

الفصل الثاني

مشكلة التعود على المخدرات

والمشروبات الكحولية

«المواد المبدلة للمزاج»

يعد الاقبال على المسكرات اليوم المشكلة الأولى في العالم المرتبطة بالصحة العامة وتليها المخدرات . ورغم أن الاحصائيات المتعلقة بالكحولية وسوء استخدام الكحول والعقاقير المبدلة للمزاج مختلفة متباينة ، إلا أن التقديرات المحافظة ترى أن الادمان على الكحول يشكل ما نسبته على أقل تقدير ٤٪ من مجموع السكان (Royce 1981) - في البلدان الصناعية - ، ويقدر عدد البشر الذين يتعاطون المشروبات الروحية في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من ١٠٠ مليون ، منهم ٦ - ١٠ ملايين يصنفون في عداد المدمنين ، ويضاف الى هذا العدد مليون من المراهقين (٢١ سنة) - Brandsma 1980 - وعندما نتصور أن كل «مدمن» على المواد المبدلة للمزاج يؤثر تأثيراً سيئاً على حياة آخرين ، حينئذ يتصاعد العدد ليصبح ٧٠ مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات اجتماعية وشخصية هامة تعزى الى الادمان على المواد المبدلة للمزاج (Franks 1985) . وأكثر من ذلك تقدر الخسارات المالية الناجمة عن الادمان على الكحول والمواد المخدرة في ميدان رعاية الصحة ، وهدر الطاقة والانتاج البشريين ، والبطالة وترك الأعمال عند المدمنين بحوالي ٧٠ بليون دولار أمريكي

سنوياً (Ruayle 1983). وهكذا نجد هول الخسارة الاقتصادية والاجتماعية والشخصية الناجمة عن هذه الآفة الاجتماعية والاقتصادية التي تآكل الأرضية التحتية للمجتمعات وبخاصة الصناعية المتقدمة.

ظهر اتجاه في السنين الأخيرة نحو ادراك خطورة الصعوبات والمشكلات المتعددة الأبعاد التي يسببها الادمان على المواد البديلة للمزاج. إذ ظهر في الأفق الوعي المتنامي لمشكلات الادمان وما تجرّه من ويلات اجتماعية واقتصادية وأسرية، وشخصية على مستوى المهنيين الذين يعملون في قطاع العناية بالصحة والأسر، وأرباب العمل، والمدمنين أنفسهم، فالمدمنون أصبحوا أكثر وعياً وادراكاً لمشكلاتهم من ذي قبل، فأخذوا يلتمسون العون والعلاج. وعلى مستوى أسباب الادمان هناك جدل ما زال قائماً حول الأسباب الدقيقة والصحيحة لهذا الادمان وأفضل الطرق لعلاجها، والذي لا خلاف فيه والأمر المتفق عليه بين القائمين على الأمور العلاجية أن المعالجة المبكرة والمباشرة هي الأفضل والأكثر فعالية.

تعريف:

لا مرأ أن الدراسات المتوافرة عن تعريف وتشخيص وعلاج الكحولية ومشكلات الادمان على المواد البديلة للمزاج هي كثيرة ونحن بلاشك لسنا بصدد مناقشة هذه الدراسات ومعاينتها. إذ غالباً ما يعرف الكحولي بكونه انساناً يوجد لديه التفكير المحرض على شرب الكحول أو لا يوجد مثل هذا التفكير. وقد ناقشت دراسات

كثيرة وتجادلت في الكحولية حيال هذا التعريف، أما نظرية الانفعال والعقلانية لالبرت أليس فقد تمسكت دوماً بالقول إن التفكير المحرض على شرب الكحول أو نفي وإزالة هذا التفكير هو جوهر الكثير من الاضطرابات الانسانية البشرية، (Ellis 1962)، هذه النظرية تتبنى موقفاً علاجياً يقوم على التفكير العلمي الصحيح كأداة لتحقيق التكيف السيكولوجي .

تحاول نظرية العلاج الانفعالي - العقلاني تجنب التفكير الجامد المنقسم dichotomous الذي ينفذ الى ميدان الادمان على المواد المخدرة . ومن الواضح أنه من الصعوبة بمكان تقديم العون الى المدمنين على المواد المبدلة للمزاج الذين لديهم الاستعدادات التركيبية المسبقة الارثية للتفكير المنقسم وذلك من خلال عرض التفكير المنقسم وتعريفهم عليه لفهم اضطراباتهم، وعلى هذا فإننا في هذا الكتاب نرنو الى الأخذ بالمفاهيم المرنة من أجل صياغة المعالجة وتعليم التفكير المرن الى المرضى المدمنين .

من ناحية أخرى نجد أن التقليديين في علاج الكحولية والادمان عموماً يطرحون المقولة التالية : «متعاطو الكحول بكميات قليلة يماثلون الشخص المبدع ابداعاً قليلاً»، إلا أن هناك ما يقابل هذه النظرية بما جاء به الباحثون بأن أفضل ما ينظر الى الكحولية بكونها استمرارية محددة بمشكلات تتسم بالتكرار وبالانتعاش وبطول المدة الزمنية مصحوبة بتناول الكحول وسوء استخدامه (Valliant 1983). وعلى هذا فالتعريفات النافعة المفيدة للكحولية قد تجنبنا خلق التصانيف المنقسمة، فالتقرب التقليدي يشجع التفكير الحدي

المطلق حيال الكحولية والادمان، وبذلك يخلق روح هزيمة الذات.

إن الكتاب التشخيصي والاحصائي المسمى DSM III (الصادر عن الجمعية الأمريكية السيكاترية ١٩٨٠م) حاول أن يدمج بعض هذه الافكار الحديثة الخاصة بالادمان في تعاريفه التشخيصية. فسوء استخدام الكحول والتعود عليه dependence يعرفان بالمشكلات الخاصة بسوء استخدام الكحول. وسوء استخدام الكحول يوصف بالاستخدام المتكرر لمادة الكحول رغم تفاقم المشكلات العملية التي يواجهها الشارب بفعل تعاطيه الكحول أو المخدر. ثم إن التعود ينظر اليه من زاوية الادمان والذي يترتب عنه متلازمة (أعراض) سحب المادة المبدلة للمزاج حين توقف تعاطيها أو تخفيض الجرعة المتعود عليها المدمن. وهذا الأمر يقودنا الى تأكيد مسألة الادمان على المستوى الفيزيولوجي والسيكولوجي، أي أن الكحول يحدث التعود النفسي والفيزيولوجية معاً.

أجرى (Vaillant 1983) دراسات طولانية تناولت مسألة الادمان على الكحول والمواد المبدلة للمزاج عند الكبار (ذكور)، وقد تم تقويم حالاتهم مراراً وتكراراً عبر مدة ٤٠ سنة (أربعة عقود). وقد أظهرت هذه الدراسات قيمة استخدام قياس تعاطي الكحول الذي ابتدعه «فاليانت» ذاته. إذ في هذا المقياس تم طرح أسئلة على الكحوليين الخاصة بالاسراف في تعاطي الكحول وما يترتب عنه من مشكلات اجتماعية واقتصادية، مهنية تلحق بالمدمن كفقدان العمل والاضطرابات الأسرية والزوجية، وشكاوى أرباب العمل من الموظف المدمن، والمسائل الطبية (الأمراض) والسببات الكحولي

والغياب عن العمل . ولوحظ أنه كلما تزايدت وتواترت هذه الصعوبات ، تأصلت وتعززت مشكلة الادمان .

إن التقرب العلاجي المتمركز على الكحولية هو الذي يأخذ به العلاج الانفعالي العقلاني . فهذا العلاج يرى أن عمل المعالجين هو الكشف عن المشكلات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية عند المريض ، ويسعى هؤلاء المعالجون الى تبديل سلوك المريض من خلال تغيير أفكاره ، ومشاعره .

وفي الوقت الذي نجد فيه أن معظم الكحوليين يرغبون في الاستمرار في تعاطي الكحول ، فإنهم لا يميلون الى النتائج التي تبعدهم عن ادمانهم وعن المشكلات التي تنأى عن هذا الادمان ، وبالطبع ان في مقدور المعالجين المختصين في العلاج الانفعالي العقلاني أن يتصرفوا بسرعة حيال هذه المشكلات وربطها بمسألة الادمان التي تعود الى العديد من السنين ، ومن ثم يستطيعون أن يروا التغييرات والطرق الفاعلة التي تؤدي الى هذه التغييرات المطلوبة بصورة فعالة في سلوك المريض المدمن .

١ - المرض أو اضطراب السلوك :

على المستوى التاريخي لم يسبق أن وجد ميدان تناول مسألة الكحولية الأوانخرط في جدال في وقت لم يتمحور الفكر عن أسبابه مثل التجادل فيه . في الماضي كان ينظر الى الادمان على الكحول كمسألة أخلاقية . فالكحوليون تعوزعم قوة الارادة لتنظيم شربهم

والسيطرة عليه، وتعد الكحولية البرهان على الطبيعة غير الأخلاقية للكحولي.

خلال النصف الأول من هذا القرن أخذت مشكلة الكحولية تشد الانتباه على أساس كونها معضلة طبية وسيكولوجية، وقد اعتبر أن تأثير المرض غير المحدد الذي يقود الى الوسواس والجبر على تناول الكحول هو سبب هذا الاضطراب، وهذا المفهوم ساعد على ظهور الاسم المجهول للكحوليين (Kurts 1979)، وبذلك عرفت الكحولية كمشكلة طبية.

خلال الخمسين سنة المنصرمة كانت تعد الكحولية «مماثلة للمرض»، وهذه النظرة انبثقت عن كون الكحولية تعد مترقية خلسية في سيرها المرضي، وهي أيضاً تخاذل الارادة في الوصول الى معالجة ناجحة، أما اليوم فإن المعنى المجازي لهذه الصيغة الأصلية قد غاب وتلاشى وحلت محله التفسيرات المرضية المهنية السائدة (Jellinek 1960). وبهنا أن نعرف أنه لا صحة في النظر الى الكحوليين بكونهم ضحايا مرض خفي لا يمكن اسعافهم وتقديم العون لهم بفعل عدم تعاونهم لخلل في سمات طبيعتهم الأخلاقية.

ويلح فيلانت (Vaillant 1983) على أن الطريقة لفهم الكحولية ودراستها تكون في استخدام الصحة السلوكية المتعددة العوامل Multi Factorial أو الأخذ بالأنموذج الاضطرابي السلوكي. وفي نظر الباحثين الذين يأخذون بنظرية التعلم الاجتماعية أو السلوكية (Miller 1983, Gordon 1985) أن التفسير المحدد لأنموذج المرض قد يعرقل علاج

المراحل الأولى التي يمر بها الكحوليون نظراً لأنهم لا ينظرون الى أنفسهم كأشخاص مصابين بمرض ويرغبون عن النظر الى الامتناع عن الكحول على أساس هدف العلاج .

ومن خلال معاينة السير المرضي للكحولية نجد أنها ملتصقة باضطراب الصحة السلوكي ، وعند البعض تعد مرضاً حيث قد يبذل المريض بعض الجهد القليل للسيطرة على النزوع ولكن بدون الاهتمام بالعلاج وتبديل أسلوب الحياة تبديلاً جوهرياً .

وأشار فيلانت (١٩٨٣) أيضاً أن الكحولية تعد مرضاً تماماً مثل اعتبار ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرضاً . فارتفاع الضغط الشرياني الأساسي أو الآفة الوعائية الكليلة القلبية هما مرضان دائمان مستمران ، وأن الكشف المبكر لهذين المرضين وعلاجهما يحتاج الى تبديل في أسلوب الحياة وخلق عادات صحية من التفكير والمشاعر والسلوك وليس الاقتصار على العلاج الدوائي لوحده .

أما بالنسبة للكحولية فان المداخلة العلاجية الفعالة تحتاج الى تبديل عادات الحياة اضافة الى معالجة طبية نوعية . ونبه الى أن اعتبار الكحولية أو ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بكونها مرضاً بدنياً فقط أو نتاج عادات سيئة فقط فهذا هو الخطأ بعينه ، لأن مثل هذا الاعتبار يقود الى معالجة ناقصة وغير فاعلة في كل واحد منهما . ففي كلا الاضطرابين يكون الأفراد المصابون باحدهما لا سلطان لهم عليه ما دامت مشكلاتهم منكورة ، وأن بعض السلطان أو السيطرة على الاضطراب يمكن حيازته بقبول المريض اصابته بالكحولية - ارتفاع

ضغط الدم، والعمل بكل ما يملكه من قوة وحماس، وثبات لازالة هذا الاضطراب (بالنسبة للكحولية) والسيطرة على ضغط الدم بأقل جرعات دوائية ممكنة .

٢ - السيطرة على شرب الكحول مقابل الامتناع عنه :

إن الفروق بين التعلم الاجتماعي والطبي أو النموذج السلوكي للكحولية تبدو أكثر إثارة للجدال من ما يسمى الآن: بالجدال الدائر حول السيطرة على الشرب» (Miller 1983, Marlatt 1985)، وهذا الجدال يتأجج ويسعّر بالنظرية التي تقول في حق الشارب بالتفكير المشغول بالكحول أو الخالي منه .

إن الدراسات التي تتناول القصة التاريخية الطبيعية أو سير الكحولية أي مثل دراسات العلامة فيلانت (١٩٨٣) تشير إلى أن الأفراد الذين تمت متابعتهم خلال حياتهم اتضح فيها أن بعض الكحوليين، أما أنهم شفوا تلقائياً من إدمانهم أو أصبحوا شاربين بلا أعراض . ووجد كل من ميللر وهيبستر (١٩٨٠) من خلال مراجعتها الموسعة لنتائج العلاج أن متوسط الشفاء التلقائي أو العودة إلى الشرب الخالي من الأعراض Asymptomatic هو بحدود ١٩٪ . وحيث أن بعض المدمنين ينزعون فيما بعد إلى السيطرة على شربهم للكحول، فقد بدأ أن تعلم السيطرة على الشرب بالنسبة للكحوليين قد يعطي نتائج علاجية فعالة . وكما ذكرنا في بداية هذا الكلام أن هذه القضية هي مثار جدال ونقاش بين العلماء .

هذا وإذا اعتبرنا أن الكحولية لا بد وأن تكون حتمية في ترقبها وتقدمها اضافة الى انذار غير محمود في معظم الحالات، حينئذ فإن السيطرة على الشرب، واستراتيجياته الرامية الى علاج السيطرة على الذات لا تبدو فقط غير مجدية ولكنها خطيرة ولا أخلاقية. في مراجعة أجريت من قبل كارلي وميستو (١٩٨٥) تناولت استخدام استراتيجيات السيطرة على الذات في علاج الكحول، أكدت الحاجة الى مزيد من البحث المستقبلي.

ووجدنا أن العلاجات القائمة على السيطرة الذاتية لها فعاليتها في المداخلة العلاجية المبكرة للمشكلات المرتبطة بالادمان. وانتهيا الى القول إن فعالية تقنيات السيطرة على الذات تبقى قابلة للبرهان في نهاية الأمر. من ناحية أخرى ان البراهين المتوافرة حالياً تشير الى أنه ليست جميع المشكلات تدفع بالشاربين الى التعود على الخمرة. . إذ على نقيض ذلك فالأفراد المتعودون على الخمرة تظهر عندهم مشكلات الشرب المرتبطة بالخمرة. وعلى هذا يعتقد أمثال فيلانث أن التقنيات الرامية الى ضبط الشرب وسيطرة الشارب على ذاته تبدو مناسبة ومفيدة عند الأفراد الذين:

- أ - غير مرتبطين بالكحول فيزيولوجيا ارتباطاً كبيراً.
- ب - هم مرنون على مستوى المواقف فيبدلون جهودهم الكبيرة للسيطرة على أنفسهم في حجم الكحول الذي يتناولونه.

ثم هناك قضايا أخرى تؤثر أيضاً على قرار المعالج السريري في الأخذ باستراتيجيات السيطرة الذاتية أو تقنيات السيطرة الذاتية على

الشرب مثل الدعم البيئي، والثبات الاجتماعي، ونظرة الفرد الى الكحول كمرض أو اضطراب سلوك. فأهداف العلاج الفردية واستراتيجيات المداخله العلاجية تبدو مرشحة مطروحة على المريض.

ثم ان مساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلات الكحول لكي يتعلموا اكتساب درجة اشراطية في السيطرة على الذات، سواء تم ذلك من خلال اختيار الكف عن الشرب، أو السيطرة على نزوع الشرب، أو الاثنين معاً، نقول مثل هذه المساعدة تبدو مناسبة وفق ظروف مختلفة تتمشى مع الفروق الفردية. وعندما يبدأ الفرد بمعاناة مشكلات مرتبطة بآثار الكحول الضارة المؤذية، ومع ذلك يمعن في تعاطي الكحول تعاطياً خطراً (أربع أو خمس كاسات في الجلسة الواحدة) حينئذ يترتب عن ذلك ترقى المرض العضوي واضطراب السلوك، وتعرض المريض الى الخطر الذي يهدد حياته فعلاً - وهنا لابد من التدخل تدخلاً جذرياً لتجنب هذه النتائج الوخيمة السيئة، وإن العودة الى تناوله على مستوى الشرب الاجتماعي لم يعد مقبولاً، وهنا قد يطرح سؤال حساس في هذا السياق هو: هل هناك ثمة مخاطر تترتب عن الاستمرار في الشرب حتى في أقصى درجة ضبط الذات؟

الجواب هو أن هذا السؤال يمكن الاجابة عليه فقط من خلال معالجة الفرد في الوقت الذي يتلقى فيه أفضل التوجهات والارشادات من قبل معالجه.

٣ - السببية (الأسباب) Etiology :

رغم الجهود الكبيرة التي بذلت، لم تكشف الدراسات عن وجود سبب واحد لظاهرة الكحولية وذلك خلال خمسين سنة تقريباً من البحوث والدراسة، أي بتعبير آخر لم يتمكن الباحثون في هذا الميدان من عزل عامل (أو سبب) بيولوجي، أو سيكولوجي أو اجتماعي عزيت إليه الكحولية. ورغم وجود أبحاث مشجعة تناولت العوامل البيولوجية في سبب الكحولية الأمر الذي فرض بذل الجهود للتعرف المبكر والوقاية (فرانك ١٩٨٥)، إلا أن التحديد الدقيق للسبب الفيزيولوجي النوعي في الحالة الفردية للكحولية لا يبدو عملياً في الوقت الحاضر. ولعل الاتجاه الأوفق في مجال البحث والكشف في هذا الميدان هو في المعاینات العميقة السابرة للعوامل المسببة للعديد من العوامل والمسببات.

من هذه العوامل الاستعدادات المسبقة التركيبية الارثية، والأغماط الأسرية والثقافية في تعاطي الكحول، وقصة تعلم الفرد على الكحول، وجهاز المعتقد عند الشارب حيال الكحول (أو مواقفه ومعتقداته منه). والسيطرة الذاتية والقضايا الأخرى ذات الصلة بهذا الموضوع (West 1984, Royce 1981). من ناحية أخرى هناك العديد من الدراسات التي أجريت على التوائم فأكدت العنصر الوراثي أو التركيبي في الكحولية (بوهمان ١٩٧٨، كودوين ١٩٧٦). وهناك أيضاً دراسات أجراها فيلانت (١٩٨٣) أشارت الى أن وجود أحد أفراد الأسرة كحولي هو مؤشر قوي للكحولية، ثم ان ليس الأمر

نوعياً أن يكون (الأب أو الأم) كحولياً بقدر ما تكون الكحولية موجودة في أفراد لأسرة معينة للتنبؤ أي أفراد سيكونون معرضين لمشكلات كحولية سيئة .

وبصرف النظر عن التأثيرات الحضارية والبيئية فإن كثرة النوع الارثي للكحوليات في تركيب الفرد تشير الى وجود استعداد مسبق (وفقاً لعمليات بيولوجية غير محددة) نحو تطور الموقف والمشكلات الكحولية مع تقدم العمر . وننبه الى أنه من الأهمية بمكان الاستعلام عن القصة الكحولية في الأسرة عند اتخاذ القرار التشخيصي وبغرض الخطة العلاجية والوقائية المبكرة . وكلما كان تاريخ الأسرة مليئاً بالمدمنين ، كان الادمان متريقياً وخطراً في الفرد المدمن في العائلة نفسها ، وأقل قدرة في السيطرة على مقدار شربه . وما من شك أن الفروق العرقية في مشكلات الكحول هي معروفة منذ حقبة غير قصيرة ، وهذا ما يدل على وجود نماذج أسرية وحضارية في تعاطي الكحول وما يترتب عنه من مشكلات صحية واجتماعية وسيكولوجية .

ومن المعروف أن الشعوب القاطنة في جنوب أوروبا والبحر الأبيض المتوسط حيث تبدو مشكلات الادمان أقل شيوعاً ، نجد أن التبيؤ الاجتماعي الباكر الخاص بالكحول والمواد البديلة للمزاج يختلف عن الارث الاجتماعي لشعوب أوروبا الشمالية . ثم إن شعوب جنوب أوروبا لا تختلف فقط عن شعوب أوروبا الشمالية في شرب الكحول ولكن أيضاً بنوع المشروب المستخدم وبالتحمل في مزجه للوصول الى نشوة السكر المطلوبة . وفي دراسات العلامة

فيلانت (١٩٨٣) يبين لنا أن سلسلة النسب عند الأوروبيين الشماليين تعد مؤشراً هاماً للمشكلات المستقبلية الخاصة بالكحول. ويضيف ناثان (Nathan 1980) الى أن التأثيرات الحضارية، الثقافية لا تكون وحدها الفاعلة في مشكلات الكحولية، ولكن هناك أيضاً الظروف الاجتماعية الأخرى التي تشترك وتسهم في هذه المشكلات. فالمتحولات الثقافية الثانوية مثل الضغوط الصادرة عن الند، وتوافر المشروبات الروحية، وسمات مطالب بعض الجهات التي تخرص على الامعان في الشرب والافراط فيه، وأنموذج سلوك الشرب المنحرف تعد عوامل مؤهبة لظهور المشكلات الكحولية. فهذا التعلم الاجتماعي في شرب المسكرات يعزز الاتجاه القائل «إن ثمة بعض الأنماط الحضارية تدعم الكحولية من خلال مواقفها بقبول السلوك المخمور، وتجاهل النتائج وجعل المشروب جزءاً من الهدف الاجتماعي المرغوب». من معاينة اضطرابات الشخصية التحتية الخفية كسبب في الكحولية وفق ما شرحنا آنفاً، نجد أن الكحوليين يواجهون مشكلات الكحول وعقائيله كعرض Sympton لتكوين في الشخصية سابق الوجود. وتعلل النظريات النفسية التحليلية أسباب الادمان الى ثبات في نمو الليبدو (الشبق الفمي) أو الى عدم استقلال الشخصية. الأ أنه ولا رأي من هذه الآراء المرتبطة بالشخصية من الوجهة التحليلية أمكن إقامة الدليل عليها مادياً. فالدراسات الخاصة التي تناولت سمات الشخصية التي تميز بين الكحوليين وغير الكحوليين قبل الوصول الى الادمان الكحولي لم تجد (هذه الدراسات) نتائج ايجابية (Room, Meller 1976). والأمر الأكثر دهشة

أن السمات السيكلولوجية المختلفة التي نراها في البشر العاديين نراها أيضاً عند الكحوليين . وأشار فيلانت (١٩٨٣) الى أن وجود الكحولية ذاتها تنبؤ بصحة نفسية سيئة وليست الصحة النفسية السيئة تمهد لنشوء الكحولية . وعلى هذا فالكحوليون لم يتضح أنهم يختلفون قبل مرضهم عن غير الكحوليين في الشخصية أو في التكيف العام . ولكن هذا لا يعني طبعاً أن مثل هذه الفروق غير موجودة، فالقضية ما زالت بحاجة الى مزيد من البحث .

وننبه الى ناحية هامة جداً في خصوص علاج الادمان على المواد المبدلة للمزاج هي «إن النظريات العلاجية التي تستهدف ازالة أو تخفيف صراعات الشخصية الخفية التحتية أو التي تتناول ضعف قوة الأنا وذلك من أجل علاج الكحولية، هذه التقربات بذاتها هي غير فعالة ولا مجدية، فالشيء الثابت والأكيد القاطع أن المشكلات الانفعالية والسلوكية والتكيف الاجتماعي تنمو وتتطور وتتفاقم كنتيجة للادمان على المخدرات والكحول» .

ولعل أفضل استراتيجية لتوجيه هذه المشكلات وتدبرها هي أولاً في ازالة الكحولية ومن ثم التعامل مع الأعراض الارتكاسية الناجمة عنها مثل الصعوبات الانفعالية .

وعلى مستوى الممارسة السريرية ينصح بتوجيه الاهتمام نحو المشكلات التي ظهرت خلال سنوات الشرب، وهذا ما سيكون موضوع كلامنا في الفصول المقبلة .

٤ - نظرية التعلم :

عموماً إن نظرية التعلم التي رسخها العلامة السيكلولوجي

باندورا ووصفها (١٩٨٢) والتي طبقها ناثان وجماعته (١٩٨٠) على مشكلات الكحولية . تبدو نافعة ومفيدة في وصف ما نعلمه عن سبب الكحولية والواضح وهذا ما نرغب أن يفهمه القارئ ، لتصبح مرتبطاً متعوداً مدمناً على الكحول أو المواد المبدلة للمزاج سيكولوجيا وفيزيولوجيا ، فإن مثل هذا التعود هو أكثر من نتيجة لتأثير كيميائي مباشر ، (أي مادة مخدرة) فالأفراد الذين لديهم استعداد مسبق ارثي يتحملون فيزيولوجيا الكحول بدرجات أكبر ولديهم عجز في قدراتهم على تمييز ووعي درجات انسامهم بالكحول ، كما لديهم استعداد مسبق ثقافياً في التكيف الباكر على تناول الكحول . وفي أي من هذه الحالات نجد أن هؤلاء المدمنين لسوء حظهم يعجزون عن تعلم تناول الكحول تناولاً مناسباً معتدلاً لا يؤدي صحتهم النفسية أو البدنية . . فسوء استخدام الكحول والافراط في شربه يقود الى تعود فيزيولوجي وسلوكي متعلم ، وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن انقاص التوتر النفسي واضعافه بفعل تناول الكحول ، ولكن نتيجة معتقدات وتوقعات الشارب حيال ما يفعله الكحول في نفسيته اضافة الى مدركاته وتفكيره اللاعقلاني . فهذه الأمور هي المتحولات المعززة الهامة في ترسيخ الادمان وتعزيزه . فالمعتقدات أن الكحول يضعف التوتر النفسي ، ويزيد الفعالية الاجتماعية أو يمنع الانزعاج النفسي ، هذه المعتقدات تسهم اسهاماً كبيراً في مساعدة الناس على تعلم شرب الخمر بصورة غير تكيفية بدائياً ومن ثم الابقاء على هذا السلوك اللاتكفي .

ونافلة القول إن المراجعة التي نحن بصدددها للعوامل المسببة للكحولية وللمواد المبدلة للمزاج ترى أن الأفراد الذين يصابون بداء الكحول واختلاطاته المرضية ليسوا بالضرورة هم مختلفين عن غيرهم من البشر في السمات الشخصية قبل مرضهم بهذا الداء كعدم استقلال الشخصية، أو بمشكلات التكيف السيكولوجي عندما كانوا أطفالاً. والاختلاف عن غيرهم من البشر الأسوياء ينحصر فقط في وجود قصة كحولية في أفراد أسرهم وعوائلهم، وفي وجود أنماط حضارية في هذه الأسر تميل إلى استخدام الكحول، ثم إن الأفراد الذين يعانون من مشكلات كحولية كثيراً ما نجد لديهم:

أ - قصة تعلم نوعية يترتب عنها الركون إلى الكحول والتعود النفسي عليه كوسيلة لضعاف التوتر النفسي والحصول على النشوة المطلوبة السارة.

ب - الإفراط في شرب الكحول افراطاً مزمنياً رغم الاختلاطات السيئة المترقية الصحية الناجمة عن هذا الإفراط.

ج - سلسلة من المعتقدات المتصارعة الخاصة بشرب الكحول، ومع ذواتهم ومع الغير، الأمر الذي يتمخض عنه تعزيز الميل إلى شرب الكحول تعزيزاً غير تكيفي.

ثم إن المشكلات السيكولوجية والاجتماعية والمهنية والصحية هي نتيجة الإدمان على الكحول وليست السبب أو العلة في هذا الإدمان.

٥ - فعالية المعالجة:

طرحنا علينا دراسات كل من ميللر وهيوستر (١٩٨٠) ما مفاده

أن معالجة الكحولية تنجح بنسبة الثلثين من المرضى حيث يطرأ تحسن ملموس على أحوالهم، وخلال مدة قصيرة، بينما الثلث الباقي يحتاج الى فترة علاج طويلة، وهذه المعالجة تضمنت الدراسات التي تمتد من البرامج الخاصة باعادة التأهيل الى الأشكال العلاجية الأقل شدة مع فروق قليلة في النتائج العلاجية.

ويشير براندسما (Brandsma 1980) من خلال مراجعته لعلاجات مرضى تعالجوا في عيادات خارجية، إنه رغم وجود متغير حدي هام في أنواع المعالجة، وفي سمات المرضى المعالجين، فإن المعالجة عموماً تبدو أكثر فعالية من لو لم تطبق أية معالجة. وتأثير هذه المعالجة يضعف مع مرور الزمن وتقادمه. ويضيف أيضاً الى أن جميع أنواع العلاج النفسي المنفذة خارج المشافي تعطي مردوداً يتراوح بين درجة متوسطة الى عالية في تحسين حالة المريض المدمن، وهذه المعطيات تبرز صعوبة التمييز بين الحسنات النسبية لأساليب العلاج المختلفة نظراً لأن جميعها تبدو متفوقة على الوضع الكحولي لو لم يعالج. ووجد براندسما أيضاً نتائج مماثلة حيث قارن العلاج السلوكي العقلائي مع العلاج النفسي الاستبصاري، ومع مجموعات ضبط تجريبي لم تعالج. . . وهذه النتائج أظهرت تفوق جميع العلاجات على المجموعات التجريبية التي لم تعالج.

ومرة ثانية يطالعنا فيلانتي (1983) في نتائج دراسته التي أشارت الى وجود 20٪ من الكحوليين يشفون تلقائياً أو يصبحون في حالة كف وضبط بدون معالجة. أما أولئك الذين يستمرون في

الشرب فتتطور حالتهم نحو مشكلات اختلاطات صحية وسيكولوجية، فلا يشفون أو يتحسنون بدون مداخله علاجية. ففي تلك الدراسة والتي امتدت من عام ١٩٤٠ حتى عام ١٩٨٠، كان طريق الشفاء متميزاً من خلال الاسهام والاشترك في الانتظام في صف الكحوليين الذين شفوا Alcoholics Anonymous، (هناك عدة أفراد عولجوا بالعلاج السيكوديناميكي وبالعلاج الموجه الاستبصاري، أفادوا خلال عملية المتابعة العلاجية أن انخراطاً في هذا النمط من العلاج أخرج كثيراً من شفائهم لأن هذا العلاج توجه نحو تبديل شخصياتهم وليس إيقاف تعاطيهم للكحول).

وبالطبع فإن المعالجة بالنسبة للموغلين في الكحول لا تكون مؤذية أو مميّته. ويعلمنا فيلانت (١٩٨٣) عن مئة حالة تم قبولها في عيادة علاج الكحوليين، واتضح في هذه الدراسة أن المسرفين في الكحولية الذين لم يبدلوا من شربهم، كانوا عرضة للموت بسبب الكحولية ذاتها. وهنا يشير فيلانت الى المأزق الذي يواجه المعالج في علاج الحالات المترقية الشديدة الخطورة من الكحولية. فالمأزق الذي يقصده فيلانت هو أن العلاج في مثل هذه الدرجات الشديدة، رغم كونه باهظ الثمن فلا يوجد ما يضمن الشفاء. وتنوه هنا أيضاً لا يتمخض عن أية معالجة بدون مردود شفاء أو حدوث وفاة، وأن آخر ما يمكن أن يقدمه العلم في هذا الميدان أنه قد لا يستطيع أن ينقذ مريضاً كحولياً ما. ثم إنه بدون مداخله علاجية فإن المدمن في معظم الأحيان عرضة للدمار والانتهاه. هذا ورغم النتائج غير المشجعة وحتى بواسطة الأشكال العلاجية المتعددة الأنظمة مثل التي تقدمها

المؤسسات الصحية ذات النظم العلاجية الداخلية للمرضى، فإنه لمن الواضح أن الكحوليين يصيبهم الحظ بالشفاء.

وقد يتساءل القارىء، كيف يتم ذلك؟ وما هي الاجراءات التي توصل الى الشفاء؟

على غرار القضايا الأخرى المتعلقة بالكحولية هناك جدل كبير يدور حول الظروف والشروط الضرورية والكافية كيما يتحقق الشفاء. فالأفراد يعترهم التبدل والتغير في أنماط سلوكهم التي تقودهم الى الشفاء من الكحولية مثل الاختلاط في صف الكحوليين الذين شفوا، والعلاج داخل المستشفى والعلاج النفسي والتدين، والتدريب المنفر، (الاشراط المكروه للكحولية) وحدث تبدل في ظروف الحياة، وخليط من الظروف والمواقف المذكورة. وبالطبع لا يوجد مسلك أو طريق وحيد يؤدي الى الشفاء بحيث يطبق في جميع الظروف.

ويرى براون أن احدى الخبرات الهامة التي تقود الى الشفاء هي العلاج النفسي. ورغم أن جماعة السلوكيين يختلفون مع براون بعض الاختلاف، إلا أنهم يوافقون على معتقده في قيمة العلاج السلوكي المعرفي، ومرونته وفعاليتها وتوجيهه في الشفاء من الكحولية.

ويتعين على المعالجين ألا يكونوا متشائمين حيال العلاج نتيجة تجاوب القلة من الكحوليين للعلاج في حين يكون نصيب النسبة الكبرى منهم النكس. وغالباً ما يعتقد المعالجون النفسيون أن مداخلتهم العلاجية يجب أن تؤدي الى الشفاء ومنع حدوث

المشكلات المستقبلية . ولعل الموقف الحكيم المتوازن هو أن يبدل المعالجون من توقعاتهم حيال علاج الكحولية ويرفعون عتبة تحملهم للفشل ، وعليهم أن يقبلوا علاج الكحولية كأمر مساعد ومعين .

٦ - الخلاصة :

أ - الكحولية هي مشكلة متعددة الجوانب والعوامل ، ويوجد ما يبرهن على أن العوامل الارثية ، والأسرية ، والثقافية (الحضارية) تتفاعل مع قصة تعلم الفرد الاجتماعية لشرب الكحول وهذا يترتب عنه حدوث تعود فيزيولوجي وسيكولوجي على الكحول في كثير من الحالات . ويمكن القول أنه سواء نظر الى الكحولية نظرة مرض أو اضطراب يرتبط بالصحة السلوكية ، فإنها في كل الأحوال تصبح وخيمة العواقب إذا لم يتم علاجها . ورغم أن بعض المعالجات قد يصيبها النجاح في علاج حالة معينة ، (وهذا الأمر يتوقف أساساً على العديد من العوامل ترتبط بخصائص المريض وسماته مثل حدة المشكلة ، والسن ، ودرجة التعود البدني على الكحول ، ومحاولات المريض السابقة للكف عن تناول الكحول ، ومدى الاخفاقات التي أصابته في هذه المحاولات ، ونوعية المحيط الاجتماعي الداعم الذي يعيش فيه وغيرها . .) فإن قرار المريض بالاقلاع عن تناول الكحول وتبديل سلوكه حياله ، اضافة الى الالحاح على الكف والمتابعة العلاجية المستمرة لهذا القرار المتخذ من جانب المدمن هي المطلب الضروري والشرط الأساسي لايقاف هذا الاضطراب ، ومن ثم الوصول الى الشفاء منه في نهاية المطاف .

ب - أبانت الدراسات المختلفة التي تمت على مرضى عولجوا داخل المستشفى وبالعيادات الخارجية أن هناك نسبة قوامها مريضان من أصل ثلاثة مرضى أصابها التحسن بفعل العلاج الذي تلقياه خلال فترة قصيرة. ولكن هذه الفعالية العلاجية تتقوى وتتعزيز مع مرور الوقت والمثابرة. هذا ورغم أنه لا يوجد شفاء مؤكد من الكحولية ولا أحد يضمن ذلك، وبخاصة إذا كان الاضطراب حاداً ومرسخاً، إلا أن عدم اللجوء إلى المعالجة يترتب عنه ترقى الاضطراب وتزايد سوءه في الانذار Prognosis لذا فإن المعالجة للكحولية تبدو ضرورية في مختلف صورها وأنماطها. وإن أفضل صورة لمظاهر الشفاء في الكحولية هي في التبدل السلوكي والمعرفي اللذين يتضمنان العديد من العوامل. فالعلاج النفسي الذي يتناول ازالة الاضطراب النفسي التحتي المفترض من خلال الاستبصار السيكوديناميكي، هذا النوع من العلاج ثبت فشله وعدم جدواه في الكحولية عموماً. أما العلاج النفسي الرامي الى مساعدة الفرد المدمن مساعدة نوعية في التعرف على مشكلته بكونه مدمناً وقبول وجود هذه المشكلة، ومن ثم عقد النية الصادقة والعزم المكين على تبديل تفكيره ومشاعره وسلوكه التي هي نتيجة ادمانه المرضي على الكحول واستمرار شربه، نقول مثل هذا العلاج المتفاعل القائم بين المعالج والمريض هو الذي يسهل الشفاء والتخلص من الادمان.

ج - إن العلاج الانفعالي - العقلاني (الفكري) الذي يعطي أنموذجاً

وتفسيراً للاضطراب الذي يعترى الانسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم من خلال ايقاف شرب الخمر، والابقاء على هذا الامتناع والكف، هذا النوع من العلاج الحديث يسهم اسهاماً فعالاً في تنمية عملية الشفاء من الادمان ودفعها قدماً الى الامام . وهكذا يمكننا القول أن الفرد المدمن الذي صمم على تبديل موقفه من شرب الخمر، وتعاطي المخدرات وثابر بجهد وانتظام على مكافحة أفكاره الانهزامية التي توحى له شرب الخمرة وتزينها له كأفضل متعة ومسرة، وتبديلها بأخرى ايجابية، ووقف صامداً في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المسكر أو المخدر، وكابر بقوة وتحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه في الكف عن الشرب مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاصة اللاعقلانية التي تثيرها وتؤججها الميول الادمانية، والأنا الضعيفة، نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يقربه من الشفاء والتخلص من الادمان بشتى الوانه وضروبه .