن، لأن الحالة الرابعة والخامسة، كانتا أكثر مداومة على قراءته، حسب ما جاء في الخطة العلاجية، منذ الحصة الأولى لبداية العلاج، حيث أنهما استطاعتا ختم المصحف مرتين خلال مدة العلاج، بالإضافة إلى الورد اليومي الذي كانتا تقرأانه صباحا ومساءً، والمتمثل في قراءة القرآن، بالإضافة إلى سماعهما القرآن في المصحة من طرف الباحثة، على عكس الحالة السادسة، التي لم تكن مداومة على قراءة القرآن، إلا في الحصة الأخيرة من العلاج، حيث كانت تكتفي بسماع القرآن في المصحة فقط، أي أنها لم تكن مداومة على قراءة القرآن منذ بداية العلاج، من خلال الاختلاف الملحوظ في درجة القلق عند حالات المجموعة الثانية، يتبين أن المداومة على قراءة القرآن لها الأثر في تسجيل هذه الفروق، ومنه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت.

لأنه كلما أكثر الفرد من استعمال الأدوية الشرعية، وداوم عليها من دعاء واستغفار وقراءة القرآن، كلما كان الشفاء أتم وأكمل وأعظم وأسرع بمشيئة الله تعالى. [61] ص 391.

### 3.3.6. عرض ومناقشة وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

\* تنص الفرضية الجزئية الثانية أنه: توجد فروق في درجات القلق بين الذكور والإناث نتيجة لمستوى أثر تطبيق البرنامج.

من خلال النتائج الموضحة سابقا نلاحظ أن هناك فروق في درجة القلق عند الحالة الرابعة والخامسة ، بالرغم من مداومتها واستمرارها في قراءة القرآن، حيث أنهما كانتا مداومتين على قراءة القرآن، لكنهما سجلتا اختلاف في انخفاض درجة القلق، حيث نلاحظ أن التحسن كان لصالح الحالة الخامسة، لأن هذه الحالة كانت تقرأ القرآن بتمعن وتدبر، أي أنها كانت تحاول فهم كل ما تقرأه، على عكس الحالة الرابعة، التي لم تكن مهتمة بالتدبر عند قراءتها، واتضح لنا هذا عند طرحنا الأسئلة لهما في المقابلات العيادية، حول فهمهما لما يقرانه، ولأن الحالة الخامسة من جنس أنثى، يمكن القول أن قراءتها للقرآن بتدبر ربما راجع إلى طبيعة الأنثى، التي تبقى مدة أطول في المنزل، مما يمنحها الوقت الكافي للتدبر في قراءتها للقرآن، على عكس الذكر الذي لديه ملهيات كثيرة خارج المنزل، تعيق بقائه مدة أطول لقراءته بتدبر.



من خلال هذا نستطيع القول أن التحسن كان لصالح الإناث، أي أن هناك فروق في درجات القلق بين الذكور والإناث، ومنه تحقق الفرضية الجزئية الثانية.

لأنه كلما قرىء القرآن بخشوع وتدبر، كلما كان الانتفاع به أكثر، أي أنه إذا شرع الفرد في قراءة القرآن، فليكن شأنه الخشوع والتدبر عند القراءة، لأن التدبر يشرح الصدور وينير القلوب، قال عز وجل: " أفلا يتدبرون القرآن". (النساء:82)، وقوله أيضا: " كتاب أنزلناه إليك مبارك ليدبروا آياته". ( ص الآية 29)، كما ذكر ذلك إبراهيم الخواص رضي الله عنه: دواء القلب خمسة أشياء: قراءة القرآن بالتدبر، وخلاء البطن، وقيام الليل، والتضرع عند السحر، ومجالسة الصالحين. [68] ص 7.

### الإستنتاج العام:

تجدر الإشارة إلى أن الهدف الرئيسي للبحث قد تحقق، فقد عبرت النتائج عن مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن في تخفيض درجة القلق عند فئة الشباب.

بالإضافة إلى تحقق فرضيات الدراسة والتي كشفت عما يلي:

- قراءة القرآن تخفض درجة القلق.
- تنخفض درجة القلق عند الشباب كلما كان مداوما على قراءة القرآن.
- توجد فروق في درجات القلق بين الذكور والإناث، نتيجة لمستوى أثر تطبيق البرنامج.
- كما تم التوصل إلى بعض الاستنتاجات منها:
- تفوق المجموعة الثانية على المجموعة الأولى من حيث التحسن، فقد أظهرت نتائج الدراسة، أن هناك فروقا واضحة بين المجموعتين في انخفاض درجة القلق المتحصل عليها بعد العلاج.
- تفوق العلاج النفسي الذي دعم بقراءة القرآن، على العلاج النفسي وحده، حيث يرجع هذا التفوق إلى طبيعة القرآن الكريم، الذي تتوفر فيه طريقة الإقناع والتأثير في النفس، حيث سرعان ما استجاب أفراد العينة لهذه الخطة العلاجية.
- لاحظنا ظهور الراحة النفسية لدى المجموعة الثانية، بمجرد شرحنا للخطة العلاجية وأظهروا استعدادا كبيرا لخوض هذه التجربة.
- كما أن نتائج الدراسة الميدانية، جاءت موافقة لما تم عرضه في الجانب النظري، أي أن هناك تطابق بين ما ذكر في الجانب النظري، وبين نتائج ما طبق في الميدان.
- وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة، مع نتائج الدراسات السابقة، التي تم عرضها في بداية الدراسة، من خلال نتائج هذه الدراسة ونتائج الدراسات السابقة، يبدوا واضحا أن حياة التدين، تساعد الإنسان على التمتع بالصحة النفسية والعقلية، وتحميه من الإصابة بهذه الأمراض.

كما ظهر أن الاستماع المتكرر للقرآن الكريم وقراءته، أدى إلى إحداث تغييرات لدى أفراد المجموعة الثانية، تم ملاحظتها خلال المقابلات العيادية والمتمثلة في مايلي:

- اكتسابهم الراحة النفسية والقدرة على التركيز و الإدراك.
- التغيير الملموس في السلوك و القدرة على التعامل مع الآخرين.
- الهدوء النفسي وانخفاض التوتر العصبي.
- علاج الانفعالات والغضب وسرعة التهور.
- القدرة على اتخاذ القرارات السليمة.
- السعادة ورفع الروح المعنوية والحصول على شخصية أقوى.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أن القرآن الكريم، له الدور الكبير في نقل الإنسان من حالة القلق والتدهور، في مآهات التفكير السلبي والمشكلات النفسية، إلى طريق الهداية وذكر عظمة الخالق، وتمتين الصلة بالله عز وجل، لأن القرآن الكريم يعين الفرد على تحمل أعباء الحياة، ويعلمه الصبر ومجاهدة النفس، والتحكم في أهوائها وقوة الإرادة، ونظرا لما للقرآن الكريم من أثر عظيم، على الجانب النفسي والعصبي، لدرجة أن الإعراض عنه يكون سببا مباشرا، لحدوث الخلل والاضطراب، على مستوى الحياة النفسية، لأن هناك آيات كثيرة تشير إلى دور القرآن الكريم في إحداث هذا الفرق قال تعالى «ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى» (طه، الآية 128). حيث يقول الإمام الشعراوي رحمه الله في تفسير هذه الآية: الذكر هنا هو القرآن، والضنك المعني به هو الضنك الحيوي، والذي يعني القلق الدنيوي، من اضطراب القلب وعدم سكون النفس.

كما قال ابن كثير في تفسير هذه الآية: أي ضنكا في الدنيا، فلا طمأنينة له، ولا انشراح لصدره، بل صدره ضيق حرج لضلاله، وإن تنعم ظاهره، ولبس ما شاء، وأكل ما شاء، وسكن حيث شاء، فإن قلبه ما لم يخلص إلى اليقين والهدى، فهو في قلق وحيرة وشك، فلا يزال في ريبة وتردد، فهذا من ضنك المعيشة. [89] ص 106، 107.

فتأثير كلمات القرآن قد بلغ مبلغا لم يعرف قبله ولا بعده كلام قط، فكل آية وسورة تحمل في طياتها جميع معاني الهداية، فقد جعله الله شفاء من الشبهات والشهوات، وشفاء للأبدان من الأسقام والعلل، وجعله فرقانا بين طريق السعداء وطريق الأشقياء.

قال تعالى «ومن يعيش عن ذكر الرحمن نقيض له شيطاناً فهو له قرين». (الزخرف آية 36). أي أنه من حاد عن منهج الله وأعرض عن ذكره، فإن الله لن يهديه إلى سواء السبيل، ويبقيه في ضلال وضياع وسط حياة الشهوات والشبهات، قال تعالى «ألا بذكر الله تطمئن القلوب» (الرعد الآية 28).

كما جاء في الصحيحين من حديث أبي موسى الأشعري رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «مثل الذي يذكر ربه، والذي لا يذكر ربه كمثل الحي والميت» (رواه مسلم والبخاري).

ففي هذا التمثيل كما يقول الشوكاني رحمه الله، أن الذاكر لله عز وجل يعيش حياة ذاتية وروحية تغشاها أنوار الهداية، كما أن التارك للذكر وإن كان في حياة ذاتية، فليس لها اعتبار بل هو شبيه بالأموات، لأن نفسه يغشاها الضياع والاضطراب. [60] ص 54، 78.

ولعل ما يوضح هذه الأقوال تلك النتائج التي توصلت إليها البحوث القرآنية التي أظهرت أن للقرآن أثراً إيجابياً مهدئاً للتوتر، ويظهر هذا الأثر على شكل تغيرات في التيار الكهربائي على مستوى الجهاز العصبي التلقائي، والذي يؤدي إلى تغير وظائفه وهذا بدوره يؤثر على وظائف أعضاء الجسم الأخرى، كما أن هذه النتائج تشير إلى أن كلمات القرآن بذاتها لها أثر مهدئ للتوتر في الجسم البشري، فإذا اقترن القرآن بفهم معناه كان غير محدود الأثر. [13] ص 36.

فلا جرم أن جعل الله في القرآن سر الشفاء لجميع الأمراض، وركز على وجه خاص على الأمراض النفسية، والقلبية والعصبية، والخلقية، لأنها سبب كل داء، وعلة كل بلاء، فجعل الأمراض العضوية، منشؤها توترات عصبية واضطرابات نفسية، من قلق وحزن واكتئاب... قال تعالى «وشفاء لما في الصدور» (يونس الآية 57)، «ويشفي صدور قوم مؤمنين» (التوبة الآية 14)، وهذا ما ثبت بالخبر الصحيح، الوارد عن النبي صلى الله عليه وسلم، وعن السلف الصالح، وبالتجارب العلمية، استشفواهم بالقرآن الكريم لكثير من الأمراض العضوية، بل وحتى المستعصية منها، وقد شفوا بإذن الله، وما ذلك إلا لاعتقادهم الراسخ ويقينهم الذي لا يتزعزع، في أن للقرآن الكريم له الأثر الفعال، في النفس والروح والجسد قال تعالى، «لو أنزلنا هذا القرآن على جبل لرأيته خاشعاً متصدعاً من خشية الله، وتلك الأمثال نضربها للناس لعلهم يتفكرون». (الحشر الآية 21).

وعن ابن مسعود رضي الله عنه- قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم «عليكم بالشفاءين العسل والقرآن»، وعن علي رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم «خير الدواء القرآن» (رواهما ابن ماجة). [67] ص 21.

لكن هذه الدراسة اقتصرت على عينة صغيرة، من شريحة معينة من المجتمع تمثلت في فئة الشباب، وربما لو توسعنا أكثر لظهرت لنا فروق ونتائج أخرى. لكن إيماننا بالقدرة الشفائية والوقائية لكلمات القرآن الكريم، انطلاقاً من الأدلة الشرعية والأدلة العلمية التي أفرزتها البحوث العلمية يجعلنا نوقن بحقيقة التأثير العظيم للقرآن الكريم، في الحياة النفسية والصحية للإنسان.

وفي الأخير لا يسعنا إلا أن نسلم ونتيقن، أن القرآن هو وسيلة علاجية ووقائية مجدية في علاج الأمراض النفسية، عامة والقلق خاصة، لأن خالق هذه النفس هو العالم بأسرارها وعللها وسبل علاجها، قال تعالى: «ونزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين». (الإسراء الآية 83).

فبعد قوله هذا عز وجل، ليس هناك اجتهاد في إيجاد الوسيلة، وإنما علينا الاجتهاد للعمل بها لننيل الأمن لنفوسنا، والنجاح في الحياة الدنيا والآخرة.

## الخاتمة:

صممت هذه الدراسة محاولة منا للعودة إلى منهج الحياة الصحيح، الذي وضعه خالق البشرية، ولفت الأنظار إلى أن ديننا الحنيف يلعب دورا فعالا، في إرشادنا إلى فهم النفس فهما صحيحا، كي نجد لها العلاج الصحيح إذا ما اعتلت، من خلال المعارف المضنية التي يحتويها القرآن، لأننا كلما اكتشفنا شيئا جديدا، نجد أنه مسطور في القاموس الإلهي وأرشدنا إليه في آياته البينات، لأنه لا يمكن أن نزع نحن المسلمون، أن الغرب توصلوا إلى وضع قوانين، واكتشاف سبل تحقق السعادة الحقيقية للإنسان، لأن طعم السعادة الحقيقي، نجده في القرآن الذي يحتوي على كل ما نحتاجه في حياة نفسية واجتماعية تغمرها السكينة والطمأنينة.

وقد هدفت هذه الدراسة المتواضعة، إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن في تخفيض درجة القلق عند فئة الشباب، وقد جاءت الدراسة متضمنة لجانبين. الجانب النظري الذي يشتمل على ثلاثة فصول بداية بالفصل التمهيدي للدراسة، الذي تم فيه تحديد إشكالية وفرضيات الدراسة، وعرض لأهداف وأهمية وحدود الدراسة، لينتهي بتحديد أهم المفاهيم المتعلقة بموضوع الدراسة، ثم يليه الفصلين الثاني والثالث وفيهما حاولنا الإحاطة بأكبر قدر من المعلومات، حول متغيري الدراسة المتمثلان على التوالي، القلق، والعلاج بقراءة القرآن، ثم الانتقال إلى الجانب التطبيقي، الذي يشتمل على فصلين، بداية بالفصل الرابع، المتضمن للجانب المنهجي للدراسة، وتم فيه عرض للمنهج المتبع في الدراسة، ثم التعريف بعينة الدراسة، بحيث قما في أول خطوة بتحديد شروط اختيار مجموعتي الدراسة. لنتنقل إلى الفصل الخامس الذي تم معالجة بيانات الدراسة، وللتحقق من هدف الدراسة تم صياغة تساؤلين وفقا لهذا الهدف:

وبناء عليه تم صياغة فرضيات الدراسة، كما تم اختيار المنهج الذي يتناسب مع طبيعة الدراسة، للتمكن من قبول أو نفي الفرضيات، التي قامت عليها الدراسة، وقد تم التحقق من

فرضيات الدراسة، وكشفت النتائج أن العلاج النفسي، الذي دعم بقراءة القرآن كان له أثر كبير، في خفض درجة القلق عند الشباب.

وعليه رغم النتائج المتوصل إليها، إلا أنها تظل نتائج جزئية تحتاج إلى مزيد من البحوث للتحقق، من صحة بعض النتائج، وإلى تحقيق فرضيات أخرى، فليس من بحث واحد يمكننا من التعرف على كل شيء، إذ أن الصورة الشاملة والكاملة للعلاج بقراءة القرآن، تتطلب دراسات أخرى تتناول شرائح اجتماعية أخرى، وتهتم بأمراض نفسية أخرى كالوسواس والفصام وغيرها....، مع التنوع في تقنيات واستراتيجيات العلاج بقراءة القرآن.

وعلى ضوء ما تقدم نأمل أن تكون هذه الدراسة، قد أسهمت ولو بقسط بسيط في إلقاء الضوء، على مدى فاعلية العلاج بقراءة القرآن، في تخفيض درجة القلق عند فئة الشباب.

كما يعد التزام كل فرد في المجتمع بقراءة القرآن- كدستور للحياة المتزنة- من أعظم المكاسب في كل مجالات الحياة لذلك نوصي:

- إدراج قراءة القرآن كأسلوب أساسي، في البرامج الوقائية والعلاجية، في مجال الصحة النفسية.
  - بما أننا مسلمون فإننا لا يجب أن نبحث عن علاج لاضطراباتنا النفسية، في صفحات برامج علاجية، لا تمد لبيئتنا بصلة، لأن تلك البرامج ينظر فيها للنفس بمنظور يختلف عن ثقافتنا ومبادئنا الإسلامية، بل يجب البحث عن العلاج من منطلق تعاليم ديننا الشامل الكامل، في كل زمان ومكان ولكل الأحوال.
  - ضرورة إقامة بحوث ودراسات، عن مدى تأثير القرآن الكريم في تحقيق التوازن النفسي، والبحث عن السبل الفعالة لتدبير كلماته، واكتساب الطاقة الروحية، التي يمد بها النفس البشرية.
  - ضرورة إعادة النظر الجادة، في استراتيجيات التدخل النفسي الديني، في المؤسسات الصحية، التي تسمح للمختصين العياديين، بتوفير جهودهم لبحث معاناة المرضى والتخفيف منها، عن طريق استراتيجيات علاجية دينية، تتماشى واتجاهات وقيم المجتمع الجزائري.
- والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

والحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله.

### قائمة المراجع:

- \_ القرآن الكريم برواية حفص المملكة العربية السعودية.
1. ألكسيس كاريل الإنسان ذلك المجهول، مكتبة المعارف- بيروت. 1988
  2. الفيومي محمد إبراهيم ، القلق الإنساني، مصادره وتياراته وعلاج الدين له، دار الفكر العربي، ط3 القاهرة 1981.
  3. الخراشي ناهد عبد العال أثر القرآن الكريم في الأمن النفسي، دار الكتاب الحديث ط3 بيروت، 1999.
  4. ابن القيم الجوزية، الطب النبوي، دار ابن حزم للطباعة والنشر، ط1 بيروت 2003.
  5. مرسى رشاد عبد العزيز، أساليب العلاج النفسي في ضوء القرآن والسنة النبوية، مؤسسة المختار القاهرة، 2001.
  6. عادل عبد الله، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة د. س.
  7. مايسة أحمد النيبال، دراسة حديثة في علم نفس الطفل، دار المعرفة الإسكندرية 2008 .
  8. مصطفى متولي ، الطب البديل ، دار ابن الجوزي ط 1، القاهرة 2005.
  9. عبد الخالق أحمد، دليل تعليمات القلق (الحالة والسمة)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1984
  10. الشويعر ظريفة، الالتزام الديني وعلاقته بقلق الموت، رسالة دكتوراه، المملكة العربية السعودية 1998.
  11. إسعاد عبد العظيم البنا القلق الأخلاقي وعلاقته بالقيم الدينية لدى شرائح من الشباب المصري الجامعي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس مصر (1990).
  12. درويش محمد ، مدى فعالية العلاج الديني في تخفيض القلق لدى طلاب الجامعة ، جامعة الأزهر 1995.



13. محمد علي الصغير القرآن معجزة أمنية ط1 دار ابن الأثير الأردن. 2002.
14. مرسى رشاد عبد العزيز، أثر التدين على الاكتئاب النفسي في علم النفس المرضي، دار المختار للنشر القاهرة 1993.
15. طه رامز ، العلاج النفسي بالقرآن وكيفية استخدامه مع الأدوية النفسية، طبع بمطابع أخبار اليوم. 2001.
16. عنو عزيزة مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأدعية والأذكار على الاكتئاب الاستجابي، أطروحة دكتوراه جامعة الجزائر 2006.
17. حدار عبد العزيز الصحة النفسية من منظور إسلامي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 1995.
18. عطار آسيا ، القلق والتوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعمم العضوي الأولى رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2008.
19. الشريبي لطفى الطب النفسي وهموم الناس ط1 منشأة المعارف الإسكندرية. (2003) ابن القيم الجوزية 1985 إغاثة اللفهان من مصائد الشيطان دار ابن زيدون بيروت.
20. القرضاوي يوسف ، العبادة في الإسلام ط5، مؤسسة الرسالة بيروت. 1977.
- 21.85 Sillamy Nobert Dictionnaire de psychologie édition Borday Paris 1999.
- 22 محمد يحي زكرياء ، القلق والتحصيل الدراسي لدى الطالب الجامعي في ظل النظام التربوي الجزائري أطروحة دكتوراه جامعة الجزائر 2003.
- 23 ابن منظور أبو الفضل جمال الدين (د.س) لسان العرب، دار الصادر- بيروت.
24. بكري شيخ أمين التعبير الفني في القرآن الكريم ط1، دار الشرق بيروت 1980. -
- 25 <http://www.Allbatol.net/articles>.
26. ماجد الزيود ، الشباب والقيم في عالم متغير ط1، دار الشروق حديثة في علم نفس الطفل دار المعرفة الجامعية الإسكندرية 2006 .
- 27 . Ajurria Guerramanuel de Psychiatrie de l'enfant édition Masson Paris 1980.
- 28 .Graziani Pierluigi Anxiété et troubles Anxieux édition Armand colin Paris 2008.

29. Servant Dominique et Parquet Jean stress anxiété et Pathologies médicales édition Masson Paris 1999.

30. فرويد سيغموند، تر النجاتي عثمان الكف والعرض والقلق، ط3 دار الشروق بيروت 1985.
31. حنان العناني ، الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن 1989.
32. دويدار عبد الفتاح في الطب النفسي، دار المعرفة الجامعية القاهرة 1996.
33. عبد السلام زهران ، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ط1 عالم الكتب القاهرة 2003.
34. الأزرق أبو علو الإنسان والقلق، ديوان المطبوعات الجامعية ط1 الجزائر 1993.
35. أديب محمد الخالدي علم النفس الإكلينيكي، الفحص والعلاج، دار وائل للنشر ط1 الأردن 2006.
36. فاضلي أحمد ورشيد مسيلي الآثار النفسية للانتفاضة الفلسطينية، دار قرطبة الجزائر 2004.
37. محمد حسن غانم ، الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي، المكتبة المصرية، القاهرة 2005.
38. عبد السلام زهران الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب القاهرة 1989.
39. فيصل خير الزراد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، دار الهلال القاهرة 1981

40 . Ladouceur Robert et all les troubles anxieux édition Masson Pariss 1999.

41. النابلسي محمد أحمد معجم العلاج النفسي الدوائي دار مكتبة الهلال بيروت لبنان 1992.
42. عكاشة أحمد ، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية 2003.
43. محمد مياسا الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية دار الجيل بيروت. عمان، الأردن. 1988.

44 Le Guen Angoisse Pluralité d'approche, Presses Universitaire de France Paris 1977.

45. الدباغ فخري الطب النفساني دار الطليعة للطباعة والنشر بيروت- لبنان 1983.
46. نيازي عز الدين: دين الرحمان المدخل إلى الحقيقة ط1 دار لبنان للنشر والتوزيع بيروت – لبنان 1988.
47. مصطفى فهمي علم النفس الإكلينيكي ط1 دار وائل الأردن 1987.

48 Le galle André, l'anxiété et l'angoisse 5 édition Danlab Paris 1995

49. فاروق السيد عثمان ، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي ط1 القاهرة 2001.
50. إيمان فوزي الصحة النفسية، مكتبة زهران الشرق، القاهرة 1996.

51 Beck, Aron les Thérapies Comportementale, édition Mardaga Paris 1989 .

52 Larousse grand dictionnaire de psychologie édition Borday Paris1999.

53.سيد الهابط حول صحتك النفسية المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية1989.

54 DSM IV Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux 4 édition Masson, Paris1996

55 H. Bloch :grand dictionnair de psychologie larousse ,Borda paris

56.بركات محمد خليفة مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس دار القلم، بيروت1984.

57 .Cottraux, Jean les Thérapies Comportementale et Cognitives, Edition Pierre Mardaga Paris1984.

58.البدر عبد الرزاق ، فقه الأدعية والأذكار ط1 دار ابن عفان- الرياض1999.

59.البننا مصطفى كمال الطاقة الشفائية في القرآن الكريم، دار عالم للثقافة والنشر عمان الأردن2010.

60 ابن القيم الجوزية الجواب الكافي لمن يسأل عن الدواء الشافي ط1 دار الكتب العلمية - بيروت1987.

- 61 www.kaheel7.com.

62.عمر صكصك ، الإعجاز النفسي في القرآن الكريم دراسة تأصيلية، رسالة ماجستير كلية العلوم الإسلامية، جامعة الجزائر2004.

63.الغزالي محمد 1990 الجانب العاطفي من الإسلام، شركة الشهاب الجزائر.

64.سيد قطب 1982 التصوير الفني في القرآن الكريم، دار المعارف مصر.

65.أبو الفداء محمد عزت عالج نفسك بالقرآن، دار الفضيلة القاهرة.2009.

66.أبي زكريا يحيى بن شرف الدين النووي، التبيين في آداب حملة القرآن ط1، مكتبة ابن القيم دمشق2000.

67.ابن القيم الجوزية طريق الهجرتين وباب السعادتين ط1 دار الفكر بيروت1988 .

68.الخطيب محمد : مجلة الهداية، مجلة إسلامية شهرية، العدد 56، كيف عالج الطب الإسلامي الاضطراب والتوتر1990.

69. مهدي عبد الحميد أمة القرن ط1، دار البعث الجزائر 1983.
70. الشرباصي أحمد أخلاق القرآن، ط1 دار الرائد العربي لبنان 1971.
71. عثمان نجاتي الحديث النبوي وعلم النفس ط5 دار الشروق القاهرة 2000 .
72. عبد العالي الجسماني القرآن وعلم النفس ط1 الدار العربية للعلوم بيروت لبنان 1987.
73. علي الأثري ، بحوث في علوم القرآن ط1، دار الهداية القاهرة 1993..
- 74 الشرقاوي خليل 1983 ، علم الصحة النفسية ط1، دار النهضة بيروت، لبنان 1983..
- 75 Rouger Perron les problèmes de la prouve dans les démarches de la psychologie clinique, Psychologie Française tom 1976.
76. العيسوي عبد الرحمان اتجاهات جديدة في علم النفس الحديث، دار النهضة العربية بيروت 1992.
77. عطوف محمود : علم النفس العيادي دار العلم للملايين، لبنان 1986.
78. ملحم سامي مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان 2000..
79. زداح عبد الحق 2004 التداوي بالقرآن والدعاء دار الهدى عيم مليلة الجزائر.
- 80 Collette Chiland 1985, l'entretien clinique, édition PVF Paris.
- 81 أسعد ميخائيل إبراهيم ، علم الاضطرابات السلوكية، دار الجيل بيروت 1996..
82. عبد الرقيب البحيري اختبار حالة وسمة القلق للكبار مكتبة النهضة المصرية القاهرة 1984.
- 83 Bardin, Analyse de contenu, Edission P.U.F press univesitair de france, paris 1977.
85. يونس فتحي عبده وآخرون ، التربية الدينية الإسلامية بين الأصالة والمعاصرة ط1، عالم الكتب، القاهرة. 1999.
86. الغماري عبد الله بن محمد صديق، كمال الإيمان في التداوي بالقرآن ط1 دون نشر.
87. الشعراوي متولي، الفتاوى الكبرى المكتبة العصرية، صيدا بيروت 2005..

## الملاحق

### الملاحق الملحق رقم (01):

يمثل دليل المقابلة.

#### المحور الأول:

بيانات شخصية: الإسم، السن، الجنس، العنوان، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، المهنة، عدد الإخوة، الترتيب المفحوص بين الإخوة.

#### المحور الثاني:

##### الجانب الصحي:

متى كانت بداية الاضطراب؟

هل لديك مرض آخر عدا هذا الاضطراب؟

هل خضعت للعلاج من قبل؟

#### المحور الثالث :

##### الحياة الشخصية:

احكي قليلا كيف عشت الطفولة؟

كيف كانت علاقتك مع والديك في الطفولة؟

كيف كانت علاقتك مع إخوتك أثناء الطفولة؟

#### المحور الرابع :

##### الحالة النفسية:

ماهي الأحداث التي عشتها قبل الإصابة بهذا الاضطراب؟

ماهي الأعراض التي تشعر بها من جراء هذا الاضطراب؟

كيف تنتظر لذاتك بعد إصابتك بهذا الاضطراب؟

**المحور الخامس :**

**الحياة الاجتماعية:**

كيف هي علاقاتك مع الأسرة و الأصدقاء؟

هل تحب الاختلاط بالآخرين أم تفضل البقاء وحيدا؟

هل تشعر بحاجتك للمحيطين بك؟

**المحور السادس :**

**التصورات المستقبلية:**

هل لديك أمل في الشفاء؟

كيف تنتظر للمستقبل؟

هل لديك أحلام تود تحقيقها؟

عندما تشفى ما هي الأمنية التي تود تحقيقها؟

**الملحق رقم(02):**

**أهم الأسئلة التي دارت حولها الحصص العلاجية :**

**الحصّة الأولى :**

هل لي أن أعرف الأسباب التي أوصلتك إلى هذه الحالة ؟

ماهي الأوقات التي يشتد بك القلق فيها ؟

ماهي الأعراض التي تشابك من جراء القلق ؟

كيف تتصرفين عندما يشتد بك القلق ؟

**الحصّة الثانية :**

هل تعانين من مشاكل صحية أخرى؟

في رأيك ما هو السبب الحقيقي لهذا القلق ؟

هل لديك أمل في الشفاء؟

**الحصّة الثالثة :**

هل كنت تحكي مشاكلك للآخرين؟

ما رأيك في قراءة القرآن الكريم.

ما هي أوقات قراءتك للقرآن الكريم.

هل تعتقد أن قراءة القرآن تساعدك على الشفاء؟

#### الحصة الرابعة :

هل استطعت تحديد الأفكار اللاعقلانية التي تراودك؟

ماهي العبادات التي تقومين بها عدا قراءة القرآن؟

هل أنت مداومة على ذلك؟

ما هو شعورك عندما قلت لك أنني سأسمعك القرآن الكريم؟

ما هو شعورك عند سماع القرآن؟

هل كنت تتمعني في فهم الآيات التي تسمعها؟

#### الحصة الخامسة :

هل بدأت في اتباع البرنامج الذي قدمته لك؟

إلى جانب قراءة القرآن ماهي العبادات التي أصبحت تداوم عليها أيضا؟

ماهي الأفكار الإيجابية التي استخلصتها من هذه الآيات؟

ماهي الأفكار السلبية التي بدأت بتغييرها؟

#### الحصة السادسة :

هل مازلت مداوما على تطبيق البرنامج العلاجي؟

ماهو شعورك الآن بعد سماع القرآن مرة أخرى؟

هل أصبحت تشعر بتغير في حياتك النفسية والاجتماعية؟

#### الحصة السابعة :

كيف حالك الآن بعد إعادة سماع الشريط المسجل للقرآن؟

هل لي أن أعرف ما يجعلك تشعر بالراحة؟

هل يمكن أن تذكر لي النعم التي لمستها لديك؟

ماهي الأفكار السلبية التي مازالت تراودك؟

#### الحصة الثامنة:

هل مازلت تداوم على قراءة القرآن والعبادات الأخرى؟

ماهي العبادات التي أصبحت تكثر منها؟

هل اقتنعت بدور القرآن في حياة الفرد؟

هل تشعر بالتغير الملحوظ كيف كنت في اول حصة وكيف أصبحت الآن؟

### الحصة التاسعة:

هل تحبين أن أعيد سماعك الورد والآيات القرآنية مرة أخرى؟  
 ماهو التحسن الذي لمستته ونحن على مشارف انتهاء البرنامج؟  
 هل تستطيعين الآن الاعتماد على نفسك للتخلص من حالة القلق نهائياً؟  
 هل تعتمدين في ذلك على المنهج القرآني؟  
 هل مازلت تعاني من الأعراض التي ذكرتها في بداية العلاج؟

### الحصة العاشرة :

هل تحسین بأنك وصلت إلى الشفاء ؟  
 كيف تنظر إلى المستقبل الآن؟  
 ما رأيك في القرآن الكريم؟  
 ما مدى استفادتك من هذا البرنامج العلاجي؟  
 ماهي العبر التي خرجت بها بعد الأزمة التي مررت بها؟  
 هل ستداوم على القرآن الكريم في حياتك المستقبلية؟  
 هل تشعر بالشفاء؟

### الملحق رقم(03):

### يمثل الخطة العلاجية :

1. جمع المعلومات عن المفحوصين حول الأسباب المؤدية إلى القلق، عن طريق الملف الطبي أو عن طريق المفحوص.
2. معرفة الأوقات التي يزداد القلق فيها، والأوقات التي ينخفض فيها هذا القلق.
3. ترك المفحوص يعبر عما يشعر به.
4. توجيه أسئلة حول مدى الاعتقاد في العلاج بالقرآن، ومحاولة الاقتناع بأهمية ذلك.
5. تسميع بعض الآيات والسور القصيرة من مقرر جيد، وملاحظة المفحوص وتسجيل رد فعله.
6. أسئلة حول الأثر المتروك من سماع القرآن.
7. التوجيه نحو القراءة أو الاستماع لعدد من السور والآيات، في اليوم (إذا قبل ذلك المفحوص) إذا لم يقبل يجرى التسميع، عن طريق الاختلاء بالمفحوص في المصححة.



8. تسجيل ما يشعر به المفحوص بعد الاستماع.

الملحق رقم (04):

يمثل مقياس القلق لسبيلبرجر، ترجمة أحمد عبد الخالق.

التعليمة:

إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي توضح كيف تشعر عموماً.

ليس هناك أسئلة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتاً طويلاً، قدم الإجابة التي تصف شعورك.

القسم الأول: القلق حالة.

كثيرا	أحيانا	قليلا	مطلقا	
				1- أشعر بالهدوء.
				2- أشعر بالأمان (بعيد عن الخطر).
				3- أشعر بأن أعصابي مشدودة.
				4- أشعر بالأسف.
				5- أشعر بالارتياح.
				6- أشعر بعدم الاتزان.
				7- أشعر الآن بانزعاج لاحتمال وقوع كارثة.
				8- أشعر بالراحة.
				9- أشعر بالقلق.
				10- أشعر بالانشراح.
				11- أشعر بالثقة في النفس.
				12- أشعر بالعصبية.
				13- أشعر بالهياج.
				14- أشعر بتوتر زائد.
				15- أشعر بالاسترخاء.
				16- أشعر بالرضا.

				17- أشعر بالكدر.
				18- أشعر بأني مستثار جدا (لدرجة الغليان).
				19- أشعر بالسعادة.
				20- أشعر بأني أدخل السرور على الآخرين.

القسم الثاني: القلق سمة.

كثير	وسط	حد ما	مطلقا	
				21- أشعر بالسرور.
				22- أتعب بسرعة.
				23- أشعر كأنني أبكي.
				24- أتمنى لو كنت سعيد كالأخرين.
				25- أفشل في الأشياء لأنني لا أستطيع أن أتخذ القرار في الوقت المناسب.
				26- أشعر بالراحة.
				27- أنا هادئ ولا أنفعل بسرعة.
				28- أشعر بأن الصعوبات متراكمة ولا أستطيع التغلب عليها.
				29- تقلقتني بعض الأشياء الغير المهمة.
				30- أنا سعيد.
				31- أنا مستعد لتحمل الأشياء الصعبة.
				32- تنقصني الثقة بالنفس.
				33- أشعر بالأمن.
				34- أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.
				35- أشعر بالكآبة.
				36- أنا راض.
				37- تدور في ذهني أشياء غير تافهة تزعجني.
				38- يسيطر علي اليأس كليا.
				39- أنا شخص مستقر.
				40- وصلت إلى حالة من التوتر، قضت على اهتماماتي وهواياتي.

المحق رقم(05):

يمثل جداول حساب صدق مقياس القلق.

**Group Statistics**

الفئات	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجا	1 8	104.88	5.330	1.884
ت	2 8	142.38	3.962	1.401

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
	F	Sig.	T	df		
الدرجا	Equal variances assumed	1.301	.273	-	15.971	14
ت	Equal variances not assumed			-	15.971	12.926

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
الدرجات	Equal variances assumed	.000	-37.500-	2.348	-42.536-
	Equal variances not assumed	.000	-37.500-	2.348	-42.576-

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means
		95% Confidence Interval of the Difference
		Upper
الدرجات	Equal variances assumed	-32.464-
	Equal variances not assumed	-32.424-

الملحق رقم (06):

يمثل حساب ثبات مقياس الفلج.

### Notes

Output Created	
Comments	
Active Dataset	DataSet2
Filter	<none>
Weight	<none>
Input Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	30
Matrix Input	
Definition of Missing Value Handling	User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Cases Used	

		RELIABILITY
		1البند/VARIABLES=
		5البند 2البند 3البند 4البند
		9البند 6البند 7البند 8البند
		12البند 10البند 11البند
		15البند 13البند 14البند
		17البند 16البند
		20البند 18البند 19البند
		23البند 21البند 22البند
	Syntax	26البند 24البند 25البند
		29البند 27البند 28البند
		31البند 30البند
		33البند 32البند
		36البند 34البند 35البند
		39البند 37البند 38البند
		40البند
		/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
		/MODEL=ALPHA.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

### Case Processing Summary

	N	%
Valid	30	100.0
Case Excludes <sup>a</sup>	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

	Value	.792
	Part 1 N of Items	20 <sup>a</sup>
	Value	.690
Cronbach's Alpha	Part 2 N of Items	20 <sup>b</sup>
	Total N of Items	40
	Correlation Between Forms	.787
	Equal Length	.881
Spearman-Brown Coefficient	Unequal Length	.881
	Guttman Split-Half Coefficient	.873



**Reliability  
Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.860	40

**Case Processing Summary**

	N	%
Valid	30	100.0
Case Excludes <sup>a</sup>	0	.0
Total	30	100.0