



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

كلية العلوم الإجتماعية
Faculté des sciences sociales

قسم: علم النفس والأرطوفونيا

تخصص: علم النفس العيادي

مسار: علاجات نفسية

ملذكرة لنيل شهادة الماستر

فاعلية مقارنة في العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع الإدمان على نبتة القات

(دراسة عيادية لحالة بحي جامعي في وهران)

تحت إشراف

أ.و. سبع فاطمة الزهراء

إعداد الطالب

علي حسن طاهر

أعضاء لجنة المناقشة

جامعة وهران 2

رئيسة

أ. لصقع حسنية

جامعة وهران 2

مشرفة ومقررة

أ. د. سبع فاطمة الزهراء

جامعة وهران 2

عضو مناقش

أ. محرز مليكة

جامعة وهران 2

عضو مناقش

أ. د. طباس نسيم

السنة الجامعية

2015-2014

الإهداء

إلى الذي لألأ العرق جبينه إكليلا... وشققت الأيام يديه وزادته هيبه وجلالا
الذي علمني أن الأعمال الخالدة لا تتم إلا بالصبر والجود والتكوان
أطال الله بقاءه، وألبسه ثوب الصحة والعافية، وتمعني بيره وأعاني على رد بعض من جميله

أبي ووالدي الغالي

إلى التي سهرت ليلها لترعاني... إلى مشاركة أفراحي وأتراحي

التي علمتني بحبها كيف أكون إنسانا رجلا

أطال الله بقاءها، وألبسها ثوب الصحة والعافية، وتمعني ببرها وأعاني على رد بعض من جميلها

أهلي الحبيبة

إلى ذات الروح الطاهرة... إلى التي ألبستني رُوحا وربحانا

أسكنها ربي -جل في علاه- بلطفه فسيح جناته

وأفرحها بلقياه يوم يقوم الأشهاد

والدتي الحبيبة

إلى اللذين كانوا معي دوما بقلوبهم... إلى فخر الفؤاد الداني

بهاء ثم سعادة ثم حبور في نظري أنتم وأنتم أجمعين

لخوتي وأخواتي الأحرار

وإلى كل من أحب لي الخير يوما.....عرفني أم لم يعرفني أهدي هذا العمل

علي

شكر وعرفان

الحمد لله حمدا يليق بجلاله السرمدي ومخيم سلطانه الباقي الوافي، والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين،

صاحب القلب الأنور والوجه الأزهر محمد بن عبد الله الصادق الأمين، أما بعد:-

فإنني أتوجه بالشكر الجزيل إلى معلمي وأساتذتي الأفاضل اللذين أشرفوا على تعليمي وتدريبتي طيلة 20 عاما

من عمري، فلولا جهودهم ورقيمهم في نقل معلوماتهم وتجاربهم إلي لما كنت ما عليه الآن، فجزاهم الله عن كل

خير أينما وكيفما كانوا.

وأخص بالذكر منهم أستاذتي المشرفة: الدكتورة سبع (فاطمة الزهراء)، التي كان لها فضل عظيم في إتمام

مذكرتي هذه، بتوجيهاتها القيمة وتأطيرها الفريد وأدبها الجم معي ومع زملائي.

كما أشكر الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على جهدهم المبارك والذي به يكمل العمل، من قراءة وتصحيح وتقويم

وتشذيب لأسطر هذه المذكرة.

والشكر موصول لزملائي وزميلاتي المميزين لما كان لهم من جميل الصبغة وطيب المعشر، جاعلين من أيام وسنين

الدراسة دانية حلوة.

ولا أنسى كذلك قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا في جامعة طهران، ممثلا بالإدارة والسكرتارية وهيئة

الأساتذة والقائمين على مكتبة العلوم الاجتماعية، وما يحويه من مسؤولين ثقات.

وأشكر كل من ساهم في إنجاز هذه الدراسة من قريب أو بعيد، حتى ولو بكلمة طيبة.

وأرجو من الله تبارك وتعالى أن يبارك في ما وفقه لي ويغفر التقصير والزلل، ويجعل النوايا خالصة لوجهه الكريم.

وأخيراً دعونا أن الحمد لله رب العالمين

قام الباحث في هذه الدراسة تحت عنوان: (فاعلية مقارنة في العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع إدمان على نبتة القات) بوضع تساؤل حول جدوى العلاج المعرفي السلوكي C. B. T. في المساعدة بالتخلص من الإدمان على نبتة القات *Catha Edulis Forsk*، وهي أحد النباتات ذات التأثير الفعال والمنبه للجهاز العصبي المركزي C. N. S. التي تنمو بكثرة في منطقة القرن الأفريقي وجنوب شبه الجزيرة العربية، مفترضاً أن لهذا النوع من العلاج النفسي دوراً إيجابياً وملموساً في التحسين من درجة التبعية على النبتة، مما يسهل من الإقلاع عنها. لذا فقد جمع الباحث أكبر قدر من المعلومات النظرية التي تحصل عليها ثم اختار المنهج العيادي كمنهج دراسة لتوفره على الشروط الإجرائية اللازمة، بعدها اختار حالة إدمانية واحدة لشاب جامعي هو (م. م.) يعاني من الآثار الاعتمادية النفسية على النبتة لدراسة حالته. ومقارنة علاجية قام الباحث بترتيب مجموعة من الجلسات العيادية لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي على مدى 3 أشهر، فتوصل إلى نتيجة أن لهذا النوع من العلاجات النفسية الأثر الإيجابي للتخلص من الإدمان على تعاطي القات.

الكلمات المفتاحية: الإدمان - المواد الفعالة - نبتة القات - العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract

The Researcher in this study put the question on the feasibility of **Cognitive Behavioral Therapy (C. B. T.)** in helping individuals to get rid of the addiction to a plant called: **KHAT (Catha Edulis Forsk)**, which is one of the stimulant plants that grows in abundance at the Horn of Africa and the southern Arabian Peninsula, and it has a major influential effect on the Central Nervous System (C. N. S.). Assuming that for this type of psychotherapy - the positive and significant role in reducing the degree of dependency on this plant - makes it easier for an individual to quit it. So, He (the Researcher) collected theoretical information that he obtained, then chose the Clinical curriculum as a way of study offered by the necessary procedural requirements, then chose a case of an addict (M. M.), a young man studying in university who was suffering from the effects of the psychological dependence on the Khat plant. As a therapeutic approach, the researcher arranged a series of clinical sessions for the application of Cognitive Behavioral Therapy in over three months. He then arrived at the conclusion that showed the effectiveness of (C. B. T.) in alleviating the dependence on KHAT.

The Key Words: *Addiction – Psychoactive Substances – Khat – Cognitive Behavioral Therapy.*

Résumé

Le chercheur dans cette étude a mis la question sur la faisabilité de **Thérapie Cognitivo-Comportementale (T. C. C.)** en aidant les individus à se débarrasser de la dépendance d'une plante appelée: **KHAT (Catha Edulis Forsk)**, qui est l'une des plantes stimulantes qui pousse en abondance de la Corne de l'Afrique et le sud de la péninsule arabique, et il a une influence effective et majeur sur le Système Nerveux Central (S. N. C.), supposant que pour ce type de psychothérapie le rôle positif et significatif dans l'amélioration du degré de dépendance à l'usage, ce qui rend plus facile de le quitter. Donc, Il (Le chercheurs) a recueilli des informations théoriques qu'il a obtenus, puis a choisi le programme clinique comme un moyen d'études offert par les exigences procédurales nécessaires, puis choisit un cas d'un jeune homme addictif qui étudie à l'université est: (M. M.) qui souffre des effets de la dépendance psychologique sur la plante de Khat pour étudier son cas. Et comme une approche thérapeutique, le chercheur a organisé une série de séances cliniques pour l'application de la Thérapie Cognitivo-Comportementale plus de trois mois. Ensuite, il a trouvé une conclusion qui montre l'efficacité de la (T. C. C.) en fonction de khat.

Les Mots Clés: *Addiction – Substances Psychoactives – Khat – Thérapie Cognitivo-Comportemental.*

فهرس المحتويات

أ.....	الإهداء
ب.....	الشكر والعرفان
ج.....	ملخص الدراسة
د.....	فهرس المحتويات
و.....	فهرس الجداول
ز.....	المقدمة

البناء المنهجي

I.....	إشكالية الدراسة
II.....	فرضية الدراسة
II.....	أهمية الدراسة
III.....	أسباب اختيار موضوع الدراسة
III.....	الصعوبات التي واجهت الباحث في الدراسة
IV.....	المنهج المتبع في الدراسة
IV.....	الدراسات السابقة
V.....	المصطلحات الإجرائية في الدراسة

الجانب النظري

الفصل الأول

الإدمان على المواد الفعالة

1.....	تمهيد
1.....	تعريف الإدمان على المواد الفعالة
5.....	النظريات المفسرة للإدمان على المواد الفعالة
9.....	أسباب الإدمان على المواد الفعالة
11.....	أضرار الإدمان على المواد الفعالة
12.....	تصنيف المواد الفعالة
14.....	الوقاية والعلاج من الإدمان على المواد الفعالة

16..... خلاصة الفصل

الفصل الثاني

نبذة القات (Catha Edulis)

17..... تمهيد

17..... نبذة تاريخية عن القات

18..... وصف نبتة القات

19..... المواد الكيميائية المسببة للإدمان في القات

20..... التأثيرات المترتبة من تعاطي القات

23..... خواص الإدمان على القات

23..... علاج الإدمان على القات

27..... خلاصة الفصل

الفصل الثالث

العلاج المعرفي السلوكي (C. B. T.)

28..... تمهيد

28..... نبذة تاريخية عن تأسيس العلاج المعرفي السلوكي

29..... تعريف العلاج المعرفي السلوكي

30..... مبادئ وخصائص العلاج المعرفي السلوكي

35..... فنيات العلاج المعرفي السلوكي

35..... مراحل العلاج المعرفي السلوكي

36..... نماذج دراسات في العلاج المعرفي السلوكي

37..... خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

38..... تمهيد

38..... المنهج المتبع في الدراسة

40..... التقنية العلاجية المستعملة في الدراسة

41	كيفية اختيار الحالة المتناولة في الدراسة
41	أساليب التشخيص والتقييم المستعملة في الدراسة
42	سيرورة الجلسات في الدراسة
45	الحدود المكانية والزمانية للدراسة
46	خلاصة الفصل

الفصل الخامس

عرض دراسة الحالة

47	المعلومات البيبلوغرافية عن الحالة
48	تاريخ الحالة
49	عرض محتوى الجلستين الأولى والثانية
53	التشخيص العيادي للحالة
53	نتائج الجلسات العلاجية مع الحالة
59	نتيجة الجلسة التتبعية الأخيرة

الفصل الختامي

61	النتيجة العامة للدراسة
61	مناقشة النتيجة العامة للدراسة
64	الخاتمة النهائية
65	الاقتراحات والتوصيات
68	قائمة المراجع
72	الملاحق

قائمة الجداول

2	الجدول (1) يقارن بين المعايير التشخيصية في (CIM 10) و(DSM 4) للإدمان على المواد
11	الجدول (2) يبين الأضرار المترتبة من تعاطي المواد الفعالة
43	الجدول (3) يبين شكل سيرورة الجلسات في المقاربة المعرفية السلوكية للتعامل مع إدمان القات لدى الحالة

المقدمة

المقدمة

تمحور دور علم النفس منذ نشأته الأولى حول محاولة فهم الذات البشرية بتعقيداتها الكثيرة وتناقضاتها اللا متمايزة، وقد وجه مختصو هذا العلم تفكيرهم قصد توسيع نطاق وعيهم للذات والكيان الإنساني. فدرسوا حالات السواء ووضعوا لها معايير وأساسا عديدة لم يتفوقوا عليها جميعا، ليتمكنوا بموجبها من معرفة وفهم أبعاد السلوك السوي والمرغوب فيه من قبل الفرد والمحيطين به، والذي يضمن له التكيف السليم والمتوازن مع غيره من بني جنسه والكون من حوله.

وبعد أن ميزوا السواء الإنساني إلى حد ما، اعتبروا كل مخالف لتلك المعايير داخلا في دائرة اللاسواء، وصنفوه بدوره إلى خانات وأنواع يسهلون بها توجهاتهم العلاجية التعديلية محاولين بذلك جعله أو إعادة جعله سلوكا سويا ومقبولا. فقاموا بابتكار علاجات وتقنيات عديدة تستند لوجهات النظر الخاصة لكل مجموعة من هؤلاء العلماء النفسانيين، يتعاملون بها مع السوي من السلوك للحفاظ عليه ومع اللاسوي (الاضطراب) لتعديله وتكييفه بحيث يصبح سلوكا سويا، آخذين بعين الاعتبار الأسباب المتعددة التي أدت إليه.

ومن بين أهم الاضطرابات التي صنفها النفسانيون: الاضطرابات المحدثة بالمواد الفعالة بأنواعها المختلفة وفي طبيعتها الإدمان Addiction.

ولكون موضوع الإدمان واحدا من الآفات والاضطرابات المخلة بالسواء الفردي وما يجره من حالات الانحلال الفكري والوجداني والعضوي، الذي ينعكس بعد ذلك على المجتمع كله، أولى النفسانيون وكثير من العلماء غيرهم عناية وتركيزا خاصا له.

وقد قام الباحث في هذه الدراسة التي تمثل مذكرة تخرج في علم النفس العيادي، والتي تحمل عنوان:-

(فاعلية مقارنة في العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع الإدمان على نبتة القات)

باختيار موضوع الإدمان وبالتحديد على نبتة القات والتي تشكل أحد الفئات الرئيسية الـ 11 التي تتكون منها المواد الفعالة Psychoactive Substances.

وقد قسمت هذه الدراسة كالتالي:-

❖ **البناء المنهجي** يوضح إشكالية وفرضية الدراسة، ثم الأهمية وأسباب اختيار الموضوع، بعدها يقوم بتعداد الصعوبات التي واجهت الباحث والمنهج المتبع فيها، وسرد الدراسات السابقة والمصطلحات الإجرائية.

❖ **الجانب النظري** ويتفرع بدوره إلى ثلاث فصول، هي:-

- **الفصل الأول:** حول الإدمان على المواد الفعالة، وفيه: تعريف مفهوم الإدمان ونظرياته، والأسباب المؤدية إليه كذلك الأضرار المترتبة منه، بعدها تصنيف تلك المواد وأخيرا طرق الوقاية والعلاج منها.
- **الفصل الثاني:** حول نبتة القات، وفيه: تاريخ القات ووصفه، وذكر المواد الكيميائية المكونة له والمسببة للإدمان عليه، ثم التأثيرات التي يخلفها وخواصه المميزة، ثم العلاج.
- **الفصل الثالث:** حول العلاج المعرفي السلوكي، وفيه: نبذة تاريخية عن نشأة هذا العلاج وتعريفه، ثم المبادئ والخصائص التي يبني عليها وكذلك فنياته ومراحله، وأخيرا بعض النماذج للمواد الفعالة والتي استعمل فيها.

❖ **الجانب التطبيقي** ويتفرع بدوره إلى فصلين، هما:-

- **الفصل الرابع:** يحوي على الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، من أساليب التشخيص والتقييم المتبعة في هذه المقاربة العلاجية، وكيفية سيرورة الجلسات فيها، وغيرها من الأمور.
- **الفصل الخامس:** ويندرج تحته عرض دراسة الحالة، من معلوماته الشخصية وتاريخه، ثم محتوى الجلسات الثلاثة عشر للمقاربة المعرفية السلوكية.

بعد ذلك انتهت الدراسة بفصل ختامي يدور حول المناقشة للنتائج العامة التي توصل إليها الباحث، متبوعة بالخاتمة، ومجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي رآها الباحث على أنها ضرورية للحد من ظاهرة الإدمان على القات في المجتمعات التي يكثُر فيها ذلك.

فاعلية مقارنة في العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع
الإدمان على نبتة القات

(دراسة عيادية لحالة بحري جامعي في ولاية وهران)

البناء المنهجي

إشكالية الدراسة

يلقى موضوع الإدمان **Addiction** على المواد الفعالة الكثير من اهتمام الشعوب ومجهوداتها التي تقوم بها هيئاتها الرسمية والغير رسمية (وطنيا وإقليميا ودوليا)، جراء المخاطر الهائلة التي يسببها على صعيد الأفراد والجماعات، مما جعل هذا الموضوع يدرج في معظم الأجنحة الدولية التي تعنى بالأمن القومي في العالم.

والملفت للنظر أن ظاهرة الإدمان هذه أصبحت في الآونة الأخيرة تتردد بوتيرة وبائية إذا ما قورنت بالعقود القليلة الماضية، لعل ذلك بسبب العديد من العوامل المتداخلة التي ضاعفت من حدة التعاطي لدى بعض أفراد المجتمع كالعوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية والإعلامية، الأمر الذي دفع الكثير من المختصين في شتى الحقول العلمية إلى تكثيف محاولاتهم المضنية وتسريع أنماطها للتصدي لهذا التهديد أو التقليل من أضراره الكارثية قدر الإمكان، عن طريق الندوات والحملات والدراسات العلمية المختلفة.

وقد عرّفت هيئة الصحة العالمية W.H.O. (سنة 1973م) الإدمان (الاعتماد) على تعاطي المواد، بأنه: "حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع عقار، ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي ذلك العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة" (عادل الدمرداش 1982م، ص:20).

ومن خلال هذا التعريف يمكن استنباط المآزق الكبير الذي يقع فيه الفرد المدمن على المواد الفعالة، ومدى إمكانية تدهور معاشه النفسي وتفاعله مع محيطه الاجتماعي الذي ينتمي إليه، الأمر الذي قد يعرضه إلى فقدان توازنه الحياتي برمته. لأجل ذلك كله، قام الباحثون في موضوع الإدمان على المواد بتصنيف المواد الفعالة إلى عدة تصنيفات من منطلقات عدة لكثرة تشعباتها، ليضعوا تلك الأصناف في خانات يحددون بها مميزات كل صنف من تلك المواد، بعوامل تفريقية كالتأثيرات التي تسببها أو طريقة إنتاجها أو نوع الإعتماد الذي تخلفه وغيرها من العوامل الأخرى.

وذلك لتسهيل تحديد نوع الخطط العلاجية المناسبة المستعملة للإقلاع عن هذه المواد، خططاً تتكون من علاجات دوائية طبية وكذلك نفسية لعل من أهمها العلاج المعرفي السلوكي **Cognitive and Behavioral Therapy**، الذي نشأ منذ أواسط القرن العشرين على يد علماء نفس كألبرت إليس

Albert Ellis وآرون بيك Aroan Beck، كعلاج ينبني على فكرة أن للأفكار التي يتبناها الفرد إيجابية كانت أم سلبية دور وتأثير واضح في نشوء السلوك.

ولتعدد أنواع تلك المواد، فقد قام الباحث بتناول أحدها كموضوع لهذه المذكرة وهي النبتة المسماة ب: **القات** **Catha Edulis** التي تم إدراجها في القوانين الدولية لأول مرة منذ عام 1971م، باعتبارها أحد النباتات الفعالة نفسيا وعصيبا لاحتوائها على مواد كيميائية ضارة ومسببة للإعتماد لدى تعاطيها، لمعرفة مدى جدوى العلاج المعرفي السلوكي C. B. T. في معالجة إدمان هذه النبتة (القات).

لذا فقد خلصت إشكالية هذه الدراسة بالتساؤل الجوهرى التالي :-

- هل يمتلك العلاج المعرفي السلوكي الفعالية الكافية لمساعدة مدمن نبتة القات على الإفلاع منها؟

فرضية الدراسة

انطلاقا من التساؤل السابق، جاءت فرضية تسعى هذه الدراسة إلى التثبت منها، وهي :-

- تعتبر الأساليب المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي ذات دور إيجابي وفعال للتخلص من الإدمان الذي تخلفه نبتة القات لدى الشخص المتعاطي لها.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في الهدفين التي تسعى إلى تحقيقهما، وهما :-

- **الهدف العلمى:** إثراء حقل العلوم الإنسانية عموما، وعلم النفس العيادى خصوصا فى العالم العربى حول موضوع الإدمان على المواد، بإضافة موضوع القات واعتماده النفسى الذى -حسب رأى الباحث - يعانى نقصا حادا مع أنه يعد أحد أقدم المواد الطبيعية الفعالة فى العالم.
- **الهدف العملى:** تكييف مقارنة فى العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الإدمان على تعاطى القات، لتطبيقها ميدانيا.

أسباب اختيار موضوع الدراسة

- أسباب ذاتية: حاجة الباحث إلى الاستكشاف أكثر في موضوع إدمان القات وكيفية علاجه نفسياً، ومرد تلك الحاجة كون انتمائه إلى أحد البلدان التي يكثر فيها نسبة متعاطي القات والتي تعد مجاورة لمنشأ هذه النبتة، وما رآه من قلة التوعية حول هذا السلوك المضر في بيئته، والثقة بفكرة أن علم النفس وفروعه والأبحاث التي يؤديها تهدف في المقام الأول إلى تحسين حياة الناس.
- أسباب موضوعية: إن اختيار العلاج المعرفي السلوكي كان وراءه وقوف الباحث على النتائج التي حققها المعالجون اللذين استخدموا هذا العلاج في ميدان الإدمان على المواد، ولأن نبتة القات ودراساتها كانت من قبل رغبة ذاتية، فإن هذا النوع من العلاج يعتبر الأفضل من بين الأنواع الأخرى المتاحة بالنسبة للباحث. وقد ذكرت (Kathleen M. Carroll) في مقارنتها المعرفية السلوكية لعلاج إدمان الكوكايين -الشبيه لتأثير القات- الصادر من قسم الصحة والخدمات الإنسانية التابع للمعهد الوطني للصحة بأمريكا، أنه توجد عدة عوامل تجعل العلاج المعرفي السلوكي ناجحاً في التعامل مع حالات الإدمان على المواد:-
 - أنه علاج قصير المدى بالمقارنة بالعلاجات الأخرى المستعملة في البرامج الإكلينيكية.
 - يحوي على صلابة إمبريقية تم التثبت من فعاليتها في العديد من الحالات العلاجية.
 - موجه نحو هدف محدد، ويركز كذلك على المشاكل الآنية لدى العميل.
 - يعتبر علاجاً مرناً بحيث يمكن تكيفه ليكون بأشكال عدة، كعلاج فردي أو جماعي.
 - يمكن مزجه مع علاجات أخرى، كالعلاج الفارماكولوجي (الدوائي) وغيره بسهولة.
 - لا يحوي على مخاطر أو أي أعراض جانبية.

الصعوبات التي واجهت الباحث في الدراسة

وأهم ما واجه الباحث في هذه الدراسة، ما يلي:-

- عدم حصول الباحث على دراسات عربية أو أجنبية تناولت العلاج المعرفي السلوكي لإدمان القات، مما دفعه إلى استنباط مقارنة علاجية عن طريق تكيف بعض المعلومات والتقنيات المطبقة على مواد شبيهة للنبتة ولتأثيراتها السريرية.

- يُعد مكان إجراء البحث عن الموقع الأصلي للنبته وأماكن انتشارها، بحيث تعرقلت إمكانية تطبيق العلاج مع عدة حالات تعاني من الإدمان عليها وسوء استخدامها، مما قد أثر سلبا على عمق وشمولية الدراسة، خاصة في الجانب التطبيقي.
- المشاكل التي واجهت الباحث في الوصول إلى الحالة المدروسة.

المنهج المتبع في الدراسة

يشكل **المنهج العيادي الإكلينيكي** المنهج الذي اتبعه الباحث في هذه الدراسة، كونه يرسم نظرة متكاملة عن الحالة المتناولة بشكل معمق، حيث يفسر به الباحث ديناميكية نشوء الاضطراب أو السلوك الغير السوي والمستهدف.

الدراسات السابقة

بعد بحث طويل عن دراسات تناولت موضوع القات وعلاجه النفسي أو الدوائي، لم يجد الباحث إلا دراسات ركزت على الآثار البدنية والنفسية السلبية التي يخلفها القات على الشخص المتعاطي له، وفضل ذكرها على سبيل زيادة الفائدة، ومن بين تلك الدراسات المتحصل عليها:-

- **دراسة جامعة الدول العربية (1983م)** بهدف التعرف وتحديد الآثار الصحية والنفسية لتناول نبتة القات على عينة عشوائية، والتي اتضحت في نتائجها أن للقات آثارا على الفرد من الناحية الجسدية والنفسية.
- **دراسة جامعة مقديشو (1983م)** لمعرفة التأثير العصبي والفسولوجي لنبتة القات، وهل لها نفس تأثير الإمفيتامينات؟، وطبقت هذه الدراسة على عينة من الذكور، وأتت نتيجة البحث أن للقات تأثيرا عصبيا فسيولوجيا مشابها للإمفيتامينات.
- **دراسة جون كينيدي وآخرون (1983م)** بهدف تقييم التأثيرات الرئيسية لنبتة القات، وتوصل أن تعاطي القات يسبب اعتمادا نفسيا وليس عضويا.
- **دراسة جيجر وآخرون (1994م)** وهدفت إلى معرفة ما إذا كانت هناك أعراض ذهانية تنتج عن تعاطي نبتة القات على بعض الحالات المرضية في مستشفى هيث هرتون بأستراليا، وثبت من خلال الفحوصات الإكلينيكية وجود ذهان يشبه الذهان الناتج عن تعاطي مادة الإمفيتامين وذهان البارانونيا.

- دراسة محمد العبدلي (2001م) التي أجريت على 100 مريض في عيادة لطب الأسنان بهدف معرفة ضرر مضغ القات على الفم والأسنان، وخلصت الدراسة أن للقات ضررا على اللثة والأنسجة حول السنية.
- دراسة سيمون إيوت وجولي إيفانز (2010م) ببريطانيا، طبقت على 203 حالة لمدة سنتين، بهدف دراسة العلاقة بين الكاثينون (أهم مكون كيميائي في القات) وحوادث الانتحار، وخلصت الدراسة إلى أن الكاثينون هو أكثر المواد الفعالة المسماة بـ(N.P.S.) ارتباطا بظاهرة الانتحار.

المصطلحات الإجرائية في الدراسة

- المقاربة: هي الطريقة التي يتناول بها الباحث دراسة موضوع ما، وتعتبر أساسا نظريا يتكون من مجموعة مبادئ يبنى عليها البرنامج أو المنهاج المعد للدراسة.
- العلاج المعرفي السلوكي (C.B.T.): هو عبارة عن تيار حديث ذو اتجاه معرفي يقوم على إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة تحدث ردود فعله الغير متكيفة، ويهدف إلى تعديل المعارف المشوهة واستبدالها بأخرى أكثر ملائمة لإحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية.
- الإدمان (Addiction): حالة تنشأ من تكرار تعاطي الدواء أو تعاطيه باستمرار، مما ينتج ضررا للفرد وأحيانا للمجتمع، ويشعر الشخص برغبة واحتياج أو اضطراب للاستمرار في تناول الدواء، ويشعر بالسقم إذا حرم منه فجأة.
- المواد الفعالة (Psychoactive Substances): اسم يطلق على كل مادة لها تأثير أو مفعول على الجهاز العصبي المركزي للإنسان سواء كانت منبهة أو مسكنة أو مهلوسة، وتستعمل بعض المراجع والبحوث مصطلح المخدرات للدلالة على هذه المواد.
- القات (Catha Edulis): أحد أنواع النباتات المنبهة المنتمية إلى عائلة Celastraceae، والتي تمتاز بتأثيراتها المنشطة للجهاز العصبي المركزي C.N.S، بسبب احتوائها على مواد كيميائية فعالة كالكاثين Cathine والكاثينون Cathinone (حمام الملح)، يقوم المتعاطي بمضغ أوراق وسيقان النبتة وتخزينها في أحد جانبي الفم، ويبلع العصارة مع اللعاب مما يطلق مفعولها، وتسبب هذه العادة الاعتماد النفسي لدى الشخص.

الجانب النظري

الإدمان على المواد الفعالة

تمهيد

- I. تعريف الإدمان على المواد الفعالة وبعض المفاهيم المتعلقة به
- II. النظريات المفسرة للإدمان على المواد الفعالة
- III. أسباب الإدمان على المواد الفعالة
- IV. أضرار الإدمان على المواد الفعالة
- V. تصنيف المواد الفعالة وطرق تعاطيها الشائعة
- VI. الوقاية والعلاج من الإدمان على المواد الفعالة

خلاصة الفصل

عانت البشرية على اختلاف أجناسها من قديم العصور وحتى اليوم من الإدمان على المواد الفعالة نفسياً وعصبياً، سواء المواد الطبيعية منها أو المصنعة، وازداد انتشار هذا الوباء في المجتمعات المعاصرة بين الصغار والكبار، وبين الرجال والنساء على اختلاف شرائح المجتمع، وتم تعاطيها بشكل فردي وجماعي، سري وكذلك جهري. والملفت للنظر أن المعنى العام لمصطلح (الإدمان) لا يقتصر على اقتترانه بالمواد فقط، بل أن العلماء قد قاموا بتحديد عدة سلوكيات متفرعة غير مقتزنة بعقار أو مادة، منها على سبيل المثال: الإدمان على العمل، أو على شبكة الإنترنت، وعلى الأكل في الشراهة المرضية، أو على الجنس وماله علاقة به كالإدمان على الأفلام أو الصور الإباحية، وغيرها من السلوكيات ذات الطابع الغير سوي. وقد اقتصر الباحث في هذا العمل على موضوع الإدمان على المواد، كونه يدخل في أولوية هذه الدراسة وأهدافها.

تعريف الإدمان على المواد الفعالة

وبعض المفاهيم المتعلقة به

I. تعريف الإدمان على المواد:-

يعرف الإدمان **Addiction** أو الاعتماد **The Dependence**¹ على المواد الفعالة² بأنه:-
 "حالة تنشأ من تكرار تعاطي الدواء أو تعاطيه باستمرار، مما ينتج ضرراً للفرد وأحياناً للمجتمع.
 ويشعر الشخص برغبة واحتياج أو اضطراب للاستمرار في تناول الدواء، ويشعر بالسقم إذا حرم منه فجأة"
 (Bennett & Brown 2007, p: 199).

ويمكن وصف الإدمان على المواد بالآتي:-

- الإعتماد النفسي: الذي يظهر أولاً، بضيق عاطفي عند سحب الدواء، ولا يشترط الإعتماد العضوي.
- الإعتماد البدني: ويصاحب الإعتماد النفسي على بعض المواد، ويكون بظهور اعتلال بدني عند سحب الدواء بالامتناع عنه.

1. استخدمته هيئة الصحة العالمية W.H.O منذ أوائل الستينيات ليحل مكان مصطلحي الإدمان Addiction والتعود Habituation اللذين كثر حولهما الجدل في تمييزهما عن بعضهما منذ العشرينيات وحتى الستينيات، ولكنة تداول مصطلح (الإدمان) في الكتابات العربية ذكره الباحث في هذه الدراسة وإن كان يجب مسمى (الاعتماد).
 2. فضل الباحث مصطلح المواد الفعالة (نفسياً وعصبياً) على مسميات أخرى كالمخدرات لكثرة الجدل حول الاتفاق على ما تدل عليه، حيث يذهب البعض أن المخدرات من فعل خدر وتطلق فقط على المواد المسكنة للجهاز العصبي المركزي مثل الهيروين، ولا تشمل على المواد المنبهة له مثل الكوكايين، في حين يقول البعض الآخر أن مصطلح المخدرات قد يطلق عليهما معاً، ويستثنون فقط الكحوليات والنيكوتين (التبغ)، لذا كان من الأجدر استعمال مصطلح المواد الفعالة للدلالة على كل ماله تأثير على الإنسان نفسياً وعصبياً، لتجنب الدخول في مثل هذه المتاهات الاصطلاحية.

- التحمل: الذي يحتم زيادة الجرعة للحصول على الأثر نفسه، ويصاحب الإعتماد البدني عادة.
- وقد أدرج كل من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية (CIM 10)، والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM 4)، المعايير التشخيصية للإدمان على المواد كالتالي:-

معايير التشخيص وفقاً لـ (DSM 4)	معايير التشخيص وفقاً لـ (CIM 10)
<p>ظهور 3 أو أكثر من ما يلي، طيلة 12 شهراً:-</p> <ul style="list-style-type: none"> . حدوث التحمل . ظهور متلازمة الامتناع (الانسحاب) . غالباً تؤخذ المادة بمقادير أكبر لفترة أطول مما كان مقصوداً . رغبة متواصلة وجهود غير ناجحة لتحكم بالتعاطي . بذل كثير من الوقت في نشاطات اضطرارية للحصول على المادة . هجر وخفض النشاطات الأخرى سوى التعاطي . تواصل استخدام المادة رغم العلم بالمشاكل المترتبة 	<p>ظهور 3 أو أكثر من الظواهر التالية:-</p> <ul style="list-style-type: none"> . رغبة قوية لتعاطي المادة . صعوبة في التحكم في السلوك الإدماني سواء من حيث الشروع فيه أو الانصراف عنه أو مستويات التعاطي . ظهور متلازمة الامتناع (الانسحاب) . حدوث التحمل . الانصراف المتزايد عن وسائل المتعة أو الاهتمامات الأخرى بسبب التعاطي . الإصرار على التعاطي رغم الأضرار الواضحة

الجدول رقم (1): يقارن بين المعايير التشخيصية في (CIM 10) و (DSM 4) للإدمان على المواد

II. المفاهيم ذات العلاقة بالإدمان على المواد

وهناك خصائص وحالات مميزة للإدمان على المواد (الخاني 2006، ص: 171-173)، والتي يستعملها الباحثون في هذا المجال، وهي كالتالي:-

1) **الإعتياد النفسي¹ Habituation**: وهي حالة تنشأ لدى الشخص من تناوله لبعض المواد الفعالة حيث يشعر المعتود بحاجة ملحة لتناول المادة عندما يتوقف أو يمتنع عنها، وبالشوق الزائد لتكرار تناولها لما تحدثه لديه من شعور بالارتياح والبهجة، في حين أن توقفه أو امتناعه المستمر عن تعاطيها يشعره بالتوتر والاكتئاب، دون أن يتشكل لديه زيادة تحمل لها أو دافع داخلي يقهره أو يجبره بشدة على العودة لتعاطيها،

1. ويسمى حالياً الإعتماد النفسي وهو مشتق من (التعود): أي العادة وهي الاستعدادات السلوكية المكتسبة والمتعلمة، التي يكونها الفرد تجاه نمط حياتي ماء وتتكون بشروط منها: (الدافع/ التكرار/ الاهتمام/ الإرادة/ الانتباه)، وقد تكون بأنواع: (جسدية أو حركية أو عاطفية أو عقلية أو خلقية اجتماعية). (جنان سعيد الرحو 2005م، ص: 103 إلى 106).

فهذا الإعتياد النفسي ينحصر تأثيره في الشخص نفسه، ولا يتعداه -غالباً- إلى حدوث آثار سيئة منه نحو الآخرين.

ومن أمثلة المواد المسببة للإعتماد النفسي (الإعتياد): (الكوكايين، الكافيين، و القات).

(2) التحمل Tolerance: هو نوع من تكيف الجسم مع مفعول كمية معينة من المواد الفعالة، وهذا التكيف يؤدي بدوره إلى تناقص التأثير المرغوب به من تناول هذه الكمية، و بالتالي الحاجة الملحة لزيادة الجرعة التي يتناولها منها كي يحصل على التأثير المرغوب، وذلك بعد تعاطي مستمر ومتكرر لفترة من الزمن لتلك المادة، لدرجة أن يصل الفرد إلى تعاطي يومي لكميات متزايدة من المواد (بالذات المواد المسببة للإعتماد العضوي كالكحول والمورفين)، إلى الحد الذي يكفي لقتل الإنسان العادي الذي لم يتناولها سابقاً. ويمكن أن ينتقل أثر التحمل من مادة إلى مادة أخرى من الفئة نفسها أو من فئة قريبة ويسمى ذلك بالتحمل المتعدد Cross Tolerance (مصطفى سويف 1996م، ص: 23).

(3) الإعتياد العضوي Organic Dependence: وهو حالة عضوية و نفسية ذات مظاهر فيزيولوجية وسلوكية ومعرفية، تتكون لدى الشخص من معارفته لمادة فعالة لتكيف الجسم على هذه المادة، وهو تسمم مزمن يسببه تعاطي الشخص لكميات كبيرة من هذه المادة أو بشكل متكرر، وينتج اضطرابات جسمية ونفسية أو مشاكل اجتماعية تختلف من صنف إلى آخر من هذه المواد، وتظهر هذه الاضطرابات عندما يتوقف الشخص بشكل مفاجئ عن تعاطيها الكامل أو الجزئي، وتكون دائماً مسبقة باعتماد (اعتماد) نفسي، ومن خصائص الإعتياد العضوي:-

- اللهفة Craving وهو دافع داخلي قاهر لدى الشخص يجبره للسعي في الحصول على هذه المواد بأية وسيلة، والاستمرار في تعاطيها لتخفيف أو منع حدوث أعراضها الإنسحابية.
- زيادة تحمل الجسم للمادة المعتاد عليها.
- ظهور أعراض متلازمة الانسحاب (الامتناع).
- الإصرار في تعاطيها على الرغم من ظهور الاضطرابات والمشاكل الناتجة عنها
- الانصراف المتزايد من وسائل المتعة والاهتمامات البديلة، إلى تناول هذه المواد.

ومن أمثلة المواد المسببة للإعتماد العضوي: (الكحوليات، الباربيتورات، المورفين وبعض مشتقاته كالمروين).

(4) الحالة الإنسحابية Withdrawal State: هي حالة تنشأ بعد التوقف بشكل مفاجئ جزئياً أو كلياً عن معاقرة المواد الفعالة، بعد تعاطيها بجرعات كبيرة أو معاقرتها لفترة طويلة (أي بعد أن يحصل لدى

الشخص زيادة تحمل لها)، وتتكون من مجموعة أعراض جسدية ونفسية عامة (قلق، اكتئاب، اضطرابات النوم... الخ) والتي تختلف في عناصرها وفي شدتها، وفي بداية ظهورها بعد التوقف، وفي مسارها باختلاف المادة المستعملة، وباختلاف جرعاتها التي كانت تستعمل قبل التوقف مباشرة، وقد تكون شديدة وتتطلب العناية الطبية المركزة، ومن صفات هذه الحالة أن أعراضها تخف غالباً بعد عودة الشخص لتناول المزيد من المادة المعتمد عليها.

(5) **التكيف العصبي Neuroadaptation**: وهو عبارة عن مجموع التغيرات العصبية المصاحبة لكل من التحمل وظهور أعراض الانسحاب، وقد تكون تغيرات مزعجة جداً كما في حالة الأفيونات أو قد تنشأ عند الشخص دون ملاحظة أي مظاهر معرفية أو سلوكية (مصطفى سويف 1996م، ص: 22).

(6) **التسمم Toxicity**: وهو حالة عابرة، تنشأ غالباً من البدء بتناول إحدى المواد الفعالة حديثاً أو تناولها بجرعات كبيرة، ويمكن أن يظهر التسمم حتى ولو بجرعات قليلة لدى المصابين بقصور كلوي أو كبدي، وتكون أعراضه كالتالي:-

- اضطراب مستوى الوعي.
- اضطرابات القدرات المعرفية ك(الانتباه، الذاكرة، الإدراك، التفكير، الحكم على الأمور).
- اضطرابات الكلام والسلوك والانفعال وغيرها من الوظائف الحركية والعصبية والنفسية.
- اضطرابات عصبية ودية Sympathetic.
- اضطرابات وجدانية.

(7) **التسمم الطارئ Emargance Toxicity**: هو حالة من العدوانية والسلوك العنيف الذي لا يتناسب مع سلوك الشخص المعروف عنه، تنشأ هذه الحالة لدى بعض الأشخاص المستعدين فجأة عندما يتناول أحدهم كمية من المواد الفعالة، والتي لا تسبب عادة تسمماً لدى معظم الناس.

(8) **التعاطي الضار Harmful use**: وهو سوء استخدام المواد الفعالة نفسياً وعصبياً بشكل مستمر ومزمن وبمقدار متزايد، ويرتبط غالباً بمشاكل فردية واجتماعية متنوعة.

(9) **سوء الاستخدام Abuse Substances**: هو الإفراط في استعمال مادة فعالة بصورة متصلة أو دورية بهدف الشعور بالراحة أو بدافع الفضول، وهو أقل مستوى من الإدمان. (عادل الدرمداش 1982م، ص

النظريات المفسرة للإدمان على المواد

توصلت العديد من مدارس علم النفس إلى وضع نظريات علمية عديدة ومختلفة في جانب وجهات النظر، لتفسير السلوك الإدماني وكيفية حدوثه وتطوره، ومن بين أشهر وأكثر هذه النظريات شيوعاً، ما يلي:-

1) النظرية التحليلية: فسرت هذه النظرية السلوك الإدماني في ضوء الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وتشمل هذه الاضطرابات عمليات الإشباع العضوي وعملية النمو الجنسي في المرحلة الفمية والقضيبية (الأوديبيية) التي يحتل فيها نضج الأنا، وتظهر فيها مخاوف مثل: الخوف من عدم الإشباع والخوف من الخضاء، ومن الاستمناء الطفلي وما يصاحبه من مشاعر الإثام، فضلاً عن اضطرابات علاقات الحب بين المدمن ووالديه، وظهور ثنائية العواطف، وتحول موضوع الحب الأصلي إلى موضوع العقار (سعد المغربي 1963م، ص: 419).

ويعنى آخر فإن هذه النظرية تركز في تفسيرها للإدمان على الصراعات النفسية التي ترجع أساساً إلى:-

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي الشبقي في المرحلة الفمية التي ينكص إليها الفرد.
- الحاجة إلى الأمن.

- الحاجة إلى إثبات الذات (عادل الدمرداش 1982م، ص: 24).

وبذلك فإن المادة الفعالة تكون بالنسبة للشخص كدعم نفسي وذاتي يخلصه من القلق والتوتر المعاش، باحثاً بذلك عن التوازن بينه وبين واقعه.

2) النظرية السلوكية: تذهب هذه النظرية بالقول أن الإدمان على المواد سلوك متعلم، إذ يمكن أن يتناول الفرد مادة فعالة تحت أي ظرف (للتجربة مثلاً)، فيستحسن ذلك فيعيد التجربة بحثاً عن نفس الإحساس، وقد أكد ستولرمان Stolerman 1991م ذلك بقوله: "أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن المادة الفعالة يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافآت) على شكل تجارب شرطية وتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبياً بتأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار". (حسين فايد 2004م، ص: 359).

كما أن المشيرات الخارجية كالأصدقاء المدمنين أو رؤية مكان تناول المادة الفعالة، يمكن أن تؤدي إلى الشروع في تعاطيها، وحتى الإبقاء على ذلك التعاطي في حالة ارتباطه بتعزيزات لاحقة، منها الشعور بالنشوة مباشرة بعد تناول المادة، كما أن المدعمات الإيجابية (الإحساس بالنشوة) تترادف بفضل التدعيم السلبي (الابتعاد عن المواقف المثيرة للقلق).

وتعتبر هذه النظرية كذلك أن المكافآت الإيجابية النفسية ك(النشوة، تجنب القلق) ليست وحدها سببا كافيا لحدوث الإدمان على المواد، بل هناك مكافآت اجتماعية أيضا، وهي القبول الذي يتلقاه الشخص المعتمد من قبل جماعة المتعاطين، والذي يفقده شيئا فشيئا من جماعته الأصلية.

3) النظرية المعرفية: تم النظر إلى العوامل المعرفية للإدمان على المواد باهتمام متزايد في السنوات العشر الأخيرة، واستبدل النموذج المرضي القديم -والذي كان ينظر إلى الشخص على أساس أنه يعاني من مرض حد من سيطرته على أفعاله- بنموذج التحكم (الضبط الذاتي) الجديد، والذي يؤكد على مساهمة الأفراد من خلال أفكارهم وأفعالهم في إدمانهم على المواد الفعالة. (آرون بيك وآخرون 2002م، ص: 251).

أي أن النظرية المعرفية تعتبر أن هناك سيرورات معرفية متعلقة بتعاطي المواد، تتشكل من أفكار ومعتقدات خاطئة، وقد حدد آرون بيك أكثر هذه المعتقدات تأثيرا وأسماءه: "معتقد انعدام الخطر" الذي يتبناه المتعاطي، بحيث يعتبر أنه بتعاطي جرعة واحدة من المادة الفعالة أو حقنها في الوريد فإنه بذلك في مأمن عن الخطر (قماز فريدة 1998م، ص: 73).

كما تعتبر هذه النظرية كذلك أن تعرض الفرد إلى مثيرات منشطة داخلية ك(القلق، الاكتئاب، الغضب... الخ) أو خارجية متعلقة بالأماكن والأشخاص الذين لهم علاقة بالمادة الفعالة، قد تجعله يتجه إلى الإتيان بهذه السلوكيات، وبذلك تعتبر هذه المثيرات المنشطة عوامل خطر معرفية تعمل على تنشيط المعتقدات القاعدية التي تأخذ شكلين أساسيين هما:-

- معتقدات التوقع: وتبنى من عمليات معرفية تربط الأحداث بما يتم توقعه من نتائج، إذ أن في حالة الإدمان على المواد الفعالة تكون لدى الفرد توقعات إيجابية للإعتماد أكبر من عدد وقيمة التوقعات السلبية، وهذه التوقعات تعزز في مجال الخبرة قصيرة المدى، وغالبا ما تشتمل على توقع المتعاطي لارتفاع الفعالية الاجتماعية بعد استعماله للمادة الفعالة.

- معتقدات التسكين: حيث يختبر الفرد إمكانية المادة الفعالة في تخفيض وتسكين استجاباته الجسدية العضوية للضغوط الحياتية، وبذا تشجعه على استخدامها في مواقف معينة مثل: الاستجابة والحساسية للضغط (محمد محروس الشناوي 1998م، ص: 442).

وبذلك تفسر النظرية المعرفية السلوك الإدماني الناشئ من المادة الفعالة على أنه الأثر النهائي لتنشيط مجموعة من المعتقدات (البنىات المعرفية) التي تقف وراءه.

4) **النظرية الوراثية:** تفسر هذه النظرية سلوك إدمان المواد على أساس وراثي، أي أن خاصية الإدمان على المواد الفعالة تنتقل من الآباء إلى الأبناء كما هو الحال بالنسبة للصفات الوراثية الأخرى، وقد استمدت أدلتها انطلاقاً من دراسات على الحيوانات في المختبر، وعلى التاريخ العائلي وعلى التوائم وعلى حالات التبني، ودراسة السمات السلوكية والنفسية العصبية، من بينها دراسة (وولكر Walker) التي قام بها على الفئران، ولاحظ أن الفئران التي تعلم آباؤها الإدمان على المواد كانت تدمن هي أيضاً عليها بدون تدريب. وأكد وولكر في دراسة أخرى له على العائلات الإدمانية، أن نسبة حدوث الإدمان لأبناء المتعاطين تتراوح ما بين 13 إلى 17 أضعاف بالمقارنة بنسبة حدوث ذلك مع أبناء الغير متعاطين لتلك المواد (عفاف عبد المنعم 2003م، ص: 79) مما يشير أن الميول الإدمانية تظهر عند الأفراد من نفس العائلة. وفي نفس السياق فقد أوضحت هيئة الأمم المتحدة U.N. في دراسة لها على الأطفال والمواد الفعالة، أن آلاف الأطفال في العالم يولدون مدمنين على الهيروين بسبب تعاطي أمهاتهم لهذه المادة، فيكون أول شيء يعرفونه هو الألم الحاد الناشئ من الانقطاع عن تعاطيه (الأعراض الإنسحابية) (فريدة طايبي 1998م، ص: 35).

5) **نظرية التعلم الاجتماعي:** تفترض هذه النظرية أن السلوك الإدماني كغيره من السلوكيات الأخرى ما هو إلا نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية، والتي من خلالها يكتسب الفرد مفهوماً عن معنى هذا السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكناً ومرغوباً فيه. ويعتبر باندورا Bandura أن كل ما يتعلمه الإنسان من سلوك يحدث وفق مبدئين هما: الملاحظة والتقليد (A. Bandura 1976, p: 29)، كما يعتبر جوليان روتر J. Rotter أن السلوك المرضي هو السلوك الغير مرغوب فيه وفق مجموعة من المعايير والقيم، وأنه سبق تعلمه واحتفظ به الفرد لتوقعه بشكل كبير أن هذا السلوك يؤدي إلى تدعيم تلك القيم (حسين فايد 2004، ص: 374)، أي أن الانحراف هو سلوك متعلم يريد الفرد من خلاله التغلب على الفشل والحصول على النجاح، وفي حالة التعاطي تتدخل بصورة أساسية - النواتج المباشرة لاستخدام المادة الفعالة، وهي خفض التوتر والحصول على اللذة، والنواتج الرمزية كالحصول على صداقات حميمة مع الأصدقاء المتعاطين. وقد حدد بيكر Piker خطوات التعلم الاجتماعي لتعاطي المواد الفعالة (عفاف عبد المنعم 2003م، ص: 89)، كالتالي:-

- تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطي التي تؤدي إلى آثار اعتمادية فعلية للمادة: في البداية لا يحصل المبتدئ على اللذة المطلوبة لعدم معرفته الجيدة بالطريقة والكمية الصحيحة، ولكي يحدث ذلك يتعلم الطرق الصحيحة من المدمنين الآخرين بالملاحظة والتقليد.

- التعرف على الآثار التحذيرية وربطها باستعمال المادة الفعالة: وتتضمن هذه الخطوات عاملين هما: آثار المادة الفعالة (سواء بالتنبيه أو التخدير والتثبيط) وربط هذه الآثار في ذهن المتعاطي، حيث بتكرار التجربة يزداد تقدير المتعاطي لآثار المادة الفعالة، فيواصل تعلم الوصول إلى قمة النشوة.

- تعلم الاستمتاع بآثار المادة الفعالة: وهذه الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطي، وهي تحدث من خلال التفاعل الاجتماعي مع المدمنين الآخرين ذوي الخبرة الإدمانية الطويلة، حيث يؤثرون على المتعاطي المبتدئ ويدربونه على أن يجد اللذة في التعاطي، بالرغم من التجربة الأولى المؤلمة، ويجولون انتباهه إلى الجوانب المريحة من آثار المادة الفعالة.

(6) **النظرية الاجتماعية:** يعتبر علماء الاجتماع أن الإدمان على المواد عبارة عن سلوك انحرافي يتخذه الفرد تعبيرا منه عن رفضه الإمتثالية والمسايمة للمعايير والقيم السائدة في المجتمع، أي أن الفرد يلجأ إلى هذا السلوك نتيجة مشاعر الاغتراب والتباعد القوية التي يكنها تجاه المجتمع، ما يدفعه إلى تبني ثقافة الإدمان على المواد كثقافة فرعية خاصة به.

ويؤدي انتشار ظاهرة الإدمان على المواد الفعالة في كل المجتمعات إلى التغيير في تركيب الأسرة ووظيفتها، وإلى ضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية البحتة التي تجعل الإنسان عموما والمراهق خصوصا يشعر بعدم الاطمئنان والثقة في المجتمع الذي ينتمي إليه، فيتمرد عليه بتكوينه لجماعات فرعية خاصة به من سماتها تعاطي ومعاورة المواد الفعالة، ما يشعره أنه فرد فعال له قيمته الاجتماعية، لكن تحركاته في حقيقة الأمر ما هي إلا سلوكيات انحرافية وخطيرة على حياته (Bergeret J. 1982, p:3).

ولا يقتصر تفسير علم الاجتماع للإدمان على المواد عند الثقافة والمعايير الاجتماعية والقيم ومشاعر الاغتراب فحسب، بل يتعداه ليشمل إيلاء الأهمية لحالة الضغط التي يعانيها الشباب والمتربة عن الوضع الاقتصادي والأسري المتردي، وما يجره من مشاكل كالبطالة والمشاكل الأسرية التي بدورها تولد التعرض المستمر للإحباط. كما تعطي هذه النظرية دورا بارزا للضبط الاجتماعي للحد من ظاهرة الإدمان على المواد وسواها من الظواهر الانحرافية الأخرى، ويقصد بالضبط الاجتماعي جميع القوانين (الرسمية): كالقوانين التي تحكم الأمن الدولي والأسرة وغيرها، و(الغير رسمية): كالتالي يضعها الأب في الأسرة.

أسباب الإدمان على المواد الفعالة

تتعدد الأسباب والعوامل المؤدية للإدمان على المواد وتتداخل فيما بينها، لدرجة يصعب بها عزل أحدها عن الآخر، وجعله السبب أو العامل الأوحده للسلوك الإدماني على المواد.

وقد حصرها العلماء في ثلاث فئات رئيسية (مصطفى سوييف 1996م)، وهي:-

1) العوامل المتعلقة بالفرد: وقد استندت هذه العوامل إلى مبدأ الفروق الفردية المميزة فيما بين الناس، وهي كالتالي:-

- العوامل الوراثية: يعتقد الباحثون في هذا المجال أن هناك علاقة بين إدمان الوالدين وإدمان الأبناء بسبب الجينات الوراثية، وتوصل أصحاب هذه النظرية إلى قولهم هذا عن طريق دراسات عدة، طبقت على الحيوانات في المختبر، وعلى الأسر الإدمانية وعلى التوائم، وعلى حالات التبني وغيرها (عادل الدمرداش 1982م).
- العوامل الخاصة بشخصية المدمن: يرى بعض العلماء أن الإدمان قد يكون بديلا لتفادي الحرمان والإحباط الذي يشعر به الفرد، وأنه نشاط تعويضي لإعادة التوازن بين القصور والعجز من جهة، والإنجاز والعمل من جهة أخرى.

وقد قام وينيك Winick بدراسة توصل بعدها إلى أن المدمن على المواد يمتلك صفات محددة تميزه عن

غيره، وهي:-

- عدم النضج الانفعالي والنفسي
 - صعوبة التحكم بالرغبات، وعدم القدرة على تأجيلها
 - العدوان على الذات
 - الاكتئاب والهمود المزاجي
 - الضعف أو الشذوذ الجنسي (عفاف عبد المنعم 2003م، ص: 80)
- وهناك عوامل أخرى متعلقة أيضا بشخصية المتعاطي (هاني عرموش 1993م، ص: 301)، وهي:-
- حب الاستطلاع
 - حب الإثارة
 - الملل وتدني الطموح
 - الجهل
 - غياب الوازع الديني

- الأمراض النفسية والجسدية: يضطر بعض المرضى إلى تناول بعض أنواع الأدوية، بشكل متكرر وأحيانا بدون رقابة طبية، مما قد يؤدي مع الوقت إلى حالات سوء استعمال لأغراض غير علاجية لتلك المواد، الأمر الذي يوقع الفرد في مشكلة الإدمان عليها.

(2) **العوامل المتعلقة بالمادة:** وهي العوامل الملازمة للمادة الفعالة بحد ذاتها، والتي تندخل بصورة أو بأخرى في تشكيل السلوك الإدماني، وهي:-

- عامل توافر المادة الفعالة، بشكل يسهل الحصول عليها.
- عامل السعر، من ناحية الغلاء أو ترخيصه.
- عامل القوانين الرادعة أو المرخصة للمادة الفعالة، والمؤثرة في معدلات انتشارها من غيره.
- نظرة المجتمع للمادة الفعالة، ومدى تقبله أو رفضه لها.

(3) **العوامل المتعلقة بالمجتمع والبيئة المحيطة:** وهذه العوامل لا تقل أهمية عن باقي العوامل المسببة للتعاظم،

إذ أن الفرد كائن اجتماعي تتشكل شخصيته وتتحدد معالمها من خلال مؤثرات بيئية، مما يضع للفرد حدودا ومطالباً يستجيب لها بشكل يكون مقبولاً من محيطه، وإن لم يكن ذلك فإنه يتعرض لضغوطات نفسية تقلل توافقه وقد تسبب في انحرافه، وترتبط هذه العوامل بعدة عناصر:-

- **عوامل التنميط الحضاري:** وهي عبارة عن الأفكار والقيم الشائعة في المجتمع حيال المواد الفعالة، والتي يمكن أن تؤثر في إقبال الأشخاص على تعاطيها أو النفور منها (زين العابدين درويش 1999م، ص: 262).

- **ظروف الحياة الأسرية:** فكما ذهب بعض الباحثين أمثال نوفسكي Nowinski إلى أن من بين أهم الأسباب المؤدية للإدمان على المواد لدى الفرد -بجانب الضغوط الحياتية ومشاكل تقدير الذات- هناك مشكلة ضعف العلاقة مع الوالدين وما يجره من مشاعر الاغتراب حيال القيم والأدوار الاجتماعية التقليدية (حسين فايد 2001، ص: 200).

- **وسائل الإعلام:** حيث ذكرت إحدى الدراسات الميدانية وجود ارتباط قوي بين درجة تعرض الشباب لمعلومات عن المواد الفعالة واحتمالات تعاطيهم لها (مصطفى سويف 1996م، ص: 87).

- **جماعة الأقران والأصدقاء:** يسبب أحيانا العجز عن إقامة علاقات حميمة داخل الأسرة لجوء المراهقين والشباب إلى توطيد علاقات خارج الأسرة، مع أقرانهم وفي حالة ما إذا كان هؤلاء الأقران سيئين أو منحرفين فإن المراهق أو الشاب يتأثر بذلك وينحرف بدوره مثلهم.

أضرار الإدمان على المواد الفعالة

يسبب الإدمان على المواد الفعالة مجموعة من الأضرار المتنوعة التي تصيب الشخص المدمن، وقد حصرها (الخاني 2006م، ص: 173) في ثلاثة أنواع رئيسية ، كما هو موضح في الجدول التالي:-

النوع	الشرح	أهم الأعراض
الضرر الجسدي العضوي	وهو عبارة عن ما يحدثه (التسمم المباشر) بسبب الخواص الكيميائية للمادة، أو (التسمم المزمن) بسبب طول فترة التعاطي، أو مجموعة (الأعراض الثانوية) للتعاطي.	· <u>الأعراض المباشرة للتعاطي</u> : كاضطراب نظم القلب، الصداع الشديد، التسمم بالحقن الملوثة. · <u>الأعراض الإنسحابية (الجسدية)</u> : عند الإيقاف المفاجئ، كمشاكل التنفس، ضغط الدم، وأحيانا الوفاة. · <u>أعراض التعاطي الطويل الأمد</u> : كتنقص خلايا المخ، تشمع الكبد، أمراض الدم، السرطانات.
الضرر النفسي العقلي	وهو عبارة عن مجموعة الاضطرابات السلوكية والذهانية التي يسببها التعاطي المباشر أو المتواصل للمادة الفعالة، مما يؤدي إلى خلل في المراكز الدماغية العليا	· <u>الأعراض المباشرة للتعاطي</u> : كاختلاط الوعي والذاكرة، الهياج، اللامبالاة، أفكار ذهانية بارانويدية. · <u>الأعراض الإنسحابية (النفسية)</u> : نوبات الهلع، الاكتئاب، الأفكار الانتحارية، الهلوس والهذيانات. · <u>أعراض التعاطي طويل الأمد</u> : اضطرابات في القدرات المعرفية أو الوجدانية أو السلوكية أو في الشخصية ككل.
الضرر الاجتماعي	وهو عبارة عن المشاكل التي تصيب الجوانب الاجتماعية للفرد، بسبب الأضرار الجسدية والنفسية الناتجة عن المادة الفعالة، وترتبط بعوامل: السن، الجنس، العمل، الثقافة، المركز الاجتماعي، والبيئة.	· <u>على مستوى الأسرة</u> : كالطلاق، الإهمال، المشاكل المالية. · <u>على مستوى المجتمع الخارجي</u> : كالمشاكل في الأداء الوظيفي، وفي العلاقات والمعاملات ككل.

الجدول رقم (2): يبين الأضرار المترتبة من تعاطي المواد الفعالة

تصنيف المواد الفعالة

وطرق تعاطيها الشائعة

I. تصنيف المواد الفعالة نفسيا وعصبيا¹:-

كثرت أنواع المواد الفعالة نفسيا وعصبيا المعروفة حول العالم، وتنوعت أشكالها وتصنيفاتها حتى أصبح من الصعب حصرها في تصنيفات موحدة لاختلاف وجهات النظر حول ذلك.

ولقد صنف (مصطفى سويف 1996م، ص:21) المواد المحدثه للإدمان في 11 فئة رئيسية بشكل شمولي، وهي:-

- فئة الكحوليات: وتشتمل على جميع أنواع المشروبات الكحولية.
- فئة الأمفيتامينات: مثل الأمفيتامين، والدكسامفيتامين، والميتامفيتامين، والميثايلفينايديت، والفينميترازين.
- فئة الباربيتورات (المهدئات والمنومات ومضادات القلق (الخاني 2006م، ص: 179)): مثل البابتورات، ومواد أخرى ذات تأثير مهدئ مثل الكلورديازيبوكسايد (الليبريوم)، والديازيبام (الفاليوم)، والميروباميت (ميلتاون)، والميتاكوالون.
- فئة القنبيات: وتشتمل على مستحضرات القنب الهندي، ولها مسميات عدة مثل الماريجوانا أو البانج أو الجانجا أو الكاراس، والكيف أو الحشيش.
- فئة الكوكايين: وتشتمل على الكوكايين، وأوراق الكوكا، والكراك.
- فئة المهلوسات: مثل الليسيرجايد (L.S.D.)، والميسكالين، والساييلوسيين.
- فئة الأفيونات (المورفينيات): مثل الأفيون، والمورفين، والهيوين، والكودايين، وبعض العقاقير الصناعية ذات الآثار الشبيهة بالمورفين والميثادون والبيثدين.
- فئة المواد الطيارة (الاستنشاقية) وتسمى المذيبات العضوية: مثل الأسيتون، والجازولين، وبعض المواد المستخدمة في التخدير كالأثير والكلوروفورم (Kramer & Cameron 1975, p: 14).
- فئة الطباق أو التبغ (النيكوتين)
- فئة الكافيين (البن والشاي)
- فئة القات

1. هناك عدة تصنيفات ينتهجها العلماء في تصنيفهم للمواد الفعالة، وتكون على حسب عوامل من أهمها: (التأثير/ طريقة الإنتاج/ نوع الاعتماد/ اللون/ التركيب الكيميائي).

وهناك بعض الأدوية التي قد تسبب آثارا جانبية فعالة لدى استعمالها (الخاني 2006، ص: 181)، وهي:-

- **مضادات الاكتئاب:** وتشتمل على الأدوية ثلاثية الحلقات بأنواعها، و مثبطات استرداد السيروتونين، ومثبطات أوكسيداز أحادي الأمين، ومضادات الجيل الجديد (Bennett & Brown 2007, p: 441)

- **مضادات الألم:** مثل الستيروئيدات، والهرمونات
- **مضادات الحموضة**
- **المليينات (المسهلات)**
- **المدرات (مدرات البول)**
- **الفيتامينات المكثفة**
- **بعض الأعشاب النوعية (الوصفات العشبية)**

.II طرق التعاطي الشائعة للمواد الفعالة

توجد عدة طرق يتعاطى فيها الأفراد المواد الفعالة التي يدمن عليها (الخاني 2006، ص: 181) وأهمها:-

- (الحقن الوريدي أو العضلي)
- (التناول عن طريق الفم)
- (الاستنشاق)
- (التدخين)

وتزداد فعالية العقار وسرعة وصوله إلى المخ حسب طريقة التعاطي، فالحقن في الوريد أسرع الوسائل ويؤدي إلى الإعتماد بسرعة، والتعاطي عن طريق الفم أقل تأثيرا، والتدخين أبطأ تلك الوسائل تأثيرا وإحداثا للإعتماد والإدمان، أما الاستنشاق فتأثيره يأتي بين التدخين والتعاطي عن طريق الفم (عادل الدمرداش 1982م، ص: 28).

الوقاية والعلاج

من الإدمان على المواد الفعالة

تفاقت في وقتنا الحالي مشكلة المواد الفعالة (زراعة وإنتاج وتصنيعاً وتهريباً ومتاجرة)، وازدادت خطورتها مع تطور وسائل الاتصالات والنقل حول أرجاء العالم، مما جعل هذه الظاهرة غير مقصورة على بلد بعينه أو على منطقة محددة، بل تعدته إلى المجتمعات العالمية بأسرها، مما نشط التعاون الدولي وجعل مكافحتها ضرورة ملحة تسعى إليها الدول فرادى وجماعات (محمد الألفي 2011م).

I. الوقاية من إدمان المواد الفعالة:-

والمقصود من الوقاية هي مجموعة الإجراءات والطرق المتبعة لتفادي أو منع وقوع حادث ما، وهناك 3 مستويات للوقاية كما ذكرها (أريف واسترمير Arif & Westermeyer):-

- **المستوى الأول:** توعية وتحسيس الأفراد بمخاطر المواد المسببة للإدمان والمخلة للوعي، عن طريق جهود المؤسسات الخاصة أو الحكومية المحلية والدولية، بالندوات العلمية والإعلانات المرئية والمسموعة على وسائل الإعلام.
- وقد قامت كثير من دول العالم بوضع قوانين دولية مكافحة لسوء استخدام المواد، ومن أهمها: (بروتوكول باريس 1948م/ اتفاقية نيويورك للعقاقير المخدرة 1961م/ اتفاقية فيينا للمؤثرات العقلية 1971م/ اتفاقية الأمم المتحدة 1988م) ... وغيرها.
- **المستوى الثاني:** التدخل العلاجي المبكر لتفادي درجة الاعتمادية على المادة الفعالة، وهنا تكمن جهود المكافحة لحفظ الطلب، وهذا يتطلب جهداً في محاولة العثور على حالات التعاطي المبكر في العيادات الصحية والنفسية.
- **المستوى الثالث:** خفض المخاطر الناجمة من الإدمان قدر المستطاع، وهنا يدخل دور العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي التأهيلي للمدمن.

II. علاج الإدمان على المواد الفعالة:-

يكون علاج الحالات الإدمانية على المواد الفعالة الخطرة في المؤسسات الاستشفائية والتأهيلية الخاصة، حيث يتم

إخضاعهم للرعاية والمراقبة الطبية المستمرة لحالتهم، ويتم ذلك بالمراحل التالية:-

● المرحلة الأولى: وهي (مرحلة العلاج الطبي الدوائي) وتستمر عادة لمدة 3 أسابيع، وتهدف إلى:-

- التهدئة العامة للمريض.
- القضاء على الأعراض الشديدة المصاحبة للاعتماد العضوي (متلازمة السحب).
- الوقاية أو المعالجة المسبقة للأمراض المحتمل أن يتعرض لها المريض.
- التقليل التدريجي من اعتماد الجسم على العقار، حتى الوصول إلى التطهير التام من السموم.
- تقوية المناعة الطبيعية ضد الأمراض.

● المرحلة الثانية: وهي (مرحلة العلاج النفسي)، تهدف للقضاء على التبعية النفسية للتعاطي الضار والتي

تتجلى بمشاعر الحنين لتناول المادة الفعالة، عن طريق إعادة الثقة والاعتبار لذات الفرد وشخصيته، ومن المهم أن يشعر الفرد هنا أنه جزء أساسي في العلاج ككل، يشارك في وضع الخطة التي تسيّر عليها العملية العلاجية بصورة إرادية، وأن لا يشعر أنه مجبور وإلا فإن احتمال الفشل سيكون كبيرا.

● المرحلة الثالثة: وهي (مرحلة العلاج الاجتماعي)، المتكون من الخدمات المادية والمعنوية التي ينالها الفرد

الذي تعافى من الاعتماد، قصد إعادة دمج من جديد في المجتمع.

وهناك عدة عوامل لها الأثر في تحديد مدى فعالية المراحل الثلاثة السابقة، ومنها عوامل ك:(السن/ الجنس/ الدافع

لتلقي العلاج/ نمط الشخصية/ المجتمع)... وغيرها (عادل الدمرداش 1982م، ص: 80)

لقد تناول هذا الفصل تعريف الإدمان وبعض المفاهيم المتعلقة به، ثم تطرق إلى أهم النظريات التي حاولت تفسير كيفية حدوث الإدمان على المواد، وتبعها كذلك مجموعة من الأسباب التي تحفز ظهور الإدمان بشكل مستمد من تلك النظريات والواقع المعاش بين الناس.

بعدها أتى الدور على تعداد الأضرار المترتبة من الإدمان على المواد الفعالة، وصنف في هذا الفصل كذلك المواد الفعالة إلى فئات وأنواع رئيسية، وذكر بعدها قوانين المكافحة الدولية التي انتهجتها معظم دول العالم، بعد أن انتبه الرأي العام إلى تبعات هذه الظاهرة الكارثية على شعوب الأرض.

وفي الأخير وفي سطور قليلة أدرج الباحث بعض المعلومات حول كيفية علاج الإدمان على المواد، دون الدخول في تفاصيل معمقة عنها، لعدم كفاية المقام لها.

ولعل بعد هذا الفصل وضحت الرؤية القاعدية لظاهرة الإدمان على المواد، وفسرت أهم مواضيعه الشائكة بشكل سريع، وهذا كله ليكون الطريق ممهدا للفصل التالي والذي سيتناول دراسة موضوع أكثر خصوصية وجوهية في هذا البحث.

نبذة القات (Catha Edulis)

تمهيد

I. نبذة تاريخية عن القات

II. وصف نبتة القات

III. المواد الكيميائية المسببة للإدمان في القات

IV. التأثيرات المترتبة من تعاطي القات

V. خواص الإدمان على القات

VI. علاج الإدمان على القات

خلاصة الفصل

أصبح القات يحتل مكانة مهمة في الحياة الاجتماعية لبعض شعوب دول العالم، لدرجة أن مضغ أوراقه أصبحت في تلك البلدان أقرب إلى ثقافة موروثية بين الأجيال منه إلى كونها أحد ظواهر الإعتماد على المواد الفعالة. وقد أدرجت هيئة الصحة العالمية W.H.O القات ضمن قائمة المواد المسببة للإدمان وسوء الاستخدام منذ عام 1973م (عادل الدمرداش 1982م، ص: 15) لاحتوائه على مواد كيميائية محظورة دولياً، الأمر الذي جعل السلطات العالمية لمكافحة المواد الفعالة تنشط أعمالها في بعض البلدان الأوروبية وفي الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها لرصد أعمال التهريب الجوي لشحن القات من موطنه الأصلي إليها.

نبذة تاريخية عن القات

وجدت نبتة القات لأول مرة كما يذكر بعض المؤرخين بآسيا وبالتحديد في بلاد تركستان أو أفغانستان، وذلك حسب ما ذكره البيروني (973م- 1051م) في كتاب الطب. (مركز الدراسات والبحوث اليمنية 1981م، ص: 210).

وشاع تناوله فيما بعد بالمنطقة الجنوبية للبحر الأحمر، وبوجه خاص في بلاد الحبشة¹ ثم اليمن، قبل حوالي القرن الرابع عشر الميلادي، كما أرخته وثيقة قديمة باللغة الأماهيرية² في عام 1330م، وأكد ذلك أيضا المؤرخ ابن فضل الله العمري (1342م- 1349م) (Weir 1985, p: 72).

وقد ذكر ابن الحاجر الهشيمي في كتاب "تحذير الثقات من أكل القهوة والقات" أن كلمة قهوة وقات مأخوذتان من كلمة حبشية واحدة: (قهفا Qahfa) وهي اسم لمدينة صغيرة في بلاد الحبشة.

وقد اقترنت عادة مضغ القات في بادئ الأمر بالطبقات الفقيرة من المجتمع، ثم تحولت إلى الطبقة الغنية والحاكمة باليمن منذ القرن الثامن عشر الميلادي (Weir 1985, p: 76).

وتابعت الدراسات التاريخية الاجتماعية التغيرات التي كانت تطرأ من حين لآخر على ثمن القات في الأسواق المحلية ببلاد اليمن نتيجة لتغير مكانة متعاطيه (مصطفى سويف 1996م، ص: 48).

وفي القرن التاسع عشر ازداد الطلب على القات وتوسعت زراعته في اليمن بسبب سياسة الضرائب الجائرة التي مارسها الحكم العثماني على محاصيل البن التي كانت تشتهر بها البلاد آنذاك، مما حدا بالعديد من المزارعين إلى

1. بلاد الحبشة: اسم كان يطلق بالماضي على أراضي (الصومال وإثيوبيا وجيبوتي وإريتريا وجنوب السودان وكينيا) مجتمعة، إلا أن تسمية الحبشيين في يومنا هذا أصبحت مقصورة على الإثيوبيين فقط.
2. أحد اللغات الإثيوبية القديمة.

ترك الأرض وإهمالها والتخلص من أشجار البن هروبا من تلك الضرائب، الأمر الذي ساعد على استبدال أشجار البن بأشجار القات خصوصا وأن الضرائب لم تكن قد سنت بعد على زراعة القات (إسماعيل محرم 2002م، ص: 14).

ولا تتوفر معلومات مدعمة بالأدلة، والتي تذكر الطبيعة الثقافية في باقي المناطق المجاورة والتي توافرت حول اليمن. ومنتشر تعاطي القات بكثرة هذه الأيام في عدة بلدان بالعالم، وفي طبيعتها: الصومال واليمن وجيبوتي وإثيوبيا وكينيا، ويقدر أن 60% إلى 80% من البالغين في بعض هذه البلدان يتعاطون القات يوميا كما صرحت (منظمة الصحة العالمية 2005م).

وصف نبتة القات

كان أول من درس النبتة علميا ووصفها وصفا دقيقا عالم النبات السويدي (بير فورسكال Per Forskal) الذي توفي في اليمن سنة 1763م (مصطفى سويف 1996م، ص: 47).

وقد أطلق فورسكال على هذا النبات -المنتمي إلى فصيلة Celastraceae- اسم (Catha Edulis)، وكلمة Catha مشتقة من التسمية العربية (قات) و Edulis تعني صالح للأكل أو التناول (إسماعيل محرم 2002م، ص: 14).

وتطلق أسماء مثل: Qat أو Khat أو Chat أو Miraa أو Murungu، والشاي العربي أو الشاي الأيسينيان¹ على الأجزاء التي يتم تناولها من النبتة (www.emcdda.europa.eu).

تعتبر شجرة القات من الأشجار المعمرة والمزهرة الدائمة الخضرة وهي مقاومة للآفات والتقلبات المناخية، ويتراوح طولها بين خمسة إلى عشرة أمتار وهي ذات أوراق (Weir 1985, p: 27).

يزرع هذا النبات في المرتفعات الجبلية والهضاب البالغ ارتفاعها 800م فوق سطح البحر، على شكل حرش صغير ويمكن أن يستغرق حوالي خمس سنوات لينضج، وتعتبر الأوراق العطرية الخالية من البذور ذات المذاق الحلو قليلا والتي تمتاز بشكلها البيضاوي والمدبب بالإضافة إلى السيقان الصغيرة الطرية الجزء الهام من النبتة، ويتم حصدتها يدويا وذلك على مدار السنة في الأجواء الأترية المتنوعة، ثم ترتب الأوراق والسيقان الطرية المقطوفة حديثا على شكل حزم وزن كل واحدة منها 250 غرام، وتلف بأوراق الموز أو بأكياس خاصة للحفاظ على نضارتها.

1. نسبة إلى أيسينيان، وهو الاسم الذي كان يطلق على أرض إثيوبيا قبل تسميتها الحالية.

ويتفاوت القات في قوة تأثيره من منطقة إلى أخرى ومن نوع لآخر، ويعتبر النوع الذي يزرع في كينيا الأقوى تأثيراً (تقرير بلدية هيلينغدون 2011م، ص: 2).

أما طريقة التعاطي فتكون عادة في طقوس اجتماعية وبالذات في المناسبات والأفراح والاجتماعات العائلية وغيرها، حيث يقوم المتعاطون بتقطيع الأوراق والسيقان الطازجة وتمييزها عن الغير طازجة، ثم وضعها في الفم وتخزينها في أحد جانبي الخد، في المسافة بين الأسنان والطبقة الداخلية للنسيج الفمي، ومضغها ببطء لإطلاق المكونات النشطة والتي يتم ابتلاعها مع اللعاب، مع زيادة الجرعة المتناولة شيئاً فشيئاً وذلك لعدة ساعات في الغالب، مع شرب كميات من السوائل الأخرى كالمياه والمشروبات الغازية أو الشاي، ثم يتم التخلص من المخلفات بعد استنفاد ما فيها ببصقها، وذلك في نهاية الجلسة¹.

ومن النادر أن يتم تعاطي القات بمزجه بالماء بعد أن تطحن أوراقه المجففة ثم تشرب كمحلول، أو أن تضاف إلى الطعام، وأحياناً يتم تدخين هذا المسحوق بعد أن يلف على شكل أعواد التبغ.

المواد الكيميائية المسببة للإدمان في القات

درس العلماء على مدى سنوات عدة المكونات الكيميائية التي يتكون منها القات، فتوصلوا حتى الآن أنه يحتوي على أكثر من 40 مادة كيميائية لم يكشف عن بعضها بعد، ومن بين تلك المكونات:-
(Cox G. & Rampes H. 2003, p: 63 to 456)

- قلوانيات Alkaloids

- أحماض أمينية Amino Acids

- فيتامينات Vitamins

- أملاح معدنية Minerals

- التانين Tannins

- الغلايكوسيد Glycosides

وتمضغ أوراق النبتة للحصول على أكبر قدر من القلوانيات² التي تتكون منها (الكاثينون Cathinone والكاثين Cathine والكاثيديين³ Cathidine) (Bennett & Brown 2007, p: 232).

1. تسمى هذه الطقوس الشعبية بجلسات التخزين أو البارجو BARJO.

2. هي مواد منبهة ومنشطة للجهاز العصبي ومفعولها شبيه بمفعول الأمفيتامينات.

3. لا يملك الكاثيديين تأثيراً هاما كتأثير الكاثين والكاثينون على الإنسان.

يعتبر الكاثينون والذي يسمى بالأمينوبروبيوفينون Aminopropiophenone المادة التي يعزى إليها الفاعلية الأساسية في نبتة القات، وقد تمكن الباحثون من عزله لأول مرة في عام 1975م وحددوا بعدها بثلاث سنوات أي في عام 1978م الصيغة الحقيقية له (Zegler et al. 1980).

يتحول الكاثينون في غضون ساعات بعد القطف وبشكل طبيعي إلى مادة تسمى بكاتنورسيودوفيدرين Katnorpseudoephedrine وهو ما يعرف بالكاثين وهي مادة ذات تأثير أقل بعشرة أضعاف من الكاثينون وتتواجد في الأوراق والسيقان القديمة، الأمر الذي يدفع متعاطي القات باستهلاكه بعد القطف مباشرة أو بفترة قصيرة للحصول على التأثير العالي الذي يخلفه الكاثينون والذي يبدأ بعد ساعة من المضغ في المتوسط العام. (www.emcdda.europa.eu)

ويمكن الكشف عن الكاثينون في الدم بالتحاليل المخبرية لفترة تصل إلى حوالي 8 ساعات، وعملية الأيض الأولية التي تحدث لهذه المادة في الكبد تؤدي إلى تكون هرمون النوريفيدرين، وحوالي 2% فقط من مادة الكاثينون يتم طرحها عبر البول بدون أن تتغير. ويعرف الكاثينون في بعض مناطق العالم بتسميات من أشهرها: حمام الملح

.Salt Bath

وبناء على توصية هيئة الصحة العالمية W.H.O. فقد تم في سنة 1986م إدراج الكاثينون في الجدول الأول من مجموعة الجداول الملحققة باتفاقية فيينا لسنة 1971م لخطورته، وهو ما يحتم إخضاعه لأقصى الضوابط، أما الكاثين فقد تم إدراجه هو الآخر في الجدول الثالث للاتفاقية (Elmi et al. 1987).

التأثيرات المترتبة من تعاطي القات

في السنوات الأخيرة لاحظ الباحثون ارتباط التعاطي الضار للقات بمجموعة من الاضطرابات العضوية والنفسية المرافقة لتأثير المواد المكونة للنبتة وخاصة الكاثينون، وهي أعراض تختلف من شخص لآخر بسبب عوامل خاصة بالتكوين البيولوجي والنفسي للشخص، ونوع القات المتناول والمدة التي استمر فيها تعاطي النبتة.

ويمكن تقسيم الاضطرابات التي صنّفها العلماء سواء بعد بداية المفعول مباشرة—أي بعد ساعة من المضغ— إلى ما بعدها، كما يلي:-

1) الاضطرابات العضوية: ومن بينها تلك التي أشار إليها الباحثون (Elmi et al. 1987):-

• في الفترات الأولى من بداية مفعول النبتة:-

- الشعور بالنشاط العام وزوال التعب

- ارتفاع ضغط الدم
 - تسارع ضربات القلب
 - زيادة معدلات التنفس
 - اتساع حدقة العين
 - ارتفاع درجة حرارة الجسم
 - التعرق الزائد
 - إدرار البول وأحيانا تصاحبه إفرازات منوية
 - في الفترات التي تلي انتهاء مفعول النبتة:-
 - الشعور بالوهن العضلي
 - الصداع والشعور بالدوار وعدم التوازن أحيانا
 - الجفاف والإمساك (بسبب احتواء النبتة على التانين الموجود أيضا في الشاي)
 - اضطرابات الأكل كنقص الشهية للطعام
 - اضطرابات في النوم
 - الاضطرابات ذات العلاقة بالدافع الجنسي
- وقد أثبتت دراسات وأبحاث أخرى إلى وجود علاقة بين تعاطي النبتة وبعض أنواع الأمراض المزمنة والخبثة، كالبول السكري والأورام السرطانية -خاصة التي تصيب الفم بسبب الأضرار التي تلحق بالنسيج الداخلي واللثة ومينا الأسنان إثر عملية تخزين محتوى النبتة لفترات طويلة ومتوالية- وكذلك الأمراض التي تصيب الكبد والقلب والكلية، وغيرها من الأمراض التي يكون سببها الأول المبيدات والأدوية الكيماوية التي ترش على النبتة لحفاظها من الحشرات والبكتيريا كما ذكرت دراسة (Date J. Tanida N. & Hobara T., 2004)، أو الأمراض التي تسببها بيوض الحشرات والبكتيريا التي تعيش على النبتة.

2) الاضطرابات النفسية: ومن بين أهم التأثيرات النفسية التي يسببها التعاطي الضار للقات، ما يلي:-

- في الفترات الأولى من بداية مفعول النبتة:-
- أعراض شبه هوسية تمتاز بالإثارة وكثرة الكلام (Bennett & Brown 2007, p: 232)
- النشاط العشوائي للذاكرة
- أفكار بارانويدية (خاصة التي تتعلق بالشعور بالعظمة)

- ضعف التوجه الزماني والمكاني
 - في الفترات التي تلي انتهاء مفعول النبتة:-
 - الخمول والهمود المزاجي (عادل الدمرداش 1982م، ص: 15)
 - بعض اضطرابات القلق
 - الشرود الذهني مع صعوبة التركيز والانتباه
 - الانطواء والعزلة
 - أحلام وكوابيس مزعجة وخاصة عند الامتناع عن التعاطي لفترة
- وقد ذكرت دراسات عن وجود ارتباط بين بعض الحالات الذهانية التالية: (جنون العظمة Paranoia والفصام Schizophrenia والهوس Maniac) وبين تعاطي القات، وهي دراسات: (Alem, A. & Shibre 1997)، و (Giannini A. J. & Castellani 1982)، و (Gough S. P., Cookson I. 1987). (B. 1987).
- ويستعمل المتعاطون النبتة في الغالب لزيادة النشاط العام لديهم وإزالة آثار التعب اليومي، ويستهدفون ما يرافق ذلك من مشاعر الارتياح والصفاء الذهني في الفترات القليلة الأولى التي تتبع التعاطي، وسبب ذلك تحرر بعض الهرمونات المخزونة في النهايات العصبية للجهاز العصبي المركزي والمحيطي، و المتمثلة بالدوبامين Dopamine، والسيروتونين Serotonin، والأدرينالين Adrenaline.
- وتزداد الآثار الضارة للقات سواء العضوية منها أو النفسية عند تعاطي مواد أخرى معه كالمواد التي تحوي على النيكوتين مثل السجائر والمشروبات الكحولية وغيرها.
- وتوجد في كثير من الأحيان أضرار تمس جوانب أخرى للمتعاطي، وهي:-
- الاضطرابات والمشاكل الأسرية والزوجية: كإهمال الزوجة والأطفال، الناتج عن التبدل العاطفي وكثرة الغياب عن المنزل للتعاطي، ومرتبات المشاكل الجنسية وغيرها.
 - الاضطرابات والمشاكل الاجتماعية: بالرغم أن مضغ القات يعتبر في كثير من البيئات التي يكثر فيها محفزا للتواصل الاجتماعي بين الأفراد، إلا أن بعض الأفراد يواجهون صعوبات في التواصل مع المجتمع من حولهم، بسبب بعض الآثار النفسية والعضوية السيئة للقات، واكتفائهم بجماعة الرفاق المخزنين.
 - المشاكل المرتبطة بالعمل والأداء الوظيفي: كالتغيب عن العمل ونقص الإنتاجية والمردود المهني.

- **المشاكل الاقتصادية:** بسبب الإنفاق الزائد للحصول على النبتة بالمقارنة مع مستوى الدخل العام، دون التفكير بالعواقب المترتبة من ذلك.

خواص الإدمان على القات

مع أن التأثير الذي يخلفه تعاطي القات يشبه إلى حد بعيد ما تخلفه بعض المواد الفعالة المنتمية مثله إلى صنف المنبهات¹ والتي من أهمها: - (Bennett & Brown 2007, p: 195)

- الكوكايين Cocaine
 - الأمفيتامينات Amphetamines
 - الزانثينات Xanthines (الكافيين/ الثيوفيلين/ الثيوبرومين)
 - الجنسنغ Ginseng
- إلا أن للإدمان على القات مجموعة من الخواص التي لا تتوافر في معظم المواد الشبيهة التأثير به، و يمكن تلخيصها في النقاط التالية:-

- يتوافر على الاعتياد (الاعتماد) النفسي **Habituation**
- لا يتوافر على الاعتماد العضوي **Organic Dependance**
- لا يؤدي إلى ظاهرة التحمل **Tolerance**
- لا يؤدي إلى متلازمة الانسحاب **Withdrawal**
- لا يخضع للرقابة الدولية: لاقتصار تعاطيه بيئات اجتماعية وجغرافية محددة، وتضارب الحقائق حول إيجابياته وسلبياته والجدل الواسع حول ذلك، إلا أن بعض مواده -كما تقدم- تخضع للقوانين الرقابية العالمية، وهي الكاثينون (حمام الملح) والكاثين وكذلك الأمر للمواد المحاكاة منهما صناعياً.

علاج الإدمان على القات

لم يدرج في المراجع التي تم الحصول عليها عن طرق علاج الإدمان على القات، فكان من الأقرب ذكر بعض الأساليب التي أثبتت نجاعة في الحد من السلوكيات الضارة -وبالذات في جانب العلاج النفسي-، والتي قد تنجح للتعامل مع هذه النبتة.

1. تصنف منظمة الصحة العالمية W.H.O. المواد الفعالة إلى 3 أصناف: (منبهة/ مهدئة/ مغيبة)، ويندرج القات تحت الصنف الأول.

إن علاج التسمم بالمواد الفعالة يقسم - كما تقدم - إلى ثلاث مراحل، طبية ونفسية واجتماعية ونفس الأمر يمكن تطبيقه مع الاعتماد على القات.

1) العلاج الطبي: للتعامل مع الأضرار الجسدية الناجمة من التعاطي، كضغط الدم المرتفع وأمراض الجهاز الهضمي وغيره.

2) العلاج النفسي: تعد أهم المراحل الثلاثة كون عدم وجود الاعتماد العضوي بالنسبة للنبته، ويمكن استعمال الأساليب المعرفية السلوكية الخاصة بتغيير السلوكيات الضارة بالصحة كما ذكرها (شيلي تايلور 2008م، ص: 150 - 164)، وهي:-

● **الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية Self-Observation & Self-Monitoring:** وهي الخطوة الأولى لتغيير السلوك الضار (كالسلوك الإدماني)، وتستند إلى منطق يرى أن على الفرد أن يدرك أبعاد السلوك المراد تعديله قبل البدء في عملية التغيير.

فملاحظة ومراقبة الذات تقيمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره، والأحداث التي تسبق حدوثه، والنتائج التي تترتب على القيام به (Abel, Rouleau & Coyne 1987, Thoresen & Mahoney 1974)، وهذا الأمر يمهّد لإشراك الشخص في عملية تعديله للسلوك في مرحلة مبكرة، ومع أنّها المرحلة الأولى فقط، إلا أنّها قد تعمل أحياناً على إحداث التغيير المطلوب (McFall 1970).

● **الاشراط الكلاسيكي Classical Conditioning:** ويعتبر من أقدم الطرق التي استعملت لتغيير السلوك، وجوهرها هو اقتران مثير غير شرطي (طبيعي) بمثير شرطي (صناعي) مما يؤدي إلى تكوين منعكسات شرطية بشكل أوتوماتيكي مع مرور الوقت.

مثال ذلك: أن نحقن الشخص بمادة الأنتابوز Antabuse¹ (مثير غير شرطي) بشكل متزامن مع تعاطيه للقات، ومع مرور الوقت يصبح تناول القات مرتبطاً بالأعراض الكريهة (منعكس شرطي) التي يخلفها الأنتابوز، حتى دون الحاجة للحقن فيما بعد.

● **الاشراط الإجرائي Operant Conditioning:** على عكس الاشرط السابق، فإن هذا النوع يعمل على اقتران استجابة تلقائية تصدر عن الفرد مع نتائج محددة.

1. وهو عقار يسبب الدوار الشديد والغثيان والقيء عند تناوله.

ويعد التعزيز Reinforcement حجر الزاوية في الاشراف الإجرائي، فعندما يؤدي الفرد سلوكا ما (كتعاطي القات) ويتبع ذلك تعزيز إيجابي (مشاعر الارتياح والنشاط التالية للتعاطي) فإنه من المرجح أن يكرر ذلك السلوك مرة أخرى، وهذا من أسباب الإدمان على معظم المواد.

ولكي يتخلص الفرد من تبعيته للمادة يقوم أولا بتحديد هدف (تقليل عدد أيام الأسبوع من 5 أيام إلى 2 يوم التي يتناول القات فيها مثلا) ثم تحديد معزز أو مكافأة في حال نجح في الوصول لذلك (كشراء هدية أو زيارة مكان يجده) وبعدها يستمر في ذلك، ويقلل من الكمية اليومية مثلا وهكذا إلى أن يتخلص من هذه العادة الضارة نهائيا.

● **النمذجة Modeling**: وهو التعلم الذي يحدث عن طريق مشاهدة شخص آخر يقوم بأداء السلوك (Bandura 1969)، فالمشاهدة والمحاكاة التي تلي قيام شخص آخر بالسلوك الصحيح المنشود (الامتناع عن تناول القات) يمكن أن تشكل اتجاهات فعالة لتغيير السلوك الاعتمادي الضار.

ويعد التشابه (Similarity) من المبادئ المهمة في النمذجة، فالأفراد يكونون أكثر ميلا إلى تقليد السلوك الصحي الذي يصدر من أشخاص يشبهونهم، وبمقدار ما يعتقدون بأنهم يشبهون نمطا من الأشخاص الذين يقومون بسلوكيات تعرضهم للمخاطر الصحية بمقدار ما يكونون أكثر ميلا لمحاكاتها، وبقدر ما يدركون بأنهم يشبهون نمطا من الأشخاص لا يؤدي سلوكا يسبب مخاطر صحية، بقدر ما يميلون إلى تغيير سلوكهم (Gibbons & Gerrard 1995).

● **ضبط المثيرات Stimulus Control**: ويقصد بذلك ضبط الأحداث البيئية التي تسبق السلوك تماما والتي تؤدي إلى الإتيان به، فالأشخاص اللذين يقومون بالسلوكيات الضارة يطورون روابط بين هذه السلوكيات وبين المثيرات (المثير التمييزي Discriminative Stimulus) التي توجد في البيئة المحيطة بهم والتي تذكر وتحفز إلى القيام بتلك السلوكيات.

ولاستعمال هذه الطريقة للحد من تعاطي القات، يجب التحكم بالمثيرات المرتبطة به والتي تؤدي إليه، كرؤية الأماكن التي تعود إلى التخزين فيها، أو رؤية بعض زملاء التعاطي وغيرها من المثيرات، وقد يكون ضبط المثيرات خارجيا أي من طرف شخص آخر أو داخليا من الشخص نفسه.

● **الضبط الذاتي الداخلي Covert Self Control**: وهي ضبط الحوارات الداخلية الصامتة (Internal Monologues) التي تصحب السلوك الضار (Beck & Hollon 1986).

فإذا كانت رغبة العميل في تعاطي القات تكون مسبقة بعبارة داخلية مثل: "أنا ضعيف لا أستطيع التحكم بنفسى لألا أتعاطى النبتة" أو "لا أستطيع التوقف عن ذلك"... وغيرها من العبارات السلبية الموجهة للذات، فإنه من الأکید سيؤثر بشكل إيجابي في الحد من تعاطي النبتة إذا غير هذه العبارات بعبارة أكثر ثقة وتحسيسا بالمسؤولية والأهمية Positive Self Talk، مثل: "أستطيع التوقف من ذلك" أو "سوف تكون صحي أحسن بكثير عند التوقف".

● **الواجبات السلوكية Behavioral Assignments:** وتسمى كذلك بالواجبات المنزلية، وهي من الأساليب المساهمة في زيادة انخراط العميل في العملية العلاجية، إذ يطلب منه القيام بممارسة نشاطات منزلية تعمل على مساندة إجراءات التدخل العلاجية (Shelton & Levy 1981).

كأن يطلب المعالج من العميل في نهاية الجلسة العلاجية أن يحضر للجلسة القادمة قائمة تسلسلية تضم أعمال مثل: كيف تعامل مع الإغراء في تناول المادة، وما الذي خطر بباله وقتها، وهل تمكن من ضبط نفسه وبأي طريقة... وغيرها من الملاحظات.

● **تدريب المهارات Skills Training:** تعتبر الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب أحد أكبر الأسباب المؤدية إلى السلوكيات الإدمانية لدى المتعاطين للمواد الفعالة، وتنشأ تلك الاضطرابات عادة من المواقف الضاغطة المسببة للضغط النفسي Stress الذي لا يجد له بعض الأفراد حلا إلا في اللجوء إلى المادة الفعالة.

لذا فإذا تم إكساب هؤلاء الأشخاص مهارات جديدة كمهارات إدارة الضغوط والأزمات Stress Management، أو مهارات حل المشكلات Solve Problems Skills، والمهارات الاجتماعية Social Skills، لن يلجؤوا إلى السلوكيات الاعتمادية التي تزيد المشاكل سوءا.

● **تدريب الاسترخاء Relaxation Training:** وهي تقنية مفيدة للتعامل مع المواقف الصعبة والمسببة للإجهاد النفسي، بحيث تخفض معدلات القلق العام والأعراض الفيسيولوجية المصاحبة له كسرعة ضربات القلب وضغط الدم، ويرخي كذلك العضلات مما يؤثر بشكل عكسي على التوتر.

(3) العلاج الاجتماعي: ويهدف إلى إعادة إدماج الفرد في محيطه، ومحاولة إصلاح الأضرار التي ألحقها تعاطي النبتة، ومنها: حل المشاكل العائلية المستعصية ومشاكل العمل وغيرها.

لقد تناول هذا الفصل في بدايته الجذور التاريخية لنبته القات والموطن الأصلي لها، والأماكن التي تنتشر عادة تعاطيها في العالم، وعرجت السطور بعد ذلك على أول من درسها علميا وحلل محتوياتها الكيميائية ووصفها وصفا دقيقا.

ثم ذكر وصف القات وكيفية زراعته وطرق تعاطيه بين المدمنين عليه، وكذلك تم شرح بعض أهم مكونات القات الكيميائية التي تسبب حالة الإدمان على النبتة، و تعداد التأثيرات التي يسببها القات. وتناولت السطور بعدها الخواص المميزة للاعتماد على القات والتي تفرقه عن غيره من المواد الفعالة المماثلة التأثير له. وفي الأخير كان من الحري ذكر طرق العلاج التي قد تنجح مع حالات الإدمان على القات، استنباطا من المواد الشبيهة به، والتي أنتجت معدلات نجاح مشجعة للغاية.

العلاج المعرفي السلوكي (C. B. T.)

تمهيد

- I. نبذة تاريخية عن تأسيس العلاج المعرفي السلوكي
- II. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- III. مبادئ وخصائص العلاج المعرفي السلوكي
- IV. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
- V. مراحل العلاج المعرفي السلوكي
- VI. نماذج دراسات في العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة الفصل

ظهر العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy كأحد التيارات العلاجية الحديثة، والذي يعد من أكثر وأهم الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة، ويهتم هذا النوع بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية هادفاً إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، ويهتم بالمدخل السلوكي التعليمي للمواقف الحياتية وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل، بمعنى آخر يقوم على دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية والانفعالية للمريض ضمن السياق الاجتماعي.

نبذة تاريخية عن تأسيس العلاج المعرفي السلوكي

نشأ العلاج المعرفي السلوكي في فترة الستينيات من القرن الماضي على يد كل من آرون بيك Aroan Beck وألبرت إليس Albert Ellis وبشكل مستقل عن بعضهما البعض، حيث تدرّب كل منهما على التحليل النفسي الكلاسيكي في بادئ حياتهما العملية، الأمر الذي أشعرهما بعدم الرضا عن هذا الأسلوب بسبب قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد المكونة له (هوفمان 2012م، ص: 13).

- وجد بيك من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب، أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا عن كم هائل من الأفكار السلبية التي يفصحون عنها بشكل عفوي، والتي تقوم على معتقدات راسخة لديهم عن أنفسهم وعن عالمهم وعن مستقبلهم، يفسرون المواقف على ضوءها، وقد أطلق على تلك الأفكار السلبية اسم الأفكار الآلية Automatic Thoughts واسم المخططات Schemas على تلك المعتقدات القاعدية.

وقد لاحظ بيك أن تلك الأفكار والمعتقدات هي ما ساهمت في تحديد التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف المرضي Maladaptive للمواقف والأحداث لدى المكتئبين مما أدى بدوره إلى استجابات وجدانية غير مرغوبة والتي يمتاز بها بمرض الاكتئاب، وليس مجموعة المكبوتات اللاشعورية الممتدة إلى مرحلة الطفولة التي كان ينادي بها فرويد في التحليل النفسي.

وبناء على ذلك طور بيك طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار والمعتقدات، ومن ثم تشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية، والإتيان بالسلوكيات الأكثر فعالية، والشعور الأفضل نفسياً (هوفمان 2012م، ص: 14).

- بدوره أكد إليس في مدخله العلاجي على العمليات المعرفية التي يتبناها المرضى على أنها السبب في نشأة واستمرارية ما يعانون منه من اضطرابات نفسية ووجدانية، ويتلخص دور المعالج في مساعدة المريض على إدراك لاعقلانية طريقة تفكيره، وجعله يغير تلك المعتقدات والآليات الفكرية التي تهزم الذات. وقد أطلق إليس على هذا العلاج اسم العلاج العقلاني Rational Therapy ثم طورها إلى العلاج العقلاني الانفعالي، وأخيرا وبعد سنوات من التعديل والتطوير استقر على مسمى (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي R.E.B.T.) (هوفمان 2012م، ص: 15).

وبفضل جهود هذين العالمين وغيرهما، نشأ العلاج النفسي المعرفي السلوكي C.B.T. وأصبح بمرور الوقت أحد أهم العلاجات ذا الفاعلية العالية في مجال علم النفس عموما.

تعريف العلاج المعرفي السلوكي

عرف آرون بيك العلاج المعرفي السلوكي على أنه: "شكل من أشكال العلاج، يتسم بالفاعلية والتنظيم والوقت المحدد والتعاون بين المعالج والمريض، بهدف دراسة معتقداته المتعلقة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخيلاته وتفكيره، وفحصها والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية". (عبد الستار إبراهيم 1980م، ص: 263) وعرفه جلاس وشيا على أنه: "تيار علاجي حديث ذو اتجاه معرفي، يقوم على إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة تحدث ردود فعله الغير متكيفة، ويهدف إلى تعديل المعارف المشوهة واستبدالها بأخرى أكثر ملائمة لإحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية" (حامد الغامدي 2005م، ص: 144).

وهو عبارة عن جلسات علاجية نفسية، فردية وجماعية، التي يتم إخضاع المفحوص لها على المستويين السلوكي والمعرفي.

وتعتبره موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بمثابة: "عملية عقلية تجعل الفرد واعيا ببيئته الداخلية والخارجية وعلى اتصال مستمر بها" (حامد الغامدي 2005م، ص: 145).

أي أنه - كما عرفه كندول - نوع من العلاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزا مهما في الاضطرابات الانفعالية.

1) (النظرية السلوكية Behavioral Theory) القائمة على نظريات التعلم، والقائلة أن جميع السلوكيات البشرية تقوم على مبدأ (منبه ← استجابة).

2) (النظرية المعرفية Cognitive Theory) التي تركز على فكرة رئيسية مفادها أن انفعالات الفرد وسلوكه ترتبط بشكل كبير بالتفكير لديه (منبه ← فكرة ← استجابة).

3) (النظرية الاجتماعية Social Theory) القائلة بأن الفرد يتعلم القواعد والمبادئ التي تسيّر حياته من مجتمعه الذي يعيش فيه، بطريقتي الملاحظة والتقليد (باندورا Bandura).

والعلاج المعرفي السلوكي هو استراتيجية فعالة بشكل كبير في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية، لدرجة تتشابه على الأقل مع العلاج الطبي الدوائي، حيث لا تصاحبه آثار جانبية كما في الأدوية الطبية، ويمكن ممارسته بدون أي مخاطر لفترة غير محدودة من الزمن، بهدف تغيير طرائق التفكير والسلوك اللاتكيفي من أجل تحسين السعادة النفسية (هوفمان 2012م، ص: 21).

مبادئ وخصائص العلاج المعرفي السلوكي

I. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:-

لقد قام آرون بيك وزملاءه (Beck et al, 1985) بصياغة مبادئ وأسس العلاج، منها:-

- نموذج تفسير الاضطرابات الانفعالية: إن الناس يضطربون ويعانون من المشكلات النفسية ليس بسبب الأشياء في حد ذاتها، بل بسبب طبيعة وأسلوب تفكيرهم في اتجاه هذه الأشياء، والإحداث.
- العلاج موجز ومحدد البناء والوقت: فهو عملية علاجية بسيطة ومحددة ومتماسكة، و يوجد فيها التقييم المستمر، للحفاظ على توازن المريض، ولا بد من ضبط الوقت، وبناء مجموعة تدخلات معرفية موجزة من خلال توفير نشرات مكتوبة وشرائط سمعية ومرئية أو استخدام الملصقات لتوضيح استراتيجيات وأساليب المواجهة المراد تعلمها.
- العلاقة العلاجية: الراسخة شرط ضروري لفعالية أي علاج نفسي، وتتأتى من خلال بناء علاقة علاجية حميمة على أساس من الألفة والثقة والتقبل، والإجراءات العلاجية الملائمة وذلك بهدف مساعدة المريض على التكلم بصراحة.

- العلاج جهد مشترك بين المعالج والعميل: في تحديد الأهداف، والواجبات المنزلية، وتحديد الأفكار السلبية، والمشاعر المضطربة، وتحديد أولوية المشكلات... الخ.
- الاعتماد على المنهج السقراطي: القائم على الحوار والجدل، وتبادل المواقع في طرح السؤال، والنقاش وليس على المساءلة أو الاستجواب، ويمكن للمناقشة والجدل الجيدين أن يؤسسا لتطوير علاقة علاجية تعاونية، وبناء بنية معرفية سوية.
- عمل تفكيكي بنيوي مباشر: ويظهر ذلك من خلال استخلاص الأفكار السلبية المختلفة، وتحديد المشكلات، وتفنيد ونقد ومواجهة هذه الأفكار، ووضع صيغة عامة للحالة، وتحديد برنامج عمل بنيوي يتعلق بالأعراض التي يعاني منها العميل ونظرته لذاته وللعالَم من حوله وللمستقبل، واستخدام إجراءات وأساليب، وتقنيات علاجية لتغيير أو تعديل أفكار المريض المختلفة.

.II خصائص العلاج المعرفي السلوكي:-

- أما خصائص العلاج المعرفي السلوكي، فقد ذكرها (كوروين وآخرون 2007م، ص: 40) كالتالي:-
- الأسلوب العلاجي **Therapeutic Style**: ويمتاز المعالج في هذا النوع من العلاج بالنشاط والمباشرة، والحساسية لإحداث التوازن في التواصل بشكل متعاطف ومتفهم للعميل وتحديد أهدافه معه، وكذلك بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة حول المشكلة.
 - صياغة المشكلة **Formulation of problem**: يقوم المعالج بجمع كم كبير من المعلومات حول العميل، وعن مشكلته من خلال إجراء فحص موضوعي شامل حوله، وبذا تتم الصياغة وتراجع وتنقح بشكل مستمر في ضوء المعلومات المتجددة حول العميل.
 - ومن بين ما يتناول: التفكير الراهن للعميل الذي يرتبط بالمشكلة الحالية، والتعرف على تفسير العميل للأحداث الارتقائية الأساسية.
 - العلاقة التعاونية المشتركة **Collaborative Relationship**: بين كل من المعالج والعميل، حيث يشارك المعالج العميل في المهام المرسومة لتعديل سلوكه، كالتعرف على الأفكار الآلية الخاطئة، والمعتقدات المشوهة، وإجراء الواجبات المنزلية، ويشجع كذلك العميل على المشاركة التامة وأن يتحمل المسؤولية في تحسين حالته.

● **بناء الجلسات والعلاج Structure to sessions and to therapy**: يتم التخطيط للجلسات العلاجية من خلال جدول أعمال، وكذلك الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل.

ولجدول الأعمال شكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى، ويساعد في التوظيف الأمثل للوقت المحدد للجلسة، وتأكيد أهمية النقاط التي يأمل المعالج تناولها في الجلسة، ويكون كذلك بمثابة موجه للعميل في سبيل حل المشكلات، ويكون بمثابة إطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، ويمثل أيضا بناء معرفيا يساعد العميل على فهم القضايا المركزية للعلاج يمكنه تطبيقه وحده.

والبناء النموذجي للجلسات يكون:-

- فحص مزاج العميل

- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضي بين الجلسة الحالية والجلسة الماضية

- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية

- تلقي الحوصلة والربط بين الجلسة الحالية والماضية

- مناقشة بنود جدول الأعمال

- وضع الواجب المنزلي

- طلب حوصلة في نهاية الجلسة

● **العلاج الموجه نحو الهدف Goal directed Therapy**: إن العلاج المعرفي السلوكي يمتاز بالعمل التعاوني الهادف للوقوف على التغييرات الملائمة والمناسبة وذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات العميل.

● **Examine and questions** (المشوه) **unhelpful thinking**

يرى هذا النوع من العلاج أن الأفكار الخاطئة والغير واقعية هي التي توجه السلوك الغير السوي وتستثير الانفعالات الأليمة المصاحبة له، لذا فإن الفرد لابد عليه من استبدال طريقة تفكيره الخاطئة إذا أراد أن يتغلب على مشكلاته النفسية التي يعاني منها.

والأفكار الخاطئة تعرف بأنها تشويهات معرفية Cognitive distortions أو تفكير ملتوي Twisted (Burns 1969, 1980)، وتحديد هذه الأفكار الآلية وأخطاء التفكير المتضمنة داخلها تؤدي دورا رئيسيا في العلاج المعرفي السلوكي، وتتنحصر في الأنماط التالية:-

- تفكير الكل أو اللاشيء (التفكير الثنائي) Dischamous Thinking: حيث يدرك الفرد نفسه والآخرين والمواقف والعالم وفقا لفئات حادة متطرفة، كالألم التي ترى نفسها سيئة بشكل تام وكامل لأنها لم محبطة مع بكاء طفلها الصغير.
- الشخصية واللوم Personalization & Blame: حيث يلوم الفرد نفسه على كل ما يحدث من أخطاء ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية (الشخصنة)، أو بالعكس أن يجعل سبب الخطأ كله هو الآخرين والأحداث المحيطة (اللوم).
- التفكير الكوارثي أو قراءة المستقبل Catastrophizing or Future telling: يتوقع الفرد سوء الحظ وسلبية المستقبل ويعتقد في أشياء ستسبب له أمورا سيئة وتشيع في المشكلات المرتبطة بالقلق (Ellis 1962).
- الاستنتاج الانفعالي Emotional Reasoning: وفيه يرسم الفرد نهاية حدث ما بناء على إحساس داخلي، متجاهلا أي دلائل على إمكانية حدوث العكس، مثل: الشاب الذي ينتظر شريكته الجديدة، فتتأخر عن الموعد، فيستنتج مباشرة أنها نبذته، بدل أن يأخذ بافتراضات أخرى كأن يظن أنها قد تأخرت بسبب مشكلة في المرور مثلا.
- اللزوميات والينبغيات Should or Must statements: تكون لدى الفرد هنا فكرة ثابتة عن نفسه وعن الآخرين وعن العالم تترجمها أفعال (ينبغي ويجب) أن يكون، فيحول بذلك التوقعات إلى طلبات جامدة، وعندما لا تتوافق هذه المطالب مع مشاعر الفرد فإنه يجبط ويكدر انفعاليا، كأن يقول تلميذ: "لا يجب أن أخطئ في أي شيء".
- التنقية العقلية أو التجريد الانتقائي Mental Filter (Selective Abstraction): يوجه الفرد اهتماما وانتباها خاصا لأحد التفاصيل السلبية وينشغل بها بشكل لا نهائي، متجاهلا أي من التصورات الإيجابية الأخرى، مثل: كتلك المرأة التي تلقت من جميع زميلاتها الكثير من الإطراء على طريقة لباسها، إلا واحدة منهن انتقدت ذلك، فتجلس أياما تشعر بالحزن والانزعاج على هذا الأمر، متناسيا باقي مديح زميلاتها الأخريات.
- العجز أو عدم النظر للإيجابيات Disqualifying or Discounting the positive: حيث يتجاهل الفرد أي إيجابيات لأي موقف، ويخبر نفسه أن هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب، مثل:

الطاهي الممتاز الذي قد يحضر طعاما غير شههي كالعادة لأي سبب كان، ثم يخبر نفسه أنه طاهي غير مبدع كما يقال له.

- التعميم الزائد Overgeneralization: يفكر الشخص كذلك لأنه مر بخبرة سيئة مرة، فيعمم بشكل شامل على كل المواقف المشابهة، كأن يذهب شخص لمقابلة لوظيفة ما لكنه لا يوفق فيها، فيعتقد أنه سيرفض في كل وظيفة يتقدم لها دائما.

- التضخيم والتهوين Magnification & Minimization: يدرك الفرد نفسه والآخرين أو المواقف على أنها أكبر بكثير من ما هي عليه أو أصغر وأتفه بكثير مما هي في الواقع.

- العنونة Labelling: يطلق ذلك على النمط التفكيرى الذي لا يكتفي فيه الفرد بالاعتقاد بفكرة الكل أو لا شيء بل يذهب إلى أبعد من ذلك، كأن تطلق تلك الأم في المثال الماضي على نفسها أنها أم بلا قلب.

- القفز إلى النتائج (الاستدلال الجزائي) Jumping to conclusions (Arbitrary inference): يستنتج الفرد أن النتائج ستكون سلبية بدون وجود دليل على ذلك، حتى لو كانت هناك دلائل تشير إلى وجود نتائج إيجابية.

● استخدام الوسائل والأساليب المساعد **:Use range and techniques of aids**

كالأساليب السلوكية (الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي وإزالة الحساسية التدريجي) والاختبارات والمقاييس النفسية كقائمة بيك للاكتئاب، وغيرها من الأساليب المفيدة للوصول إلى الأهداف العلاجية.

● **تعلم العميل أن يكون معالجا لنفسه Teach client to become own therapist**

بتدريبه على المهارات المختلفة والتي تساعد على الاستمرار في التعامل مع المشاكل بعد فترة العلاج.

● **وضع الواجب المنزلي Homework setting**: لكي يستمر الأثر العلاجي إلى خارج الجلسات.

● **تحديد الوقت Time Limited**: لمباشرته وطبيعته التشاركية والتوجه نحو الهدف والمنحى البنائي.

● **جلسات التسجيل الصوتي Audio recording sessions**: تكون مفيدة أحيانا لمراقبة السلوك.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي

تنقسم الفنيات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي إلى ثلاثة أقسام، تبعا للمستويات الثلاث للخبرة البشرية، وهي:-

- فنيات معرفية: كالتعليم النفسي والمناقشة والتعرف على الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية والعلاج الموجه بالاستبصار والمقابلة الإكلينيكية، والمراقبة الذاتية، والتدريب على حل المشكلات والتعبير عن الذات بطريقة آلية، وفنيات البناء المعرفي... الخ.
- فنيات انفعالية: كالمدحجة ولعب الدور والحوار والمناقشة والوعظ العاطفي... الخ.
- فنيات سلوكية: كالاسترخاء والقصص والواجبات المنزلية، والتمثيل و الاشرط الكلاسيكي والإشرط الإجرائي بما يتضمنه من أساليب التعزيز والعقاب، التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، والتعرض ومنع الاستجابة... الخ.

مراحل العلاج المعرفي السلوكي

إن العملية العلاجية المتبعة ضمن الاتجاه المعرفي السلوكي هي عملية عقلية معرفية تحصر في دائرة المعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي تعد سبب الاضطرابات التي يعاني منها العميل، وتكون على خمس مراحل أساسية، هي:-

- المرحلة الأولى: تقييم أعراض وسلوكيات العميل
- المرحلة الثانية: وضع أهداف لعملية العلاج
- المرحلة الثالثة: تحقيق أهداف عملية العلاج
- المرحلة الرابعة: تقييم العملية العلاجية
- المرحلة الخامسة: تثبيت نتائج العملية العلاجية

وهذه المراحل للعلاج تكون في فترة زمنية قصيرة نسبيا، إذ تتراوح عدد جلساته عادة ما بين 10 جلسات إلى 25 جلسة، وقد تكون أقصر من تلك الفترة أو أطول منها وذلك على حسب نوع المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه العميل.

نماذج دراسات في العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع بعض حالات الإدمان على المواد

هناك العديد من الدراسات التي تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي حول موضوع الإدمان على المواد¹، ومنها:-

- دراسة أزين وآخرون (1994م): طبقت على عينة تمثلت من 28 فردا من متعاطي الكوكايين والماريجوانا كان سبب إدمانهم على هذه المواد الاكثاب، طبق عليهم البرنامج العلاجي لتعديل سلوكهم، واستخدم في هذه الدراسة قائمة بيك للاكثاب كمقياس لمدى تحسن اكتناهم وبالتالي إقلاهم عن المادتين، ودلت النتائج النهائية وجود تحسن ملحوظ بعد تطبيق العلاج.
- دراسة مارك كيلبي (1994م): طبقت على عينة من 811 طالبا من المدخنين ومتعاطي الكحول، قسمتهم الدراسة باستعمال استبيان مكون من 40 سؤالا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وبعض تطبيق البرنامج توصلت نتائج الدراسة إلى فروق ذات دلالة إحصائية على فعالية العلاج في التخلص من السلوك الإدماني.
- دراسة مستشفى الأمل بجدة (2010م): طبقت على مجموعة من الأفراد الذين كانوا يعانون من آثار التسمم على المواد في وحدة تعديل السلوك التابعة للمستشفى، وتم التوصل بعد البرنامج إلى نتائج إيجابية بشكل كبير للبرنامج في الحد من تبعات التسمم.

ويوجد الكثير من مثل هذه الدراسات العربية والأجنبية، التي أجريت على الأفراد المدمنين على مواد مختلفة باستعمال العلاج المعرفي السلوكي C. B. T، والتي أثبتت بشكل كبير الأثر الإيجابي الواضح في تخفيف وإزالة أعراض الاعتمادية على تلك المواد، مما يجعل من هذا العلاج في طليعة الأساليب المحورية لبرامج التكفل العيادي للحالات الإدمانية.

1. لم يتحصل الباحث على دراسات تناولت تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على إدمان القات، وذكر الدراسات أعلاه للاستشهاد على جدوى العلاج في حالات الإدمان على المواد.

تناول هذا الفصل نبذة تاريخية عن تأسيس العلاج المعرفي السلوكي، بعدها انتقل إلى تعريف هذا العلاج ومن ثم مبادئه وأسسها التي يقوم عليها والتي تميزه عن باقي طرق العلاج في مجال علم النفس عموماً. وأتى الدور على حصر المجموعات الثلاث التي تنتمي إليها الفنيات الخاصة به، ومراحله التي يمر عليها بدءاً من تقييم الأعراض ووصولاً إلى الحفاظ على النتائج الإيجابية المتحصل عليها. وفي النهاية تم سرد بعض نماذج لدراسات تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع حالات في الإدمان على المواد بشكل سريع.

الجانب التطبيقي

الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- .I المنهج المتبع في الدراسة
- .II التقنية العلاجية المستعملة في الدراسة
- .III كيفية اختيار الحالة المتناولة في الدراسة
- .IV أساليب التشخيص والتقييم المستعملة في الدراسة
- .V سيرورة الجلسات في الدراسة
- .VI الحدود المكانية والزمانية للدراسة

خلاصة الفصل

يقوم العلماء والباحثون قبل إجراء الدراسات التي يستهدفونها في الحقول العلمية المختلفة، بانتهاج سبل محددة للوصول إلى المعلومات والمعطيات بشكل مقنن وواضح، من أجل توثيق وتقييم البحوث ونتائجها المتحصل عليها، بشكل موحد وعلى أساسيات متينة ومسطرة سلفاً.

المنهج المتبع في الدراسة

انتهج الباحث **المنهج العيادي الإكلينيكي** في هذه الدراسة، لتركيزه على جميع الجوانب الحياتية للحالة المدروسة، كالجانب النفسي والجانب العضوي والاجتماعي والمهني، وكذلك البيئي.

وهو منهج يسمح بالقيام بالملاحظة المعمقة للحالات، وذلك بهدف تكوين نظرة متكاملة تفسر ديناميكية نشوء الاضطراب أو السلوك الغير سوي، وهو الهدف الذي دفع الباحث إلى تفضيل هذا المنهج على حساب المناهج العلمية الأخرى كالمنهج التجريبي وغيره.

ومما يزيد من أهمية المنهج العيادي وفائدته تلك الأدوات التي يستعملها في الدراسة والتحليل، وهي أدوات تتميز بدقة ومستوى ثبات عاليين، لأسباب تتقدمها قلة الحالات التي يتناولها في المرة الواحدة، حيث يعتبر منهجاً يركز على دراسة الحالات الفردية بمختلف الوسائل والأدوات المتاحة لجمع البيانات المستخدمة في البحوث النفسية الأمر الذي يزيد من درجة عمق الدراسة.

وبذا أصبح للباحث الإطار الثابت للإجابة عن تساؤل الدراسة والتحقق من الفرضية الخاصة بها، وهما:-

- ✓ **الإشكالية:** هل يمتلك العلاج المعرفي السلوكي الفعالية الكافية لمساعدة مدمن نبتة القات على الإقلاع منها؟
- ✓ **الفرضية:** تعتبر الأساليب المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي ذات دور إيجابي وفعال للتخلص من الإدمان الذي تخلفه نبتة القات لدى الشخص المتعاطي لها.

ويحتوي المنهج الإكلينيكي العيادي على مجموعة من التقنيات العلمية، يقوم باستعمالها كأدوات دراسة وتحليل، والتي سينتجها الباحث في هذه الدراسة، وهي كالتالي:-

1) الملاحظة العيادية **Clinical Observation**: يعرفها معجم أوكسفورد Oxford Dictionary على أنها مشاهدة صحيحة لتسجيل الظواهر كما تقع في الطبيعة، وذلك بأخذ الأسباب ونتائج العلاقات المتبادلة بعين الاعتبار. (محمد مزيان 1999م، ص: 97)

أي أنها تستعمل لمشاهدة الحقائق والسلوكيات المدروسة التي تصدر من الحالة الفردية أو الجماعية المستهدفة سواء كانت حالة كائن حي أو غيره، وتتكون من أربعة أنواع، هي: الملاحظة بالمشاركة، والملاحظة بدون مشاركة، والملاحظة المقننة، والملاحظة الحرة.

2) المقابلة العيادية **Clinical Interview**: يعرفها English M. & English C. على أنها محادثة موجهة يقوم بها فرد لاستشارة أنواع معينة من المعلومات، لاستخدامها في بحث علمي أو للاستعانة بها في التوجيه والتشخيص والعلاج. (محمد مزيان 1999م، ص: 103)

وتتكون من ثلاثة أنواع على حسب نوع الأهداف التي تسعى إليها، هي: المقابلة المقننة، والمقابلة النصف مقننة، والمقابلة الحرة.

3) دراسة الحالة **Case Study**: وهي أداة تستعمل للتحليل الدقيق للموقف العام للفرد، تقوم على بيانات ومعلومات وافية عنه وعن شكواه، ومظهره العام وسماته الشخصية وتحصيله الأكاديمي وحالته الصحية، والبيئة التي يعيش فيها، وتركز على فهم مشكلات العميل وأسبابها لتفسيرها، والتخطيط للخدمات (كالعلاج) التي تقدم إليه. (مدحت الحجازي 2012م، ص: 169)

وقد ذكر (الخطيب 1987م، ص: 216 إلى 218) أنه في دراسة الحالة الواحدة يتم المقارنة بين أداء الفرد نفسه في مرحلة ما قبل العلاج أو ما يسمى بالخط القاعدي **Baseline Phase**، وبين أدائه في مرحلة العلاج بهدف إيضاح العلاقات الوظيفية بين طريقة العلاج والسلوك.

ولا بد على الباحث أن يكتفي بدراسة متغير واحد مستقل (البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي)، ما يجعل النتائج المتحصل عليها مرتبطة بطريقة العلاج المستخدمة، وليس للمتغيرات التابعة.

4) المقاييس والاختبارات **Tests**: وتسمى كذلك بالروائر، وهي مجموعة منظمة من المثيرات **Stimulus** أعدت لتقيس بطريقة كمية أو كيفية بعض العمليات العقلية أو سمات معينة في الشخصية أو دراسة الشخصية ككل، بمختلف جوانبها الدينامية. (فيصل عباس 1996م، ص: 9)

ويعتبر المقياس أو الاختبار وضعية تجريبية مقننة تكون بمثابة مثير لسلوك، ويقيم هذا السلوك بمقارنته بسلوك أفراد آخرين وضعوا في الوضعية نفسها، مما يسمح بتصنيف الفرد المفحوص كمتأخر أو متقدم، وهناك ثلاثة للاختبارات، هي: الاختبارات الموضوعية، والاختبارات الإسقاطية، واختبارات الذكاء.

وفي هذه الدراسة سيتم استخدام مقياس يسمى:-

- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد، وهو مقياس مستنبط من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM 4^{TR}) A. P. A.
- المراجعة التاسعة لفحص الحالة العقلية الحاضرة (الخاني 2006م، ص: 259)، وهو إطار عام يستعمل كمخطط لسير المقابلات والملاحظات العيادية، وبه يتم:-

- تقييم المظهر والسلوك العام
- تقييم الحالة الانفعالية والمزاج
- تقييم درجة الصوت والكلام
- تقييم الوظائف المعرفية والتفكير
- تقييم التعاون مع الفاحص (الباحث)

وهذه الأدوات التقنية، ستكون المكونات الأساسية للمقارنة المعرفية السلوكية التي يهدف بها الباحث إلى التعامل مع حالات الإدمان على تعاطي نبتة القات.

التقنية العلاجية المستعملة في الدراسة

بما أن المقارنة: هي الطريقة التي يتناول بها الباحث دراسة موضوع ما، فقد فضل الباحث أن ينحى بمقارنته العلاجية منحى العلاج المعرفي السلوكي، الذي يحتوي على الأسس والمتطلبات الضرورية والتي من شأنها التعامل مع إدمان نبتة القات، لتناوله المشكلة من جانبين رئيسيين هما:-

الجانب المعرفي والجانب السلوكي، اللذان يعتبران جوهر التدخل الناجح لمعظم الاضطرابات والسلوكيات الضارة والمتعلقة بالمواد.

فيتم عن طريق هذا العلاج:-

- **التعديل المعرفي:** الذي يستهدف الأفكار المشوهة التي يتبناها العميل، والتي ترتبط أحيانا بالسلوك الإدماني، كالأفكار الشائبة Dischamous Thinking أو الأفكار الكوارثية Catastrophizing.
- **التعديل السلوكي:** الذي يستهدف السلوكيات اللاتكيفية، سواء كانت لفظية أو فعلية ومحاولة التحكم بها أو إحلال أخرى أكثر توافقا مكانها، والحرص على استمراريتها.
- **إعادة التوازن والتكيف الاجتماعي.**

كيفية اختيار الحالة المتناولة في الدراسة

لقد تمكن الباحث في البداية من تحديد 3 حالات لذكور يتعاطون القات¹ بشكل موجه وغير عشوائي، على امتداد ولايتين بالجزائر هي: (وهران/ الجزائر العاصمة)، حيث تصلهم النبتة عن طريق خطوط النقل الجوية، فامتنع اثنان منهم عن تجريب العلاج لأسباب لم يفصحو عنها.

ووافق الثالث -الذي كان من معارف الباحث- بتجريب العلاج بشيء من التحفظ، لوجود رغبة لديه من سنوات في التوقف عن تعاطي النبتة كما صرح في وقت مضى، إلا أنه تقبل بشكل كامل بعدما شرح له الباحث أهداف العلاج والفوائد التي ستعود عليه عند تطبيقه، يتمكن من التخلص عن تبعات الإدمان على النبتة.

أساليب التشخيص والتقييم المستعملة في الدراسة

- اعتمد الباحث أسلوبين في عمليتي التشخيص والتقييم في هذه الدراسة، وكان ذلك كالتالي:-
- **في التشخيص:** استخدم الباحث في وضعه التشخيص النهائي للحالة، ما يلي:-
 - قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد من (DSM 4^{TR}): وأجريت في الجلسة الثانية (التشخيصية) على العميل بهدف تحديد وجود الأعراض الإدمانية على القات.
 - المراجعة التاسعة لفحص الحالة العقلية الحاضرة: طبقت في الجلسة الثانية (التشخيصية) وذلك للتعرف على الاضطرابات المصاحبة لتعاطي النبتة، والتي قد تكون سببا أو نتيجة للسلوك الإدماني، لوضع التشخيص النهائي قبل إجراء التدخل العلاجي المعرفي السلوكي.

¹. لم يتم الوصول إليهم في مؤسسات طبية تأهيلية أو ما شابه، لأن تعاطي القات في الجزائر لا يجرم ولا يكافح قانونيا.

- **في التقييم:** أما لتقييم نجاح سير المقاربة العلاجية استخدم الباحث، ما يلي:-
- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد: استعملها الباحث كقياس قبلي أجراه مع العميل في الجلسة الأولى.
- الملاحظات العيادية: برصد السلوكيات اللفظية والغير لفظية للعميل، وللقياس البعدي لمعرفة مدى التقدم المحرز من المقاربة العلاجية.

سيرورة الجلسات في الدراسة

تكونت هذه المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية التي قام الباحث بتطبيقها في هذه الدراسة من 13 جلسة، قسمت كالتالي:-

- **الجلسة الافتتاحية: الجلسة رقم (1)**، أجريت بتاريخ (24/ فبراير/ 2015م).
أخذت شكل المقابلة الحرة واستمرت لمدة 30 دقيقة، من الساعة 10:30 إلى 11:00 صباحاً. وارتكز الباحث فيها على التعرف على الحالة وتحفيزه، وفي نفس الوقت تقييم مدى جهوزيته ورغبته في العلاج، وأيضاً الاتفاق على وقت الجلسة التالية.
- **الجلسة التشخيصية: الجلسة رقم (2)**، أجريت بتاريخ (3/ مارس/ 2015م).
أخذت شكل المقابلة نصف المقننة واستمرت لمدة 50 دقيقة، من الساعة 10:30 إلى 11:20 صباحاً. وطبق فيها الباحث (قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد) للتقييم القبلي وقياس التبعية الحاصلة للنبته، واستعمل (فحص الحالة العقلية الحاضرة) لتأطير أهداف المقابلة وتوجيه النقاط الأساسية للملاحظة العيادية.
- **الجلسات العلاجية:** استمرت كل جلسة منها لمدة 45 دقيقة، وبدأ الباحث في الجلسة الأولى من هذه الجلسات بالاتفاق مع العميل على الخطة العلاجية والأهداف التي سيركز عليها العلاج، ثم استمرت باقي الجلسات بعد ذلك في تطبيق المقاربة العلاجية، وأرقام هذه الجلسات وتاريخ إجرائها كالتالي:-
- **الجلسة رقم (3):** أجريت بتاريخ (7/ مارس/ 2015م)، من الساعة 15:30 إلى 16:15 مساءً.
- **الجلسة رقم (4):** أجريت بتاريخ (10/ مارس/ 2015م)، من الساعة 10:30 إلى 11:15 صباحاً.

- الجلسة رقم (5): أجريت بتاريخ (14/ مارس/ 2015م)، من الساعة 15:30 إلى 16:15 مساءً.
- الجلسة رقم (6): أجريت بتاريخ (17/ مارس/ 2015م)، من الساعة 10:30 إلى 11:15 صباحاً.
- الجلسة رقم (7): أجريت بتاريخ (21/ مارس/ 2015م)، من الساعة 15:30 إلى 16:15 مساءً.
- الجلسة رقم (8): أجريت بتاريخ (24/ مارس/ 2015م)، من الساعة 10:30 إلى 11:15 صباحاً.
- الجلسة رقم (9): أجريت بتاريخ (28/ مارس/ 2015م)، من الساعة 15:30 إلى 16:15 مساءً.
- الجلسة رقم (10): أجريت بتاريخ (31/ مارس/ 2015م)، من الساعة 10:30 إلى 11:15 صباحاً.
- الجلسة رقم (11): أجريت بتاريخ (4/ أبريل/ 2015م)، من الساعة 15:30 إلى 16:15 مساءً.
- الجلسة رقم (12): أجريت بتاريخ (7/ أبريل/ 2015م)، من الساعة 10:30 إلى 11:15 صباحاً.
- الجلسة التتبعية: هي الجلسة رقم (13) والأخيرة، امتدت لـ **60 دقيقة** وأجريت بعد (30 يوماً) من آخر جلسة علاجية أي (7/ مايو/ 2015م)، وأعاد فيها تطبيق (قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد) كقياس تقييمي لمدى نجاح أهداف المقابلة، وكذلك أجريت ملاحظة عيادية.

رقم ونوع الجلسة	المدة	التاريخ ووقت الإجراء	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة
الجلسة (1): افتتاحية	30 دقيقة	24/ فبراير/ 2015م في الساعة: من 10:30 إلى 11:00 صباحاً	- تعريف العميل بالمقاربة - تقييم استعداد العميل - تهيئة العميل للجلسات	نقاش حول تعريف العميل بالمقاربة، وعن تاريخه، وعن إمكانية العمل معاً، ثم الاتفاق على الجلسة المقبلة.
الجلسة (2): تشخيصية	50 دقيقة	3/ مارس/ 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:20 صباحاً	- التأكد من معاناة العميل من الإدمان على القات - إجراء فحص عيادي شامل	تطبيق قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد، وفحص الحالة العقلية الحاضرة، والاستعداد للجلسة المقبلة.
الجلسة (3): علاجية	45 دقيقة	7/ مارس/ 2015م، في الساعة: من 15:30 إلى 16:15 مساءً	- إطلاع العميل على نتائج الاختبارات - وضع الخطة العلاجية	مراجعة مواضيع الجلسة الماضية ونتائج الفحص، ثم التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي ومحاوره، ثم تم الاستعداد للجلسة المقبلة.

مراجعة الواجب المنزلي، اختيار 7 تقنيات من العلاج مع شرح التقنية الأولى، واجب منزلي، ثم التلخيص والاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي - شرح الملاحظة والمراقبة الذاتية - إعطاء واجب منزلي 	10/ مارس / 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:15 صباحا	45 دقيقة	الجلسة (4): علاجية
مراجعة الواجب المنزلي، تسجيل ظروف تعاطي النبتة، البداية بحل المشاكل، شرح النمذجة، ثم التلخيص والاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي - شرح وتطبيق أسلوب النمذجة - إعطاء واجب منزلي 	14/ مارس / 2015م، في الساعة: من 15:30 إلى 16:15 مساء	45 دقيقة	الجلسة (5): علاجية
مراجعة الواجب المنزلي، شرح أسلوب الضبط الداخلي للأفكار والحوارات الداخلية، تلخيص ما تم تناوله، والاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي - شرح وتطبيق الضبط الذاتي - إعطاء واجب منزلي 	17/ مارس / 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:15 صباحا	45 دقيقة	الجلسة (6): علاجية
مراجعة الواجب المنزلي، وإعطاء أمثلة توضيحية لكيفية تأثير الأفكار المشوهة على حياتنا اليومية، تلخيص واستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي - أمثلة لأخطاء التفكير ورصدها - إعطاء واجب منزلي 	21/ مارس / 2015م، في الساعة: من 15:30 إلى 16:15 مساء	45 دقيقة	الجلسة (7): علاجية
مراجعة الواجب المنزلي، التدريب على طرح الأسئلة لتحدي الأفكار الآلية المشوهة، والتلخيص ثم الاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي - تحدي الأفكار الآلية بالأسئلة - إعطاء واجب منزلي 	24/ مارس / 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:15 صباحا	45 دقيقة	الجلسة (8): علاجية
تشجيع العميل ورفع معنوياته للاستمرار، والتأكيد على أن الانتكاسة أمر وارد ويمكن الاستفادة منه، والتلخيص، والاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - تشجيع العميل على الاستمرار - شرح مفهوم الانتكاس - شرح تقنية ضبط المثبرات 	28/ مارس / 2015م، في الساعة: من 15:30 إلى 16:15 مساء	45 دقيقة	الجلسة (9): علاجية
مناقشة ما تم تناوله في الجلسة الماضية، شرح والتدريب على مهارة حل المشكلات بالفديو، ثم التلخيص، والاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - ربط الجلسة بالجلسة السابقة - التدريب على حل المشاكل - استعمال أفلام توضيحية 	31/ مارس / 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:15 صباحا	45 دقيقة	الجلسة (10): علاجية
مناقشة ما تم تناوله في الجلسة الماضية، شرح والتدريب على مهارة إدارة الضغوط بالفديو، ثم التلخيص، والاستعداد للجلسة المقبلة.	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الجلسة الماضية - التدريب على إدارة الضغوط - استعمال أفلام توضيحية 	4/ أبريل / 2015م، في الساعة: من 15:30 إلى 16:15 مساء	45 دقيقة	الجلسة (11): علاجية

مناقشة ما تم تناوله في الجلسة الماضية، التدرب على تقنية الاسترخاء وإيضاح فوائدها، حوصلة لجميع الجلسات، أخذ موعد للجلسة التتبعية.	- التدريب على تقنية الاسترخاء - حوصلة كل الجلسات - وضع موعد للجلسة التتبعية	7 / أبريل / 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:15 صباحا	45 دقيقة	الجلسة (12): علاجية
لم يتم استعمال القائمة الأولى لعدم جدواها، ثم حوار مفتوح حول التقدم المحرز، بعدها إنهاء العلاج.	- التقييم بالوقوف على مدى نجاح العلاج - التدعيم للاستمرار على ما حقق	7 / مايو / 2015م، في الساعة: من 10:30 إلى 11:30 صباحا	60 دقيقة	الجلسة (13): تتبعية

الجدول رقم (3): يبين شكل سيرورة الجلسات في المقاربة المعرفية السلوكية للتعامل مع إدمان القات لدى الحالة

الحدود المكانية والزمانية للدراسة

- **الحدود المكانية:** جرت الجلسات العلاجية التي طبقت مع الحالة، في سكن جامعي للذكور في وسط ولاية وهران الجزائرية.
- **الحدود الزمانية:** امتدت سير جلسات المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية لمدة تقارب الثلاثة أشهر، وتحديدًا في الفترة الواقعة بين تاريخي: (24 / فبراير / 2015م) و (7 / مايو / 2015م).
وجرت كل الجلسات ابتداء من الجلسة التشخيصية - التي جرت في يوم السبت من آخر أسبوع بـفبراير - في يومي السبت (صباحا) والثلاثاء (مساء) من كل شهر، إلا الجلسة التتبعية الأخيرة التي وافقت يوم الخميس.

خلاصة الفصل

لقد تم في هذا الفصل عرض أهم الأسس والتقنيات التي ارتكز عليها الجانب التطبيقي للدراسة، والذي يعتبر ذو ارتباط بالجانب النظري، ويأتي في أولها المنهج المتبع في الدراسة والأدوات التي يستخدمها، ثم التقنية العلاجية المستعملة.

والكيفية التي تم اختيار الحالة العيادية بها، وأيضا الأساليب التشخيصية والتقييمية التي اعتمدت في هذه الدراسة.

ثم وقبيل نهاية الفصل وضع الباحث سيرورة الجلسات، حيث ذكر عددها وأوقات إجرائها، وأهداف كل جلسة منها، ومحتوياتها، ورتبها في جدول للعودة السريعة إليها، على اعتبار كونها الخطة التي تسير عليها المقاربة العلاجية لإدمان القات.

وكل ذلك سهل للباحث الإجابة على إشكالية الدراسة واختبار فرضية البحث في إطار منهجي مقنن وجلي.

وفي الفصل المقبل، يعرض الباحث ما تحصل عليه من معلومات عن الجلسات العيادية التي تكونت منها هذه المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية مع العميل.

عرض دراسة الحالة

.I المعلومات البيبلوغرافية (الشخصية) عن الحالة

.II تاريخ الحالة

.III عرض محتوى الجلستين الأولى والثانية

.IV التشخيص العيادي للحالة

.V نتائج الجلسات العلاجية مع الحالة

.VI نتيجة الجلسة التتبعية الأخيرة

المعلومات البيولوجرافية (الشخصية) عن الحالة

- الاسم واللقب: (م. م.)
- الجنس: ذكر
- تاريخ الميلاد: 23 / يناير / 1988م
- العمر الحالي: 27 سنة
- المستوى التعليمي الأكاديمي: جامعي
- الوظيفة: طالب جامعي
- الحالة المدنية: أعزب
- محل الإقامة: حي جامعي
- المستوى الأكاديمي والمهنة (الأب): جامعي / مهندس معماري (متقاعد حاليا)
- المستوى الأكاديمي والمهنة (الأم): جامعية / معلمة
- عدد الأبناء: ثلاثة أولاد
- الترتيب بين الإخوة: الثاني

تاريخ الحالة

• التاريخ العائلي والمرضي

عاش (م. م.) طفولة عادية مع أبويه وأخويه، ولم تشهد تلك الفترة من عمره أي أحداث تلفت الانتباه، وقد كان كلا الوالدين مقربين لبعضهما وإلى أبنائهم الثلاثة وكانت تربطهما بهم علاقة متينة.

حيث كان والده يعمل في مكتب للأبحاث العمرانية تابعا لوزارة السكن، وكان كما وصفه (م. م.) أبا طيبا وإنسانا صالحا، لم يشعر أيا من أفراد عائلته بالحاجة بتوفيره كل شيء لهم، إلا أنه كان يغيب أحيانا لفترات بسبب طبيعة عمله المتطلبة، وقد تقاعد فيما بعد وأنشأ شركة مواصلات صغيرة وخاصة بنقل أدوات البناء.

أما والدته فكانت معلمة في مدرسة ابتدائية لا تبعد كثيرا عن منزلهم وهي نفس المدرسة التي درس فيها كل من (م. م.) وأخوه الأكبر من قبله وكذلك الأصغر فيما بعد، وقد تكفلت بتعليمهم الأساسي حتى وصل كل منهم إلى مرحلة الدراسة الثانوية.

وأما بالنسبة لأخويه فكان ل(م. م.) علاقة جيدة بما وبالذات بأخيه الأصغر، الذي كان يصغره بثلاثة أعوام، وكان يعتني به وبالذات في الأحيان التي يتغيب فيها الوالدان عن المنزل ويتركان أبناءهما عند بيت أحد أقاربهم.

والأخ الأكبر الذي كان يفصل بينه وبين (م. م.) تسع سنوات، فقد أكمل دراسته الثانوية ولم يواصل بعد ذلك في الجامعة إلا لمدة لم تتجاوز السنة والنصف، وبدأ بممارسة التجارة التي كان يحسنها بسبب تدريب والده له، ثم تزوج وأنشأ أسرته الخاصة بعد ذلك بفترة، إلا أنه كان دائم التواصل بوالديه وإخوانه.

وامتازت سنوات مراهقة (م. م.) بعقد الصداقات الكثيرة، حيث كان يمضي الكثير من الأوقات برفقة أصحابه وأقرانه، الأمر الذي كان يسبب له أحيانا بعض المشادات مع أبيه وأمه، حيث كان الأب يشدد على نصح ابنه بالتركيز على دراسته، وعدم إضاعة وقته بمكوثه مع رفقائه أطول من اللازم.

أما تحصيله العلمي فكان جيدا طيلة فترات دراسته، وقد أنهى دراسته الثانوية وسافر من بلده إلى الجزائر لإكمال تحصيله الجامعي، منذ ما يقرب الست سنوات¹.

¹. من وقت إجراء الدراسة الحالية.

ولم يذكر (م. م.) أنه عانى في طفولته أو ما بعدها من أمراض حادة أو مزمنة، إلا أنه ذكر أن أباه كان مريضاً بالسكري، وأنه أفلح عن تعاطي القات والتدخين منذ سنوات وبالتحديد عندما ساءت حالته ونصححه الأطباء بإيقاف تعاطي المادتين.

• التاريخ الإدماني

بدأ (م. م.) بتعاطي ومضغ القات عندما كان عمره حوالي 19 عاماً، أي في فترة دراسته في الثانوية العامة وقد علمت عائلته بالأمر بعد مرور سنة، عندما أخبرهم أنه سيدعو أصدقاءه إلى المنزل لعقد جلسة (تخزين) معهم بمناسبة نجاحه في البكالوريا، ولم يجبروه على الإقلاع عن ذلك كون اعتبار ذلك عادة اجتماعية في بلده.

وتوالى فترات استهلاكه للنبته بعدها، وانتقل من اكتفائه بالتعاطي في أيام محددة كالأعياد وأيام نهاية الأسبوع، إلى معدل ثلاثة إلى أربعة أيام في الأسبوع.

ثم وبعد مجيئه إلى الجزائر لم يتمكن من الاستغناء عن المادة، وقام في كل مرة يسافر فيها إلى بلده بإحضار كميات كبيرة ومطحونة من القات¹، والاقتصاد فيها لتوصله إلى نهاية السنة المقبلة ثم يعيد الشحنة وهكذا، أو يقوم بشرائها من بعض البائعين اللذين يتعاملون بالنبته ويحصلوا عليها بالشحن الجوي من بلدانهم، وأحياناً كان يجد النبته بشكلها الطبيعي.

عرض محتوى الجلستين الأولى والثانية

1) الجلسة الأولى

عقدت هذه الجلسة الافتتاحية بعد اتفاق سابق عليها بين الباحث و(م. م.)، وقد تم إجراؤها في الساعة العاشرة والنصف صباحاً من يوم الثلاثاء الموافق لـ(24/ فبراير/ 2015م)، بالحي الجامعي الذي يقطن فيه (م. م.)، واستمرت لـ30 دقيقة.

بدأت بتحية الباحث لـ(م. م.) ثم بنقاش دار حول مواضيع كان أهمها السؤال عن التاريخ العائلي والإدماني لـ(م. م.)، ثم التعريف بالمقاربة العلاجية وشرح الباحث -بشكل عام- عن كفاءتها والوقت الذي ستستغرقه الجلسات

¹. عبر بعض خطوط الطيران، التي لا تقوم بالرقابة على القات.

فيها، وبسبب معرفة الباحث المسبقة ب(م. م.) وعن رغبته بإيقاف تعاطي القات والذي لم يوفق فيه في مرات عدة، انتقل الباحث إلى الاستفسار عن ما إذا كان يقبل (م. م.) إجراء المقاربة العلاجية، فرد بالإيجاب عن ذلك. بعدها اتفق الاثنان على الأوقات التي ستجرى فيها الجلسة المقبلة، التي وضع الباحث أنها ستكون جلسة تشخيصية، للوقوف والتأكد من الأعراض العامة للسلوك المستهدف.

2) الجلسة الثانية

جرت بعد مضي أسبوع من الجلسة التمهيديّة أي يوم الثلاثاء الموافق ل(3/ مارس / 2015م)، في الساعة العاشرة والنصف صباحاً أيضاً لكنها استمرت أطول حيث وصلت لـ 50 دقيقة، وبنفس المكان.

• تطبيق (قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد) ونتائجها:-

بعد أن رحب الباحث ب(م. م.)، وسأله عن رأيه في الجلسة السابقة، وما تركته من أثر فيه، استأذن الباحث وقدم ل(م. م.) قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد ل(DSM 4^{TR})، المكونة من بندين تدرج تحت الأول منهما سبعة فقرات، وتحت الثاني أربعة، كالتالي:-

(البند الأول): خاص بفحص الاعتمادية على المواد، وتحتها البنود التالية:-

- 1- هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تنوي؟
- 2- هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح؟
- 3- هل تقضي كثيراً من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير المادة؟
- 4- هل تتعاطى المادة باستمرار وبطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك؟
- 5- هل تضطر مع مرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير؟
- 6- هل تعاني من أعراض إنسحابية عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية، وغالباً ما تتعاطى المادة لتجنب وعلاج تلك الأعراض الإنسحابية؟
- 7- هل تستمر في تعاطي المادة على الرغم من معرفتك بأضرارها النفسية والاجتماعية والصحية؟

(البند الثاني): خاص بسوء استخدام المواد، وتحتها البنود التالية:-

- 1- هل تستمر في تعاطي المادة باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في منزلك؟

2- هل تتعاطى المادة في موقف يعرض حياتك للخطر، أثناء قيادة السيارة مثلاً؟

3- هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي؟

4- هل تستمر في تعاطي المادة رغم تسببها لك بمشاكل مستمرة ومتكررة فيما يخص علاقاتك مع الآخرين؟

ثم طلب الباحث من (م. م.) بقراءة القائمة جيداً، ووضع علامة (X) أمام الفقرات التي يراها مطابقة له، وكانت النتائج كالتالي:-

- في البند الأول: وضع العلامة أمام الفقرات (رقم 1، رقم 2، رقم 3، رقم 7)

- في البند الثاني: وضع العلامة أمام الفقرة (رقم 4)

• النتائج المتحصلة من استعمال (فحص الحالة العقلية الحاضرة):-

منذ بداية الجلسة الأولى وحتى في فترات هذه الجلسة، ركز الباحث ملاحظاته العيادية في المقابلتين (الجلستين) على خمسة محاور أساسية تم إعدادها خصيصاً للجلسات، وهي:-

- تقييم المظهر والسلوك العام

- تقييم الحالة الانفعالية والمزاج

- تقييم درجة الصوت والكلام

- تقييم الوظائف المعرفية والتفكير

- تقييم التعاون مع الفاحص (الباحث)

وذلك بهدف وضع تقييم كامل حول الحالة العقلية ل(م. م.)، للتعرف على الاضطرابات الأخرى المصاحبة للتعاطي إن وجدت وأخذها في عين الاعتبار.

I. المظهر والسلوك العام

كان (م. م.) أثناء المقابلة ذو مظهر طبيعي عادي، معتدل القامة والوزن، نظيف ويهتم بهنئامه وبشعره دون مبالغة، وحركاته وتصرفاته لم توحى بأي شيء غير سوي فيه.

وعن مظهر الوجه، فما جذب الانتباه هو أن عينيه كانتا نوعاً ما محمّرتين، ولم يكن ذلك بسبب الاستيقاظ القريب من النوم، أو الإصابة بالحساسية أو الزكام وغيره، شفتاه كانتا مائلتين إلى اللون الداكن وذو تقرحات طولية خاصة على الشفة السفلية، وكل ذلك علامة على تعاطي القات.

أما في السلوك العام، فلم يظهر على (م. م.) تدني الفعالية والخمول أو عكسه من آثار الهياج النفسي، وكذلك الأمر مع الحركات أو السلوكيات الشاذة الأخرى.

.II الحالة الانفعالية والمزاج

لم يكن ل(م. م.) أي انفعال ظاهر للعيان، فلم تظهر عليه أي علامات تدل على القلق كالتوتر على شكل ارتعاش الصوت أو اليدين، وعلامات الهوس التي تظهر كمزاج مبتهيج لا يتناسب مع الموقف، والمزاج الهمودي (الإكتيبي) أو تناوبه مع الهوس، كل ذلك لم يتم رصده من الباحث.

.III درجة الصوت والكلام

من خلال حديث الباحث مع (م. م.) لم يلاحظ أي مشاكل في سياق الكلام وفي محتواه وفي طريقة تشكله كالتهرب من الإجابة ونحوه، أو في حدة الصوت سواء في الارتفاع أو الانخفاض عن المعدل الطبيعي.

.IV الوظائف المعرفية والتفكير

لم يظهر على (م. م.) أي اختلال في القدرات المعرفية وتراجعها، كصعوبات التذكر والنسيان أو ضعف التركيز والانتباه كما في حالة الشرود الذهني والسرحان، وأيضاً لم تظهر لديه أي أعراض تدل على اضطرابات فكرية أو ضلالات.

.V التعاون مع الفاحص (الباحث)

اتصف (م. م.) بسلوك تعاوني منذ الوهلة الأولى، حيث كان منتبهاً ومهتماً بما يجري أثناء الجلسات، واتصفت أجوبته وأسئلته بالصراحة والوضوح وعدم التناقض، حيث لم يكن يتلاعب بالألفاظ ولا يراوغ في عباراته أو يحاول تغيير مجرى الحديث.

وبعد أن أكمل الباحث ملاحظاته وكتابه نتائج القائمة، اتفق مع (م. م.) على الجلسة المقبلة، وأعلمه أنها ستحمل التشخيص النهائي، وفيها سيتم النظر في المقاربة العلاجية المبرمجة والتي سيتم استعمالها، و عدد الجلسات والأوقات التي ستجرى فيها، وذلك بعد أربعة أيام.

التشخيص العيادي للحالة

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والمعدل (DSM 4^{TR})، فإن قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد التي قدمت ل(م. م.) تعتبر أساسية في تشخيص الاعتماد على المواد الفعالة بأنواعها، حيث أن الفقرات التي يتكون منها بندها لا بد من أن يتواجد (3) أو أكثر بالنسبة للبند الأول و (1) بالنسبة للبند الثاني لدى المفحوص ولمدة 6 أشهر الماضية، لكي يشخص على وجود الاعتماد وسوء الاستخدام للمادة لديه.

وهو ما توافر لدى (م. م.) حيث تحصل على مجموع أربعة نقاط في البند الأول، هي: (رقم 1، رقم 2، رقم 3، رقم 7)، و نقطة واحدة في البند الثاني، هي: (رقم 4).

ما جعل الباحث يحدد أن (م. م.) يعاني من حالة اعتماد نفسي على القات، بدون أن ترافقه أي أعراض أو اضطرابات إكلينيكية سريرية أخرى، وفقا لفحص الحالة العقلية الحاضرة التي خضع لها.

نتائج الجلسات العلاجية مع الحالة

• الجلسة رقم (3) و (4)

- جرت الجلسة الثالثة (العلاجية الأولى) في 7/ مارس / 2015م بالساعة الثالثة والنصف مساء، وقد قام الباحث باطلاع (م. م.) بنتيجة التشخيص النهائي، بعد أن فتح الحوار بالترحيب والسؤال عن انطباعات (م. م.) حول الجلسة الماضية.

ثم بعد ذلك بدأ الباحث بإعادة شرح البناء النظري للعلاج المعرفي السلوكي وأهدافه بشكل مفصل، وأنه قد ساعد الكثير من الناس في الإقلاع عن بعض العادات الضارة التي اكتسبها، ومن ثم أجاب عن استفسارات (م. م.) الذي كان متقبلا لأفكار الباحث، وبين له أيضا أن الجلسات ابتداء من هذه ستوالى على شكل جلستين كل أسبوع وخاصة يومي السبت صباحا والثلاثاء مساء، وأن كل جلسة ستستمر 45 دقيقة في كل مرة.

بعدها قام الباحث بتلخيص ما تم تناوله في الجلسة، ثم اختار بعض المعلومات عن العلاج المعرفي السلوكي¹ التي رآها - بعد تناول النظري لنبته القات- أنها ستكون مفيدة ل(م. م.)، لذا أخبره أنها التي سيتم بناء الخطة

¹. المعلومات من كتاب (شيلي تايلور 2008م، ص: 150 - 164).

العلاجية عليها، وطلب منه أن يقرأها -علاج بالقراءة Bibliotherapy- ويراجع ما فيها كواجب منزلي، ثم تجهيز النقاط المبهمة منها للمناقشة في الجلسة المقبلة.

- وفي تاريخ: 10 / مارس / 2015م، بالعاشر والنصف صباحا بدأت الجلسة الرابعة بحوار دار حول الجلسة الماضية ومراجعة الواجب المنزلي الفائت.
فشرح الباحث الأساليب التسع الواردة في صفحات الواجب المنزلي، وعندما أكمل وتيقن أن (م. م.) استوعبها جميعا، بدأ بمناقشة (م. م.) عن أيها ستماشى مع استعدادات الجلسات، فوقع الاختيار على سبعة منها، وهي:-

○ *Self-Observation & Self-Monitoring* الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية

○ *Covert Self Control* الضبط الذاتي الداخلي

○ *Stimulus Control* ضبط المشيرات

○ *Skills Training* تدريب المهارات

○ *Relaxation Training* تدريب الاسترخاء

○ *Modeling* النمذجة

○ *Behavioral Assignments* الواجبات السلوكية

بعدها بدأ الباحث مباشرة مع (م. م.) بتطبيق الأسلوب الأول: الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية، وذكر له أنه وبالمنطق التي يستند عليه هذا الأسلوب -والذي يعد الخطوة الأولى لتغيير أي سلوك ضار بما فيه السلوك الإدماني كمضغ القات- لابد من إدراك أبعاد التعاطي قبل البدء بتغييره.

لذا عرض الباحث على (م. م.) بعض الأضرار التي يسببها القات للجسم والنفس والعلاقات مع الغير، ثم أتى ببعض الأمثلة للتدريب على الملاحظة والمراقبة الذاتية لضبط الأحداث التي تسبق حدوث التعاطي وبالتالي تضئيل مدى تكراره، ما يجعل من (م. م.) شريكا في تعديل سلوكه.

وفي نهاية الجلسة لخص الباحث النقاط التي تناولتها الجلسة، ثم جهز واجبا منزليا سلوكيا كما في الجلسة الماضية، مفاده التسجيل في ورقة قائمة بأكثر الأمور التي تسبق تعاطيه للقات وتكون السبب إليه من وجهة نظر (م. م.) وتجهيزها للجلسة المقبلة.

• الجلسة رقم (5) و (6)

- وفي تاريخ (14/ مارس/ 2015م) بالثالثة والنصف مساءً، بدأت الجلسة الخامسة والتي استهلها الباحث بحديث عرضي ثم مراجعة ما تم تسجيله معاً.

وذكر (م. م.) ثلاث مواقف تجبره للتفكير بالتعاطي، وهي:-

○ في أوقات الفراغ

○ فترة تحضير الدروس للامتحانات الجامعية

○ عند زيارته لبعض أصحابه المتعاطين للقات، ودعوتهم له لمشاركتهم

بعدها قام الباحث بجعل (م. م.) يختار أي المواقف الثلاث يريد أن يبدأ بها، فاختار الموقف الثاني كونه الأكثر إزعاجاً لديه، وعندما سأله الباحث عن سبب اختياره ذلك، ذكر لأنه بعدما يستعمل القات لجعله نشطاً ومركزاً على الاستذكار بالليل خاصة، فإنه يلقي صعوبات بعد ذلك في الخلود إلى النوم ما يجبره على الذهاب للامتحانات وهو سهران تلك الليلة، ما يؤثر بدوره على مدى نشاطه وتذكره لما حفظه وجعل درجاته في نهاية العام تتدنى عن ما كان يأمله.

وأضاف أنه حاول مراجعة الدروس دون تناول النبتة، إلا أنه لقي صعوبة في الأمر ما أعاده مرة أخرى إلى تناولها وهكذا استمر في حلقة مفرغة، وأنه مقبل على امتحان بعد عطلة الربيع أي في بدايات الشهر المقبل-، وأنه بدأ في الإعداد له.

فقام الباحث باختيار أسلوب آخر هو النمذجة، فطبقها بأن طلب من (م. م.) أن يبحث عن زملاء بالجامعة لا يتناولون النبتة ليذاكر معهم، فمن جهة سيتدرب على مراجعة الدروس دون النبتة ومن جهة أخرى سيسهل عليه حفظ الدروس والحصول على معلومات مفيدة عندما يكون في ضمن مجموعة أكثر من كونه وحده، ما سيخفض من توتره أحياناً فلا يدفعه بشكل أو بآخر إلى تناول النبتة، التي كان يستعملها لتخفيف التوتر وزيادة النشوة والتركيز.

واتفق الباحث مع (م. م.) بأن يتصل بالزملاء اللذين يعرفهم ويظن أنهم سيرحبون بفكرة المراجعة الجماعية كواجب منزلي، بعدها أعاد التذكير بالنقاط الأساسية كتلخيص لما سبق، وأنهى الجلسة.

- وفي العاشرة والنصف صباحاً من يوم (17/ مارس/ 2015م)، بدأت الجلسة السادسة مع (م. م.) بالسؤال

كيف قضى الأيام الثلاث الماضية؟ وهل وجد بيئة المذاكرة المشجعة المكونة من زملاء الجامعة؟، أجاب أنه وجد 4 منهم وقد رحبوا بالفكرة، وكذلك اتفقوا أن يجتمعوا في بيت أحدهم هم الخمسة.

لكنه أضاف أنه لم يكن مركزا بشكل جيد حينما بدأ بالذاكرة معهم، لأسباب لم يعرفها عندما طلب الباحث منه ذكرها، إلا أنه قال فقط أنه كان يشعر بالسرхан وعدم التركيز على ما كان يقال من فترة إلى أخرى، فسأله الباحث عن ما إذا كان ذلك بسبب شعوره بالتوتر والقلق، فأجاب بنعم.

فسأله أيضا عن الأفكار التي كانت تدور في رأسه حينها، فأجاب بأنه كان منها: "لن أتذكر ما سأحفظه"، "لست مركزا بما يكفي"، "الدروس معقدة جدا"، فأخبر الباحث (م. م.) أن هذه الأفكار هي سبب القلق والتوتر الذي يشعر به والذي يؤدي إلى سرحانه وعدم تركيزه، وأنها عبارة عن أفكار آلية ومعتقدات مشوهة وغير واقعية لا بد من تعديلها كونها تساهم يجعل الشخص يأتي بسلوكيات غير متزنة منها تعاطي المواد الفعالة قصد التخلص مما يتبعها من انفعالات.

وتسمى هذه الطريقة التي تسمح بالتحكم بتلك الأفكار بالضبط الذاتي الداخلي، فقدم الباحث ل(م. م.) نسخة لقائمة عن أخطاء التفكير لآرون بيك¹، ليقوم بقراءتها وتحضيرها للجلسة المقبلة، بعد أن لخص محتوى الجلسة في نقاط أساسية.

● الجلسة رقم (7) و (8)

- وفي الثالثة والنصف مساء يوم (21/ مارس / 2015م)، كان موعد الجلسة السابعة التي دارت أهم محاورها حول مناقشة قائمة أخطاء التفكير وتقنية الضبط الذاتي الداخلي، الذي تسعى إلى ضبط الحوارات الداخلية الصامتة (Internal Monologues) السلبية، وكيفية استبدالها بأخرى أكثر إيجابية، وأتى الباحث بعدة أمثلة توضيحية من الحياة اليومية لهذه الحوارات الداخلية التي ذكر أهمها في قائمة أخطاء التفكير لبيك، بهدف تدريب (م. م.) على تمييزها.

وبسبب انتهاء وقت الجلسة قام الباحث بتلخيص ما تم تناوله، وجعل ما تبقى عن طرق استبدال تلك الأفكار إلى الجلسة المقبلة، وطلب من (م. م.) رصد تلك الأفكار وتسجيلها في دفتر ملاحظات مخصص لها، في عمود مجاور لعمود آخر عن الموقف المثير لها وبالذات في أوقات الاستذكار، وإحضار ذلك للجلسة المقبلة.

- بتاريخ (24/ مارس / 2015م)، وفي الساعة العاشرة والنصف صباحا دارت أحداث الجلسة الثامنة حول استكمال ما تم تناوله في الجلسة التي سبقتها، فسأل الباحث (م. م.) عن رأيه بتأثير الأفكار سواء الإيجابية

¹. المعلومات من كتاب (جوديث بيك 2007م، ص: 187).

أو السلبية على المواقف الحياتية، وهل يذكر مواقف مماثلة من حياته؟ وأن يذكر مثالين على الأقل، فاستمر الحوار قرابة العشرين دقيقة الأولى من الجلسة.

وانتقل بعدها الباحث إلى مراجعة ما دونه (م. م.) على الورقة، فرأى أنه بدأ بالتمكن من تفريق الأفكار الأتوماتيكية الآلية المشوهة عن باقي الأفكار الأخرى، وبدأ بمناقشة كل فكرة على حدة. ثم بعد أن انتهى من ذلك، بدأ الباحث بتدريب (م. م.) على تحدي تلك الأفكار واختبارها بالأسئلة التالية¹:

- ما الدليل على صحة هذه الفكرة؟
- ما الدليل على خطأ هذه الفكرة؟
- هل هناك تفسير بديل؟
- ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ وهل يمكن أن أتعايش معه؟
- ما أحسن الاحتمالات؟، وما أكثرها واقعية؟
- ما تأثير معتقداتي على الأفكار الآلية؟
- ماذا يكون التأثير لو غيرت تفكيري؟
- ما الذي ينبغي علي أن أعمله حيال ذلك؟

وأنتهى الباحث الجلسة بالتلخيص والتأكيد على (م. م.) بإكمال تدوين ما يرد على ذهنه من أفكار مضللة واختبار كل منها بالأسئلة الماضية.

● الجلسة رقم (9) و (10)

- وفي تاريخ (28/ مارس / 2015م)، بالساعة الثالثة والنصف مساءً، بدأت الجلسة التاسعة مع (م. م.) الذي بدا عليه الصمت منذ البداية بعكس الجلسات الماضية، فسأله الباحث عندما لاحظ سكونه وقصر أجوبته، عن كيف قضى الأيام الفائتة؟، رد أنه بالأمس وبسبب الضغط المسلط عليه لقرب أيام الامتحانات قد تناول القات الذي توقف عن تناوله منذ فترة تزيد على الشهر، عندها سأله الباحث هل كان وحده عندما خطرت بباله فكرة تناول النبتة؟، وما كانت الأفكار المؤدية والمصاحبة لذلك؟، رد بأنه لم يكن وحده بل أنه كان برفقة بعض أصحابه المتعاطين، وذلك بعد أن رجع من مذاكرة الدروس مع زملائه، وأنهم ألحوا عليه لفعل ذلك ولو بتناول القليل لفترة قصيرة، وقد سبق ذلك أفكار: "لا بأس بالقليل"، و"ليس جيداً رفض

¹. الأسئلة من المرجع السابق لجوديث بيك، ص: 174.

دعوة الأصدقاء"، وتبعها أفكار مثل: "أنا فاشل لأني لم ألتزم بما قلت"، و"رجعت إلى نقطة الصفر وجهدي ذهب هباء".

عندها بدأ الباحث بتوضيح أن الانتكاسة أمر وارد في جميع السلوكيات المراد تعديلها أو التخلص منها، وأن الانتكاس يساعد كثيرا باعتباره منعرجا مهما للمضي قدما، وأنه لم يعد إلى الصفر بل على العكس، وغيرها من معلومات حول طبيعة الانتكاس وسبل الاستفادة منه.

وألحق ذلك بسؤال (م. م.) عن كيف جرت مراجعته مع زملائه؟، فذكر أنها استمرت بشكل جيد جدا، وأنه في كل مرة تراوده فكرة سلبية يقوم بتسجيلها وطرح الأسئلة الخاصة بتحدي واختبار تلك الأفكار، وأنه بدأ يصبح أكثر وعيا بها، ما أشعره بارتياح كبير.

عندها ركز الباحث الانتباه حول أسلوب ضبط المشيرات باعتباره مفيدا جدا في المواقف المذكورة بالسلوك الإدماني الضار وبدأ بتفسير ذلك وكيفية تطبيقه، بأن يقوم بضبط الأحداث البيئية التي تسبق السلوك، بأن يتحاشى زيارة أصحابه المدمنين في أوقات تعاطيهم والأماكن التي ألف التعاطي فيها، والتدريب على "قول *Just say NO*"، في مثل المواقف التي تعرض عليه النبتة، وأنهى الباحث الجلسة بعد أن قام بتلخيص أهم ما ذكر فيها.

- (31/ مارس/ 2015م)، الساعة العاشرة والنصف كان موعد الجلسة العاشرة، بعد أن تم ربطها بالجلسة السابقة لها، بدأ الباحث بتحضير عدد من التمارين حول بعض المهارات الحياتية، وقبل أن يعرضها على (م. م.) أسبقها بمعلومة أن استمرارية تعاطي المواد بما فيها القات يمكن مكافحته بالتدرب على المهارات اليومية الخاصة، وأهمها: مهارات حل المشاكل *Solve Problems Skills* وإدارة الضغوط *Stress Management*.

فبدأ الباحث بشرح الأولى باستعمال أفلام الفيديو التوضيحية، وعند انتهاء فترة العرض بدأ بمناقشة ما فهمه (م. م.) وأجاب عن استفساراته عن سبل تجريبها في حياته.

وبعد انتهاء الدقائق الـ45 للجلسة، ختمها الباحث بتلخيص النقاط الأساسية، ومن ثم الاستعداد للجلسة المقبلة.

● الجلسة رقم (11) و (12)

- وفي الجلسة الحادية عشرة التي جرت في (4/ أبريل/ 2015م) بالثالثة والنصف مساء، راجع الباحث مع (م. م.) المهارة التي تم تناولها في الجلسة الماضية، ثم استفسر عن سير المذاكرة لدروس الامتحان، فصرح (م. م.)

(م.) أنه أكمل تقريبا جميع الفصول المقررة مع زملائه، دون الحاجة إلى تناول القات للتنشيط، بل وأنه قام بالتخلص من الكمية التي كان يملكها في غرفته، فسأله الباحث عن شعوره وما كان يجري في خاطره عندما كان يفرغ الأكياس من محتوى النبتة، أجاب أنه شعر ببعض التوتر حينها، بسبب تفكيره أنه سيحتاج إلى تعاطي النبتة في فترة من الفترات، إلا أنه تمكن من السيطرة عليها بفضل ما تعلمه من تقنيات اختبار وتحدي الأفكار السلبية الآلية.

بعدها قام الباحث بتدريب (م. م.) على مهارة إدارة الضغوط Stress Management باستعمال الفيديو أيضا، وسماع استفسارات (م. م.) حولها.

بعدها قام بتلخيص ما تم تناوله في الجلسة والاستعداد للجلسة المقبلة.

- (7/ أبريل / 2015م) كانت يوم الجلسة العلاجية الأخيرة، بدأت في العاشرة والنصف صباحا، وبعد سؤال (م. م.) عن الأيام الثلاث الماضية وكيف مرت، قام الباحث بتدريبه على تقنية الاسترخاء Relaxation بالتنفس التدريجي، وإيضاح فوائدها في التعامل مع حالات الضغط والتوتر وتصفية الذهن للتركيز. بعدها وبسبب ضيق الوقت لاستكمال (م. م.) في الاستذكار لقرب موعد الامتحان، قام الباحث بذكر حوصلة سريعة وشاملة تناول جميع التقنيات السبعة التي نوقشت في هذه الجلسات العلاجية، لتذكير (م. م.) بها ورسم صورة ذهنية كاملة عنها.

وبين الباحث أن هذه الجلسة هي الأخيرة من ضمن العشرة المخصصة لتطبيق المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية، وأنه سيتم عقد جلسة تتبعية بعد شهر من الآن أي بتاريخ: 7/ مايو / 2015م. وذكر الباحث (م. م.) أن العلاج المتبع في هذه الجلسات يصبو لجعل الأفراد يصبحوا معالجين لأنفسهم، لتعلمهم التقنيات الناجعة التي تسهل لهم التعامل مع السلوكيات الضارة والغير مرغوب بها عندهم. بعدها ختم الباحث الجلسة وتمنى التوفيق ل(م. م.) في الاختبار الذي سينحوضه بعد الأيام القليلة المقبلة، وشجعه على إكمال تطبيق ما تعلمه من الجلسات.

نتيجة الجلسة التتبعية الأخيرة

بعد مرور شهر من آخر جلسة علاجية، التقى الباحث ب(م. م.) مجددا لتقييم مدى التقدم المحرز بفضل نتائج العلاج المتحصل عليها في آخر 10 جلسات، فبدأت المقابلة في حدود الساعة العاشرة والنصف من صباح يوم الخميس السابع من شهر مايو 2015م.

أول ما استفتح به الباحث الجلسة كان عبارة عن نقاش عام مع (م. م.) من بينها عن الاختبار الجامعي، واستغرق ذلك قرابة الربع ساعة الأولى، بعدها انتقل الحوار إلى مواضيع تخص الجلسات الماضية، أبرزها عن الكيفية التي أثرت بـ(م. م.) وجعلته أكثر تحكما بالمواقف المقلقة التي كان يواجهها والتي كانت تؤدي به إلى تناول القات.

وبما أن هذه الجلسة خصصت في الأساس للوقوف على استمرارية التحسن المحرز بالعلاج، انتهج الباحث الملاحظة العيادية، فقام بطرح بعض الأسئلة للاستفسار عن ما يشعر به (م. م.)، فوجد أنه لم يشعر بتلك الحاجة الشديدة لتعاطي القات بسبب الأساليب التي اكتسبها، وبالذات (الضبط الذاتي الداخلي **Covert Self Control** وضبط المثيرات **Stimulus Control**)، لأنهما مكنتاه من فرض تحكمه بالمواقف أكثر من أي وقت مضى، حتى في الفترات التي يحن فيها للقات.

وقد لاحظ الباحث مدى استبشار (م. م.) بالتقدم الذي أحرزه، والذي كان واضحا من الحماس الذي أظهره في الجلسة، وتأكيدده أكثر من مرة بأنه أصبح أفضل.

والأكثر من ذلك ذكر (م. م.) أنه لم يعد يكثر من الانخراط بأصحابه كالسابق بسبب استعمالهم النبتة، بل وأصبح ينصحهم بتغيير ما هم فيه، وقد تجاوب له بعض منهم بتقليصه لما كان يتناوله.

بعدها أكمل الباحث الجلسة بحوار تدعيمي لـ(م. م.) وأنه بإمكانه الحفاظ على ما حققه والبناء عليه أكثر، وأن رغبته وجاهزيته للعلاج كانت ذات أثر محوري لما هو فيه الآن، ثم قام بتوديع وشكر (م. م.) على جهوده والتزامه طيلة فترة العلاج، ثم أخيرا قام بإنهاء الجلسة.

الفصل الختامي

مناقشة النتيجة العامة للدراسة

.I النتيجة العامة للدراسة

.II مناقشة النتيجة العامة للدراسة

.III الخاتمة

.IV الاقتراحات والتوصيات

.V قائمة المراجع

.VI الملاحق

النتيجة العامة للدراسة

إن التساؤل حول جدوى العلاج المعرفي السلوكي C. B. T. في المساعدة بالتخلص من إدمان نبتة القات، كان المفعول الرئيسي لبداية واستمرارية هذه الدراسة، حيث افترض الباحث سلفاً أن لهذا العلاج الحديث الدور الإيجابي الفعال في التحكم بهذا سلوك، كونه أثبت في مواقف عدة فائدته الإكلينيكية عندما استخدمه المعالجون كعلاج موازي تارة وتدعيمي تارة أخرى للمعالجة الدوائية لدى العديد من الاضطرابات السلوكية وعلى رأسها السلوكيات الاعتمادية على المواد الفعالة بأنواعها المختلفة بما فيها المواد المنبهة التي يندرج تحتها القات، وتوصلوا بذلك إلى نتائج ذات دلالة إحصائية وسريية جراء الملاحظات والأبحاث التقييمية المكثفة التي قاموا بها.

وبناء على ما تقدم من معطيات، قام الباحث بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات النظرية التي تحصل عليها، ثم أتبع ذلك باختياره المنهج العيادي لتوفره على المؤهلات التي تسمح بإجراء هذه الدراسة، واختار حالة إدمانية واحدة لشاب يعاني من التبعية لنبتة القات هو (م. م.)، بعدها رتب الباحث مجموعة من الجلسات بلغت الـ 13 جلسة احتوت عشرة منها على تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، وبعد أن قام بجلسة تالية لتلك العشرة بعد مدة بلغت شهراً كاملاً، لاحظ الباحث تحسن (م. م.) فيما يتعلق بناحية تعاطيه للنبتة، التي كان يستعملها على فترات أهمها عند مواجهته للضغط النفسي المسبب من الامتحانات الجامعية، ما أوصل الباحث لنتيجة أن:-
العلاج المعرفي السلوكي يفيد للإقلاع عن تعاطي القات.

مناقشة النتيجة العامة للدراسة

اتبع الباحث استراتيجية محددة في هذه المقاربة العلاجية، تقوم على فكرة: "بأنه للتخلص من الإدمان على مادة ما لا بد من إيجاد حل للأسباب التي أدت إليه، وبالتالي وبحكم المنطق يتخلص بشكل عام أو نسبي ملحوظ من آثار التبعية على المادة" والتي تمثلها هنا نبتة القات.

لذا وكما هو حال هذا العلاج، استهدف الباحث مباشرة ما كان يمر به (م. م.) من صعوبات لم يجد لها حلولاً آنية تدور معظمها حول تحصيله الأكاديمي والتي أفصح عنها في الجلسة الخامسة، وبناء على ذلك الطلب انتحى منهج المقاربة في التعامل مع تلك المسائل تدريجياً، فبدأت سلسلة الجلسات العلاجية بعد التمهيد والتشخيص بتدريب (م. م.) على التقنيات المعرفية والسلوكية التي تتكون منها المقاربة بدءاً بأسلوب الملاحظة

والمراقبة الذاتية Self-Observation & Self-Monitoring كخطوة أولى للتغيير، ثم النمذجة Modeling لخلق بيئة معاكسة للبيئات المحفزة للتعاطي، ومرورا بكل من الضبط الداخلي للأفكار المشوهة Covert Self-control وضبط المثيرات المهيئة للسلوك Stimulus Control ثم التدريب على المهارات البديلة للسلوك الإدماني لحل وإدارة المشاكل والضغط Solve problems skills & Stress Management، وانتهاءً بجلسة تدريبية على الاسترخاء Relaxation. كل ذلك الكم من التقنيات والأساليب ساعد (م. م.) على إدراك وإيجاد سبل وقاية وعلاج وتصرف بديلة ومفيدة أكثر من مضغ فتات أوراق وأغصان نباتية.

ومما لفت انتباه الباحث بعد توصله للنتيجة النهائية، أن الحالة (م. م.) وفي أثناء الجلسة التتبعية، اختار أسلوبيين من أصل سبعة قام الباحث بإجرائها معه باعتبارهما أثرا فيه كثيرا وساعدها لكي يمنع نفسه من التعاطي، وهما تقنيتا:-

• الضبط الذاتي الداخلي Covert Self Control

• ضبط المثيرات Stimulus Control

ولم يقم الباحث بالتحقق مما إذا كان لذلك علاقة بشخصية (م. م.)، حيث أن أسلوب ضبط المثيرات بمعناه: "ضبط الأحداث البيئية التي تسبق السلوك"، قد يكون أثر بشكل ما لديه بأن يحل مشكلة ميله المتكرر للمحيط الخارجي (جماعة الرفاق)، الذي كان يتصف به منذ سنوات المراهقة كما تبين من تاريخه السابق، فهل معنى ذلك أنه احتاج لتعاطي النبتة ليتمكن من إشباع حس الانتماء لمجموعة؟، ولماذا يبحث عن ذلك لهذه الدرجة؟، بحيث أنه بمجرد أن ابتعد عن البيئة المحفزة والتي كانت سببا للانتكاسة لديه - كما تبين في الجلسة التاسعة - لم يعد للتعاطي حتى هذه الفترة بعد انقضاء الجلسات. أسئلة كثيرة وردت في ذهن الباحث ولولا قصر الفترة الزمنية لأدرجها الباحث في الجلسات، كذلك فإن تقنية الضبط الداخلي للحوارات الصامتة Internal Monologues، أثرت في (م. م.) بشكل كبير في عملية تفريقه بين الأفكار الغير منطقية والسلوكيات التي تؤدي إليها (تعاطي القات).

ومن الأمور التي تحققت بفضل المقاربة العلاجية، أن (م. م.) تدرب على أن يكون معالجا لنفسه ومتحكما بالآثار السلوكية المترتبة من المواقف التي تمر عليه، والدليل أنه وبعد انقضاء الجلسات بفترة التقى الباحث ب(م. م.) وقد بدأ بالبحث عن هوايات يملأ بها وقته، كالرياضة وحضور دروس تدعيمية في اللغة الفرنسية وغيرها من الأمور

التي أفصح عن أنه كان لا يجد لها الدافع للقيام بها من قبل، وذلك لإيجاد حل لمسألة الفراغ الوقتي الذي كان يؤدي به سابقا لزيارة بعض أصحابه المدمنين، وجرهم له لاستعمال النبتة وأحيانا التدخين.

وأخيرا فإن: "هذه الجلسات العلاجية أثبتت صحة فرضية هذه الدراسة بأن الأساليب المستعملة في العلاج المعرفي السلوكي، لها أثر فعال للتخلص من إدمان القات".

الخاتمة

الخاتمة

كما تقدم فإن الإدمان على تعاطي نبتة القات **Catha Edulis** سبب ومازال يسبب مجموعة من المعضلات لدى الكثير من أفراد المجتمعات المنتجة والمستهلكة للنبتة، الأمر الذي جعل جوانب عدة في حياة تلك الشعوب تنهالك مخلفة وراءها تسقفا لآمال مواطنيها، بشكل يدعو إلى الصمت والتأمل في مآل هذا السلوك الفردي والاجتماعي ذا البعد التدميري.

ومن العجيب ألا يقابل ذلك إلا بالقليل من المحاولات الإصلاحية المفتقرة للجدية في معظمها من قبل بعض الهيئات الدولية والمحلية، باستثناء جهود بعض العلماء والمختصين وغيرهم من ذوي النيات الصادقة، التي يصعب عليهم وحدهم تصحيح ما اختل لقلّة أعدادهم وندرة عتادهم، ولعدم تواجد الحلول الراهنة، ازدادت نوعية وكمية الأفراد المستهلكين للقات، لأسباب يأتي في مقدمتها العامل الإقليمي والثقافي الخاص بهم.

ولعل هذه المذكرة التي تناولت التطبيق العملي للعلاج المعرفي السلوكي لموضوع إدمان القات ولو بشكل لم يتسم بالعمق الذي كان يأمله الباحث لأسباب تقدم ذكرها في بداية هذه المذكرة، تعد واحدة من تلك الرغبات الصادقة التي قد لا تخلو من الإصابة طورا والزلل طورا آخر، والتي أراد واضعها الحصول على بعض المعلومات والحقائق حول هذه النبتة، على أمل أن تكون من الدراسات الأولى الداعية لاستعمال سبل أخرى متنوعة في العلاج النفسي **Psychotherapy** بالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي (**C. B. T.**) وتكييفها لتتماشى مع خصائص هذه النبتة الفعالة، كون العلاج النفسي جزء لا يتجزأ من رحلة علاج وتأهيل المدمنين على المواد، ولا يمكن بشكل من الأشكال أن يغض الطرف عنه، إذا ما أراد أحدهم وضع حد لظاهرة إدمانية مهما كان نوع المادة.

وأخيرا فإن:-

«من حق العاقل أن يضيف إلى رأيه آراء العقلاء، ويجمع إلى عقله عقول الحكماء، فالرأي الفرد ريبا زلّ، والعقل الفرد ريبا ضلّ».

الاقتراحات والتوصيات

بعد استكمال فصول هذه المذكرة أصبح من المهم إدراج مجموعة من التوصيات والاقتراحات بهدف تطوير استراتيجيات وخطط جماعية تحد من التوسع الطولي والعرضي التي تتسم به ظاهرة الإدمان على المواد عموماً والقائات خصوصاً، حيث لا بد من أن تشترك في عملية إيجاد الحلول هذه جميع الفئات المعنية في المجتمع. وكحل لمشكلة القات المستفحلة فيمكن حياها وضع خطة استراتيجية بهدف تقليل تدريجي لإنتاج واستهلاك القات، في فترة تتراوح مدتها ما بين 10 إلى 15 سنة، تقوم قيادات الدولة بتبنيها والإشراف عليها وتسخر في تنفيذها جهود كل من:-

1-الجهات الحكومية: المختصة بالرقابة والحماية الأمنية، ويستحسن أن تكون مشكلة من طرف عدة حكومات إقليمية متجاورة تعاني من نفس مشكلة تفشي القات، لزيادة الأثر الأمني الرقابي وجودته، حيث يمكنها أن:-

- تقوم بإنقاص الكمية المنتجة أو المستوردة من القات سنوياً.
- زيادة الضرائب والجبايات المفروضة على من يتاجر به.
- منع بيع أو تناول النبتة في الأماكن العامة، وتخصيص أماكن لها.
- اعتباره مادة غير مسموح بتعاطيها للفئات العمرية الأقل من 18 سنة.
- فرض الغرامات ذات الزيادة النسبية بشكل مستمر على كل مسؤول عن مخالفة ما تقدم.
- توفير فرص عمل، وإنشاء مشاريع بديلة للأفراد المنتجين والمستهلكين.

2-المراكز الصحية: من مستشفيات ودور عناية وتأهيل المدمنين، وتقوم ب:-

- توفير الرعاية الطبية اللازمة للمدمن الذي يعاني من الأضرار النفسية والعضوية بسبب القات.
- زيادة كمية ونوعية الخدمات الطبية الوقائية، بتأهيل بعض الأطباء والمرضى بشكل ثابت.
- نشر الوعي الصحي بإقامة ندوات ومحاضرات تدور حول أخطار القات على الفرد، والأمراض التي يسببها.

3-المؤسسات الأكاديمية التعليمية: كالجامعات والمدارس الحكومية أو الخاصة، ولها أثر كبير في التأثير على

طبقة المتعلمين والمتقنين، ويتجلى دورها في:-

- تخصيص جزء من مساحة المناهج المدرسية للتوعية حول أضرار القات، وسبل الوقاية منه.
- إنشاء تخصصات فرعية بعلم النفس والطب البشري مختصة بالعلاجات المباشرة التي قد تستعمل في التعامل مع إدمان القات، مثل: العلاج المعرفي السلوكي (C. B. T.) والعلاج العائلي النسقي Family Therapy والعلاج الجماعي Group Therapy، والخطوات الاثنا عشر 12 Steps وغيرها.
- تفعيل البحوث العلمية وتخصيص ميزانية سنوية لها، للتطوير المستمر للجانب المعلوماتي والتطبيقي.
- تخصيص المنح الدراسية بالخارج، وذلك للاستفادة من الخبرات الأجنبية في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، مما يمكن من تكييفها مع مسألة القات.

4- الوكالات الإعلامية: المرئية والمسموعة، وتأثيرها الهائل على الرأي العام من ناحية التحبيب أو التنفير بشيء

- أو من شيء ما، وتساعد في:-
- بث برامج ولقاءات متلفزة أو إذاعية بشكل دوري، مع مجموعة من رموز المجتمع حول مضار القات، وإيجاد مشاريع وسبل تطويرية محفزة.
- الإعلانات الإشهارية للجهود التي تبذلها الجهات الأخرى الموازية، ضد القات وتعاطيه الإدماني.
- تشويه صورة النبتة وتهمين فوائدها بالفنون المسرحية الهزلية منها والتراجيدية، وكذلك الأفلام والمسلسلات والصور واللافتات الإعلانية في الأماكن العامة، وغيرها.

5- الحركات الإصلاحية: وعلى رأسهم رجال الدين والوعاظ الذين يقومون بتعزيز المعاني الإيمانية والأخلاقية في

- عقول وقلوب الناس، وغيرهم من المصلحين الاجتماعيين، ودورهم في غاية الأهمية ويتلخص في:-
- إبراز مضار القات والتأكيد على أن الدين الإسلامي الحنيف مناقض لكل ما يسبب الضرر للإنسان سواء في دينه أو عقله أو ماله أو عرضه أو وقته، وكل ذلك يتوفر في تلك النبتة.
- تنشيط المساجد وجعلها ملائمة أكثر لاستقطاب جميع الناس وخاصة الشباب، مما يسمح لتوسيع نظرهم لبيوت الله - عز وجل -، وبالتالي يرسخ في الأذهان أنها لا تقتصر على الصلاة وحدها.
- تشجيع الوقف والأعمال التطوعية الهادفة للقضاء على تعاطي القات.

6- المنشآت الرياضية: ودورها يكمن في :-

- جعل ممارسة الرياضة أمرا متوفرا لأكبر قدر ممكن من الشباب.
- عقد الدورات الكروية والمسابقات الرياضية الأخرى وإهاء الشباب بها.
- فتح المجال للاستثمار في بناء الملاعب والقاعات المخصصة للكثير من أنواع الرياضات.

7- المنظمات الإدارية: سواء الربحية (الشركات الخاصة والعامة) أو الغير ربحية (المؤسسات الخيرية)، وتقوم ب:-

- وضع قوانين داخلية للمنظمة تحظر استعمال النبتة أو القيام بأي عمل له علاقة بها.
- الصرامة في المواعيد وعدم التساهل مع الغيابات والاستهتار بالعمل الذي يشتهبه أن القات سببه.
- الأخذ بعين الاعتبار عند توظيف العمال مسألة تناوله للقات، ووضع شروط لذلك تتماشى مع السياسة المناهضة للنبتة التي تنتهجها المنظمة.
- الترويج لدور المؤسسات الخيرية التي تعنى بحقوق الطفل والمرأة، كونهما يتضرران من معايشة المدمن الأب أو الزوج.

وقبل العمل بكل تلك الاقتراحات والتوصيات أو بعضها، يجب على كل فرد أن يتحمل جزءا من المسؤولية تجاه بيئته الاجتماعية والأسرية، على أمل الوصول إلى مستقبل زاهر وخال من القات.

المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية:-

1. أرون بيك وآخرون (2002م) العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية الطبعة الأولى، ترجمة: مصطفى عبد المعطي، مكتبة الزهراء الشرق/ القاهرة.
2. أرون بيك (2000م) العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية الطبعة الأولى، ترجمة: عادل مصطفى، دار النهضة العربية/ بيروت.
3. إسماعيل عبد الله محرم (2003م) الزراعة البديلة للقات، مركز عبادي للدراسات والنشر/ صنعاء.
4. الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة (1961م) الصادرة من الأمم المتحدة.
5. اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة (1971م) الصادرة من الأمم المتحدة.
6. اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة (1988م).
7. بانيت ب. ن. وبراون م. ج. (2007م) علم الأدوية السريري الطبعة التاسعة، ترجمة: الأمين إبراهيم النعمة وعبد الناصر عمري وخالد حسن، منظمة الصحة العالمية (W.H.O.)، سلسلة الكتاب الجامعي/ دمشق.
8. بلدية هيلينغدون (2011م) تقرير حول القات نداء للعمل، المملكة المتحدة .U.K.
9. بيرني كوروين وآخرون (2008م) العلاج المعرفي السلوكي المختصر الطبعة الأولى، ترجمة: محمود عيد مصطفى، دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع/ القاهرة.
10. الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2004م) المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل، ترجمة: تيسير حسون.
11. جنان سعيد الرحو (2005م) أساسيات في علم النفس الطبعة الأولى، دار العربية للعلوم / بيروت.
12. جوديث بيك (2007م) العلاج المعرفي الأسس والأبعاد الطبعة الأولى، ترجمة: طلعت مطر، المركز القومي للترجمة/ القاهرة.
13. حامد الغامدي (2005م) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس/ القاهرة.
14. حسين فايد (1994م) سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر.
15. حسين فايد (2004م) علم النفس المرضي السيكوباتولوجي الطبعة الأولى، مؤسسة طبية للنشر/ القاهرة.
16. الخطيب جمال (1990م) تعديل السلوك القوانين والجراءات الطبعة الثانية، الرياض.
17. زين العابدين درويش (1999م) علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته، دار الفكر العربي/ القاهرة.
18. سعد المغربي (1963م) ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية، دار المعارف/ القاهرة.
19. شبلي تايلور (2008م) علم النفس الصحي الطبعة الأولى، ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاکر داوود، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان/ الأردن.

20. عادل الدمرداش (1982م) الإدمان مظهره وعلاجه، عالم المعرفة/ الكويت.
21. عبد الستار إبراهيم (1980م) العلاج النفسي الحديث، عالم المعرفة/ الكويت.
22. عبد الستار إبراهيم (1994م) العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، جامعة الملك فيصل، كلية الطب.
23. عبد الستار إبراهيم وآخرون (1993م) العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة/ الكويت.
24. عبد المالك شيهان (2014م) أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة وهران/ الجزائر.
25. عفاف عبد المنعم (2003م) الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية/ الإسكندرية.
26. فريدة طايبي (1998م) المميزات النفسية للشباب متعاطي المخدرات دراسة مقارنة رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
27. فيصل عباس (1996م) الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها الطبعة الأولى، دار الفكر العربي/ بيروت.
28. قدور نوبيات (2006م) اتجاهات الشباب الباطل نحو تعاطي المخدرات دراسة استكشافية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة/ الجزائر.
29. قماز فريدة (1998م) إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
30. محمد أحمد الفضل الخاني (2006م) المرشد إلى فحص المريض النفساني الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية/ بيروت.
31. محمد جبر الألفي (2011م) المخدرات حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج المحور الرابع الاتفاقيات والتشريعات في مجال مكافحة المخدرات/ الرياض.
32. محمد محروس الشناوي (1998م) نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
33. محمد مزيان (1999م) مبادئ في البحث النفسي والتربوي الطبعة الثانية، دار الغرب للنشر والتوزيع/ وهران.
34. مدحت عبد الرزاق الحجازي (2012م) معجم مصطلحات علم النفس الطبعة الأولى، دار الكتب العلمية/ بيروت.
35. مركز الدراسات والبحوث اليمنية (1981م) القات في حياة اليمن واليمنيين، مكتبة الجماهير/ بيروت.
36. مصطفى سويف (1996م) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، عالم المعرفة/ الكويت.
37. منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط (1999م) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية، ترجمة: أحمد عكاشة.
38. منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط (2005م) تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط الدورة الثانية والخمسون، البند 5 (ج) من جدول الأعمال.
39. وردة بلحسيني (2011م) أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة/ الجزائر.

40. Bandura A. (1976) **L'apprentissage Social**, ED: Pierre Mardaga, Bruxelles.
41. Bergeret J. (1982) **La Toxicomanie** Encyclopédie Medico - Chirurgical Psychatrie, Paris.
42. Charles D. (?) **The Power of Habit** why we do what we do in life and Business, USA.
43. Cottraux J. (2011) **Les Psychothérapie Comportementales et Cognitives** 5^e édition, Elsevier Masson SAS, Paris.
44. Cox G. & Rampes H. (2003) **Adverse effects of Khat** a review Advances in Psychiatric Treatment.
45. Dargan I. P. & Wood D. M. () **Novel Psychoactive Substances**
46. Elmi A. S. & others (1987) **Experience in the control of Khat – chewing in Somalia**, Bulletin on Narcotics.
47. Giovanni Martinotti (2014) **Novel Psychoactive Substances: A Comparison among Psychoses**, University of Hertfordshire, Rome.
48. Harry S. & others (?) **Novel Psychoactive Substances – Challenges and policy responses**, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, U.K.
49. Kathleen M. Carroll (1998) **A Cognitive – Behavioral Approach Treating Cocaine Addiction**, U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, USA.
50. Karmar J. F. & Cameron D. C. (1975) **A manual on drug dependence**, W. H. O./ Geneva.
51. Weir S. (1985) **Qat in Yemen Consumption and social change dorset**, British Museum publications.
52. Stolerman Editor (?) **Encyclopedia of Psycho-pharmacology**.
53. Zegler J. L. and others (1981-3) **Behavioral effects of cathinone an amine obtained from Catha – Edulis Forsk** comparision with Amphetamine, Norpseudeophedrine, apomorphine and nomifensine, Bulletin on Narcotics.

المواقع الإلكترونية:-

54. الموقع العربي للتنمية البشرية وعلاج الإدمان، بـ: <http://www.darelsakina.com>

55. الموقع العربي للعلاج المعرفي السلوكي، بـ: <http://www.cbtarabia.com>

56. The European Monitoring Centre for Drug Addiction (E.M.C.D.D.A.), at:

<http://www.emcdda.europa.eu>

الملاحق

الملاحق



الشكل (1): مناطق انتشار الخاب في العالم



الشكل (2): نموذج لبعض الأراضي المخصصة لزراعة القمام



الشكل (3): أوراق وتصينات القاص



الشكل (4): تعتبر نبتة القناب من النباتات المزهرة دائمة الخضرة



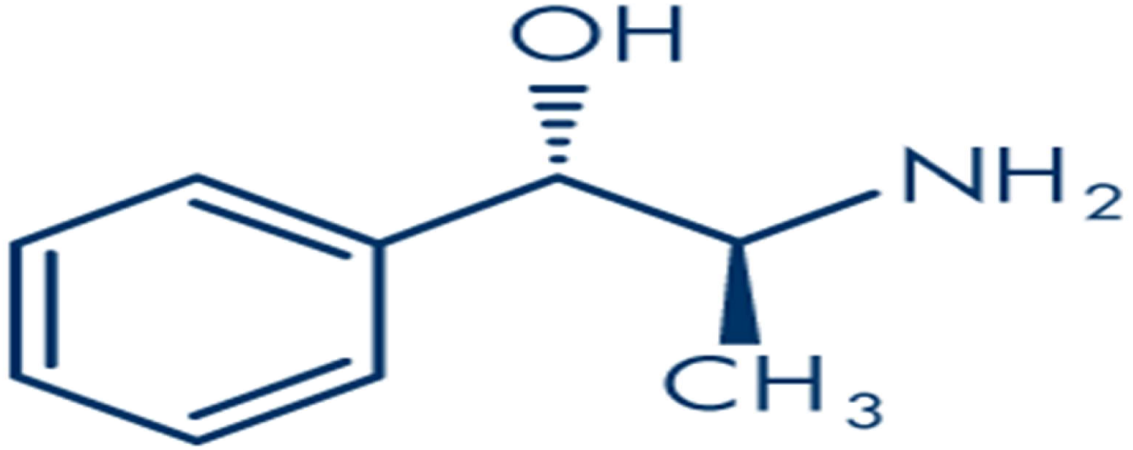
الشكل (5): حزم القاصد ملفوفة بأوراق الموز للحفاظ عليهما من الجفاف



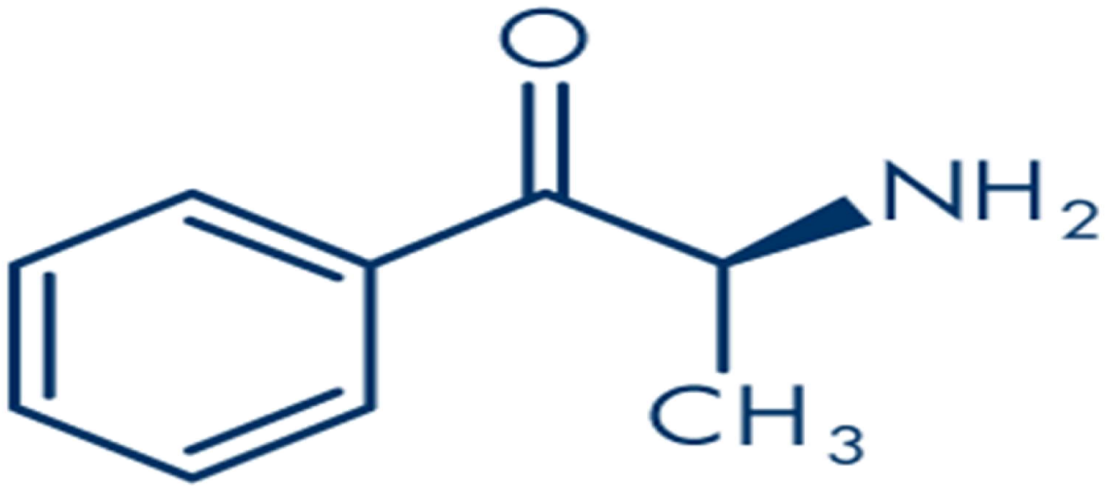
الشكل (6): صورة تبين مشتري يقوم بالاختيار بين حزمتي قاص



الشكل (7): صورة لرجل يمضغ بأحد خديه نبتة القات



الشكل (8): (الصيغة الكيميائية للكاثينون *Cathine*: $C_9H_{13}NO$ ، الوزن الجزيئي يعادل 151.21 g/mol)



الشكل (9): (الصيغة الكيميائية للكاثينونون *Cathinone*: $C_9H_{11}NO$ ، الوزن الجزيئي يعادل 149.19 g/mol)

تبين الصورتان أن كل من الكاثينون والكاثينونون يمتلكان صيغتين متقاربتين كيميائياً
الأمر الذي يجعل فعالتهما النفسية والعصبية على الشخص المتعاطي متقاربة نوعاً ما

