

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس-مستغانم-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس



مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي والصحة العقلية
تحت عنوان

فعالية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق لدى ممني المخدرات
دراسة عيادية- مقارنة لثلاث حالات
بولاية غليزان

أعضاء لجنة المناقشة:

من إعداد الطالب:

الأستاذ: عمارة ميلود رئيسا.

الحيرش إبراهيم

الأستاذ: حمزاوي زهية مناقشا.

الأستاذة: شرقي حورية مؤطرا.

السنة الجامعية: 2014-2015

كلمة شكر

الحمد لله الذي تواضع لعظمته كل شيء

الحمد الذي خضع لملكه كل شيء

الحمد لله الذي استسلم لعزته كل شيء

اللهم صلي على سيدنا محمد وعلى اله وصحبه أجمعين

أتقدم بالشكر إلى الأستاذة المشرفة والمؤطرة " شرقي حورية"

كما أتقدم بالشكر إلى كافة أساتذة قسم علم النفس العيادي

وإلى كل من وقع قدره على هذا البحث وانتفع سائلا لنا

المولى عز وجل بالتوفيق والصلاح .

إلى كل من ساهم من قريب ومن بعيد على إنجاز هذا البحث.

والله ولي التوفيق .

الإهداء

إلى خالقي ومولاي..... إلى ربي الذي توكلت عليه ولم
يخذلني

إلى والدي العزيزان، إلى إخوتي وكل أفراد العائلة
إلى كل أصدقائي

إلى الأعزاء والأحباب

إلى من شاركتني في إنجاز هذا البحث "زوجتي"

الفصل الأول: مدخل الدراسة

- ◆ إشكالية الدراسة
- ◆ فرضية الدراسة
- ◆ دوافع وأسباب اختيار الموضوع
- ◆ أهمية البحث
- ◆ أهداف البحث
- ◆ تحديد المفاهيم الإجرائية
- ◆ الدراسات السابقة

• مقدمة الدراسة

تعد مشكلة المخدرات حالياً من أكبر المشكلات التي تعاني منها دول العالم، وتسعى جاهدة لمحاربتها لما لها من أضرار على النواحي الصحية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية.

ولا تقتصر آثار المخدرات على الأضرار الحيوية على مستوى الفرد بل إن العلاقة العضوية تؤثر وتتأثر بالجهاز النفسي.

ومن ثم فإن البعد النفسي كان قد حظي بكم هائل من الدراسات في مجالات التعاطي والإدمان.

إن المدمن يصل لمستوى عالي من القلق في العلاقات الشخصية والتقليل من الشأن النفسي أو تقدير الذات، وتغيرات أساسية في الشخصية إذ تجعل الفرد قابلاً للأمراض النفسية والذهانية وهناك آثار حادة من الاعتماد على المخدرات أهمها القلق.

وهناك عوامل كثيرة تساعدنا على التخلص من المخدرات وتأهيلات نفسية واجتماعية لضمان عدم العودة والانتكاسة، فعلاج الإدمان يعتمد بشكل كبير على نوع العقار الذي تم الاعتماد عليه ودرجة تعاطيه والمدة المنصرمة واستعداد الشخص المدمن لتلقي العلاج من المواد المخدرة، وتبدأ مراحل علاج الإدمان في مصحات علاج الإدمان المتخصصة بمرحلة نزع السموم واستخدام العلاج الدوائي كإجراءات احتياطية في الحالات الصعبة، بالإضافة إلى الدعم النفسي الذي يركز على مساعدة المدمن على هزيمة الشوق إلى المخدرات وهي خطوة مهمة لعدم العودة واستبدال السلوكات السيئة.

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من الطرق العلاجية التي تركز على أفكار الفرد وكيف تؤثر على سلوكه، بحيث يعمل المختص على مساعدة المدمن على إلقاء الضوء على الأفكار والسلوكات الأساسية التي تسببت في مشكلة الإدمان والتعرف على سلوكيات بديلة سليمة.

ومن بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الاسترخاء الذي يحقق حالة من الهدوء النفسي بالإضافة إلى ارتخاء العضلات، وهدفها التخلص من الاضطرابات النفسية والوقاية منها والوصول إلى تغييرات إيجابية.

وخصصنا لدراستنا جانبين والمتمثل في الجانب النظري، حيث تضمن:

الفصل الأول على الاسترخاء واحتوى على تعريفه، أنواعه، فوائده، طرق علاجه، ثم تناولنا الشروط الواجب توافرها لتحقيق الاسترخاء، ثم وضعنا أسلوب نموذجي له.

أما في الفصل الثاني فقد تناولنا القلق، حيث قمنا بإعطاء مفهوم له، ثم أنواعه، عوامل ظهوره، أعراضه، وأخيرا علاجه.

أما الفصل الثالث، الإدمان على المخدرات احتوى على تعريف المخدرات، ثم الإدمان، أنواع الإدمان، أعراضه، ثم تطرقنا إلى أنواع المخدرات، تصنيفها، الأضرار الناجمة عنها، ثم النظريات المفسرة لها.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي فقد اشتمل على فصلين، أما الفصل الخامس فخصص للإجراءات المنهجية للدراسة، حيث تضمن الدراسة الاستطلاعية ومنهج والأدوات المستخدمة في الدراسة، ثم مكان ومدة إجراء الدراسة، ثم تطرقنا لمواصفات الحالات .

أما الفصل السادس فتضمن دراسة الحالة للحالات الثلاث ثم عرض النتائج ومناقشة الفرضيات والتوصيات.

1. إشكالية الدراسة

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات أو إدمانها من المشاكل الاجتماعية التي تؤثر على بناء المجتمع وأفراده، بما يترتب عليها من آثار اجتماعية واقتصادية ونفسية وصحية سيئة على كل من الفرد والمجتمع، كما أنها ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة، بعضها يتعلق بالفرد، والآخر بالأسرة، والثالث بالبناء الاجتماعي العام للمجتمع وظروفه، وتتضح خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المتعاطين أو المدمنين على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والقانونية في المجتمع الذي يعيشون فيه، حيث يتمثل ذلك من الناحية القانونية في ازدياد معدلات المخالفات والجرائم التي يرتكبونها نتيجة الاستغراق في السلوك المنحرف، الأمر الذي يتطلب مزيداً من إجراءات الشرطة والقضاء لمواجهة هذه المشكلة، كما يتمثل الجانب الاقتصادي في الخسائر التي تعود على المجتمع جراء فقد هذه العناصر البشرية التي كان من الممكن أن تساهم في عملية البناء والتنمية في المجتمع، حيث يعتبر المتعاطون خسارة على أنفسهم وعلى المجتمع من حيث أنهم قوى عاملة معطلة عن العمل والإنتاج، يعيشون حالة على ذويهم وعلى المجتمع، وإن أنتجوا فإننتاجهم ضعيف لا يساعد على التقدم أو التنمية بل قد يكونون في مستقبل حياتهم عوامل هدم وتعويق لعملية الإنتاج، بالإضافة إلى ذلك ضعف أداء وكفاءة المتعاطي أو المدمن لعمله وسوء إنتاجه لأن الإنتاج يتطلب عقولاً وأبداناً صحيحة والقلق المصاحب للإدمان مما يسببه من اضطرابات وعدم الهدوء والتوتر النفسي وحالة من الهياج وصعوبة النوم بالإضافة إلى خلط في التفكير وزيادة الميل إلى العدوانية، هذا ما دعا علماء النفس إلى الاجتهاد لمحاولة التخلص من الآثار الناجمة عنه أو التخفيف منها عن طريق حلول وعلاجات، ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي الأنجع في حالات الإدمان مما فيه تعديل السلوك عن طريق تغيير الأفكار ومن بين تقنياته تقنية الاسترخاء التي تخفف من حدة التوتر وعدم الاستقرار اللذان هما أهم أعراض القلق.

على هذا الأساس نطرح الإشكالية التالية

- ما مدى فعالية الاسترخاء في التخفيف من القلق لدى المدمنين على المخدرات؟

2. فرضية الدراسة:

انطلاقاً من هذه الإشكالية يمكن صياغة الفرضية على الشكل الآتي:

- للاسترخاء فعالية في التخفيف من حدة القلق لدى المدمنين على المخدرات.

3. دواعي وأسباب اختيار الموضوع

- حاجة هؤلاء المدمنين لعلاج نفسي أو مختص نفسي يخفف عنهم لأنهم في معاناة.
- التعاطف مع الفئة ومحاولة مد يد العون.
- أثر العلاج بالاسترخاء والتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية.
- عدم الاهتمام بنفسية المدمنين واللامبالاة بهم.

4. أهمية البحث

- إبراز أهمية تقنية العلاج بالاسترخاء في التخفيف من الاضطرابات النفسية كالضغط النفسي والاكتئاب والقلق...إلخ.
- التقرب من المدمن ومعرفة معاناته وفهم بعض السلوكيات التي يقوم بها.
- إعطاء صورة حقيقية للمعاش النفسي للمدمن.

5. أهداف البحث

- معرفة مدى فعالية الاسترخاء في تخفيف من حدة القلق.
- توضيح طرق علاج فعالة الواجب اتخاذها لحماية الصحة النفسية للمدمن.
- إبراز أهمية التكفل النفسي لهذه الفئة.

6. التعاريف الإجرائية

1.6 الفاعلية:

هي القدرة على تحقيق النتيجة الايجابية أي تأثير الاسترخاء على خفض أعراض القلق لدى مدمن المخدرات.

2.6 الإدمان على المخدرات

هو الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أو الدواء مع فقد التام لسيطرة الفرد على إرادته والتحكم في رغباته والاستمرار في التعاطي المخدرات رغم الآثار السلبية له.

3.6 القلق:

حالة غير ثابتة من حيث الدرجة تتشكل لدى الشخص مدمن المخدرات، نتيجة عجز قدرته على التلاؤم والتكيف مع الظروف الخارجية، حيث يتم قياس درجته من خلال اختبار تايلور للقلق.

4.6 الاسترخاء

مجموعة تقنيات وتمارين تساعد في التخلص من القلق، تسمح للمريض بإرخاء عضلاته، إراحته وهو حالة انفعالية توافق بين الأنا والهو الأعلى يؤدي الاسترخاء إلى زوال الآثار التي يخلفها النشاط العضلي وتركه للاضطرابات الانفعالية.

7.الدراسات السابقة

أولاً:الدراسات حول متغير الإدمان على المخدرات

1.7الدراسات العربية

دراسة (الخوالدة والخياط، 2011) هدفت إلى التعرف على أبرز الأسباب التي تقود إلى تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات من وجهة نظر المتعاطين في المجتمع الأردني وشملت الدراسة 384 مدمنا على المخدرات من المراجعين للمراكز والمستشفيات التي تقدم العلاج للمدمنين.

وتوصلت الدراسة إلى أن أهم أسباب تعاطي المخدرات والمواد الخطرة كانت المشكلات الأسرية، والحصول على اللذة والمتعة والهروب من الأزمة المالية، ومسايرة الرفاق، إضافة إلى نسيان الهموم والمشاكل.(eng. jordan, 31.10.2013)

2.7الدراسات الأجنبية

دراسة (Matthew,2010) ركز الباحث على الأسباب التي تدفع الشباب في و.م.أ إلى تعاطي المخدرات، والمواد المخدرة، ووصلت الدراسة إلى أن أهم هذه الأسباب هي الضجر(السأم)، والإحباط، وعدم قبول الشباب من قبل الآخرين أو الأهل، بالإضافة إلى بعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى مثل الطلاق وسوء المعاملة، وتناولت الدراسة أنواع المخدرات التي يتعاطاها الشباب في المجتمع مثل المارجوانا والكوكايين وبعض الفيتامينات التي تؤدي إلى الهلوسة والمنبهات والاستنشاق لبعض المواد الكيميائية. وقد بين الباحث في دراسته الآثار السلبية الناتجة عن تناول المخدرات مثل سرعة التنفس، والتثبيط والإحباط، وزيادة سرعة ضربات القلب، وتغيرات في المزاج والوفاة في بعض الأحيان. (eng. jordan, 31.10.2013)

ثانياً: الدراسات السابقة حول متغير فعالية الاسترخاء في خفض القلق

3.7 الدراسات العربية:

دراسة (محمد سالم القرني، 2012) هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي سلوكي قائم على تدريبات الاسترخاء في التخفيف القلق العام لدى مرضى ضغط الدم المرتفع وقرحة المعدة والقولون العصبي. وتكونت عينة البحث من 72 مريضاً.

وتوصلت نتائج البحث إلى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء العضلي والذهني والتنفس العميق في تخفيف القلق العام لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث (مرضى ضغط الدم المرتفع، وقرحة المعدة والقولون العصبي) وذلك في كل من القياس البعدي وقياس المتابعة وقد خلص الباحث إلى بعض التوصيات والمقترحات المرتبطة بأهداف البحث. (محمد سالم القرني، 2010.10.29)

التعقيب على الدراسات السابقة

أسفرت الدراسات على أن سبب الإدمان هو الحصول على اللذة والهروب من الأزمة ومسايرة الرفاق ونسيان الهموم، وأكدت النتائج على أن المخدرات لديها مخلفات سلبية على الفرد والمجتمع، ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء بأنها تقنية ناجحة عند الحالات التي تعاني من القلق.

الفصل الثاني: الاسترخاء

◆ تمهيد

◆ تعريف الاسترخاء

◆ المفهوم السيكولوجي للاسترخاء

◆ المفهوم الفسيولوجي للاسترخاء

◆ أنواع الاسترخاء

◆ هدف وفوائد الاسترخاء

◆ طرق العلاج بالاسترخاء

◆ الشروط الواجب توافرها لتحقيق الاسترخاء

◆ الأسلوب النموذجي للاسترخاء

◆ خلاصة الفصل

الجانب النظري

تمهيد:

تعتقد الحياة جعل الحاجة إلى الوقاية الجسمية والنفسية تتزايد باستمرار والتي تسمح بالتأقلم مع الظروف الجديدة من أجل مقاومة الضغوطات الخارجية والداخلية للنفس وذلك عن طريق العلاجات النفسية وفي مقدمتها عملية الاسترخاء والذي يعتبر من أحدث الأساليب في العلاج النفسي كتخفيف الحدة والعوانية، وهو علاج ناجح للحالات المصحوبة بالتوتر العضلي والشدة كما في العصاب. وقد استخدم الاسترخاء في الديانات الشرقية القديمة حيث وجد في ممارسة اليوغا والتأمل، إلا أنه نشأ بصورة علمية على يد **جاكوبسون Jacobson** سنة 1929 و في العلاج النفسي الإكلينيكي وبدأ العلاج باستخدام أسلوب الاسترخاء في العلاج النفسي منذ العالم الأمريكي **جوزيف وولب Josif Woolp** العديد من الأبحاث في علاج العديد من الاضطرابات على رأسها القلق النفسي، وفلسفة هذه الأبحاث تقوم على أنه لا يمكن أن يجتمع القلق والتوتر مع الراحة، فالراحة العضلية أساس الراحة النفسية فالعلاج بالاسترخاء هو العلاج الذي يقوم على مبدأ الوحدة المتكاملة بين الجانب الفيزيولوجي والجانب السيكلولوجي لبنية الإنسان.

1. تعريف الاسترخاء

1.1. التعريف اللغوي

كلمة Relaxation أصلها لاتيني ومعناها الاسترخاء والراحة والترويح عن النفس بحيث يتم الشعور بالارتياح وزوال التوتر (فؤاد أفرام البستاني، 1999: 10-12).

الاسترخاء عبارة عن راحة إرادية للتوتر العضلي مصاحب للشعور بالهدوء عن طريق التدريب المنظم (عبدالله العيساوي، 1974: 122).

أما في اللغة الشعبية فهي بمعنى Anti-stress أي المضاد للقلق وكذا الترويح والاسترخاء.

1.2. التعريف الاصطلاحي

الاسترخاء طريقة جسم نفسية مصممة لتقليل مستويات التوتر في العضلات الإرادية.
(هارون التوفيق الرشيد، 1999:162).

3.1. التعريف العلمي

هو توقف عملي لكن الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر فالناس تقريبا يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية، فالزيادة في التوتر العضلي تتوقف على شدة الاضطرابات الانفعالية. (رابح ميساوي، نذي مقدم، 2008: 15).

4.1. تعريف سوبير Saupir

الاسترخاء تقنية تهدف إلى زوال التوتر العضلي.

5.1. تعريف جيسمان Geissman

الاسترخاء هو الاسترخاء بالوصول إلى التغيير كإحساس بالهدوء في النفس.

6.1. تعريف تيرنيزي Terenzi

الاسترخاء هو الوسيلة التي تدفع الرغبات أو التصورات والدفاعات المكبوتة إلى الشعور وخلق الجو الاسترخائي يمكن أن يبعث الصدمة التي عاناها المريض في طفولته.

7.1. تعريف بيرون Pieron

تقنية كبيرة في وضعية الاسترخاء العام، يحقق بالاستلقاء بطريقة ملائمة بدون حركة وبارتخاء عضلي وتركيز عقلي.

8.1. تعريف روي Rouet

الاسترخاء وضع مميز وخاص وقريب من اللاوعي بحيث يكون نشاط العمليات الكبرى بطيئا والعضلات مسترخية والنشاط الدماغي منخفضا بدون فقدان القدرة على الضبط الإرادي مما يجعل الشخص منغمرا في جو هادئ وساكن. (عبد المنعم الحنفي، 1978: 22).

9.1. تعريف بوسنجير Purant Bausinger

الاسترخاء هو العملية المضادة للتقلص العضلي، والذي يعبر عن وجهة نظر مخطط الطاقة العضلية Electromyography .

10.1. تعريف دالمونت Dalmonte

الاسترخاء تقنية علاجية على المستوى الجسدي لعلاج الاضطرابات النفسية تتركز أساسا على العلاقات القائمة بين مستوى التوتر العضلي والحياة الانفعالية.

11.1. تعريف علم النفس الفيزيولوجي

الاستجابة للاضطرابات الانفعالية مرتبط بتغيرات وزيادة في النشاط العضلي مما يؤدي إلى الاضطراب في التوازن النفسي المصحوب بالأعراض النفسية الأخرى.

12.1. تعريف معجم علم النفس

الاسترخاء هو الامتناع عن تقلص العضلات.

13.1. تعريف موسوعة علم النفس

حالة انفعالية تتسم بالتوافق النسبي بين "الهو" و"الأنا" و"الأنا الأعلى" (إبراهيم عبد الستار، 1983: 88).

2. المفهوم السيكلوجي للاسترخاء

1.2. الإرادة وعلاقتها بالجهاز العضلي والجهاز العصبي

الإرادة هي قدرة الإنسان على اتخاذ موقف واع منها وتنفيذه وكل حركة في الجسم تعتمد على العضلات الخاضعة لهذه الإرادة، وهذه الأخيرة تعمل على المستوى السطحي من الجسم أي في مجال العضلات الخارجية مما يدل على أن هناك علاقة بين هذه العضلات وبين المركز الذي يتكون فيه العزم على الحركة وهو الدماغ، والأعصاب هي الواسطة للاتصال بينهما، ذلك لأن الأعضاء في الجسم تتكون من مجموعة من الأنسجة، والإرادة ترتبط بين نوعين من هذه الأنسجة وبين مجموعتين من الأعضاء هي العضلات والأعصاب، وفعاليتها محصورة

بالقسم السطحي من الجسم أي في نطاق عضلات الهيكل العظمي، ولا سلطان لها على العضلات الداخلية، فسلطة الإرادة تنحصر فقط على العضلات الخارجية، إذ تسري في الخيوط العصبية لتصل إلى العضلات وتصدر إليها أوامرها، مما يمكن من الاعتراف بوجود قدر من السلطة للإرادة على الوظائف النفسية كالتفكير والشعور والتصرف ... ذلك لأن السلوك الإرادي يتضمن نوعاً من مقاومة النفس، أو بعبارة أخرى مقاومة بعض الرغبات الطبيعية للإنسان (أمين رويجة، 1974: 51).

ويرى الدكتور **فاخر عاقل** أن القدامى من علماء النفس يرون أن كل فعل إرادي يتم على مراحل أربعة: تصور،ذاكرة، التصميم، فتنفيذ.

فالإنسان كان يبدأ في تصور العمل الذي يريد القيام به ويتخيله أي يحاول أن يراه ذهنياً بكل صفاته ومقتضياته ومتطلباته ثم ينتقل إلى النظر في ما للعمل عليه ويوازن ما ينجم عن القيام به والامتناع عنه يأتي بالمؤيدات التي تدعمه وينظر في الأسباب التي تضعفه (فاخر عاقل، 1995: 14).

ويؤكد علماء النفس أن الإرادة ليست سوى رغبة دخلت في نزاع مع رغبة أخرى واستعانت بأنهار من المجتمع، ومن الأخلاق والأعراف والعادات والتقاليد، والكرامة أو غير ذلك انتصارها على الرغبة للآخرين (مصطفى غالب، 1991: 80).

2.2 التخيل:

التخيل قوة روحية تصقل التصرفات تربطها بعضها إلى بعض وتستتيت من الفكر، وهو نوعان: **التخيل المطلق**، **التخيل المصوب**، وينطلقان من العقل الواعي من المجال الإرادي وترى وجهة النظر أن هناك تخيل آخر ينبعث من أعماق العقل الباطن كأساس للعلاج النفسي كونه يرتبط بعملية الإيحاء.

ولما كانت الإرادة هي القوة للعقل الواعي تعمل ذاتياً بإجهاد فن التخيل هو القوة للعقل

الواعي للباطن معا ويعمل دون إجهاد بإنجازات لا تستطيع الإرادة القيام بها، فهو يستطيع القيام بإنجازات على مستوى العضلات الخارجية وكذلك العضلات الداخلية اللاإرادية والإرادة تستطيع القيام بإنجازات على مستوى العضلات الخارجية وكذلك العضلات الداخلية اللاإرادية. (أمين رويجة، 1974: 11).

وبالتخيل يستطيع الطفل أن يؤلف من الصور الواقعة تحت حسه أو من الصور الذهنية التي يخترنها في ذاكرته أشياء جديدة ليست موجودة لا فيما هو معروض أمامه، ولا فيما هو مختزن في ذاكرته، ولذلك فإن التخيل هو أساس الإبداع والابتكار في مجالات العلوم والمخترعات والآداب والفنون. (محمود يعقوبي، 1973: 274).

3.2. الإيحاء:

هو تأثير روحي تنقل به تخيلات من أعمال من الموحى وما يرتبط إلى الموحى إليه ويتمثل في إحداث تخيلات عند الإنسان تستهدف تبدلات جسمانية أو نفسانية، وحصر عمل هذه التخيلات على محتويات معينة من الوعي وذلك بإضعاف أو بإزالة ترابط التخيلات المعاكسة نتيجة لإقصاء الوعي الذاتي ونقده وتنديداته (محمود يعقوبي، 1973: 85).

وللإيحاء أسلوبان في العلاج يتمثل أحدهما في المعالجة بالإيحاء غير المباشر (الإيحاء المقنع) أو العلاج البديل (Placebo) وهو علاج بأدوية دون مفعول كيماوي، وفيه لا يعرف المريض بأنه يعالج معالجة نفسية ويرتكز مفعولها على الإيحاء والإيمان بالعلاج حيث يعطي الطبيب للمريض دواء يؤكد له مفعولية هذا الدواء في الشفاء خاصة عندما تكون للمعالج سمعة كبيرة والدواء الملون له نجاح أكبر من الدواء الأبيض والحقن أكثر من الأقراص، و placebo لا ينجح إلا عند أفراد انفعاليين مطاوعين قلقين ولا يخضع له الأفراد ذوي صلابة وحذر وشك (بدره معتصم ميموني، 2005: 156).

ويتمثل الآخر في الإيحاء المباشر ويمارس غالبا بالاشتراك مع تمارين لتقوية الإرادة كالاسترخاء مثلا ومع عناصر الإيقاع.

بعكس التخيل والتأمل والتي هي عمليات تعتمد بالدرجة الأولى على شخصيته ومدى تقبل المفحوص لذلك، وتتحقق حسب رغبته واستعداده، لذلك أكثر منها اعتمادا على الفاحص ما في الإيحاء والذي هو الفعل الكلامي أو السلوكي الذي تنتقل به التخييلات منه إلى الموحى عن طريق اللغة وفيها يلعب الصوت دورا هاما في تحقيق الأمان والراحة العصبية والنفسية وبالتالي تحقيق الاسترخاء. ويكون محتوى الإيحاء يدور حول ما يميل إليه الفرد وهذا يعتمد على قوة شخصية المعالج وكفاءته في معرفة ما يؤدي إلى الاستقرار الذهني واندماج الفرد وتشويقه وإثارته لذلك، ولإيحاء طرق غير مباشرة ومباشرة وهي:

1.3.2. إيحاء غير مباشر

مثل العلاج الدوائي والعقاقير في مجال الطب وما يسمى أيضا بالبلاسيبو (العلاج الوهمي) .

2.3.2. إيحاء ذاتي

صادر عن نفس الشخص لنفسه ويرى "انجل Angel" أن الإيحاء الذاتي هو تلك العملية التي يزيد بها المرء اعتقاده بعينه عن طريق ترديده الصيغ بعينه حتى تتحقق له في النهاية تلك المطابقة بين النهاية المرغوبة واعتقاده الذي كان يقول لنفسه أتقدم من يوم لآخر.. (فاطمة عراج ، شهيناز سليمان، 2000: 53) .

3.3.2. إيحاء غير ذاتي

هي مجموعة الصيغ اللفظية التي يرددها المعالج على الحالة حتى تتحقق في النهاية تلك المطابقة والاعتقاد الذي كان يميل له المعالج ويوصله للموحى إليه.. (كريستين هيرون، 2005: 28).

3. المفهوم الفزيولوجي للاسترخاء

1.3. العلاقة بين النفس والجسد (الانفعالات الجسدية)

العلاقة بين الجسد والنفس تتراءى في العلاقة التي تظهر بين الانفعالات والاضطرابات الجسدية، إذ تصاحب مثلاً: عاطفة الحب تغيرات في نبضات القلب، ويصاحب الخوف جفاف الحلق واصفرار الوجه وارتجاف عام بالجسم، فالخبرة الانفعالية وبعض أنماط الاضطرابات الفزيولوجية تمشي جنباً إلى جنب دوماً وأنه نتيجة لذلك نستطيع أن نعتبر حدوث الواحدة منها دليلاً على حدوث الأخرى (فاخر عاقل، 1995:194).

ويستثار الانفعال تحت تأثير عوامل داخلية أو خارجية، وله أثر في إبراز الدوافع فيقويه أحياناً ويضعفه أحياناً أخرى، وهذا يعني أن الانفعالات تتصل بدوافع السلوك اتصالاً وثيقاً، فعندما يكون الدافع قوياً تصطبغ الإجابة حالة انفعالية يقوم الكيان العضوي تحت تأثيرها بمجهود مضاعف لتحقيق الغرض، وعندما تقف عقبة من العقبات في سبيل تحقيق الدافع فإن وجود هذه العقبة يثير الانفعال (مصطفى غالب، 1991:80).

يقول أرسطو: **Aristote** "يظهر أن كل انفعالات النفس تحصل في الغضب والسرور والخوف والشفقة والشجاعة وكذلك الفرح والحب والبغض، لأنه حيث تحدث هذه الانفعالات يحدث تغير في الجسم... وليست انفعالات النفس غير مفارقة للمادة الطبيعية للكائنات الحية".

ويقول **جيمس لانج James-Lang** أن: "التغيرات الجسدية من تغيرات النفس ودوران الدم وضربات القلب والمشاعر الداخلية المختلفة ليست نتائج للانفعالات ولكنها أجزاء لا تتجزأ منها.

2.3 العلاقة بين الجهاز العصبي والغدد الصماء والعضلات

يختص الجهاز العصبي باستقبال المعلومات وفهمها والتوفيق بينها وإرسال الأوامر إلى أجزاء الجسم المختلفة عن طريق رسائل كهربائية تأخذ شكل النبضات العصبية للقيام بالاستجابات الملائمة ويقوم بضبط جميع الوظائف البدنية الهامة لحياة الإنسان كالدورة الدموية

وعمليات التنفس والهضم ودقات القلب وغيرها ، وهو الجهاز الذي يجعل أجزاء الجسم المختلفة تعمل معا في تآلف وفي وحدة منظمة متكاملة وتضم الجملة الإرادية فيه الأعصاب التي تستقبل المعلومات الحسية من الجلد العضلات والمفاصل وسائر مناطق الاستقبال الحسي الأخرى ، تنقلها إلى الجهاز العصبي المركزي ليجري تحليلها في الدماغ .

ويتحكم الجهاز بالعضلات الجسدية الخارجية ، أما الجملة الذاتية فتضم الأعصاب التي تضم عملية التنفس والهضم ونبضات القلب وتعمل دورا أساسيا في تحديد العواطف الإنسانية ويتحكم هذا النظام بالغدد العصبية الموجودة في الخلايا العصبية والدماغ والنخاع الشوكي في تنظيم المزاج وضبط عمليات الأكل والنوم والاستنارة والألم والأحلام ، كما يختص جهاز الغدد الصماء باستقبال وإرسال رسائل كيميائية عن طريق الدم إلى نشاط الخلايا في أجزاء الجسم المختلفة . تشكل الغدد الصماء جهازا آخر لضبط وتنظيم أنشطة الجسم المختلفة ، وذلك عن طريق إفراز الهرمونات وتكون مسؤولة عن مستوى النشاط العام لدى الفرد وعن سرعة تهيؤ الأعصاب والعضلات للاستجابة فضلا عن مسؤوليتها عن الاتزان الانفعالي وسرعة النمو الجسمي والجنسي (أمين رويجة، 1974: 12).

4. أنواع الاسترخاء

1.4. الاسترخاء المركزي

يبدأ بالاستثارة المنخفضة في مركز تحكم العقل بدافع نفسي (الاسترخاء النفسجسمي).

2.4. الاسترخاء الخارجي

يجعل الجزء الخارجي من الجسم مسترخيا (الاسترخاء الجسمنفسى) (هارون التوفيق الرشيد، 1999: 165).

5. هدف وفوائد الاسترخاء

للاسترخاء فائدة جسدية وفائدة نفسية منقولة، فمن فوائده الموضعية إزالة التشنجات وتقلل مستويات التوتر في العضلات، فباسترخاء العضلات في جدران الأوعية يتسع حجمها وتنشط الدورة الدموية فيها وتزول الأمراض والآلام الناتجة عن تشنجات عضلات الأوعية الدموية كالشقيقة والربو ألتشعبي وآلام الذبحة الصدرية وآلام الطمث والقولون في البطن والصداع التوترى والصداع النفسى والضغط الدم وذوي النمط السلوكي والألم المزمن أو المستمر والأرق أما الفائدة النفسية المنقولة للاسترخاء بالانعكاسات العصبية من عضلات الهيكل العظمي على عضلات القلب والأعضاء الداخلية ويتجلى ذلك بتهدئة نبضات القلب وإزالة الشعور أو الخوف وتقليل ضغط الدم، كما يفتح الممر بين العقل الواعي والعقل الباطني فينسجم الجسم والنفس معا ويتزودان بالمزيد من القوى والحيوية وتمالك التوازن الروحي... إضافة إلى تعبير الأفكار العدوانية وفهم طبيعة القلق وبعث الثقة في النفس.

يمكن استخدام الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج والضغط الذاتي في حالات القلق أو في مواقف مثيرة له. والتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية وفي علاج المخاوف وتوهم الأمراض كما يفيد في تحقيق معاناة ويأس مرضى السرطان .

ويؤكد كل من سوريت Surit ومارك Mark وألبرت سكوت Albert Scowen 1983 في دراسة التي أجروها على مرضى الداء السكري حيث تبين لهم أن الاسترخاء يحسن استقلاب السكر عند المرضى غير مرتبطين بعلاج الأنسولين . (رابح ميساوي، نذير مقدم، 2007-2008: 24) .

وحسب شولتز shultz إن الاسترخاء علاج يسمح بتطوير أنا أعلى مفيد ونافع عند المريض أين يكون قادرا على تصريف وإخراج الضغوطات اللاشعورية (مختارية دحو ، 2007: 32).

كذلك يمكن استخدام الاسترخاء في علاج كثير من الأشكال المرضية منها فئات المصابين بالجنون ، حالات الاكتئاب النفسي ومظاهر التخلف في النشاط الحسي الحركي والبطيء في الحركة والكلام والصراعات النفسية (أمين رويحة، 1974: 51).

6. طرق العلاج بالاسترخاء

1.6. طريقة جاكوبسون Jakobson

يعتبر جاكوبسون أول من قام بتطوير أسلوب منتظم من الاسترخاء لأعراض علاجية (1928) وبين أسلوبه على أساس أن القلق يحدث التوتر العضلي واعتماده في ذلك أنه إذا تم الاسترخاء زال التوتر وبالتالي زوال القلق.

ويقتضي العلاج بهذه الطريقة قيام المريض بتمارين يومية مدتها 30 دقيقة، ويخضع ما بين الجلسة الواحدة والثلاث جلسات أسبوعية ويراقب المعالج مدى إجابة المريض لهذه التمارين وأن يعطيه أخرى جديدة ويدوم العلاج فترة طويلة قد يصل إلى عدة سنوات وقد استخدم أسلوبين في الاسترخاء وهما:

1.1.6. الاسترخاء التدريجي

ويعتمد فيه التدرج في التدريب العضلي وبالتركيز على العضلات من القدمين إلى الرأس مروراً بجميع أجزاء الجسم ويقم إلى الانتباه، فرد الجسم والتخلص من التوتر والوعي بعملية الاسترخاء (علي كمال، 1994: 430).

2.1.6. الاسترخاء التفصيلي

يتم فيه تطبيق المهارات المتعلمة في أسلوب الاسترخاء التدريجي على مجموعات معينة من العضلات في مواقف الحياة اليومية مثل: انقباض المعدة لا شعوريا الناتج عن الخوف من استخدام الحاسب الآلي.

2.6. طريقة أجيوغيرا Ajuguerra

وقام بوضعها Ajuguerra et Baraco et Michel Caten et Garcia قدمت في ملتقى الطب السيکوسوماتي باللغة الفرنسية سنة 1960 وطبقت في فرنسا من طرف J. G.LEMAIRE باسم إعادة تربية التنشيط الجسمي وهي مقتبسة من طريقة شولتز وجاكوبسون Shultz et Jacobson (Jean Reyer,1986 :37) وتسمى أيضا بطريقة إعادة تربية التنشيط النفسي، وتستعمل المظهر الترابطي للتوتر على شكل حوار منشط بين المعالج والمريض ليس هناك تمارين تنجز ولا وجود لأي إحياء تقدم للمريض، فالاسترخاء يظهر كإكتشاف للجسم، نبدأ بطلب من المريض أن يركز اهتمامه على أحد الذراعين وبعد ذلك على الذراع الآخر والظهر والوجه وبعد التنفس وتواتر ضربات القلب، فالمريض يقوم بالاسترخاء في بيته ويدخله شيئا فشيئا إلى حياته اليومية فهذه الطريقة تسمح بمعايشة تجارب الخضوع والتقرب من الحماية القابلة للمراقبة والتحكم (محمد نابلسي، 1991: 147).

3.6. طريقة التدريب الذاتي Training autogène

أسلوب علاجي ابتكره جوهانز شولتز Johanz shultz (1963- 1959) يحتوي على 6 تمارين أساسية والتي تؤدي من تقليل الإثارة الجسدية الخارجية أو المنبعثة من العضلات الجسمية وإلى قيام حالة من التركيز السلبي للوعي وتدخل هذه النظرية التمارين 6 في الدورة، يتم إجراؤها في وضع الاستلقاء ثم إغماض العينين ثم التخيل بعبارة: «أنا هادئ كليا» دون كلام أو حراك ويتم عبر مجموعة من التمارين.

1.3.6. تمرين الجاذبية

بعد الإحساس بالهدوء يوحى المعالج له بأن ذراعه اليمنى ثقيلة لعدة مرات، ويعيد المريض هذه التمارين من 2 - 3 مرات يوميا لمدة لا تتجاوز 5 دقائق لفترة أسبوعين.

2.3.6. تمرين الحرارة

بعد التمرين الأول وانتقال الثقل إلى كافة الجسم يضيف المعالج إحياءات بالحرارة وانتشارها من اليد إلى كافة الجسم تدريجيا ويعيدها المريض بنفس الوثيرة السابقة في البيت .

3.3.6. تمرين مراقبة القلب

بعد التمرينين السابقين يطلب من المريض وضع يده اليمنى على قلبه ويضيف إلى عبارة الهدوء والثقل عبارة "قلبي يدق بهدوء وقوة" .

4.3.6. تمرين مراقبة التنفس

بعد التمرين أ ، ب ، ج يركز المريض تفكيره في التنفس ويؤكد عليه بعبارة "تنفسي هادئ تماما" .

5.3.6. تمرين مراقبة الأحشاء

بعد التمارين السابقة يركز المريض على بطنه ويوحي له المعالج بالحرارة وانتشارها من منطقة بين أسفل عظمة الصدر وبين الصرة وبالتالي الإحساس بالراحة الجسدية النفسية.

6.3.6. تمرين النظام الخاص بالرأس

يجب على المريض ترديد عبارة " جبهتي منتعشة " على أن يدون الانتعاش بضعة ثوان لئلا يسبب صداع أما الدورة العليا فتقتضي تمرين المريض بممارسة الدورة السفلى 6 تمارين لمدة على الأقل وأن يمتلك المستوى الذهني اللازم لممارسة الدورة العليا .

4.6. الاسترخاء الذاتي Auto - relaxation

يتم عن طريق كاسيت مسجلة تقوم مقام المعالج في توجيه جلسة علاج الاسترخاء من إعداد مراكز العلاج والدراسات النفسية ، وهناك أيضا طريقة الحلم الموجه ، وهو مشتق من الطريقة الإيحائية من التنويم المغناطيس مؤسسها R.Désoille نشرها عام 1938(محمد نابلسي، 1991: 146).

7. الشروط الواجب توافرها لتحقيق الاسترخاء

من الواجب الفاحص التعريف بنفسه ووظيفته للمفحوص، وبعد المقابلات معه يستطيع أن يكتشف الرابط بين المشاكل الحياتية وأعراض القلق والتوتر لها أثارها على النفس والجسم وبذلك يقدم له الهدف من الحصة العلاجية.

• بشرح للمفحوص طريقة الاسترخاء وما يتوقعه من خلال التمارين.

- يسأل عن مدى فهم المفحوص للطريقة ويتضح إذا كان لديه بعض التخوف أو القلق أو التساؤلات ويتعامل معها.

1.7 الصوت والحديث

لا بد أن تكون نبرة الصوت هادئة وواثقة بحيث تشعر المفحوص بالهدوء والثقة ويسأل عما إذا كان صوته يسمع ويفهم، ويفضل استخدام اللغة الدارجة التي يفهمها المفحوص وانتقاء الكلمات المستخدمة أثناء التدريب بعكس براعة الفاحص وخبرته. (كريستين هيرون، 2005: 27).

2.7 التهيئة لممارسة التدريب

على المعالج أن يبين للمفحوص أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن مهارات الحياة اليومية وأنه قادر على أن يصل إلى التحكم بها بالتدريج والمتابعة ينصح المفحوص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة أثناء عملية الاسترخاء .

3.7 وضعية الجلوس

على المعالج ألا يقترب جدا من المفحوص لكي لا يقلق المريض أو يزعجه، وألا يبتعد حتى يسمع صوته ولكي يتمكن أيضا من ملاحظة المفحوص وكيف يستجيب للتدريب (إبراهيم عبد الستار، 1984: 92).

وتتعلق شروطه أيضا بشخصية الطبيب أو الأخصائي النفساني من حيث طريقة إلقاءه للكلمات تصرفاته ومظهره الخارجي وتعابير وجهه وبشخصية المريض حيث يجب أن يتناسب الإيحاء مع شخصية الموصي إليه ، فالإيحاء يجب أن يكون شخصيا وليس نهجيا ، أي يتنوع بتنوع الأشخاص.

كما تتعلق شروطه أيضا بمضمون الإيحاء من حيث عدم تعارضه مع النوعية النفسية للمريض أي حدود طاقة المريض وإمكانياته المادية والمعنوية.

8. الأسلوب النموذجي للاسترخاء

فيما يلي نموذج من التدريب العضلي يجمع مزايا كثيرة من الطرق:

- اجلس أو اقعد في الاسترخاء.
- أغمض عينيك إن أردت ... أو أتركهما مسبلتان .
- أنت الآن تجلس في سكون واسترخاء، تتنفس بانتظام وببطء، لا قلق ولا شد ولا توتر ...
- كل القلق يتسرب من جسمك تدريجيا ، إحساس بالراحة والهدوء ينتشر في جسمك كله .
- خذ الآن نفسا عميقا ببطئا ثم أخرجه بنفس البطء والهدوء .
- الآن وجه كل انتباهك وتركيزك على قدمك اليسرى، أريدك أن تركز على قدمك اليسرى أريد أن تركز على قدمك اليسرى، وتتخيل كل النتوءات والأصابع في تلك القدم وكيفية تركيبها كأنها صورة فوتغرافية.
- ركز على قدمك اليمنى بنفس الشكل .
- حاول بقدر الإمكان أن ترخي كلا قدميك اليسرى واليمنى وأن تضعهما في هدوء واسترخاء، تشعر بأنهما يثقلان في الوزن ويسري الدفء في كل منهما .
- كلا قدميك الآن دافئتان ثقيلتان ومسترخيتان، وهناك تنميل خفيف يسري فيهما.

• تذوق واشعر باسترخاء وثقلهما، والدفع والاسترخاء يسري في القدمين اليمنى واليسرى، والآن إلى الساق والركبة جميعها أيضا مسترخية والتنميل ينتشر الآن في الركبتين والساقين والقدمين اليمنى واليسرى .

• تنفسك في نفس الوقت منتظم... الاستنشاق والزفير، بطيئان وفي يسر... مع كل نفس تتنفسه تحس باسترخاء أكثر... وأكثر في الجسم كله وفي القدمين وفي الركبتين... ومؤخرة الساق بشكل خاص .

• جميعها تسترخي وتسترخي... في سكونية ...

• من المهم أن تشعر وتحس بقوة هذا الاسترخاء، حاول باسترخاء في كل جسمك... خاصة في القدمين والساقين حيث الدفع والثقل وكأنهما قطعتين قماش ملتقيتان ومنفصلتان عن الجسم. • والآن ... الفخذين، انتباهك مركز الآن على الفخذين حاول أن تطرد منهما كل التوترات... والتقلصات إلى أن تشعر بكل التوتر يتسرب منهما تدريجيا.

• الآن إلى المنطقة العضلية التي تعلو الفخذين إلى الردفين... هما أيضا مسترخيان والتوتر يتسرب منهما تدريجيا وأخذ يثقلان ويثقلان.

• الآن كل المنطقة السفلى من الجسم مسترخية... انتباهك كله مركز في هذه المنطقة، إذا لم يكن انتباهك فيها... حاول أن توجهه الآن إلى المنطقة السفلى بكل أعضائها وعضلاتها مسترخية ودافئة وثقيلة وكأنك قد أخذت لتوك حمام دافئ .

• وأنت تستلقي بعده، حاول الآن أن ترخي منطقة البطن والمعدة من الداخل، دع معدتك تسترخي.

• حاول الآن أن ترخي الكليتين من الداخل، دع كليتيك مسترخيتان وتنتفع كذلك الذراعين الكوع... الرسغ... اليد... أصابع اليد جميعها ثقيلة... نائمة... منملة... مسترخية.

• تنفسك ينتظم... وحركة الدم داخلك تنتظم ...

- كل جسمك الآن دافئ ومسترخي وثقيل... وراقد في سلام وسكينة وهدوء... إحساس لم تشعر به أبدا من قبل... تجربة... خبرة... تدعها وأنت في كامل القوة والحيوية والسلام من النفس.
- كل جسمك الآن مسترخي... وتتفكك هادئ... وضغطك يتضاءل وأنت تردد بينك وبين نفسك كلمة مطمئن ومسترخي... وراضي... وتشرع كل كلمة فيها بالانتميل اللطيف يسري في جسمك كله.
- تتفكك بطيء... ومع كل نفس تشعر بأن الجسم له تقريبا مسترخي وثقيل.. والاسترخاء يسيطر على كل منطقة وكل عضلة في الجبهة... والعين والحوارب والرأس... والفكين والسلسلة الظهرية... والبطن... والمعدة... والكليتين... والأطراف والأصابع والساقين... والفخذين... كل شيء مسترخي... ومسترخي بعمق... وبعمر أكثر وأكثر .
- وكلما ترخي وجهك... أعمق... أعمق... يسري الهدوء وتسري السكينة، هنا... وهذا كل الجسم... يشعر بالثقل... والسكينة، وأنت شبه نائم، في حالة أشبه بحالة النائم... أنت لم تكن نائما بالفعل.
- إنك نائم أو كنائم... عيناك مغمضتان والأمان والسكينة من حولك .
- وتسمع صوتي... ولا تسمع غير صوتي ينتقل بك من استرخاء عميق... إلى استرخاء عمق وأعمق .
- لا يوجد من حولك الآن إلا ظلام... معه السكينة والسلام... وأعباء الحياة جميعها تتقلص ولا وجود لها... لا تفكير خارجي... في هذه اللحظات ولا هموم ولا مشغوليات، الحياة تسير سيرها الطبيعي ومن الأحسن أن تجعلها تسير سيرها الطبيعي دون تعقيدات أو هموم .
- الفكين والشفقتين مرتختان ومنفرجتان .
- الأسنان والفم منفرج قليلا، وكأن ابتسامة خفيفة ترسم عليه... الرقبة والصدر مسترخيان... بلع ريقك إن أحببت... وأشعر بالاسترخاء... إن كنت الآن تفكر في أي شيء آخر غير جسمك... فمن الأحسن أن تعود بكل أفكارك تركيزك على الجسم.

- جبهتك الآن مسترخية كل وجهك مسترخي... عيناك مسترخيتان ومسبلتان أو مغمضتين ، إن لم تكونا مغمضتان من قبل... فمك مسترخي... وشفتاك منفرجتين، رقبتك مسترخية... الصدر مسترخي ونائم في عمق، كتفك مسترخيتان أكثر وأكثر... وذراعاك ثقيلان.
- مفاصل الذراعين، الرسغ... اليد ، والأصابع جميعها مسترخية وخالية من كل التقلصات العضلية في هذه المنطقة بالذات ، تتركز عضلات كثيرة تتأثر بكل الاضطرابات العصبية والقلق... لهذا حاول الآن أن تشعر الآن باسترخائها وأن تتذوقه، شاعرا بأن كل التوتر العضلي يتسرب من منطقة البطن... المعدة... الكليتين... دون عودة.
- تنفس في نفس الوقت بانتظام... وبطء... وهدوء.
- حاول أن تفكر في كلمة مسترخي وفي كل مرة تعيدها اشعر معها بأن الجسم كله يسترخي بما في ذلك البطن، الكليتين، المعدة، والفخذين والساق وأصابع القدمين... والآن إلى منطقة الصدر والقفص الصدري، إنها مسترخية والتوتر والشد يتسربان منها إلى الخارج في كل نفس تتنفسه.
- إن الاسترخاء الآن والتنميل يسيطر عليك من الصدر إلى البطن والردفين والفخذين والساقين حتى أصابع القدمين... ولكي تصل أقصى وأعماق درجات الاسترخاء فيها، فإنني سأذكر اسم كل عضو منها وما عليك عندما تسمع الاسم إلا أن توجه انتباهك إلى هذا العضو وحاول أن ترخيه وكأنه قطعة قماش منفصلة عنك.
- الصدر والقفص الصدري مسترخيان، البطن والوسط.
- المعدة مسترخية ومنظمة.
- الكليتان مسترخيتان.
- الردفين مسترخيان وثقيلان.
- قصبة الساق.
- القدم.
- أصابع القدمين كلها خاصة الأصبعين الكبيرين.

- إنك الآن مسترخي وكأنك مرهق ومتعب...وعلى وشك النوم بعد عناء طويل وشاق.
- بنفس الشكل أرح الكتفين.
- الظهر...خاصة العمود الفقري الذي يمتد من أسفل الرقبة حتى مؤخرة الظهر، إنه نائم ومسترخي بكامله.
- الذراعين مسترخيان بدءا من الكتف حتى الأصابع.
- كل أصابع اليد مسترخية، الإبهام والسبابة والأصابع الصغيرة والوسطى كلها مسترخية ونائمة وثقيلة.
- الكوع واليدين مسترخية وثقيلة.
- كلا الذراعان مسترخيان وثقيلان.
- دع أفكارك تتحول في كل هذه المنطقة.
- ابدأ من المنطقة التي تحت الرقبة...إنها مسترخية.
- كذلك الكتفين.
- وأنت بكاملك مسترخي ومسترخي...وكانك نائم بعد عناء يوم طويل وشاق...وجهد وعمل كل الجسم نائم...ولكنك تحس بالأشياء التي تدور حولك وإن كنت لا تعيرها أدنى اهتمام...لا اهتمام بشيء إلا بصوتي...ولا تفكير في شيء إلا في جسمك...وفي صوتي...
- اسرح الآن بخيالك واذهب إلى مكان بعيد...حيث الهدوء والسكينة...تخيل نفسك على شاطئ البحر...أنت الآن لوحدك...قدماك في الرمل...إنك تحس بدفء الرمال...بدأ الدفء ينتقل إلى قدماك...والشمس ساطعة ودافئة...وراءك غابة كبيرة وجميلة فيها ظلال، أشجار خضراء كبيرة...وكل أنواع الزهور...عصافير مختلفة الألوان والأشكال.
- أملك البحر، البحر هادئ وجميل...ومن فوقك السماء زرقاء صافية...لون السماء والبحر واحد...الهدوء يخيم على المكان...نسمة لطيفة تهب...وأنت الآن لوحدك...تحس بالهدوء...أنت خفيف...إنك الآن تدخل إلى البحر...بدأت قدماك تلمس الماء...إن المياه تلاطف قدميك...أنت

في البحر...مستلقي على ظهرك...الماء يلامس ظهرك...وفوقك السماء زرقاء وصافية...تحس نفسك خفيف...تحس نفسك خفيف...تحس نفسك مثل ورقة العنق عندما تطفو فوق الماء.

• الراحة...الهدوء...

• التخفيف من كل أعباء الحياة حتى ولو للحظات.

• استمر في ذلك ما أحببت.

خلاصة الفصل:

الاسترخاء طريقة علاجية تمكن المريض من تحقيق حالة من الهدوء النفسي بالإضافة إلى ارتخاء عضلاته والذي يتبعه إحساس بالراحة والاسترخاء. يستعمله علم النفس العلاجي (Psychothérapie) الذي يبني الترتيب المنظم، وعليه يجب تتبع معظم الخطوات التي ذكرت في هذا الفصل على أساس معين يكون فيه المفحوص متقبلاً لهذه التقنية ومستعداً لتتبع الخطوات والتدرب عليها، وفي مقابل ذلك براعة وكفاءة المختص في كيفية ومدى تحقيق الاطمئنان والثقة وإزالة التوتر.

فتقنية الاسترخاء هدفها التخلص من الاضطرابات النفسية والوقاية منها، والوصول لتغيرات إيجابية شاملة في الشخص وإقناع المفحوص بهذه التقنية ومواصلة خطواتها والاستفادة منها في حياته اليومية وحتى في الحالات العادية للتوتر في النشاطات اليومية.

الفصل الثالث: القلق

◆ تمهيد

◆ تعريف القلق

◆ مفهوم القلق حسب المدارس

◆ عوامل ظهور القلق

◆ أنواع القلق

◆ أعراض القلق

◆ علاج القلق

◆ خلاصة

تمهيد

تعد ظاهرة القلق من الظواهر الإنسانية والتي تناولها العديد من الباحثين في ميدان علم النفس، كما تعد هذه الظاهرة من أكثر أمراض العصر انتشاراً، فهي تمس كل شريحة في المجتمع، وهو حالة طبيعية تحدث لدى أي شخص أمام مثير أو عامل ساهم أو ساعد على ظهور هذه الأعراض، وتتفاوت درجة القلق حسب نوع المثير الذي يواجهه، وحسب نوعية شخصية المريض، وكذا الظروف الاجتماعية والاقتصادية المساهمة في ظهور القلق فهو معاش نفسي ناتج عن إحساس بعدم الأمان الداخلي بدون تصور واضح للخطر وذلك يؤدي إلى وجود رغبة دائمة في الدفاع، ومنه القلق وهو حالة نفسية متأرجحة بين الخوف واليأس وأحياناً الانزعاج والفتور.

1. تعريف القلق**1.1. لغة**

القلق هو الانزعاج، ويقال بات قلقاً غيره، وأقلق الشيء من مكانه أي حركته (سيغموند فرويد، ترجمة أحمد نتاجي : 3).

2.1. اصطلاحاً

يعتبر القلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لما له من تأثيرات واضحة وفعالة على النفس والجسد معاً. (فوزي محمد جبل، 2000: 65).

1.2.1. القاموس الفرنسي

حالة اضطراب نفسي وانشغال عميق (عبد الرحمان الوافي، 1999: 48).

2.2.1 . المفهوم النفسي

هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم والقلق يعني الانزعاج والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب ومنطويا، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن البحث في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز (Norbert sillamy, 1999, p.2223)

1. مفهوم القلق حسب المدارس

1.2 مدرسة التحليل النفسي

والتي يتزعمها فرويد Freud و أثورانك Authorank: يعرف فرويد القلق على أنه حالة وجدانية موجهة من جهة أخرى ويرى بأنه ذلك الشعور بالحالة المؤثرة وهو يستثار نتيجة لعائق اتجاه الغريزة الجنسية، وقد أعطى فرويد مفهوما للقلق من خلال نظرية -الثانية- إذ اعتبر أن القلق إشارة إنذار لأنه مهدد من قبل نزوات مأخوذة على أنها خطر كما أن القلق هو نتيجة تحويل الطاقة الحيوية ليبود في حالة عدم الإشباع ، كما يرى فرويد أن القلق إشارة إنذار على مستوى الشعور بوجود أخطار حالية مقبلة ، وهذا الإنذار يؤدي إلى القيام بمناورات نفسية عديدة انفعالية كانت أو حركية وذلك بهدف الحفاظ على التكامل للشخصية والتوازن النفسي .

أما أثورانك فقد ركز في تفسيره للقلق على صرخة الميلاد كما بين أن انفصال الولد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق ، كما يرى أن التهديد بالأخطار مثير للقلق لأنه انفصال عن القصب ، كما بين أن الذهاب إلى المدرسة يثير قلقا لأنه انفصال عن المنزل ، كذلك الزواج يثير قلقا لأنه انفصال عن الوحدة ، فالقلق في رأي أثورانك هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة وفي رأيه أن القلق يتخذ صورتان : خوف الحياة وخوف الموت .

2.2 المدرسة السلوكية

يرى السلوكيين أمثال بافلوف واطسن Pavlov et Watson أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافظ ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز وذلك عن طريق خفض القلق وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلى كف سلوك غير مرغوب فيه وبالتالي يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك ، ولعل أهم ما أكدته السلوكيون على أن القلق استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد (فاروق السيد عثمان، 2002: 24-25) .

القلق عند دولارد وميلر أكد كل منهما على أهمية الواقع حيث صرحا على أن القلق ما هو إلا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في الأداء والعكس صحيح ، كما بينا أنه حالة غير سارة ، وفي نظرهما القلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب ، كما وضحا أن القلق يكون نتيجة للصراع الذي قد يأخذ عدة أشكال ذلك أن هذا الصراع يؤدي إلى عدم التوازن في نظرهما ، مما يؤدي إلى القلق حيث أنه لا يمكن التخلص من هذا الصراع إلا إذا كان هناك اتزان أو حتى يعود هذا الاتزان مرة أخرى .

القلق عند كاتل Cattell وسناير Snair كشفت الأبحاث التحليلية لكل منهما عن وجود نوعين من مفاهيم القلق أطلق عليهما triatauxiety و حالة القلق stateaxiety وفي نظرهما أكثر الأنواع انتشارا في التراث النفسي ، ويرى كل منهما أن القلق حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أي ما يقارب حالة الخوف الطبيعي .

3.2 المدرسة الوجودية

هي امتداد للفكر الوجودي، ولذا يرو أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو إنسانيته ولهذا فإنه المثير الأساسي للقلق. (ساكر منصورية، 2014: 13).

1. عوامل ظهور القلق

1.3. العوامل الوراثية

يعتمد مستوى القلق على كيفية عمل وظائف بعض الآليات (الميكانيزمات) الفيزيولوجية، فليس من الغريب أن تكون هناك فروق وراثية بين الأفراد فيما يتعلق بعمل الآليات وتعتمد بعض الأدلة على الحس العام. فمن المحتمل أن أقوى أعراض بنبع من الحقيقة أن الأطفال الذين ينشئون في أسرة ذاتها يبدو أنهم يختلفون كثيرا في مستوى القلق لديهم، والمعروف أن الأطفال يرثون هذه الاختلافات بتأثير بعض الخبرات المختلفة كأن يكون فطام الطفل القلق قد تم مبكرا عن طفل الآخر، ويرجع ذلك إلى الحرمان من الأم، وهذا حسب بولبي (Boulby) عندما الطفل الصغير يفصل عن أمه خلال مدة معينة ينتج عن هذا إصابة دائمة في الشخصية، وهذا ما أطلق على الشخصية الخالية من العاطفة (أحمد محمد عبد الخالق، أحمد النبال، 1990: 25-26).

2.3 العوامل النفسية

- الضغوط النفسية المتكررة للإنسان من جراء المشاكل اليومية وشدة المعاناة النفسية، فبالنسبة للذين لا يجدون متنفسا لهذه المشاكل، تتضاعف حدة هذه المشاكل لتصبح اضطراب نفسي يؤدي إلى ظهور حالة القلق عند الفرد.

- فشل الإنسان في تحقيق إنسانية أو خوفه من هذا الفشل يدفع إلى الكآبة والإحباط وفقد الأمل في الحياة .

- الخوف من الموت أو الأمراض وتوقعها في كل لحظة كذلك الشيخوخة التي تمثل أمامه الوهن والعزلة وانتظار النهاية.

- عدم الاستقرار العاطفي والنفسي والوجداني، فالانفعالات المتكررة (الخوف، الحزن، الشعور بالنقص ...الخ) تتطور لتخرج في صورة القلق .

- عدم الإشباع الجنسي بكل صوره المشروعة وغير المشروعة (ذري حسن عزة، 1986: 138-139) .

3.3. العوامل الاجتماعية

1.1.3. انحراف النشأة: البيئة التي تدلل الطفل وتعززه وتبالغ في الخوف عليه، ينشأ هيباً لا يقدر على مواجهة متاعب الحياة فيخشى العسير واليسير منها، فالخوف يصبح من خصائصه، وسرعان ما تتفاقم حالته ويظهر فيها الشذوذ ويكون لديه القلق حتى من أبسط الأمور .

2.1.3. سوء التربية: كتخويفه بالعفاريات والظلام وترك مخيلته تمتلئ بالذكريات السيئة تسبب له القلق حين يواجه تلك المواقف .

3.1.3. الإيحاء. سواء كان الإيحاء الذاتي وهو ما يترتب في مخيلته الفرد من أفكار تبعث في نفسه الخوف والتوهم، أو الإيحاء المكتسب الخارجي المصدر كالفتاة التي تسمع عن متاعب الحمل، وألام الوضع يصيبها القلق إذا ما قدمت على الزواج (عبد الفتاح دويدار، 2005 : 12-13).

1. أنواع القلق

1.4. القلق الموضوعي

يكون مصدره خارجياً وموجوداً فعلاً ويسمى بالقلق الواقعي مثل القلق المتعلق بالنجاح.(نعيم الرفاعي، 1972: 280).

2.4. القلق المرضي(العصابي)

هذا النوع هو الذي نقصده كمرض نفسي حيث أنه داخلي المصدر لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره، فأسبابه لا شعورية ودوافعه مكبوتة غير معروفة وهو ناتج عن الصراع القائم بين

الدوافع المكبوتة في " الهو " وبين قوى الكبت في "الأنا " وعليه فإن تعريف القلق العصابي هو عدم الارتياح النفسي والجسمي ويتميز بخوف منتشر وشعور من انعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة (فوزي محمد جبل، 2000: 129).

1. أعراض القلق

1.5 الأعراض النفسية

- الاضطراب وعدم الهدوء.
- التوتر والانجازات النفسية .
- الهياج.
- صعوبات النوم.
- خوف غامض من شيء غير محدد (مظاهر لا واعية للخوف من الموت) .
- اختلاط في التفكير.
- زيادة الميل إلى العدوان . (رياض أحمد النابلسي، 1988: 63).

2.5. الأعراض البدنية

1.2.5. على الدورة الدموية: يؤدي إلى الزيادة على الاختلال في ضربات القلب، وكذا الزيادة ضغط الدم.

2.2.5 على الجهاز الهضمي: جفاف الحلق، القيء، المغص، الإسهال، اضطرابات القولون، فقدان الشهية، الإمساك، صعوبة الهضم، اضطرابات في المعدة.

3.2.5 الجهاز الرئوي أو الصدري: صعوبة التنفس.

4.2.5 جهاز المناعة: يتأثر هذا الجهاز بصورة شديدة بالقلق لأن الإنسان في الحالة السوية يمتلك جهازاً مناعياً قوياً يقاوم الأمراض والميكروبات، أما إذا هاجم القلق الجسم فإنه يضعف الجهاز المناعي ويصبح معرضاً لأمراض أخرى.

5.2.5 الجهاز العصبي: ارتجاف في الأطراف خصوصاً الأيدي، الذراعين، القدمين مع الشعور بالدوخة والدوران والصداع، المحتبس البولي، الضعف الجنسي، سرعة القذف، البرود الجنسي لدى المرأة، اضطرابات الدورة الشهرية (محمد فيصل، 1984: 76-77).

6.2.5 الأعراض الاجتماعية: ويتمثل في عدم التوافق النفسي، اضطرابات في تكوين العلاقات الاجتماعية أو تحقيق الاتصالات الاجتماعية بالتواصل الاجتماعي وغالباً ما يكون الفرد غير مقبول اجتماعياً، هذا ما يجعله يلجأ إلى الانطواء والانعزال ويهرب من تحمل المسؤولية الاجتماعية (فوزي محمد جبل، 2000: 128).

1 علاج القلق

1.6 العلاج الطبي

يكون في بعض الأحيان من الضروري استعمال بعض العقاقير الطبية المسماة بالمطمئئات الصغرى، أو بعض الأدوية لعلاج بعض الأمراض المصاحبة للقلق مثل: الأرق، الشهية، اضطرابات المعدة، ارتفاع ضغط الدم، ذلك كعامل مساعد لتفادي الحالة.

2.6 العلاج النفسي

ترى نظرية التحليل النفسي على رأسهم فرويد Freud أن القلق هو نتيجة الصراع القائم بين الغرائز التي يعبر عنها "الهو" والقيم الأخلاقية التي يعبر عنها "الأنا الأعلى" لذا فالعلاج النفسي يهدف إلى تقوية "الأنا" باعتباره هو الذي يحدث التوازن بين "الهو والأنا الأعلى"، كما يفيد العلاج النفسي في إظهار الذكريات المكبوتة وتحديد الأسباب النفسية للقلق في اللا شعور ومحاولة حل الصراعات الأساسية، ويتم العلاج النفسي عن طريق أساليب وأدوات التحليل النفسي منها: التداعي الحر، تفسير الأحلام، التنويم المغناطيسي، ولابد أن يكون العلاج صحيحا ولا يتم هذا إلا بعلاج السبب أو البحث عن العلة وعلاجها.

3.6 العلاج السلوكي

يقوم العلاج السلوكي على نفسية الاشرط، فهنا العلاج السلوكي دوره فك الاشرط مثلا: لدينا شخص تعرض لعضه كلب في الليل فارتبط في ذهنه الظلام بعضه الكلب ارتباطا شريطيا أصبحت رؤية الظلام تثير لديه القلق فهنا المعالج السلوكي عليه فك هذا الاشرط، وذلك بتدريب المريض على استجابات الاسترخاء العضلي، وذلك بحضور مثيرات القلق حضورا واقعيا (فوزي محمد جبل 2000: 138-139).

4.6 العلاج الاجتماعي

يهدف هذا العلاج إلى تعديل العوامل الاجتماعية التي تؤثر على المريض مثل تغيير نوع العمل أو حل وتعديل المشكلات الأسرية أو إرشاد الأسرة على تغيير أنماط سلوكهم مما يساعد المريض على التفاؤل، كذلك التعاون بين أفراد الأسرة والعمل على حل المشاكل بطرق جماعية مساعدة، إضافة إلى محاولة إشغال نفسه ببعض الأعمال الخيرة حتى لا يكون لديه وقت فراغ مما يجعله يفكر في الأمور المقلقة، وأخيرا لابد من التمسك بالقيم الاجتماعية.

5.6 العلاج الديني

الدين في الحقيقة وصل الروح الإنسانية بالقوة الإلهية العظمى التي استمدت منها وجودها وكيانها، وإنه من الأمر الطبيعي أن يدرك القلق الإنسان، فإن روح الإنسان من الله ولن تجد راحتها إلا في الله، فإذا خرجت عن نفسها وبعدت عن الله فلن تجد في العالم الخارجي سعادة منها توافر لها من أسباب العيش المادي، وإنها لن تجد راحتها إلا بأن تعود من جديد إلى نفسها وبالتالي إلى الله، مثلاً العضو في الجسم فإذا انكسر فخرج عن موضعه صرخ الوجع والألم ولن يخفف الألم إلا إذا عاد العضو إلى مكانه الطبيعي الذي ينتمي إليه (سليم عمار، 2013).

خلاصة الفصل

لا شك أن ظاهرة القلق من أخطر الظواهر التي تهدد حياة وأمن الإنسان خاصة في هذا العصر والذي أطلق عليه عصر القلق، باعتبار الظروف المحيطة بالفرد والتي تعتبر دفاعاً مولداً للقلق أو مثيراً للقلق، والذي تطرقنا إليه من خلال توضيحنا لبعض المفاهيم وكذا أعراضه وأنواعه. وإذا كان هناك استمرار فعلى الإنسان أن يرجع إلى وسيلة أخرى للتخلص منه هي العلاج.

الفصل الرابع :الادمان على المخدرات

◆ تمهيد

◆ تعريف المخدرات

◆ التعريف بالإدمان

◆ أنواع المخدرات

◆ تصنيف المخدرات من حيث طبيعتها

◆ محكات التشخيصية لتسمم بالمريجوانة

◆ أعراض تعاطي مهلوسات

◆ الأضرار الناجمة عن إدمان المخدرات

◆ التفسيرات النفسية لإدمان المخدرات

◆ الخلاصة

تمهيد

يهدد تعاطي المخدرات حياة الأشخاص والأسر والمجتمعات، ويترك عواقب وخيمة على النواحي الصحية والعقلية والنفسية والاجتماعية، فضلا على أن المخدرات لها علاقة مباشرة مع ارتكاب الجريمة بكافة أنواعها، إضافة إلى أضرارها الاقتصادية المختلفة على الفرد والأسرة والدولة ككل.

1 تعريف بالمخدرات

1.1. المخدرات في اللغة

تدور معاني كلمة خدر حول الستر، أي ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد، وفي لسان العرب: الخدر في الشراب والدواء هو فتور يعتري الشارب والخدر: الكسل والفتور.

وهكذا نجد أن لفظ المخدر يدور حول معاني التفتير أو الستر.

2.1. المخدرات اصطلاحا

وللمخدرات في الاصطلاح تعريفان: تعريف علمي وتعريف قانوني.

1.2.1. التعريف العلمي: هي مواد كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب

بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotie المشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني مخدر أو يجعل مخدرا، لذلك لا تعتبر المنشطات ولا عقاقير الهلوسة مخدرة وفق التعريف العلمي.

2.2.1. التعريف القانوني: فالمخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسبب الجهاز

العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك وتشمل: الأفيون ومشتقاتها والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين

والمنشطات، ولكن لا يصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أضرارها وقابليتها لإحداث الإدمان.

3.1. المخدرات دولياً

وقد اتفق دولياً على تعريف المادة المخدرة بأنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر الفرد والمجتمع جسدياً ونفسياً واجتماعياً.

4.1. المخدرات بالمعنى العام

ويطلق لفظ المخدرات بالمعنى العام على قائمة طويلة تشمل الأفيون ومشتقاته، والكوكايين الذي يستخرج من نبات الكوكا في بيرو وكولومبيا والأمفيتامين ومشتقاته، ونبات القات الذي يحصل عليه من اليمن والصومال، كما تشمل عقاقير الحشيش والماريوانا.

2. التعريف بالإدمان

الإدمان هو تكوين عادة قوية ملحة تدفع المدمن إلى الحصول على العقار بأي وسيلة مع صعوبة الإقلاع عنه، وهو - الإدمان - مرض يصيب الإنسان رغم إرادته بشكل دوري، والاتجاه العام في أنه عرض لاضطراب في الشخصية حيث أنه ستار لمرض نفسي أو عقلي لفترة من الزمن لكنه يمهد لمرض عقلي مزمن أو انتحار فعلي بطيء.

ومنذ عام 1964م قامت منظمة الصحة العالمية باستبدال لفظ الإدمان بلفظ آخر هو الاعتماد على العقاقير " وهي الحالة غير الطبيعية التي تنشأ من تكرار تناول عقار طبي سواء أكان تكراراً مستمراً أو منتظماً على فترات". وهو نوعان:

1.2 الاعتماد الجسدي

وهو حالة من التكيف مع عقار ما، وتتميز هذه الظاهرة بأعراض الانسحاب التي تحدث إذا أوقف استعمال العقار المخدر فجأة أو انتهى مفعوله في الجسم أو أخذ علاجاً أخذ له خواص معاكسة لمفعول المخدر وتأثيره حيث أن الامتناع عن تعاطي العقار يؤدي إلى ظهور عوارض جسدية خطيرة، ومن أشهر المواد التي تسبب الاعتماد الجسدي الخمر (الكحول) والأفيون ومشتقاته.

2.2 الاعتماد النفسي

فهو حالة نفسية وفسولوجية تنتج عن التفاعل بين الإنسان والعقار وتؤدي إلى سلوكيات واستجابات تدور حول الرغبة في أخذ العقار باستمرار، أو على فترات متقطعة للحصول على آثار نفسية وتلاقي مظاهر انسحابه، وهذا ما يتطلب جرعات متزايدة بالتدريج وتعدي الجرعة المسموح بها ومع ذلك يصبح الدواء غير كاف لإحداث المفعول نفسه، وإيقاف العقار فجأة سيؤدي حتماً لأعراض انسحاب جسدية ونفسية مزعجة، مما يجعل المريض متمسكاً بمواصلة الاستعمال، وتخزين الكميات الكافية للجرعة التي يطلبها.

أما إساءة الاستعمال فتعني أن الدواء قد لا يستعمل وفقاً لوصفة طبية وإنما حسب الرغبات والأهواء، فكثيراً ما يلجأ مرضى الاكتئاب لأخذ مهدئات وهذا لا يؤدي للتحسن، بل قد تزداد حالة الاكتئاب، وفي الممارسة العملية نجد أن معظم المدمنين هم أشخاص اختاروا هذه الطريقة برغبتهم وقرارهم، مثلما اختار مدمن الكحول مشروبه ومدمن المخدرات هروينه، ومن أشهر المواد المخدرة التي تسبب الاعتماد النفسي الماريوانا والكافيين الموجود في القهوة والشاي والنيكوتين في التبغ. (هناء نزار أنشاصي، 2001: 15-20).

3. أنواع المخدرات

يصنف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية المخدرات إلى 11 صنفاً هي:

◆ الكافيين (caféine).

- ◆ الحشيش (cannabis).
- ◆ الكوكايين (cocaine).
- ◆ المهلوسات (Hallucinogènes).
- ◆ المواد الطيارة (Inhalants).
- ◆ النيكوتين (Nicotine).
- ◆ الأفيونات (opioïdes).
- ◆ الفنسيسلايدين (Phencyclidine).
- ◆ المسكنات (Sédative).
- ◆ المنومات (Hypnotiques).
- ◆ مسببات القلق Anxiolytiques ومواد أخرى.

4. تصنيف المخدرات من حيث طبيعتها

تقسم المخدرات من حيث طبيعتها ومصدرها إلى ثلاثة أقسام هي:

1.4 المخدرات الطبيعية

هي المخدرات من أصل نباتي، وهي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة سواء كانت نباتات تمت زراعتها منها: الحشيش و الأفيون والكوكا والقات.

2.4 المخدرات التصنيعية

وهي المخدرات المستخلصة من المواد والنباتات الطبيعية ولكنها أقوى تركيزاً منها. مثل: المورفين المستخلص من الأفيون ولكنه أشد قوة منه. و الهيروين المشتق من المورفين وهو أيضاً أشد قوة من المورفين، ولعل هذه المواد المصنعة لها تأثير صحي بالغ الخطورة لما تسببه من فقدان للشهية، وزيادة في ضربات القلب والقشعريرة وتوسيع حدقة العين وقصور في وظائف الكلية ولعل هذه الأعراض هو مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) الذي ينتقل عادة عن طريق تلوث الحقن التي يستخدمها المدمنون.

3.4 المخدرات التخليقية

المخدرات الناتجة من تفاعلات كيميائية وهي مخدرات تمت جميع مراحل صنعها في المعامل، من مواد كيميائية لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية، وإن كانت تحدث أثراً مشابهة للمخدرات الطبيعية خاصة حالة الإدمان، ومنها المهلوسات الـامفيتامينات، الماربيتورات، الكبتاجون (محمد احمد مشاقبة، 2007: 46-47).

5. المحكات التشخيصية للتسمم بالمرجوانا والحشيش 1994:

- استخدام حديث للمرجوانا أو الحشيش.
- سلوك غير متوافق ذو دلالة إكلينيكية أو تغيرات سيكولوجية مثل: قصور التآزر الحركي، الشعور بالفرح Euphoria، القلق، الإحساس بمرور الوقت، نسيان الأحكام والمنطق، الانسحاب الاجتماعي، يتم تطورها خلال أو بعد تعاطي الحشيش بوقت قصير.
- وجود اثنين أو أكثر من العلامات تتطور خلال ساعتين من استخدام الحشيش.

1. حدوث زرقة في ملتحة العينين.

2. زيادة شهية الطعام.

3. جفاف الفم وخفقان القلب.

إن أخطر عواقب الإفراط في تعاطي الحشيش ما يعرف بمتلازمة أعراض إنعدام الدافعية، وتتسم هذه المتلازمة بصعوبة شديدة يجدها الفرد في النهوض من الانغماس الذاتي العميق إلى الاندماج مرة أخرى مع الأصدقاء. (محمد السيد عبد الرحمان، 2002: 73).

6. أعراض تعاطي المهلوسات:

1.6 أعراض جسدية:

ارتفاع ضغط الدم، سرعة نبضات القلب، ارتفاع درجة الحرارة الجسم، العرق، ازدياد في الإفرازات اللعابية، دوران، الصداع، غثيان.

2.6 أعراض نفسية:

مرحلة الانسراح والسعادة والغبطة ثم الهلوسة إلى اختلاط أحاسيس المتعاطي من فرح إلى خوف ثم مرحلة الإستلاخ، يعتقد انه إستلخ عن جلده ثم مرحلة الرجوع والاعتدال. (محمد احمد مشاقبة، 2007: 4).

7. الأضرار الناجمة عن إدمان المخدرات

ينجم عن إدمان المخدرات العديد من الأضرار على الفرد والمجتمع، أبرزها الأضرار الصحية والاجتماعية والاقتصادية والتي نوضحها على النحو التالي:

1.7. الأضرار الصحية

1.1.7 تأثيره على الجهاز العصبي

حيث يقوم بتشويش الإرسال العصبي والتأثير عليه، حيث تقوم المخدرات بدور وسائط كيميائية، فتشغل الجهاز العصبي أكثر مما يجب، كما أنها تمتلك ما يعطل دور الجهاز العصبي

ويؤدي إلى شلله.

2.1.7 تأثيره على الخلية

تقوم المخدرات بالنفاذ إلى الخلايا فتشوش على وظائفها، وتضعف قدرتها وطاقتها وتوالدها، مما ينتج عنه عاهات في النسل كأن يولد ولد المدمن غير طبيعي أو مشوها.

3.1.7 التسبب في العديد من الأمراض الخطيرة

حيث تبث علميا أن العديد من الأمراض الخطيرة مرتبط بتعاطي المخدرات كأنواع عديدة مثل السرطانات مثل سرطان البلعوم والحنجرة و الفم والمريء، وكذلك السل والجلطة والأخطر من ذلك كله مرض نقص المناعة المكتسبة " الإيدز".

2.7 الأضرار الاجتماعية

1.2.7 وفاة العائل

من أثر الإدمان الاجتماعي وفاة المدمن وبالتالي خسارة الأسرة لمصدر رزقها.

2.2.7. زيادة معدلات تفكك الأسرة: حيث أن الفرد المدمن يخصص ما بين 65% إلى 60%

من إجمالي دخله للإنفاق على المخدرات، مما يتسبب في إشعار أفراد الأسرة بعدم جدوى عائلهم ومن ثم يتسبب في تفكك الأسرة.

3.2.7. ارتفاع معدلات الجريمة والعنف: يتسبب إدمان المخدرات في زيادة عدد الجرائم،

حيث تشير لبعض الإحصاءات الرسمية إلى أن إدمان المخدرات مسؤول عن ارتفاع معدلات الجريمة والعنف في غالبية الدول بنسبة تتراوح ما بين 25% إلى 30%.

4.2.7. ارتفاع معدلات الاضطرابات السلوكية المصاحبة الأخرى كالقمار: وقد ثبت هذا

الارتباط إحصائياً بين الخمر والمخدرات والقمار.

5.2.7. أثر الإدمان على الأطفال والمراهقين : حيث يتسبب الفرد المدمن في ولادة أطفال

مدمنين على المخدرات أو متأذين بالتعرض للمخدرات، وهم في أرحام أمهاتهم، ثم حتى بعد ولادتهم يعيشون في فقر وفوضى اجتماعية مع الإهمال والاعتداءات والتشرد في فترات نشأتهم الأولى، ثم بعد ذلك يعانون من التسرب من التعليم ثم يكونون عرضة أكثر من غيرهم ليكونوا ضحايا العنف والحوادث وأذى الذات. (إعداد مركز البحوث والدراسات 1430هـ: 13).

3.7. الآثار الاقتصادية للإدمان

1.3.7. على مستوى الفرد : إن للإدمان تأثيراً كبيراً على الفرد فهو يؤدي إلى إتلاف المال

وخراب البيوت بما ينفق على تلك المواد من أموال طائلة، ربما دفعها المدمن من قوت أولاده وربما انحراف إلى طريق غير شريف يجلب منه ثمنها من أجل ذلك يثبت أن التحريم يتبع الخبث والضرر ويتبين لنا أن حرمة هذه الخبائث التي يثبت ضررها الصحي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي مما لا شك فيه.

2.3.7. على مستوى الدول : تبيح معظم دول العالم استهلاك الخمر وهي تجارة علنية منظمة

ويتم الإعلان عنها والترويج لها رسمياً في كثير من الدول وتتفق صناعة الخمر في الولايات المتحدة في الخمر وما ينتج عنها من حوادث وجرائم وأمراض بـ 120 بليون دولار سنوياً.

ومن أخطر مؤثرات الإدمان على دورة النشاط الاقتصادي كالاتي:

- نظرا إلى كون إنتاج المخدرات وتسويقها وبيعها، لا تدخل ضمن الإطار العام لدورة النشاط الاقتصادي، فإن أثر هذه العمليات يتمثل في الخسائر التي تعترض طريق دورة المتغيرات الرئيسية في دورة النشاط الاقتصادي.

- نظرا إلى كون إنتاج المخدرات وبيعها وتعاطيها، تستهلك الكثير من قدرات القطاع العائلي، فإن أول الآثار السلبية الناتجة من هذه العمليات يتمثل في نقص المعروض من عناصر الإنتاج المتاحة للدولة، وبطريقة غير مشروعة إلى العمل في ميدان المخدرات وهذا ما يسبب هدرا واضحا لموارد الدولة النادرة.

- نتيجة لكون أعمار المتعاطين للمخدرات، تتدرج تحت نقص كبير في الإنتاجية إلى اضمحلالها، وهذا ما يسبب نقصا إضافيا في الناتج القومي الإجمالي ونقصا في المعروض من السلع والخدمات النهائية واستطرادا خسارة اضافية للاقتصاد الوطني. (رجب سيدبي، 2009: 17-18).

8. التفسيرات النفسية لإدمان المخدرات

تطرح هذه التفسيرات مجموعة من الآراء والاتجاهات والنظريات النفسية من أهمها:

1.8 تفسير مدرسة التحليل النفسي لإدمان المخدرات

- الحاجة إلى الإشباع النفسجسمي النرجسي الذي يرجع أساسا إلى اضطرابات في علاقات الحب والإشباع العضوي وخاصة في المرحلة الفمية.
- الحاجة إلى الأمن.

- الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيد لها وتترى هذه المدرسة ضرورة إرجاع المركبات السوية والمرضية لدى الراشد إلى أصولها في الخبرات الطفلية المبكرة.

وتتفاوت الأمراض النفسية من وجهة نظر تلك المدرسة حيث كان التفاوت بين سن الراشد ونمط نزعاته الطفلية ونخفيها عن إدراكه الشعوري من ناحية ويشبعها بصورة مقنعة من ناحية أخرى. (عبد الله بن أحمد الوائلي، 2003: ب - ج ج).

2.8. النظرية السلوكية

يفسر الإشراف الإجرائي الدور الهام الذي يلعبه التعزيز في تطور واستمرار سلوك الإدمان، والتعاطي والإدمان على المخدرات هي سلوك مثل أي سلوك آخر متعلم بطبيعته.

3.8. النظرية السلوكية المعرفية

تركز على العوامل البيئية المتنوعة المرتبطة بتطور واستمرار تعاطي المخدرات، وقام المعالجون السلوكيون والمتخصصون الآخرون بتطوير عدد متنوع من الطرق السلوكية لمعالجة حالات الإدمان. وتستهدف النظرية السلوكية المعرفية سلوك تعاطي المخدرات وما يتعلق به من مشكلات سلوكية وانفعالية ويعد التدريب على المهارات الاجتماعية من أكثر الطرق السلوكية والسلوكية المعرفية استخداماً بشكل عام. كما أنها تشتمل على مهارات حل المشكلات والتدريب على التحكم في الغضب، والعلاج المعرفي والوقاية من الانتكاسة والعلاج بالتنفير.

4.8. نظرية إدارة الضغط

تؤكد نظرية إدارة الضغط على حاجة الأفراد لخفض التوتر والقلق والذي يرتبط ويسبب الضغط النفسي ويعبر الأفراد الذين عندهم اضطرابات إدمان عن مستويات عالية من الضغط وربما يكونون أكثر استعداداً من غيرهم للتوتر والضغط ويلجئون إلى تعاطي المخدرات لخفض التوتر والقلق والضغط. ويعتبر الأفراد أن مصادر توترهم تتمثل بصعوبات العمل والمشاكل الزوجية، ومشاكل الطفولة، والأفراد الذين يعانون من قلق وتوتر ناتج عن الضغط يرغبون بمساعدة مباشرة ويلجئون إلى مساعدة أنفسهم للتخلص من القلق بواسطة استخدام المخدرات من تمارين الاسترخاء والتأمل والتقنيات الأخرى غير الدوائية تحتاج لفترة أطول من

المخدرات لتشعر الأفراد بالراحة ومن هنا يجب على المتعاطين والمدمنين والمعالجين أن يستخدموا علاجات غير دوائية لإدارة الضغط والوقاية من الإدمان. (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 62-63).

خلاصة الفصل

انتشار المخدرات كارثة، وإدمانها آفة، ومكافحتها مشكلة من أكبر المشاكل، فالإدمان على المخدرات مرض اجتماعي يذل الفرد ويحطمه ويؤثر على نفسيته وينعكس على الشخصية ويؤثر على صحته الجسمية والعقلية، فتظهر لديه اضطرابات نفسية التي تؤدي إلى اختلال في المعاش النفسي للمعتمد مما ينتج عنه انعدام الصحة النفسية وعدم الاستقرار.

تمهيد

بعد عرض الإطار النظري للدراسة والذي يهيئ الأرضية لمشكلة الدراسة وذلك عن طريق تحديد إشكالية وفرضيات البحث والهدف منه وسبب اختياره واستعراض المفاهيم الأساسية للموضوع والدراسات السابقة، ثم فصول البحث المتمثلة في فصل الاسترخاء، فصل القلق، فصل الإدمان على المخدرات، يأتي الجانب التطبيقي لمحاولة اختبار الفرضيات وذلك من خلال إجراءات التي سوف يتم إتباعها بدءاً من الدراسة الاستطلاعية، مكان ومدة إجراء الدراسة، مواصفات الحالات، ثم التطرق إلى منهجية البحث وأدوات الدراسة والمتمثلة في المنهج العيادي الذي يعتمد على وسائل منها دراسة الحالة، المقابلة والملاحظة العيادية، ثم الاختبار النفسي والمتمثل في اختبار تايلور لقياس القلق الصريح.

ثم ذكر الصعوبات التي واجهت الباحث في الدراسة وأخيراً خلاصة الفصل.

1. الدراسة الاستطلاعية

لابد على الباحث إجراء دراسة استطلاعية من أجل الإلمام بجوانب الدراسة الميدانية وهي إحدى الطرق التمهيدية للتجربة المراد القيام بها من أجل الوصول إلى أحسن طريقة لإجراء الاختبار.

وحتى يمكن الباحث من التعرف على المكان وإعطاء فكرة على إمكانية إجراء هذه الدراسة.

- التعرف على كل ما يمكنه عرقلة الدراسة ومختلف الصعوبات المحتمل مواجهتها.
- تحديد الحالات ومعرفة الأجواء المحيطة بها ومختلف ظروفها.
- التقرب من الحالات.
- ساعدتنا مثل هذه الدراسة على ضبط إشكالية وفرضيات البحث، ففي البداية كانت دراستي حول الفصامي ولكن أثناء الدراسة الاستطلاعية تغيرت وجهة بحثنا حول المدمنين ومحاولة معرفة أثر تقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة القلق الموجود لدى مدمن المخدرات.

2. منهج البحث وأدوات الدراسة

تم استخدام المنهج العيادي في هذه الدراسة من أجل الوصول إلى إثبات أو نفي فرضيات الدراسة، وهو طريقة تمكننا من الملاحظة المعمقة ودراسة مختلف جوانب الحالة من خلال عدة تقنيات كدراسة الحالة والمقابلة والملاحظة العيادية .

1.2. المنهج العيادي

إن أول من استعملوا عبارة المنهج العيادي هم علماء النفس الأمريكيون، وقد برز هذا المنهج في بدايته كرد فعل على التجارب المخبرية ويستخدم المنهج العيادي في تشخيص وعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وهناك عدة تقنيات تستخدم في هذا المنهج هي: دراسة الحالة، المقابلة والملاحظة العيادية. (بكداش، رزق الله، 1998: 237).

1.1.2. تعريف دراسة الحالة:

دراسته للمواضيع وإشكالاته، وهذا ما جعل جوليان روتر **G.rotter** ومحمد سري يعرفها على النحو التالي: " هي المجال الذي يسمح للأخصائي النفسي جمع أكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم نحو الحالة". (إجلال محمد سري، 1990: 75).

ويعرفها " مصطفى عبد المعطي": هي الخطوة الأولى في العمل الإكلينيكي لجمع المعلومات التاريخية عن المريض ومشكلاته علمي منظم.

ويعرفها أيضا: هي الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي النفسي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل من الفرد وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلة. (حسين عبد المعطي، 2001: 155).

2.1.2. المقابلة العيادية:

هي أداة من أدوات جمع البيانات وذلك من خلال التفاعل اللفظي المباشر بين الأفراد.

ويعرفها "جاي": بأنها التطبيق الشفهي للإستبانة على كل فرد من أفراد العينة.

وهي أداة من أدوات البحث يتم بموجبها جمع البيانات التي تمكن الباحث من الإجابة عن تساؤلات البحث أو اختيار فروضه. (علي ماهر خطاب، 2000: 423).

واعتمدت في هذه الدراسة على نوعين من المقابلة الموجهة والحررة.

3.1.2. الملاحظة العيادية: هي الخطوة الأولى في البحث العلمي وهي من أهم الخطوات في

هذا البحث وذلك لأنها توصل الباحث إلى الحقائق وتمكنه من صياغته فرضياته ونظرياته وعندما يقوم الباحث بجمع بيانات لأغراض بحث علمي ما، فإنه قد يحتاج لمشاهدة الظواهر بنفسه، أو قد يستخدم مشاهدات الآخرين للظاهرة أو الظواهر. (سامي محمد ملحم، 2009: 31).

4.1.4. الاختبار النفسي: لفظة استعملها سنة 1890 العالم السيكولوجي الأمريكي "كاتيل"

للدلالة على وسيلة قياس السمات والقدرات. وهو نوع معين من الامتحان يعطي لجماعة أو لأفراد وقد يكون رائزا كميا أو نوعيا يقصد التأكد من وجود أو غياب قدرة معينة أو معرفة أو مهارة بغية تعيين الدرجة التي توجد فيها هذه الصفات والأمور.

والاختبار هو وسيلة تمييزية بين الأفراد المنتمين إلى جماعة ما استنادا إلى مقاييس معينة أو سلم ينطوي على تسلسل المراتب بالنسبة لحياسة هذه الصفة أو تلك. (خليل أبو فرحة، 2000: 52).

5.1.4 تعريف اختبار تايلور للقلق: يطلق عليه اسم MAS اختصارا ل Manifest

anxiety scale اقتبسه واستعمله تايلور ويطلق عليه اسم " مقياس تايلور للقلق": وهو مكون من 50 فقرة مقتبسة من اختبار مينوسوتا متعدد الأوجه، M.M.P.I.

صدق الاختبار: أثبت تشاولس ويندل CH. Windele أنه يرتبط ارتباطا وثيقا باختبارات أخرى تقيس القلق وأهمها:

♦ اختبار مودلين للقلق.

♦ اختبار بولس للقلق.

♦ اختبار ولش للقلق.

♦ مقياس لين للقلق.

وكلها اشتقت عن اختبار مینوسوتا وكانت معاملات ارتباطات متقاربة، اتضح من الدراسة التي قام بها مارك ودوركي **Mark, Duket** أن مقياس تايلور يرتبط ارتباطاً لا بأس به بأغلب تقديرات المعالجين للمظاهر المختلفة للقلق ويرتبط ارتباطاً عالياً بالتقدير العام بحيث أن معامل الارتباط بين القلق الصريح والتقدير يساوي 0.60.

ثبات الاختبار: طبق تايلور الاختبار مرتين متتاليتين وتبين له أن درجة الثبات تتراوح بين 0,89 إلى 0.81 وتم استعمال طريقة إعادة الاختبار لدراسة مدى ثباته وكان المعامل 0.86 المرة الأولى و0.83 في المرة الثانية وعليه تبين أن المقياس أداءه صالح إلى حد كبير لقياس القلق.

طريقة تصحيح الاختبار: تعطي درجة واحدة لكل إجابة مماثلة لـ "نعم" أو "لا" ودرجة 0 لكل إجابة عكس "لا"، "نعم"، تم جمع الدرجات والنتائج النهائي نقارنه بمفتاح التصحيح حسب الجدول التالي بعد مقارنته بإجابات مفتاح التصحيح للإجابات بـ "نعم" و "لا".

جدول رقم 01 نتائج اختبار تايلور:

الفئة	الدرجة من إلى	مستوى القلق
أ	16-0	خالي من القلق
ب	20-17	قلق بسيط
ج	26-21	قلق نوعاً ما
د	29-27	قلق شديد
هـ	50-30	قلق شديد جداً

3. مكان ومدة إجراء الدراسة

تمت الدراسة في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية ببلل ولاية غليزان.

تقع المؤسسة بدائرة بلل تبعد عن مقر ولاية غليزان ب 20 كلم غربا، فتحت أبوابها منذ سنة 1951م أثناء الاستعمار على شكل مصلحة متخصصة في الأمراض العقلية تابعة للقطاع الصحي بغليزان آنذاك حتى 2010 استقلت في التقسيم الأخير وأصبحت مستقلة.

تحتوي على 60 سرير، 40 للرجال، و20 سرير للنساء، تحتوي على أربع وحدات: وحدة الاستعجالات، الطب العقلي للأطفال، الطب العقلي للنساء، وللرجال.

يسهر على التكفل بمرضى هذه المؤسسة كل من أطباء أخصائيين، وأخصائيين نفسانيين، ممرضين في التخصص والعلاج العام، صيدلية، أعوان الأمن، المنظفين.

يبلغ العدد الإجمالي للموظفين بالمؤسسة حوالي 75 موظف موزعين بين إدارات وإداريين، ومسيرين في جميع التخصصات.

بحيث استغرقت مدة الدراسة إجمالا ثلاثة أشهر دامت من 2015.02.02 إلى

2015.05.15.

3. مواصفات الحالات

ضمت الدراسة الميدانية ثلاث حالات من المدمنين على المخدرات، ولقد تم التعرف عليهم بالمؤسسة موزعين كآتي:

الحالات	الجنس	السن
الحالة الأولى "ب"	ذكر	30 سنة
الحالة الثانية "م"	ذكر	34 سنة
الحالة الثالثة "خ"	ذكر	24 سنة

خلاصة الفصل

حاولنا في هذا الفصل أن نقدم نظرة شاملة عن مضمونه، وقد تمحور هذا الجانب في استعراض كل من مكان ومدة الدراسة، وكذا موصفات الحالات المدروسة، وبعد ذلك عرضنا المنهج المستخدم والمتمثل في المنهج العيادي وهو الملائم لموضوع الدراسة، ثم عرض اختبار تايلور للقلق، واستوفت الدراسة بخاتمة الفصل.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

◆ تمهيد

◆ الدراسة الاستطلاعية

◆ مكان البحث ومدة التربص

◆ مواصفات الحالة

◆ منهج البحث وأدوات الدراسة

◆ خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل السادس : دراسة الحالات ومناقشة الفرضيات

♦دراسة الحالات

♦الحالة الأولى

♦ الحالة الثانية

♦ الحالة الثالثة

♦ عرض النتائج

♦ مناقشة الفرضية

♦التوصيات

♦الخاتمة

♦قائمة المراجع

♦الملاحق

أولا : عرض الحالات

- دراسة الحالة الأولى

1. البيانات الأولية للحالة الأولى:

الاسم: ب

السن: 30

الجنس: ذكر

الحالة المدنية: أعزب

المستوى الدراسي: السنة السادسة ابتدائي

مكان الإقامة: بقرية بوادي ارهيو، ولاية غليزان.

الترتيب بين الإخوة: الرابع

عدد الإخوة: 5

العمل: لا يوجد

مكان إجراء الحصة العلاجية: المكتب

عدد المقابلات: خمس مقابلات وست حصص علاجية

2. الدراسة السيمولوجية للحالة:

1.2 الشكل المورفولوجي: الحالة "ب" طويل القامة، ممتلئ الجسم نوعا ما، أسمر البشرة،

شاحب الوجه، ذو شعر أسود، وعينان عسلتان.

2.2 اللباس: الحالة لباسه نظيف ومرتب، ألوانه متناسقة، مظهره عادي.

3.2 الاتصال: سهولة في الاتصال مع الحالة منذ البداية.

4.2 النشاط الحس الحركي: فرط في الحركة.

5.2 النشاط العقلي: الحالة تفكيره سليم ومنطقي، أفكاره متسلسلة، إدراكه سليم، انتباهه وتركيزه جيد، ذاكرته جيدة وسليمة، لغته سليمة ومفهومة لكن كلامه سريع.

6.2 العاطفة: لديه برود وجداني.

7.2 اضطرابات النوم: قبل الإدمان كان يجد صعوبة في النوم بسبب تفكير المستمر بالعمل، أما أثناء الإدمان الحالة يعاني من أحلام مزعجة وأرق.

8.2 النظام الغذائي: كان الحالة قبل الإدمان شهيته جيدة ولا يعاني من أي مشاكل في الأكل أما أثناء الإدمان أصبحت رغبته في الأكل ضعيفة.

9.2 التاريخ الطبي: دخل المستشفى عندما كان في عمره 7 سنوات بسبب التهاب اللوزتين.

3. سير المقابلات:

1.3 المقابلة الأولى:

أجرينا المقابلة يوم 2015/02/02 على الساعة 09:00، كانت تدور حول التعريف بدورنا كأخصائيين نفسانيين والتعرف على الحالة، وجمع المعلومات الأولية عنه، دامت 30 د.

2.3 المقابلة الثانية:

وقد أجرينا هذه المقابلة بتاريخ 2015/02/12 على الساعة 09:30، دامت 30 د، تطرقنا فيها إلى التاريخ الأسري ومحاولة التعرف على الجو العائلي الذي يعيشه.

3.3 المقابلة الثالثة:

كانت المقابلة يوم 2015/03/03، على الساعة 14:00 مساءً، تطرقنا فيها إلى التاريخ الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء والأقران والجيران، كانت مدتها 25 د.

4.3 المقابلة الرابعة:

كانت المقابلة يوم 2015/04/16 على الساعة 10:00، دامت 35د، وكانت تدور حول التاريخ الصحي للحالة وجميع الأمراض التي عانى منها.

5.3 المقابلة الخامسة:

كانت بتاريخ 2015/04/22، على الساعة 10:45، دامت حوالي 25د، وتم فيها تطبيق اختبار القلق من أجل الكشف عن المعاش النفسي للحالة.

4. عرض وتحليل المقابلات:

الحالة "ب" من مواليد 1985م، يعيش في أسرة فقيرة متكونة من الوالدين وخمسة إخوة، ثلاث بنات وولدان، الخال، الجد، ويعيش الجميع في بيت الجد(من جهة الأم).

الأم مأكثة في البيت والأب يعمل كبناء وهو مدمن على الكحول، سبق له الزواج ولديه بنتان متزوجتان ولديهما أطفال.

يعيش الحالة في جو عائلي مليء بالمشاكل، فالأب مهمل لجميع واجباته الزوجية والأبوية من عطف وحنان وإنفاق، فهو دائم الغياب عن أسرته حيث يذهب إلى الزوجة الأولى.

الأم مأكثة بالبيت وعلاقته جيدة مع الحالة، الجد هو الذي ينفق على الأسرة، أما بالنسبة للخال فهو متخلف عقليا.

علاقة مع الإخوة مضطربة نوعا ما، فالحالة متقلب المزاج وعصبي.

الحالة توقف عن الدراسة في السنة السادسة لعدم وجود اكتمالية بقريتهم وبسبب الأوضاع المادية المزرية.

كان الحالة يعاني من عدة أمراض منذ صغره وفي سن سبع سنوات دخل المستشفى بسبب التهاب اللوزتين.

أما في سن 12 سنة بدأ في التدخين، وبمصاحبتة لجماعة من الشباب مدمنين على المخدرات أصبح يتناولها وهو في عمر 22 سنة إلى أن أصبح مدمنا عليها، علما أن الحالة سرق مرات عديدة من أجل شراء المخدرات، وفي بعض الأحيان يؤخذ المال من أمه.

5. نتائج اختبار القلق الصريح قبل العلاج (قياس قبلي):

تحصل الحالة على 25 درجة وهذا يدل على وجود قلق نوعا ما، فهو غالبا ما يشعر بعدم الاستقرار الداخلي وفرط في التعرق وأنه عديم الفائدة وهو يخاف دائما من سوء الحظ ويتوقع الأسوأ، كما أنه يحس أحيانا بأنه عصبي لحد الانفجار، وأنع يعاني دائما من الصداع، لا يستطيع الانتباه والتركيز على حاجة واحدة وانعدام الثقة بالنفس، وهذا ما جاء من خلال إجاباته على أسئلة الاختبار وكذلك التمسنا هذا من خلال المقابلات الأولى التي سبقت مقابلة تطبيق الاختبار.

6. حصص الاسترخاء

1.6. الحصة العلاجية الأولى:

طلبنا من الحالة الدخول إلى المكتب وقد كان يبتسم ويبدو سعيدا، طلبنا منه الجلوس على الكرسي، أجرينا معه حوار قصير، سألته عن أحواله وعن المستجدات اليومية، ثم بدأنا نشرح له معنى الاسترخاء والفائدة منه، ثم طلبنا منه الاستلقاء على السرير، ثم شرحنا له كيفية التنفس وأن يتبع فقط التعليمات وأن يركز مع صوتي وصوت الموسيقى الهادئ ويحاول أن يتخيل كل ما نطلبه منه، استرخى على السرير وأغمض عينيه، وطلبنا منه أن يتنفس إلا أنه لم يستطع وقال أنه

لا يمكنه أن يدخل الهواء من أنفه دون فمه، فقمنا بتدريبه لمدة 10د إلى أن استطاع أن يتنفس بالطريقة الصحيحة.

ثم طبقنا عليه التقنية كما هو موضح في النظرية إلا أنه بدا مقاوما حيث كان يبتسم كثيرا ويفتح عينيه كل مرة، وكان مرتبكا نوعا ما.

1.1.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الأولى: "... حسيت بثقل شوية في رجلي وتنملوا غير

تما، بصح مقدرتش فلبداية نغمض عيني parce que حشمت mais après حسيت بالإرتخاء في كامل جسمي وطاح علي نعاس".

2.6 الحصة العلاجية الثانية:

لقد أبدى الحالة في هذه الحصة استعداد وتعاون حيث أنه أتى قبل الموعد المحدد بحوالي نصف ساعة، وعند دخول المكتب بادر بنزع كل الأشياء التي من شأنها أن تعرقل سير العملية كما طلبنا منه في الحصة الأولى ، جلس على السرير (قمنا بدردشة خفيفة)، ثم ذكرته بالتعليمات وطريقة التنفس ولما أحس بأنه جاهز بدأنا في عملية التطبيق كما هو موضح في النموذج، ولم يبدي الحالة أي مقاومة.

1.2.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الثانية: "... هذي لمرة مشي كما حصة لي فانت

مزيرتش روعي، ركزت أكثر وحسيت بارتخاء فعضلاتي، ودروك راني نحس روعي نفسيا مليح".

3.6 الحصص العلاجية الثالثة، الرابعة والخامسة:

قمنا بإدماج هذه الحصص لأنها تتشابه تقريبا من حيث التفاعل واستجابة الحالة، لم تكن هناك مقاومة كما في الحصص الأولى، لاحظنا أن الحالة قد تعود علينا وأصبح يضع فينا ثقة أكثر من السابق، كان في كل حصة يشعر بالارتياح والارتخاء أكثر.

1.3.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الثالثة والرابعة والخامسة: "... حسيت صح بأني بديت

نتغير ونفكر بطريقة صحيحة، وليت نشوف مشاكلنا تافهة وصغيرة، وحتى حاجة ما تستحق نقلق روعي عليها راني باغي نبدا حياتي من جديد ونولي إنسان جديد".

4.6 الحصة العلاجية السادسة:

لقد كانت من أسهل الحصص، لم يبدي الحالة أي مقاومة بالعكس كان جد متشوق لتطبيق العملية لأنه أصبح يجد راحته فيها.

1.4.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية السادسة: "... نشكرك بزاف عل هذا المعروف، كنت

بحاجة لهذي التقنية، قبل ما كنتش نعرف نواجه مشاكلنا نذايزف نزعف بلخف بصح دروك راني نحس تبدلت على ليكنت، نقولك صح في حياتي محسيتش روعي هاك puisque عمروا ولا واحد حاول يفهمني ولا يسقسي على حوالي فرغتك قاع شاكين فقلبي، وتعلمت هذي تقنية كنحس روعي مقلق نديرها".

7. خلاصة الحصص العلاجية:

لقد لاحظ الحالة فعالية التقنية حيث أنه كان في كل حصة يشعر بالارتياح والارتقاء.

8. نتائج تطبيق اختبار القلق الصريح بعد العلاج للحالة الأولى (القياس البعدي):

انخفضت نتيجة الاختبار من 25 درجة في الاختبار القبلي كدليل على وجود قلق نوعا ما إلى 19 درجة في الاختبار البعدي كدليل على وجود قلق بسيط، حيث أصبح الحالة يشعر باستقرار داخلي وتخلص تقريبا من الخوف الدائم ومن سوء الحظ، كما ازدادت ثقته بنفسه وهذا ما جاء من خلال إجاباته على أسئلة الاختبار.

- دراسة الحالة الثانية

1. البيانات الأولية للحالة الثانية:

الاسم: م

السن: 34

الجنس: ذكر

الحالة المدنية: أعزب

المستوى الدراسي: أمي

مكان الإقامة: يبل، ولاية غليزان

الترتيب بين الإخوة: الرتبة الأولى

عدد الإخوة: من الأب: ثلاثة، من الأم: أربعة، والأشقاء: أخت واحدة.

العمل: سائق شاحنة

مكان إجراء الحصى العلاجية: المكتب

عدد المقابلات: خمس مقابلات وست حصص علاجية

2. الدراسة السيمولوجية للحالة:

1.2. الشكل المورفولوجي: الحالة م ذو قامة متوسطة، نحيف الجسم، أسمر البشرة، صاحب

الوجه، ذو أسنان هشة.

2.2. اللباس: الحالة لباسه نظيف ومرتب، ألوانه متناسقة، مظهره عادي.

3.2. الاتصال: سهولة في الاتصال مع الحالة منذ البداية.

4.2. النشاط الحس الحركي: الهدوء والسكون.

5.2. النشاط العقلي: الحالة تفكيره سليم ومنطقي، أفكاره متسلسلة، إدراكه سليم، انتباهه وتركيزه جيد، ذاكرته جيدة وسليمة، لغته سليمة ومفهومة.

6.2. العاطفة: لديه برود وجداني.

7.2. اضطرابات النوم: نوم متقطع بحكم عمله، أما أثناء أوقات الراحة ينام بشكل جيد هذا قبل الإدمان، أما أثناء الإدمان الحالة يعاني من الأرق.

8.2. النظام الغذائي: كان الحالة قبل الإدمان شهيته جيدة ولا يعاني من أي مشاكل في الأكل أما أثناء الإدمان أصبحت رغبته في الأكل ضعيفة.

9.2. التاريخ الطبي: دخل المستشفى و عمره سنة بسبب شربه المازوت (البنزين) ظنا منه أنه ماء.

3. سير المقابلات:

1.3. المقابلة الأولى:

أجرينا المقابلة يوم 2015/02/03 على الساعة 09:15، كانت تدور حول التعريف بدورنا كأخصائيين نفسانيين وللتعرف على الحالة، وجمع المعلومات الأولية عنه، دامت 35 د.

2.3. المقابلة الثانية:

وقد أجرينا هذه المقابلة بتاريخ 2015/02/10 على الساعة 10:30، دامت 30 د، تطرقنا فيها إلى التاريخ الأسري ومحاولة التعرف على الجو العائلي الذي يعيشه.

3.3 المقابلة الثالثة:

كانت المقابلة يوم 2015/03/09، على الساعة 13:00 مساءً، تطرقنا فيها إلى التاريخ الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء والأقران والجيران، كانت مدتها 35 د.

4.3 المقابلة الرابعة:

كانت المقابلة يوم 2015/03/26 على الساعة 10:00، دامت 40 د وكانت تدور حول التاريخ الصحي للحالة وجميع الأمراض التي عانى منها.

5.3 المقابلة الخامسة:

كانت بتاريخ 2015/04/23، على الساعة 13:40، تم فيها شرح بنود اختبار القلق الصريح لتايلور وتطبيقه ودامت 40 د.

4. عرض وتحليل المقابلات:

الحالة (م) من مواليد 1981، يعيش حالياً مع عمته المطلقة، ولد في أسرة فقيرة متكونة من الوالدين، الجد والجددة، العم والعمة التي كانت تتولى تربيته منذ الولادة، انفصل والديه وهو في سن الثانية، بقي في بيت جده مع عمته، هذه الأخيرة كانت مطلقة ولا تلد فأعطته كل الحنان والعطف.

أما عن والدته الحقيقية فالحالة كان لا يحب زيارتها أو رأيته بالرغم أنه لا يحقد عليها لأنه يظن ذلك يضايق عمته، ولكن بعد مرضها أصبح يزورها من حين لآخر بعدما طلبت منه عمته ذلك، علاقته مع إخوته جيدة على العموم خصوصاً مع أخته الشقيقة.

أما عن بداية الإدمان كانت في سن 15 حيث صرح الحالة: "كنت مديقوتي"، و أكد الحالة بأن تعاطيه للمخدرات كان بسبب رفقاء السوء.

بالنسبة لحالته الاجتماعية علاقات محدودة سواء مع الجيران أو الأقارب، حتى عن حياته العاطفية لم تكن له أي علاقة مع أي امرأة.

5. نتائج اختبار القلق الصريح قبل العلاج:

تحصل الحالة على 30 درجة كدليل على وجود قلق شديد جداً، فهو غالباً ما يشعر بالغم والعصبية وعدم الاستقرار الداخلي، والشعور بالدونية ويرى أن الحياة تعب ومضايقة، وهو دائم الشكوى من الصداع، بالإضافة إلى عدم الثقة بالنفس، وهذا ما جاء من خلال إجابته عن أسئلة الاختبار.

6. حصص الاسترخاء:

1.6 الحصة العلاجية الأولى:

لقد كان في البداية متردداً في بدء العلاج، بعد نزع الأشياء المعرقة استلقى على السرير وبدأنا نشرح له كيف يتبع التعليمات وطريقة التنفس، ثم طلبنا منه أن يغمض عينيه، شغلنا الموسيقى الهادئة، وبدأنا في تطبيق الاسترخاء كما هو موضح في النموذج، بدأ على الحالة الهدوء والانسجام والاسترخاء ولم يبدي أي مقاومة، دامت الحصة حوالي 20د.

1.1.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الأولى: "... حسيت بتنميل خفيف في رجليا وثقل كامل

جسمي، عجبني لأمر بزاف خاصة الجزء التالي تاع شاطئ البحر ولغابة، حسيت تاع صح راني فذك بلاصا و راني نحس روحي دروك مريح شوية خير من قبل".

2.6 الحصة العلاجية الثانية :

كما هو الحال في الحصة السابقة، كان المكتب مجهز، استلق الحالة لوحده على السرير بدأنا في تقديم التوصيات (سنقوم بنفس العمل السابق، لاتنسى طريقة التنفس...) طلبنا منه الاسترخاء والهدوء لاحظنا عليه استعداد ورغبة أكثر من الحصة الماضية، ودامت الحصة حوالي 20د.

كما هو الحال في الحصة السابقة، كان المكتب مجهز، استلق الحالة لوحده على السرير بدأت في تقديم التوصيات (سنقوم بنفس العمل السابق، لانتسى طريقة التنفس...) طلبت منه الاسترخاء والهدوء لاحظت عليه استعداد ورغبة أكثر من الحصة الماضية، ودامت الحصة حوالي 20د.

1.2.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الثانية: "... حسيت أني باغي نزيد نبقي في سرير،

نسيت قاع لمشاكل، حسيت جسمي مسترخي والحياة مليحة وحتى حاجة ما تستحق قلق وتفكير.

3.6 الحصص العلاجية الثالثة، الرابعة والخامسة:

لقد قمنا بجمع هذه الحصص لأنها تتشابه مع بعضها، وتم تطبيق الاسترخاء حسب النموذج النظري، حيث طلبنا منه الاسترخاء والتركيز مع الموسيقى وصوتي، أن ينسى العالم الخارجي، لا مشاكل لا هموم، فقط أن يركز مع نفسه وأن يحس بجسمه ويتفاعل معه.

1.3.6. المقابلة بعد الحصة العلاجية الثالثة، الرابعة والخامسة: "... حسيت كامل جسمي

مسترخي وأنا قادر نواجه مرضي، شعرت وكأنني باغي نرقد، مين طلبت مني نفتح عيني مقدرتش تكلي راهم متلاصقين".

على العموم لم يكن هناك أي مقاومة تذكر بالعكس كان الحالة يتفاعل بشكل جيد، وكان يبدو مهتم لأنه أحس بنتيجة الاسترخاء كما قال هو.

4.6 الحصة العلاجية السادسة:

لقد أبد الحالة استعداد ورغبة للقيام بهذه العملية وكانت هناك سهولة تامة في عملية التطبيق، حيث مس الارتخاء كامل أجزاء الجسم.

1.4.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية السادسة: "...راني نحس جسمي مسترخي وراني

هادي وحتى حاجة ما تعكر مورال تاعي، وراني في حالة نفسية وجسمية مليحة وراني فرحان لي تعلمت كيفاه نبقي بعيد على قلق وزعاف ونولي نطبق هذي التقنية وحدي في دار مين نكون مقلق".

7. خلاصة الحصص العلاجية:

لقد كان الاتصال سهل مع الحالة ولم نجد صعوبة في عملية التطبيق منذ أول حصة وذلك لأننا قمنا بعدة مقابلات قبل الحصة الأولى، استطعنا أن نكون علاقة جيدة معه مبنية على الثقة والاحترام، فالحالة قال أنه وجد أكثر مما توقع ، فلم يكن يؤمن بشيء اسمه أخصائي نفسي، لكن الآن أدرك ضرورته في حياتنا.

8. نتائج تطبيق اختبار القلق الصريح بعد العلاج للحالة الثانية:

انخفضت نتيجة الاختبار من 30 درجة في الاختبار القبلي إلى 24 درجة في الاختبار البعدي كدليل على وجود قلق نوعا ما، لقد أصبح الحالة يشعر ببعض الاستقرار النفسي، مازال الشعور بالدونية والعصبية، وأصبح ينظر للحياة من زاوية أخرى مملوءة بالأمل، ونمت ثقته بنفسه

- دراسة الحالة الثالثة

1. البيانات الأولية للحالة الثالثة:

الاسم: خ

السن: 24

الجنس: ذكر

الحالة المدنية: أعزب

المستوى الدراسي: السنة الثانية ثانوي.

مكان الإقامة: يلل، ولاية غليزان

الترتيب بين الإخوة: الرتبة الأخيرة.

عدد الإخوة: أربعة.

العمل: لا يوجد

مكان إجراء الحصوص العلاجية: المكتب

عدد المقابلات: خمس مقابلات وست حصص علاجية

2. الدراسة السيمولوجية للحالة:

1.2 الشكل المورفولوجي: الحالة "خ" طويل القامة، نحيف الجسم، أسمر البشرة، عيناه

بنيتان، شعره أسود.

2.2 اللباس: الحالة لباسه نظيف ومرتب، ألوانه متناسقة، مظهره عادي.

3.2 الاتصال: اتصال جيد ولم تكن هناك أي صعوبة.

4.2 النشاط الحس الحركي: نشيط وكثير الحركة.

5.2 النشاط العقلي: الحالة تفكيره سليم ومنطقي، أفكاره متسلسلة، إدراكه سليم، انتباهه وتركيزه جيد، ذاكرته جيدة وسليمة، لغته سليمة ومفهومة.

6.2 العاطفة: لا يوجد لديه برود وجداني.

7.2 اضطرابات النوم: قبل الإدمان كان ينام بشكل جيد، أثناء الإدمان أصبح نومه متقطع ويعاني من أرق في النوم.

8.2 النظام الغذائي: كان الحالة قبل الإدمان شهيته جيدة ولا يعاني من أي مشاكل في الأكل، أثناء الإدمان أصبح لديه نقص في الشهية.

9.2 التاريخ الطبي: لم يدخل إلى المستشفى في حياته، ذهب إلى الطبيب مرات عديدة من أجل معالجة الحساسية.

3. سير المقابلات:

1.3 المقابلة الأولى:

أجرينا المقابلة يوم 2015/03/12 على الساعة 09:00، لقد خصصنا هذه المقابلة للتعرف على الحالة ومحاولة كسب الثقة وجمع المعلومات الأولية والتعريف بدورنا كأخصائيين نفسانيين، دامت 30 د.

2.3 المقابلة الثانية:

وقد أجرينا هذه المقابلة بتاريخ 2015/03/18 على الساعة 11:00، دامت 30 د، خصصناها للحديث عن التاريخ الأسري ومحاولة الكشف عن الجو المدرسي والجو العائلي الذي يعيشه.

3.3 المقابلة الثالثة:

كانت المقابلة يوم 2015/04/09، على الساعة 13:40 مساءً، كان الهدف منها الكشف عن التاريخ الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء والأقران والجيران، كانت مدتها 35 د.

4.3 المقابلة الرابعة:

كانت المقابلة يوم 2015/04/20 على الساعة 14:30 مساءً، دامت 35 د وكانت تدور حول التاريخ الصحي للحالة وجميع الأمراض التي عانى منها.

5.3 المقابلة الخامسة:

كانت بتاريخ 2015/04/26، على الساعة 09:15، كانت تهدف إلى التعرف على المعاش النفسي للحالة و تم فيها تطبيق اختبار القلق لتايلور ودامت 35 د.

4. عرض وتحليل المقابلات:

الحالة "خ" من مواليد سنة 1991م يعيش في أسرة متوسطة المستوى مع الوالدين وأربعة إخوة، أختان وأخوين، أب الحالة يعاني من مرض الأعصاب، العلاقات داخل الأسرة جيدة يسودها التفاهم والمحبة على العموم.

الأب يدلل الحالة كثيراً ولا يقبل أي تدخل من الإخوة في شؤونه، علاقاته مع الأقارب والجيران جيدة.

في سن 16 بدأ بتدخين السجائر، تم شيئاً فشيئاً بدأ بتناول المخدرات مع رفقاء له في الثانوية في سن 19 خفية عن والده، ومازال لحد الآن يدمن عليها.

الحالة يعيش قلق وخوف من المستقبل على نفسه و على والديه الذي يثق فيه كثيراً، وكيف تكون ردة فعله لو علم بأمر المخدرات.

5. نتائج اختبار القلق قبل العلاج:

تحصل الحالة على 25 درجة وهذا يدل على وجود قلق نوعاً ما، فالحالة غالباً ما يشعر بعدم الاستقرار الداخلي، نومه متقطع، الشعور الدائم بالغم والعصبية والقلق لأتفه الأشياء، وهذا ما جاء في إجابته على أسئلة الاختبار.

6. حصص الاسترخاء:

1.6. الحصة العلاجية الأولى:

دخل الحالة إلى المكتب، طلبنا منه الجلوس على الكرسي، أجرينا حوار قصير سألناه عن أحواله وخاصة النفسية، كان يبدو قلقاً نوعاً ما، بدأنا نشرح له العمل الذي سنقوم به اليوم وأنه سيتعلم شيء جديد اسمه تقنية الاسترخاء وما الفائدة منه، وأنها عملية سهلة لا تتطلب منه إلا التركيز، كان يبتسم وبدأ عليه التشويق ليعرف ماذا سيحدث لأن همه الوحيد هو التخلص من هذا القلق الذي ينتابه والتوقف عن تعاطي المخدرات، بدأنا في شرح التعليمات وكيف عليه أن يتنفس، ثم طلبنا منه الاستلقاء على السرير، لم يبدي أي مقاومة فقد كان هادئاً، شغلنا الموسيقى وبدأنا في عملية التطبيق كما هو موضح في النموذج.

1.1.6. المقابلة بعد الحصة العلاجية الأولى: "... صوت لموسيقى لهادئ خلاني نحس تكلي

راني في عالم آخر، حسيت رجلي ثقال ودافيين ومنملين، وحسيت عيني متلاصقين مين طلبت مني نتخيل شاطئ البحر ولغابة، شفت تلك مناظر تكلي حقيقة، عجبني الجزء التالي بزاف".

2.6 الحصة العلاجية الثانية:

نفس الشيء مثل الحصة السابقة، قمنا بدرشة خفيفة، ثم تم التذكير بالتعليمات التقنية، تمديد على السرير، تم تشغيل الموسيقى، أغمض عينيه، بدأنا بعملية تطبيق التقنية، كان يبدو عليه الهدوء والارتخاء العضلي كأنه نائم.

1.2.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الثانية: "... يا ليتك لم تطلب مني فتح عينايا، حسيت

تكلي بنرقد، راني باغي نبقي في سرير، جسمي ثقل، بصح راني نحس براحة نفسية، حاليا مرانيش نحس بقلق".

3.6 الحصص العلاجية الثالثة، الرابعة والخامسة:

جمعنا هذه الحصص لأنها تتشابه تقريبا، لقد كنا في كل مرة نذكر الحالة بالتعليمات، محاولة التركيز مع الموسيقى وصوتي، محاولة أن يستشعر بكل عضو من أعضاء جسمه وأن يرخيه، ينسى العالم الخارجي ومشاكله.

1.3.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية الثالثة، والرابعة والخامسة: "... حسيت راني مرتخي

نفسيا وجسميا، تكلي حاجة ماتهمنيش، كنت من قبل كل كلمة نديها حساب ونضخم صوالح، ونغضب بلخف، دروك تعلمت لازم نحافظ على راحتنا نفسية وجسمية ونواجه أمور مهما كان حجمها بإيجابية".

4.6 الحصة العلاجية السادسة:

تم تطبيق الاختبار بصفة جيدة، فالحالة كان كعادته مستعد وله رغبة للقيام بهذه العملية، ولم تكن له أي مقاومة تذكر على العكس كان يجد فيها راحته.

1.4.6 المقابلة بعد الحصة العلاجية السادسة:

كان الحالة يتحدث بسعادة لأنه تعلم هذه التقنية، لأنها تبعد عنه القلق والتوتر وتجعله هادئ.

7. خلاصة الحصص العلاجية:

لقد التمسنا نتائج الاسترخاء على الحالة، حيث أصبح يشعر براحة جسمية ونفسية وتغيرت طباعه وأصبح أقل عصبية ونرفزة.

8. نتائج تطبيق اختبار القلق الصريح بعد العلاج للحالة الثانية:

انخفضت درجة الاختبار من 25 إلى 20 درجة في الاختبار البعدي كدليل على وجود قلق بسيط، لقد أصبح الحالة يشعر بالاستقرار الداخلي، ونقصت عصبيته وإحساسه الدائم من سوء الحظ.

ثانياً: مناقشة الفرضيات:

• يمكن للاسترخاء أن يخفف من حدة القلق لدى المدمنين على المخدرات.

من خلال العرض الشامل للنتائج المحصل عليها باستخدام وسائل متعددة من مقابلات عيادية وملاحظات وباستعمال اختبار تايلور للقلق استنتجنا أن العلاج بالاسترخاء أعطى نتائج جيدة، انعكست بصورة إيجابية على نفسية المدمنين حيث انخفضت نسبة القلق بعد تطبيق العلاج، واختفت بعض العلامات النفسية عند هذه الفئة كعدم الاستقرار الداخلي والعصبية الزائدة والنظرة التشاؤمية للحياة، واستطاع المدمن الوصول إلى طريقة تساعد على مقاومة الإدمان ومشاكل الحياة، وقد كان التحسن بادياً على جميع الحالات، وما يدعم فرضيتنا هو النتائج التي توصل إليها محمد سالم محمد القرني إلى أن للاسترخاء فعالية في تخفيف من القلق العام لكن دراسته كانت محصورة على ثلاث مجموعات فقط المتمثلة في مرضى ضغط الدم المرتفع، وقرحة المعدة والقولون العصبي، ونحن بدراستنا أضفنا بأن للاسترخاء فاعلية في تخفيف من القلق ليس فقط على هذه المجموعات الثلاث فقط بل حتى لدى المدمنين على المخدرات، وهذا ما يؤكد بأن فرضيتنا قد تحققت.

ويمكن اعتبار عملنا هذا محاولة كان لها مفعول والتمثل في انخفاض نسبة القلق لدى المدمنين والتقليل من حدة الصراع والخروج من دائرة الاكتئاب إلى الشعور بالثقة بالنفس.

وبناء على ما تم التوصل إليه من نتائج فإن الاسترخاء له تأثير كبير، بحيث يحقق استقرار نفسي وإعادة اندماج اجتماعي إذا ما طبقت الطريقة بصورة جيدة ولكن يبقى التكفل النفسي ضروري من أجل الوصول إلى علاج هذه الفئة.

1. **الوقاية من خطر الإدمان**، أفضل وسيلة لمنع الإدمان على المخدرات هي بعدم تناول المخدرات على الإطلاق، واستخدام الحذر عند أخذ أي دواء يسبب الإدمان فقد يصف الطبيب أدوية لتخفيف الألم أو البنزوديازيبين لتخفيف القلق أو الأرق، أو الباربيتورات للتخفيف من التوتر أو التهيج. يصف الأطباء هذه الأدوية بجرعات آمنة ويتم مراقبة استخدامها بحيث لا يحصل المريض على جرعة كبيرة جدًا أو لفترة طويلة جدًا. إذا كان المريض يشعر بحاجة إلى أخذ جرعة أكبر من الجرعة الموصوفة من الدواء، فإنه يجب التحدث مع الطبيب.

2. **الوقاية من سوء تعاطي المخدرات لدى الأطفال من خلال:**

- **التواصل:** التحدث مع الأطفال حول أخطار تعاطي المخدرات وإساءة استعمالها.
- **الاستماع:** الاستماع الجيد عند تحدث الأطفال عن ضغط أصدقائهم عليهم للاستخدام الخاطئ للمخدرات، ودعم جهودهم لمقاومة ذلك.

● **القدوة الحسنة:** يجب على الآباء والأمهات أن يتجنبوا إدمان المخدرات والكحول ليكونوا قدوة حسنة لأبنائهم؛ حيث إن الأطفال من الآباء والأمهات الذين يتعاطون المخدرات معرضون بشكل أكبر لخطر الإدمان

- **تقوية العلاقة:** العلاقة القوية المستقرة بين الآباء وبين أطفالهم تقلل من أخطار استخدام الطفل للمخدرات.

• **منع الانتكاس:** مدمن المخدرات معرض للانتكاس والعودة لاستخدامها مرة أخرى بعد المعالجة، ولتجنب ذلك يجب اتباع الخطوات التالية:

1- تجنب الحالات عالية الأخطار مثل عدم الذهاب مرة أخرى إلى الحي الذي تم استخدامه للحصول على المخدرات والابتعاد عن أصدقاء السوء.

2- الحصول الفوري على مساعدة إذا تم استخدام المخدرات مرة أخرى.

3- الالتزام بخطة العلاج الخاصة: قد يبدو وكأن المريض يتعافى وأنه لا يحتاج للحفاظ على اتخاذ خطوات للبقاء خاليًا من الإدمان، ولكن لا ينبغي التوقف عن رؤية الطبيب النفسي، والذهاب إلى اجتماعات فريق الدعم الخاص به أو تناول الدواء الموصوف؛ حيث إن الفرصة في البقاء خاليًا من الإدمان كبيرة إذا تمت متابعة العلاج بعد الشفاء.

الملاحق

ملخص الدراسة

إن موضوع بحثنا يتناول "فعالية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق لدى مدمنين المخدرات"، باعتبار أن تعاطي المخدرات يترتب عليها أثار اجتماعية واقتصادية ونفسية وصحية سيئة على كل من الفرد والمجتمع، وأنها ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة، بعضها يتعلق بالفرد، والآخر بالأسرة، والثالث بالبناء الاجتماعي العام للمجتمع وظروفه وقع اختيارنا على فئة المدمنين على المخدرات لتخفيف من معاناتهم النفسية ومحاولة تقديم علاج يساعدهم في التخفيف من حدة القلق وتغيير من أفكارهم السلبية وتعلم كيفية مواجهتها والتغلب عليها.

بحيث تضمنت عينة الدراسة ثلاث حالات تتراوح أعمارهم ما بين 24 سنة إلى 34 سنة، تم اختيارهم من المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية ببليل ولاية غليزان. وتم الاعتماد على المنهج العيادي في الدراسة الذي يركز على وسائل البحث العلمي المتمثلة في دراسة الحالة، الملاحظة والمقابلة العيادية، واستخدمنا اختبار تايلور للقلق للقياس القبلي، ثم بعد مرور ثلاثة أشهر من جلسات الاسترخاء أعدنا تطبيق القياس البعدي للاختبار على الحالات لتأكد من صحة الفرضية.

وأسفرت النتائج على أن للاسترخاء فعالية في خفض أعراض القلق لدى مدمني المخدرات ويظهر ذلك من خلال تعديل أفكار المدمن وسلوكاته وتخفيف من القلق والانفعال والتوتر الذي كان يعاني منه.

محتويات الدراسة

المحتويات	الصفحة
- كلمة شكر.....	أ
- الإهداء.....	ب
- محتويات البحث.....	ج
- قائمة الجداول.....	ز
- ملخص البحث.....	ح

الفصل الأول : مدخل للدراسة

◆ مقدمة.....	1
1- إشكالية الدراسة.....	4
2- فرضيات الدراسة.....	4
3- دواعي وأسباب اختيار الموضوع.....	4
4- أهمية البحث.....	4
5- أهداف البحث.....	4
6- التعاريف الإجرائية.....	5
7- الدراسات السابقة.....	6

الجانب النظري

الفصل الثاني : الاسترخاء.

- تمهيد 10
1. تعريف الاسترخاء..... 10
2. المفهوم السيكولوجي للاسترخاء..... 12
3. المفهوم الفزيولوجي للاسترخاء..... 16
4. أنواع الاسترخاء..... 17
5. هدف وفوائد الاسترخاء..... 18
6. طرق العلاج بالاسترخاء..... 19
7. الشروط الواجب توافرها لتحقيق الاسترخاء..... 22
8. الأسلوب النموذجي للاسترخاء..... 23
9. خلاصة الفصل..... 28

الفصل الثالث : القلق

- ♦ تمهيد..... 30
1. تعريف القلق..... 30
2. مفهوم القلق حسب المدارس..... 31
3. عوامل ظهور القلق..... 33
4. أنواع القلق..... 34

5. أعراض القلق.....35
6. علاج القلق.....36
- ♦ خلاصة الفصل.....38

الفصل الرابع: الإدمان على المخدرات

- ♦ تمهيد.....40
1. تعريف المخدرات.....40
2. التعريف بالإدمان.....41
3. أنواع المخدرات.....42
4. تصنيف المخدرات من حيث طبيعتها.....43
5. محكات تشخيصية للتسمم بالمرجوانا.....44
6. أعراض تعاطي المهلوسات.....45
7. الأضرار الناجمة عن تعاطي المخدرات.....45
8. التفسيرات النفسية لإدمان المخدرات.....48
- ♦ خلاصة الفصل.....50

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- ♦ تمهيد.....53

1.	الدراسة الاستطلاعية.....	53
2.	منهجية البحث وأدوات الدراسة.....	54
3.	مكان ومدة إجراء الدراسة.....	57
4.	مواصفات الحالات.....	57
◆	خلاصة الفصل.....	58

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

◆	عرض الحالات.....	60
1.	الحالة الأولى.....	60
2.	الحالة الثانية.....	66
3.	الحالة الثالثة.....	72
◆	مناقشة الفرضيات.....	78
◆	التوصيات.....	79
◆	الخاتمة.....	81
◆	المراجع.....	83
◆	الملاحق.....	88

قائمة الجداول

رمز الجدول	عنوان الجدول	صفحة الجدول
رقم(01)	نتائج اختبار تايلور	53
رقم(02)	يبيّن موصفات الحالات	54

قائمة المراجع

الكتب العربية

1. إجلال محمد سري (2001م): " علم النفس العلاجي "، عالم الكتب، ب ط، القاهرة.
2. أمين رويجة (1974م): " التداوي بالإيحاء الروحي "، دار القلم، ط2، بيروت لبنان.
3. بدرة معتصم ميموني (2005م): " اضطرابات نفسية عقلية عند الطفل "، ديوان الوطني للمطبوعات الجزائرية، الجزائر.
4. جمال رجب سيدبي (2009): " الاثار الاجتماعية والاقتصادية للإدمان وتعطي المخدرات "، مصر.
5. ذري حسين عزة (1986): " الطب النفسي "، دار القلم، ط3، الكويت.
6. رياض احمد النابلسي (1988): " الجراحة والعلاج النفسي "، دار النهضة العربية، بيروت.
7. سامي محمد ملحم (2009): " أساسيات علم النفس "، دار الفكر، ط1، عمان.
8. سيغموند فرويد، ترجمة احمد نتاجي (1955): " الكف والعرض والقلق "، ديوان المطبوعات الجامعية،
9. عبد الستار ابراهيم (1984): " العلاج النفسي الحديث - قوى للإنسان - ، دار العربي، ط2 ، بيروت
10. عبد الله العيساوي (1974): " علاج النفسي "، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
11. عبد الرحمان الوافي (1999): " الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية " ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
12. عبد الفتاح محمد دويدار (2005): " علم النفس الطبي والمرضي "، بيروت العربية.

13. علي ماهر خطاب (2002): " القياس والتقويم في العلوم النفسية والاجتماعية " ، مكتبة الأنجلو المصرية، ط2، القاهرة.
14. علي كمال (1994): " علاج النفسي قديما وحديثا "، دار فارس لنشر والتوزيع، ط1، عمان.
15. فاخر عاقل (1995): " أصول علم النفس وتطبيقاته "، دار العلم الملايين، بيروت.
16. فاروق السيد عثمان (2001): " القلق وإدارة الضغوط النفسية "، دار الفكر، القاهرة.
17. فوزي محمد جبل (2000): " الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية " ، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
18. كريستين هيرون (2005): " العلاج بالاسترخاء والدليل العلمي " ، دار الفاروق، ط1.
19. محمد أحمد المشاقبة (2007): " الإدمان على المخدرات والعلاج النفسي " ، دار الشروق للنشر، عمان.
20. محمد النابلسي (1991): " مبادئ العلاج النفسي ومدارسه "، دار النهضة العربية، بيروت.
21. محمد السيد عبد الرحمان (2002): " الإدمان وإساءة استخدام العقار "، دار قباء للنشر، القاهرة.
22. محمد فيصل (1984): " الأمراض العصبية الذهانية والاضطرابات السلوكية "، دار العلم، بيروت.
23. محمود يعقوبي (1973): " دروس في التربية وعلم النفس "، ديوان الوطني للمطبوعات، الجزائر.
24. محمود كمال بكداش، رالف الله رزق الله (1998): " مدخل إلى ميادين علم النفس ومناهجه "، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت لبنان.
25. نعيم الرفاعي (1972): " الصحة النفسية في دراسة سيكولوجية التكيف "، مطبعة الطبرية، ط6، دمشق.

26. هارون توفيق الرشيد(1999): " ضغوط النفسية"، أنجلو المصرية، القاهرة.

الموسوعات:

27. حسين مصطفى عبد المعطي (2001): " موسوعة علم النفس العيادي والإكلينيكي" ، دار القباء، القاهرة.

28. خليل أبو فرحة (2000): " موسوعة النفسية"، دار أسامة، ط1، عمان.

29. عبد المنعم حنفي (1978): " موسوعة علم النفس " مكتبة مدبولي ، القاهرة.

30. مصطفى غالب (1991): " في سبيل الموسوعة النفسية" ، دار مكتبة الهلال.

المعاجم

31. فؤاد أفرام البستاني(1999): " منجد الطلاب" ، دار المشرق، ط5، بيروت.

المجلات:

المراجع الأجنبية:

31. Jean pierre Meyer et autre(1986), relaxation thérapeutique, maison, paris.

32. Nobert sillamy(1991), dictionnaire de la psychologie de la rousse, paris.

المذكرات

33. دحو مختارية(2007 - 2008): " أثر العلاج بالاسترخاء في تحقيق القلق المرأة ذات الحمل المهدد"، مذكرة ليسانس في علم النفس العيادي، مستغانم.

34. ساكر منصورية(2013 - 2014): " غياب الزوج وأثره على المعاش النفسي لزوجته" ، مذكرة لنيل الماستر في علم النفس والصحة العقلية، مستغانم .

35. عبد الله بن احمد الوايلي(2003): "فاعلية العلاج في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات"، رسالة ماجستير، الرياض.

36. عراج فاطمة ،سليمان شهيانز (2001-2000): "مضادات القلق وانعكاساتها على المعاش النفسي"، مذكرة ليسانس في علم النفس العيادي، مستغانم.

37. ميساوي رابح، مقدم نذير (2008-2007): "الاسترخاء ودوره في تخفيف العدوانية لدى متخلفين عقليا" ، مذكرة ليسانس في علم النفس العيادي، مستغانم.

المواقع:

38. www.shathart.com/18-05-2015/16: 30.

39. www.masalgarni.kau.edu.sa/getfille.aspx?/19-05-2015/18:00.

40. www.khayma.com/madina/05.02.2015/20:00.

المراجع

الرقم	البنود	نعم	لا
01	نومي قليل ومتقطع		
02	لدي بعض المخاوف كأن أخاف من أشياء أكثر من غيرها.		
03	كانت تمر أيام ولا أنام فيها بسبب أهم		
04	لا أعتقد أنني عصبية من الآخرين		
05	نادرا ما تحدث لي كواليس أثناء النوم بالليل		
06	كثيرا ما أعاني من ألام المعدة		
07	كثيرا ما ترتعش يداي أثناء العمل		
08	كثيرا ما أعاني من الإسهال		
09	كثيرا ما يشغلني النقل والدراهم		
10	كثيرا ما أشعر بالغم		
11	غالبا ما أخاف أن يظهر علي الخجل		
12	أشعر دائما بالجوع		
13	أنا واثق من نفسي إلى أقصى درجة		
14	لا أشعر بالتعب بسرعة		
15	أشعر بالعصبية عندما أكون في انتظار شخص أو أي شيء		
16	أشعر أحيانا بعدم استقرار داخلي لأنني لا أستطيع النوم		
17	أنا هادئة باستمرار ولا شيء يزعجني		
18	أشعر أحيانا بقلق كثير إلى درجة أنني لا أستطيع الجلوس على كرسي لمدة		

		طويلة	
19		دائما سعيدة في كل وقت	
20		يصعب علي الانتباه والتركيز جيدا لمدة معينة أثناء أداء العمل والواجب	
21		كثيرا ما أشعر بالقلق من شيء أو على شيء	
22		عندما تصادفني أشياء أو مشاكل ضعيفة فإني أبتعد عنها	
23		أرغب في أن أكون مثل الناس الآخرين	
24		غالبا ما أجد نفسي مشغولا على شيء ما	
25		أحس أحيانا بأنني شخص دون فائدة	
26		أحس أحيانا بأنني جد عصبية لحد الانفجار	
27		أعاني من فرط في التعرق في أيام البرد	
28		الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقة	
29		أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ ومن وقوع شيء مؤلم	
30		عادة ما أخجل من نفسي	
31		كثيرا ما أحس بأن قلبي يدق دقات جامدة	
32		أبكي بسهولة	
33		أخاف أحيانا من أشخاص أو حاجات أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني	
34		دائما أجد نفسي مشغولا بكل شيء	
35		أعاني دائما من الصداع	

36	أحيانا أجد نفسي مشغولا بشيء لا أستطيع أن أحده	
37	لا أستطيع الانتباه إلى حاجة واحدة فقط	
38	إنني أرتبك بسهولة أثناء القيام بعمل	
39	أحس أحيانا بأنني عديم الفائدة على الإطلاق	
40	أنا شخص قوي جدا	
41	أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ ومن وقوع شيء مؤلم	
42	أنا لا أخجل أبدا	
43	أنا حساس أكثر من أغلب الناس الآخرين	
44	لم يحمر وجهي أبدا من الخجل	
45	أشعر أحيانا بأن المصائب كلها تتراكم إلى درجة أنني لا أستطيع التغلب عليها	
46	عندما أقوم بأي عمل فإنني أقوم به وأنا متضايق جدا	
47	أنا غالبا ما أحلم بأشياء أفضل أن لا أبوح بها لأحد	
48	أنا أشعر دائما بأن يداي وأرجلي لا تحملني بقدر كافي	
49	ليس لدي ثقة بنفسني	
50	قليلا ما تحدث لي حالات إمساك تضايقتني	

علاج الإدمان متعدد الأوجه فهو جسدي ونفسي واجتماعي معا، بحيث يتعذر أن يتخلص الشخص من الإدمان إذ يقتصر على علاج الجسم دون النفس أو النفس دون الجسم أو تغاضى عن الدور الذي يقوم به المجتمع في العلاج.

علاج الإدمان يختلف من شخص إلى آخر، ويشتمل على جهود عديدة طبية ونفسية واجتماعية، تحتاج من أجل تحقيق النتائج المنشودة إلى علم وخبرة المختصين، بالإضافة إلى تعاون من الأسرة والمجتمع.

ويبدأ العلاج في اللحظة التي يقرر فيها الشخص التوقف عن تعاطي المخدرات.