مجلة العلوم الاجتماعية ــ العدد ٣ ــ المجلد ١٢ ــ خريف ١٩٨٤ (صفحات من ٣٧ إلى ٦٤)

الإدمان الكحولي

المشكلــة المـراوغـة

عزت سيد إسماعيل
قسم علم النفس / جامعة الكويت

مقدمــة:

تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بمشكلة الإدمان الكحولي تزايداً كبيراً من قبل الرأي العام العالمي والمشتغلين والمهتمين بالصحة النفسية للفرد وللمجتمع. ويبدو أن هذا الاهتمام المتزايد بالإدمان الكحولي يعود إلى تلك الزيادة الملحوظة في معدلات المفرطين في تناول الكحول بما يصاحبه من تأثير مدمر لصحة الفرد الجسمية والعقلية وإمكانياته الاقتصادية وعلاقاته الأسرية والاجتماعية. وربما كان هذا الاهتمام يعود أيضاً إلى طبيعة مشكلة الإدمان الكحولي ذاتها. فهي مشكلة ذات طبيعة مراوغة من حيث العوامل المسببة لها، ومن حيث درجة استجابتها للأساليب العلاجية، ومن حيث نذرها.

وعندما نحاول مراجعة تعريف الإدمان الكحولي سوف نواجه بتعاريف عديدة، ربما كان أغلبها يتفق على مظاهر معينة لهذه المشكلة، دون اتفاق على تحديد معياري لهذه المظاهر.

فتعرف منظمة الصحة العالمية (Chafetz ١٩٧٢) الإدمان الكحولي بأنه «حالة من اضطراب السلوك تتميز بتكرار تناول المشروبات الكحولية بدرجة من الإفراط تتمايز عن الاستخدام اليومي والاجتماعي المعتاد في المجتمع، وبشكل يؤثر في صحة المدمن أو شؤونه الاجتماعية أو الاقتصادية».

وتصف منظمة الصحة العالمية (١٩٧٤) المدمنين على الكحول بأنهم «أولئك سرفين في تناول الكحول بحيث يصل اعتمادهم على الكحول درجة تكشف عن نفسها اضطراب عقلي ملحوظ أو اضطراب في صحتهم البدنية وعلاقاتهم الاجتماعية شؤونهم الاقتصادية.

ويشير كيلر (١٩٥٨) إلى الإدمان الكحولي بأنه «مرض مزمن يتميز بتكرار تناول شراب بدرجة تؤدي إلى إلحاق الضرر بصحة الفرد أو بوظائفه الاجتماعية الاقتصادية».

ويقرر مور (١٩٦٣) بأن «الإدمان الكحولي هو نمط سلوكي يتضمن استهلاكاً لكحول بدرجة تفوق المعتاد ولا تنسجم مع معايير الجماعة وبخاصة تلك التي تخدم دواراً اجتماعية».

ويرى بلانت (١٩٧٨) أن الإدمان الكحولي هو حالة يفتقد فيها الفرد سيطرته على ناوله للشراب بدرجة لا تمكنه من الامتناع أو التوقف عن ذلك قبل أن يصل مرحلة تسمم.

ويذكر لندكويست (١٩٧٤) أن «الإدمان الكحولي يتصف به الشخص الذي صبح معتمداً على الكحول بدرجة تؤدي إلى قيام حالة من الحاجة العضوية أو نشدان لشراب».

ويعرف شافتز (١٩٧٢) الإدمان الكحولي بأنه «اضطراب سلوكي مزمن يتضح في شكل انشغال دائم بالكحول، بما يؤدي إلى الإضرار بالصحة الجسمية والعقلية، وإلى فقدان السيطرة بمجرد بدء تناول الشراب، وقيام اتجاه من تدمير الذات في التعامل مع مواقف الحياة».

ويقدم جيلينك (١٩٦٠) تعريفا للإدمان الكحولي «بأنه أي تعاطي للمشروبات لكحولية يحدث ضرراً للفرد أو للمجتمع أو كليهما».

ويشير بيرس (١٩٧٦) إلى الإدمان الكحولي «بأنه عادة تناول المشروبات الكحولية بكمية وبدرجة من التكرار تؤدي إلى نقص في الكفاية في العمل وكسب العيش، وإلى اضطراب في الحياة الأسرية للفرد وحياته الاجتماعية، وإلى تدمير لصحته الجسمية والعقلية».

من كل هذه التعاريف نجد إجماعاً على تناول المشروبات الكحولية بكمية وبدرجة من التكرار تؤدي إلى الإضرار بصحة الفرد الجسمية والعقلية، وكذلك إلحاق الأذى بشؤونه الاجتماعية والاقتصادية. ومع ذلك نجد أن هذه التعاريف لا تقدم لنا مقاييس أو معايير تحدد لنا كم المشروبات الكحولية التي يتم تعاطيها، ولا معدلات تكرار هذا التعاطي. كما أن حجم الأذى الذي يلحق بصحة الفرد الجسمية والعقلية هو مسألة نسبية لم تحدد مداه هذه التعاريف، بحيث نستطيع أن نصل من واقعه إلى تحديد أدق للمدمنين على الكحول. كما أن هذه الحاجة إلى معايير واضحة محددة تنطبق أيضاً على الضرر الاجتماعي والاقتصادي الذي يلحقه الإدمان الكحولي بالفرد. وتظهر أيضاً حاجة إلى تحديد مفهوم «فقدان السيطرة» و«نشدان الشراب». وهناك تساؤلات أيضاً يقيمها بعض الباحثين حول هذه التعاريف. إذ نجد أن بعض تعاريف الإدمان الكحولي تشير صراحة إلى تناول الشراب بشكل اجتماعي، كما لو كان هناك نوع من الاعتراف بشرعية مثل هذا السلوك في تمايزه عن الإدمان الكحولي، وأن تناول المشروبات يمكن أن يتمشى مع القيم الاجتماعية السائدة تحت بعض الظروف. وفي هذا الصدد يرى بعض الباحثين أننا لا نعرف الحدود التي يتضمنها تناول الكحول في الظروف الاجتماعية. وأن بعض هذه الحدود يمكن أن تخرج كثيراً إلى حدود التسمم الكحولي، وإن كانت تتم تحت الستار الاجتماعي. والبعض الآخر يرى أنها يمكن أن تكون بداية الطريق إلى الإدمان الكحولي. وعلى أية حال، فإن ما نأخذه ــ أيضاً ــ على هذه التعاريف هي أنها لم تقدم معياراً لما يوصف بالتناول الاجتماعي للكحول.

وربما يعيننا على تفهم أفضل لمشكلة الإدمان الكحولي وتحديد طبيعتها أن نطلع على المحاولة التي قام بها جيلينك لتصنيف الإدمان الكحولي. فهذه المحاولات يمكن أن تفيد في النهاية في صياغة تعريف قد يعمل على تلافي أوجه القصور السابقة. وقد استخدم جيلينك الحروف اليونانية لكي ترمز إلى أنماط الإدمان الكحولي، وهذا الاتجاه في التمييز بين الأنماط المختلفة لإدمان الكحول بالحروف الأبجدية أفضل من إلصاق تسميات معينة بكل نمط قد يؤدي في النهاية إلى إلصاق صفات معينة بالنمط المعين وفقاً لمسماه. وعلى هذا الأساس فقد عدد جيلينك أنماط ألفا وبيتا وجاما ودلتا ونمط إبسيلون (وهو الحرف الخامس من الحروف الهجائية اليونانية) (جيلينك ١٩٤٥).

ويمثل نمط ألفا «اعتماداً دائمًا على الكحول ذا طبيعة سيكولوجية محضة يستهدف

استعانة بتأثير الكحول في التخفيف عن آلام جسمية أو انفعالية. ولا يؤدي هذا النمط ظهور آثار الامتناع (الانسحاب) عن الشراب، كما لا يبدو فيه أي مظهر من مظاهر طور المشكلة».

ونمط بيتا من الإدمان الكحولي هو «ذلك النوع من الإدمان الكحولي الذي تصاحبه ضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة أو تليف الكبد أو مضاعفات في الجهاز العصبي. لا يعود الإدمان الكحولي إلى أسباب نفسية أو جسمية كما لا تظهر آثار الانسحاب الامتناع عن الكحول. على أن الضرر الذي يحدث في هذا النمط قاصر على ضاعفات الجسمية، واضطراب ميزانية الأسرة وانخفاض مستوى الإنتاج».

والإدمان الكحولي من فئة جاما «يمثل درجة متزايدة من تحمل الأنسجة للكحول، ا تظهر في أعراض الانسحاب، والرغبة الجامحة في الحصول على الكحول، وفقدان قدرة على التوقف عن الشراب. وهو يمثل أيضاً درجة واضحة من الاعتماد سيكولوجي في تناول الشراب إلى الاعتماد الجسمي مصحوب بتغير سلوكي ملموس. ا يحدث أيضاً في هذا النمط إلحاق الضرر بالصحة بصفة عامة وبالظروف الاجتماعية لك».

وفي نمط دلتا من الإدمان الكحولي «تظهر بعض خصائص نمط جاما فيما عدا أن دمن الكحولي من فئة دلتا لا يمكنه الامتناع عن تناول الكحول حتى ليوم أو يومين دون تظهر أعراض الانسحاب».

ويضيف جيلينك أن نمط ألفا ونمط بيتا يمكن أن يتحول إلى نمط جاما أو دلتا، وإن ان حدوث مثل هذا التحول هو أقل احتمالاً في حالة نمط بيتا.

وأما النمط الخامس والأخير من أنماط الإدمان الكحولي ــ وفقاً لتصنيف جيلينك ــ هو نمط إبسيلون، فهو أقل الأنماط شيوعاً، وهو ذو طبيعة نوابية، أي يتخذ فيه الإفراط تناول الشراب شكلاً نوابياً.

وأهم ما ينبغي الإشارة إليه بصدد ذلك التصنيف أن جيلينك قد أجراه على عينة محيزة، بحيث ينبغي الحذر من تعميم نتائجها. كما أنها بالفعل لا تنطبق تماماً على واقع شكلة الإدمان الكحولي. إلا أن هذا التصنيف يمثل ــ من ناحية أخرى ــ محاولة رائدة ينبغي تجاهلها، وتبشر بقيام محاولات تصنيفية أخرى أكثر اقتراباً من الكمال.

ولقد قامت بالفعل محاولات تصنيفية أخرى نذكر منها محاولة هامبتون الذي صنف الإدمان الكحولي إلى خمس فئات. الفئة الأولى تمثل من يتعاطى الكحول بصورة عادية، كما تمثل أيضاً معتاد الشراب، وهذا الأخير هو الشخص الذي يشرب يومياً إلا أنه بسبب ظروفه الصحية أو درجة تحمله العالية لا يصاب بالتسمم الكحولي ولا بالأمراض الناجمة عن تعاطي الكحول. والفئة الثانية وهي تشمل من يعتبر تناولهم للكحول كعرض لحالة عقلية مضطربة. والفئة الثالثة تسمى مجموعة الكحوليين الذهانيين، وهي تشمل من يعانون من ذهان كور ساكوف والهذاء المخيف. والمجموعة الرابعة وتشمل المدمنين الكحوليين الأغبياء، وهم المتعاطين للكحول من منخفضي الذكاء. وتشمل الفئة الخامسة الكحوليين القهريين.

ويصنف «إيزر» المدمنين الكحوليين إلى تلك الفئة التي يكون تناولهم للكحول إنما هو عرض لمرض مثل الصرع أو السلوك السيكوباتي. ثم تلك الفئة التي تقبل على الكحول بسبب نوع من الاستعداد الوراثي، وهم ــ أي هذه الفئة الثانية ــ لا يعرفون لماذا يتناولون الكحول، كما يمكن أن يتم استبدال الكحول لديهم ببديل آخر. والفئة الثالثة هم الكحوليون الأغبياء. وأما الفئة الرابعة فهم أصحاب المشكلات، وهم غالباً من العصابيين ممن يلزمهم علاج طبي نفسي واهتمام خاص. وأخيراً نجد فئة الأسوياء المفرطين في الشراب.

ونلاحظ أن التصنيف الذي قام به جيلينك وهامبتون وإيزر يقيم وزناً كبيراً للعلّية في الإدمان الكحولي، وهو أمر شاق التعرف عليه في حالات الإدمان الكحولي، وبخاصة عندما نعتمد في التصنيف العليِّ على نمط الشخصية وعلى التكوين الجبلّي والاستعداد الوراثي، وهي مقاييس لم نستطع بعد التحكم فيها بقدر كبير من الدقة. كما أن مفهوم الاستعداد الوراثي كثيراً ما يصطدم بالتأثير البيئي، باعتبار أن التأثير قد يكون للمحددات البيئية التي يعيشها الفرد عن أن يكون ذلك راجع إلى انتقال مورثات معينة خاصة بالإدمان الكحولي، وهي أمور سوف نناقشها فيما بعد.

ومن جهة أخرى، فقد ظهر حديثاً اتجاه نحو تصنيف الإدمان الكحولي على أساس فقدان القدرة على السيطرة والضبط، وبالتالي التصنيف إلى فئة من يمكنهم السيطرة على تناول الشراب، وأولئك الذين يفتقدون هذه السيطرة. هذا وتعرف منظمة الصحة العالمية في تقرير لها عام ١٩٥٢ مفهوم فقدان السيطرة على تناول الكحول بأنه «ما أن يدخل

سم الكائن كمية ضئيلة من الكحول حتى تنشأ حالة من طلب المزيد من الكحول. هذا الأمر يبدو كمطلب جسدي بالنسبة لمتعاطي الكحول. ويظل هذا المطلب قائمًا إلى ، يصبح في حالة من التسمم أو المرض تمنعه من استهلاك المزيد».

وحديثاً أيضاً قام اتجاه نحو تصنيف الإدمان الكحولي (لاندكويست ١٩٧٤) بشكل دم أساساً استراتيجية العلاج، وهو اتجاه عملي مفيد قيمته أكثر ما تكون في الجانب طبيقي.

النمط الأول هم من يتناولون الكحول لمواجهة عرض من الأعراض المرضية. وهم ناولون الكحول على فترات وفي شكل نوبات، وبدرجة تتعارض مع المعايير القائمة في جتمع. وهذا الاستخدام الكحولي يتضمن الإفراط في استهلاك الكحول، نوبات من سكر، تناول الكحول في العمل، الإفراط في تناول الكحول بالمنزل، تناول الكحول ل قيادة السيارة، والسلوك العنيف تحت تأثير الكحول. والمدمنون من هذه الفئة ليسوا لضرورة معتمدين تماماً على الكحول. وكثير من أفراد هذه المجموعة يعانون من قصور كل أو آخر في الشخصية أو من عدم النضج. وتتضمن هذه المجموعة أيضاً الحالات تي تعاني من ذهان كامن. فالذهاني قد يستخدم الكحول كبديل لتأثير العقاقير النفسية. مثل هؤلاء قد يتضح من دراسة حالتهم أنهم ــ أساساً ــ فصاميون يحاولون خفض ا يعانون من قلق عن طريق تناولهم لكميات كبيرة من الكحول. وبعضهم الآخر قد عاني من ذهان الهوس والاكتئاب، فيفرطون في تناول الشراب خلال مرحلة الهوس ر الاكتئاب ويسلكون مثلما يسلك المدمنون الكحوليون. وعلى هذا ينبغي تناول مثل هذه حالات باعتبارهم يعانون من نوع ما من أنواع الذهان. على أننا ينبغي أن ندرك ــ من حية أخرى ــ أن بعض مرضى الاكتئاب ممن يستخدمون الكحول كمضاد للاكتئاب قد حولون في المدى الطويل إلى الاعتماد على الكحول. ومثل تلك الحالات تتطلب علاج ل من الاكتئاب والاعتماد على الكحول معاً. وبصفة عامة، ينبغي بالنسبة لهذه الفئة ن الكحوليين أن نهتم بالاضطرابات الكامنة وراء عرض تناول الكحول.

والنمط الثاني من الإدمان الكحولي تمثل أولئك المرضى الذين لا ينبغي أن تستحوذ شكلتهم على الاهتمام الطبي فقط. فالأهداف العلاجية لهذه الفئة ينبغي أن تكون تواضعة وأقل طموحاً. وهم أولئك الذين يتم تشخيص حالتهم بأنهم مدمنون كحوليون زمنون متدهورون مصحوبة ــ في الأغلب ــ بإصابات عضوية بالمخ. وعادة مايكونون قد

خضعوا للعلاج على مدى سنوات طويلة في مراكز علاجية عديدة. ومثل هؤلاء المرضى ينبغي رعايتهم في مؤسسات خاصة يظلون بها لسنوات. كما ينبغي تقبل حقيقة عدم إمكانية تأهيلهم، وأن كل ما هم في حاجة إليه هو نوع من الرعاية فقط. إلا أن المشكلة الأساسية هنا هي في التوصل إلى قرار يحدد مثل هذا التشخيص وأنهم قد انتهوا إلى هذه المرحلة المتقدمة من المرض.

□ **ويتضمن النمط الثالث** المرضى السيكوباتيين غير الناضجين ممن ليست لديهم القدرة على تقبل أي نوع من العلاج. والخلاف الرئيسي بصدد هذه الفئة هو خلاف حول استخدام مفهوم السيكوباتية. وغالباً ما يكون من الصعب تحديد هذه الفئة، إلا أنه ما أن يتم تحديدها ينبغي أن تكون الخطة العلاجية طويلة المدى، وأن يتم خلالها احتجاز هؤلاء المرضى.

□ **والنمط الرابع من مدمني الكحول** ينتمي إلى فئة العصابيين. وهم أكثر تعرضاً للقلق والتوتر النفسي، قدرتهم على تحمل الضغوط ضعيفة، وكثير من هؤلاء العصابيين يتعلمون استخدام الكحول كوسيلة لخفض القلق، فإذا ما استمر هذا السلوك فإنهم يصبحون معتمدين على الكحول. ولهذا فإن علاجهم يستلزم علاج العصاب وكذا علاج الإدمان، لأن شفاءهم من القلق لا يعني تحررهم من الاعتماد الكحولي. لهذا تبنى الخطة العلاجية على أساس مواجهة كل من المشكلتين معاً.

□ **ويتضمن النمط الخامس والأخير** أولئك الذين يتصفون باعتماد كبير على الكحول، وهم يمثلون الفئة العادية في الإدمان الكحولي. فهم ليسوا ذهانيين أو عصابيين أو سيكوباتيين، ولم يصلوا بعد إلى مرحلة التدهور العقلي. وهم عادة ما ينشدون العلاج، أو قد يتم دفعهم إلى ذلك عن طريق زوجة أو أقارب أو أصدقاء.

ويصنف شافيتز (١٩٧٢) الكحوليين إلى نمطين، هما: الكحولي الاستجابي والكحولي المدمن. فأما الكحوليون الاستجابيون (Reactive alcoholics) فهم الذين أصبحوا مشغولين بالكحول عقب تعرضهم لضغوط خارجية عنيفة. وفي كثير من الأحيان تؤدي الراحة النفسية المؤقتة إلى نوع من التعزيز لهذا السلوك. وفي حالات أخرى يزيد الكحول من حدة الاكتئاب مؤدياً بالفرد إلى استهلاك كمية أكبر من الكحول يتبعها الإدمان. وفي هذا الصدد فإننا نجد البعض في حاجة إلى تحطيم العوائق النفسية فيلجأ إلى الشراب قبل مواجهته للموقف.

والنمط الثاني هم الكحوليون المدمنون (Addictive alcoholics) وهم يكشفون عن
طراب خطير في شخصيتهم سابق على إدمانهم للكحول، مع شواهد واضحة تدل على
ء التكيف في علاقاتهم مع الآخرين. كما يدل تاريخهم الشخصي على فشل في التكيف
سري أو المدرسي أو المهني. ويكون بدء تناولهم للكحول دون سبب واضح. وأهم
يكون واضحاً في نمط استجاباتهم الكلية هو ذلك الاتجاه نحو تدمير الذات الذي يشمل
باتهم كلها.

أثير الكحول:

من الواضح أننا عندما نتحدث هنا عن أضرار الإدمان الكحولي، فإنما نشير بذلك
أضرار الكحول الأيثيلي الذي تحتويه المشروبات الكحولية الشائعة مثل النبيذ والبيرة
لمشروبات الروحية المقطرة. وعلى هذا فنحن لا نتحدث هنا عن الكحول الميثيلي الذي
جد في الكولونيا وبعض الأصباغ. وإن كان هذا الأخير ــ أي الكحول الميثيلي ــ يلجأ
ه أحياناً بعض المدمنين على الكحول عندما يعوزهم الحصول على المشروبات
كحولية. ويتصف الكحول الميثيلي بخصائص تجعله أشد خطراً بكثير من الكحول
يثيلي. إذ أن معدل سرعة التمثيل الغذائي للكحول الميثيلي بطيء جداً مما يهيىء
دوث فترة تسمم كحولي أطول بشكل ملحوظ. كما أنه يتصف بقابليته لحدوث تراكم
أثير مما يزيد من فاعليته نتيجة لتزايد تأثيره مرة بعد أخرى. وأكثر ما يحمله الكحول
يثيلي من خطر هو ما ينتج عن التمثيل الغذائي له من مواد سامة تضر الجهاز العصبي
خاصة العصب البصري الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى العمى.

قلنا إن موضع اهتمامنا هنا هو الكحول الأيثيلي. وتتفاوت درجة تركيز هذا
كحول وفقاً لطبيعة الشراب الكحولي. فالبيرة تحتوي على ٣ ــ ٤,٥ ٪ من الكحول
يثيلي، ويحتوي النبيذ على ٧ ــ ٢٠ ٪ منه، في حين تحتوي المشروبات الروحية المقطرة
ى ٣٠ ــ ٦٥ ٪ كحول أيثيلي. ويشير بعض الباحثين إلى أن المشروبات الروحية المقطرة
دي إلى التسمم الكحولي بسرعة أكبر مما تؤدي إليه كميات مماثلة من المشروبات
كحولية في شكل نبيذ أو بيرة. على أن هذا الرأي يتجاهل الطبيعة الخاصة لكل فرد،
تختلف نتائج تأثير المشروبات الكحولية ليس فقط بسبب اختلاف نوعيتها ودرجة تركيز
كحول الأيثيلي بها، وإنما أيضاً باختلاف الاستعداد الذاتي للفرد ودرجة تحمله. وهذه
قضية الأخيرة ــ أي درجة التحمل ــ تتفاوت تبعاً لدرجة الاعتياد على تناول المشروبات

الكحولية ثم المراحل الأولى للإدمان ــ حيث تكون درجة التحمل في قمتها ــ ثم المراحل الأخيرة من الإدمان، حيث تعود درجة التحمل إلى الانخفاض الشديد مرة أخرى، بحيث تحدث الكميات القليلة من الكحول مفعولاً قوياً لدى المدمن الكحولي. ومن ناحية أخرى، فإن تأثير الكحول الأثيلي إنما يتوقف أيضاً على معدل سرعة امتصاصه. وهذا المعدل يكون أعلى ما يمكن عندما يتناوله المرء ومعدته خاوية. كما أن تناول الماء أيضاً قبل تعاطي الكحول يمكن أن يسرع من معدل امتصاصه. ولغاز ثاني أكسيد الكربون دور هام في الإسراع من امتصاص الكحول. ويدرك المدمنون على الكحول بعض هذه الحقائق ويستفيدون منها وفقاً لأهدافهم. مثلاً في المجتمعات التي يكون الشراب الكحولي المفضل أو الشائع بينها هو نوع من المشروبات الروحية المقطرة المحتوية على أعلى نسبة من الكحول الأثيلي، نقول في هذه المجتمعات يعمد أفرادها إلى تناول كميات كبيرة من الزبد وما إلى ذلك من مركبات دهنية قبل تناولهم لهذه المشروبات. وبهذا الإجراء تصبح عملية امتصاص الكحول الأثيلي بطيئة فيخف تأثير الشراب من ناحية ويطول هذا التأثير من ناحية أخرى.

ويبدو أن ذهان كورساكوف وكذلك الذهان الهذائي المخيف مرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالإدمان على المشروبات الروحية المقطرة وليس بتناول البيرة والمشروبات الكحولية الأخف. ومع ذلك فإن البعض يرى أن الإدمان الكحولي بنتائجه المختلفة يمكن أن يحدثه الاعتماد على تناول أي نوع من أنواع المشروبات الكحولية. ويمكن أن تتضح هذه الحقيقة بشكل أفضل عندما نضع في ذهننا تلك الكميات الهائلة من المشروبات الروحية من غير المشروبات المقطرة التي يستهلكها بعض الأفراد في بعض المجتمعات وخاصة تلك المجتمعات التي تروج فيها صناعة بعض هذه المشروبات الكحولية. وبهذا يتدخل عامل توفر تلك المشروبات وكذلك عامل انخفاض أسعارها.

وأهم ما تتصف به المشروبات الكحولية هو سرعة امتصاص الكحول في الدم مباشرة منذ بدء تناوله. ومعدل سرعة امتصاصه أسرع من معدل إخراجه من الجسم. وعلى هذا الأساس فإن الإفراط في تناول الكحول يعني حدوث درجة عالية من تركيزه في الدم. ومن المعتاد عندما تصل درجة تركيز الكحول في الدم إلى معدل ١٥٠ ملي جرام أو أكثر من الكحول في كل ١٠٠ ملي ليتر أو ما يعادله في البول أو اللعاب أو التنفس، فإن ذلك يعني حالة من التسمم. وتفرز الكليتان والرئتان حوالي ١/١٠ الكحول الممتص دون تغيير، وأما الباقي فيتم تأكسده بمعدل ثابت تقريباً.

وأول مراحل عملية تأكسده هي تكوين مركب الاسيتالدهيد (Acetaldyhde) حلة الثانية هي تحول الاسيتالدهيد إلى حامض الأسيتيك (Acetic acid) والمرحلة ة والأخيرة هي تأكسد حامض الأسيتيك إلى ثاني أكسيد الكربون والماء.

وقد وجد أن مادة الدايسلفرام Disulfiram (Tetraethylthiuram disufide) تعطل ة التخلص من الاسيتالدهيد، وأن تراكم هذا الأخير يؤدي إلى شعور متعاطي حول بعدم الراحة. وقد اكتشف اثنان من الباحثين الدنماركيين عام ١٩٤٨ هما جينز وإريك جاكوبسين المشاعر البغيضة التي تنتاب من يتناول الدياسلفرام عقب تعاطيه وبات الكحولية. وقد تم الاستفادة من هذه الظاهرة في علاج الإدمان الكحولي وب من أساليب العلاج الشرطي يؤدي إلى تكوين منعكس النفور لدى مدمن حول.

ويمارس الكحول تأثيره المباشر على المراكز العصبية العليا، وهذا التأثير ذو طبيعة . ويمتد هذا التأثير الكاف تدريجياً ليشمل في بعض الظروف النخاع المستطيل ومراكز ب والتنفس، بمعنى أنه يمكن أن يؤدي إلى الوفاة (Mayer-Gross ١٩٦٣).

ويؤدي هذا التأثير الكاف للمراكز العليا الذي يمارسه الكحول إلى مرحلة قصيرة الاستثارة ويصبح السلوك أقرب ما يكون إلى السلوك الغريزي، كما يصبح أكثر ة وأكثر تلقائية، ويتحرر الفرد من توتراته وهمومه وخجله على حساب درجة اليقظة كم ونقد الذات. ويختفي الضبط الذاتي الذي يمارسه الفرد على نفسه، وتطغى عليه ات من الانفعالات البدائية من السعادة أو الحزن ورثاء الذات والبكاء.

وقد ينتاب الفرد حالة مزاجية من السرور والرضاء تؤدي إلى مشاعر زائفة من الثقة س وغياب الشعور بالتعب واللامبالاة الخلقية والعقلية. وعند هذه المرحلة يمكن أن ف عن نفسها سمات من الشخصية تكون خافية أو غير واضحة. ويحدث في هذه لة أيضاً تبلد في الإدراك الحسي، ونقص في الانتباه، وبطء في التفكير، وضعف في كرة البعيدة، كما يحدث أيضاً نقص في التآزر العضلي. ويتوقف طول هذه المرحلة ق تأثيرها على طبيعة الشراب الكحولي ومعدل سرعة امتصاصه ودرجة تحمل طي له.

وتتميز المرحلة التالية بأعراض من التخدر العميق، واندغام الكلام، واختلال

التآزر الحركي، والرجفات، والدوار، والقيء، وفقدان الوعي. وغالباً ما تكون هذه المرحلة مصحوبة بزيادة في درجة القابلية للاستثارة، وانفجارات من الهياج والغضب. وعندما يتخلص المرء من حالة التسمم الكحولي نجده فاقد الذاكرة بالنسبة لتلك الأحداث (Henderson and Ivor ١٩٦٢).

وبالنسبة لمدمن الكحول فإنه ما إن يبدأ في تناول الشراب ويتخفف من ضوابطه الذاتية وأنواع الكف حتى ينسى كل نواياه ووعوده في الامتناع عن الشراب، ويؤدي ذلك الضعف في عدم القدرة على ضبط النفس إلى ما يماثل الحلقة المفرغة حيث تتزايد درجة ضعف إرادته تدريجياً إلى الحد الذي يهمل فيه شؤونه الخاصة. ويتزايد خداعه لنفسه إلى درجة لا تمكنه من رؤية حقيقة ذاته بحيث يصل الانهيار الخلقي إلى نهايته. وفي المراحل الأخيرة تختفي كل مظاهر اعتزازه بذاته وكرامته. وفي بعض الأحوال قد ينشد الكحول في أي صورة بغض النظر عن المذاق أو النوع كأن يلجأ إلى تناول المركبات المحتوية على الكحول الميثيلي. على أن الأمر في الأغلب قد يتطلب فترة زمنية طويلة تصل خمسة عشر سنة من الاعتماد على الكحول حتى تتطور حالة المدمن الكحولي إلى صورتها المتطرفة وحتى تتبلور أعراض الإدمان الكحولي الجسمية والعقلية ومصاحباتها من فشل في الحياة الأسرية والمهنية والاجتماعية، وحتى تأخذ المشكلة حجمها التقليدي عندما يبدأ المدمن في تناول المشروبات الكحولية منذ الصباح وطوال اليوم.

ويؤدي الإدمان الكحولي إلى صورٍ عدة من الاضطرابات الجسمية والعقلية تختلف من حالة لأخرى باختلاف التكوين الجبلّي والاستعداد الوراثي والظروف الصحية العامة، كما تختلف أيضاً وفقاً لدرجة استهلاك الكحول والمدة الزمنية التي استغرقها الإدمان الكحولي.

ومن الصور المألوفة في الإدمان الكحولي وجود اضطراب في توازن أملاح وسائل الجسم، التهابات في الجهاز المعوي، تليف الكبد، نقص في الفيتامينات. ويبدو أن نقص الفيتامينات لدى مدمن الكحول يعود أساساً إلى اعتماد المدمن على الكحول كمصدر للطاقة دون مراعاة لاحتياجات جسمه من الفيتامينات والأملاح المعدنية. وربما كان السبب في ذلك أيضاً ما يعانيه مدمن الكحول من فقدان الشهية بسبب التهابات المعدة التي غالبها ما تتخذ شكلاً مزمناً. وربما كان اضطراب عمليات التمثيل الغذائي من بين العوامل المحدثة للنقص الغذائي عند مدمن الكحول.

ويفترض أن تأثير الكحول على الغدة النخامية ينعكس على حياته الجنسية، كما ض أيضاً أن هذا الضعف الجنسي يزداد سوءاً ويتخذ صفة الثبات بسببه تليف د. فمن المعروف أن تليف الكبد يعوق عملية التخلص من هرمونات الأنوثة، مما إلى تضخم حجم الثديين، وفقدان شعر الجسم، وضمور الخصيتين، وتناقص ة التوتر العضلي.

وهناك افتراض آخر مؤداه أن الضعف الجنسي الناتج عن الإدمان الكحولي بيعة عصبية، أي خاص بالجهاز العصبي، ولا يعود إلى أسباب نفسية أو هرمونية. هذا الافتراض يحدد الضعف الجنسي في اختلال وظيفي في القوس المنعكس الذي ث الانتصاب. على أن هذا الافتراض موضع نقد شديد، إذ من المعروف أن مدمن حول يفتقد أيضاً المرحلة السابقة على الانتصاب، وهي مرحلة الرغبة والتي لا بد من دها كإحدى حلقات الفعل الجنسي السوي.

على أية حال، فمن الحقائق الثابتة ــ بعكس ما قد يكون شائعاً ــ أن الكحول إلى حالة من الضعف الجنسي توصف بأنها مؤقتة أي ليست دائمة ثابتة وإنما يمكن أن تزول عودة متعاطي الكحول إلى حالته الطبيعية وتخلصه من الكحول بالجسم. على أنه شك فيه أنه عند المستويات المنخفضة من التركيز الكحولي في الدم، فإن الكحول على إزالة عوامل الكف الجنسي. إلا أن مثل هذا التأثير عند المستويات العليا من كيز الكحولي في الدم يتحول إلى فشل جنسي تام. ومن ناحية أخرى، فإن هذا ل يستمر في حالات الإدمان الكحولي ويتخذ صفة الثبات (بريدل، ويلسن، روسين ١٩).

والضعف الجنسي الناتج عن الإدمان الكحولي كان دائمًا العامل غير الظاهر للفشل لحياة الزوجية. وكان الطلاق يعزى إلى جوانب أخرى من سلوك مدمن الكحول مثل وف المالية. إلا أن الدراسات الحديثة أوضحت أن الضعف الجنسي الناتج عن حول هو العامل الرئيسي في ارتفاع نسبة الطلاق بين الكحوليين.

وأما بالنسبة للحياة الجنسية للأنثى المدمنة الكحول، فإن الأساطير تشيع عن المرأة ملة التي تتصف بالفوضى الجنسية المدمنة كحولياً، في حين أن الأمر على عكس من إذ نجد أن المرأة المدمنة كحولياً تشكو عادة من نقص في الدافع الجنسي ونقص في

الاهتمامات الجنسية على عكس ما كان شائعاً من قبل. ومن ثم فإن الصورة الأقرب إلى الحقيقة هي صورة المرأة المتوترة التي تتجنب كل الاتصالات الجنسية (لاماركا ١٩٧٨).

ويمكن للتسمم الكحولي المزمن أن يؤدي إلى حالة من البارانويا. على أن معظم هؤلاء المرضى هم أساساً من المصابين بالفصام المزمن ممن أصبحوا أيضاً مدمنين على الكحول. وتعتبر حالات الهذاء المخيف (Delirium Tremens) من أكثر حالات الذهان شيوعاً في الإدمان الكحولي المزمن. وكثيراً ما يلعب التوقف الفجائي عن الشراب دوراً هاماً في إحداث هذا النمط الذهاني. ومن المحتمل أن يكون النقص الغذائي ــ نقص الفيتامينات ــ من بين العوامل المحدثة لهذه الأعراض الذهانية التي تتلخص في فقدان القدرة على التآزر العضلي واضطراب شديد في حفظ التوازن، اضطراب الحالة الشعورية، هلاوس بصرية، قلق، فزع، اضطراب الكلام. والخطورة التي تكمن هنا هي في إمكانية حدوث هبوط في القلب يتبعه الوفاة بين ذوي البنية المتدهورة. ويمكن أن ينتج عن إحدى نوبات الهذاء المخيف ظهور زملة ذهان كورساكوف. وقد وصف كورساكوف هذه الزملة لأول مرة عام ١٨٨٧ وتتميز باضطراب وجداني، اضطراب الذاكرة، خلط وتحريف للذاكرة، عدم إدراك الوقت أو الزمان أو المكان، اضطراب في الأعصاب الطرفية، ضعف جسمي (Noyes and Kolb ١٩٦٣).

درجة انتشار الإدمان الكحولي:

من أشق الأمور في الإدمان الكحولي هو محاولة تحديد حجم المشكلة. ففي الواقع أن مظاهر ونتائج هذا النوع من اضطرابات السلوك مثل: الرغبة الشديدة في الحصول على الكحول، عدم القدرة على التوقف عند بدء تناول الشراب، تكرار تعاطي الكحول وبكميات كبيرة عادة، إلحاق الضرر بصحة الفرد وبالمجتمع... إلخ. هذه كلها مظاهر تجعل من الصعب تحديد مدمن الكحول في المجتمع المعين. فمثلاً ما هي درجة الرغبة الجامحة في الحصول على الكحول؟ تحت أي ظروف يفتقد المرء ضبطه لنفسه في تناول الكحول؟ ما هي الكمية التي يتناولها من يعتبر في عداد المدمنين الكحوليين؟ ما هو تكرار تعاطي الكحول؟ ما هو نوع الضرر الذي يلحق بصحة الفرد وبالمجتمع؟

وبسبب الطبيعة المراوغة لمشكلة الإدمان الكحولي، وجد المشتغلون بالدراسات الابيدميولوجية أنه من الأفضل تقرير معدلات من الإفراط في تناول الكحول، ومعدلات

فيات الناجمة عن الإدمان الكحولي، عن أن يتجه الاهتمام إلى تقرير معدلات الإدمان كحولي. وفي الواقع فإن الإحصائيات الخاصة بمعدل استهلاك المشروبات الكحولية معدل الوفيات الناجمة عن الإدمان الكحولي، قد استخدمت كمؤشرات عامة تسهم في كشف عن حجم مشكلة الإدمان الكحولي.

ولقد اتجهت جهود المشتغلون بالدراسات الابيدميولوجية في مجال الإدمان الكحولي و دراسة معدلات الوفيات وحالات المرض الناجمة عن الإدمان الكحولي. فعلى سبيل ال، وجد ارتباط بين مستوى استهلاك الكحول وبين معدلات الوفيات الناجمة عن ف الكبد. وقد أوضحت الدراسات بالفعل أن الوفيات بين المدمنين كحولياً ترجع إلى باب مثل تليف الكبد، أمراض الجهاز الدوري، الالتهاب الرئوي، سرطان في الجهاز نفسي والجهاز الهضمي، الحوادث. والأسلوب المتبع في هذا الصدد هو إجراء دراسة ترجاعية (Retrospective Study) للحالات التي يشتبه في أن وفاتها مرتبطة بالإدمان كحولي، والقيام بجمع بيانات عن تاريخ حياتهم. إلا أن الصعوبة الواضحة هنا هي م إمكانية الاعتماد على هذه المعلومات لأنها قد تكون في الأغلب غير دقيقة وغير كاملة مستوفاة.

وفي الواقع، فإن الدراسات الابيدميولوجية الموثوق فيها هي أمر نادر الوجود، لك بسبب الصعوبة في الحصول على بيانات إحصائية كافية عن الإدمان الكحولي بب طرق جمع البيانات من مستشفى إلى آخر ومن مجتمع لآخر، وبسبب احتمال خيص كثير من الحالات وفقاً لمضاعفاتها وليس وفقاً لأصل نشوء هذه المضاعفات. ثلاً حالات تليف الكبد الناتج عن الإدمان الكحولي كثيراً ما يشار إليهاباعتبارها من مراض الداخلية بحيث تضمها إحصاءات تلك المجموعات من الأمراض. وبالمثل وادث الطريق الناجمة عن تعاطي الكحول يمكن أن تدخل تحت إحصاءات حوادث ور وهكذا. وكثير من المدمنين الكحوليين قد لا تتناولهم الإحصاءات الرسمية بأي ال من الأحوال بسبب علاجهم في العيادات الخاصة وليس في المستشفيات العامة. لرأة عادة ما تظل محمية في منزلها، بحيث يصعب اكتشاف حالتها، وبالتالي تكون دائمًا دراسات الخاصة بمدى انتشار الكحول بين الأناث هي دراسات لا تعتمد على صاءات دقيقة. وبالرغم من هذه الصعوبة في حصر درجة انتشار الإدمان الكحولي فإن دراسات الابيدميولوجية تعتبر هامة جداً في تخطيط ووضع البرامج الخاصة بمشكلة دمان الكحولي.

العليَّة: (Actiology)

يمكننا تعريف العليَّة بأنها علم أسباب الأمراض، ويشمل ذلك الأسباب المباشرة، وعوامل الاستعداد للإصابة بالمرض، وكيفية تأثيرها. وعند دراسة العوامل العلية في الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك فإن الباحث يواجه عادة بتداخل العديد من العوامل التي يفترض أنها مؤدية للمرض، وبعدم إمكانية إعطاء وزن أكبر لبعض العوامل دون غيرها طالما أن القضية في نهاية الأمر هي قضية تفاعل وتأثير متبادل. ويتضح هذا الموقف أيضاً عند بحثنا في العوامل العلية في الإدمان الكحولي، وإن كان الأمر يزداد في هذه الحالة تعقداً وتشابكاً، خاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار الاتجاه القائل بأن الإدمان الكحولي هو نوع من اضطرابات السلوك عن أن يكون مرضاً في ذاته. وهنا فإننا نواجه بإبعاد كثير في المشكلة يصعب قياسها وتحديدها والتعرف الموضوعي على حقيقة الدور الذي تلعبه في استثارة المشكلة ودفعها إلى حيز الوجود. ولعلنا بهذا نشير بصفة خاصة إلى تأثير الضغوط البيئية وظروف العمل وجماعات الأصدقاء والنظم السائدة في المجتمع المتعلقة بتعاطي الشراب سواء من حيث إجازته والسماح به أم من حيث فرض القيود التي تصل إلى حد منعه، وغير ذلك من عوامل كثيراً ما يعزى إليها الإدمان على الكحول دون أن تكون هناك وسائل موضوعية لتحديدها وقياس مدى فاعليتها وتأثيرها. ومع أننا لا نريد منذ البداية ونحن نتعرض للعوامل العلية في الإدمان الكحولي أن نحمل نظرة متشاءمة، إلا أننا فقط نستهدف الإشارة إلى الطبيعة المراوغة لهذه المشكلة، خاصة وأننا ندرك أن تحديد العوامل العلية في أي اضطراب يجعل من السهل بعد ذلك تحديد مقاييس وقائية وعلاجية فعالة.

من الوجهة الكلاسيكية في دراسات اضطرابات السلوك يتجه الباحث عادة إلى نظريات التحليل النفسي ونظريات التعلم لتفسير السلوك والعوامل التي حدت به إلى الخروج عن السواء. ثم من الوجهة التقليدية أيضاً، أن يتجه بآفاقه للبحث في الاستعداد الوراثي والتكوين الجبلِّي، وأن يأخذ في اعتباره أيضاً التركيب الحضاري والضغوط الاجتماعية والبيئية وظروف التنشئة الاجتماعية. وقد يميل أحد الباحثين ــ بسبب طبيعة اهتماماته هو ــ أن يولي أحد هذه العوامل أو أكثر وزناً أكبر من غيره من العوامل، وقد ينتهي آخرون إلى القول بتفاعل هذه العوامل جميعاً معاً دون إمكانية تحديد درجة الإسهام النسبي لكل عامل من هذه العوامل.

ومن وجهة نظر التحليل النفسي يرى فرويد أن الإدمان الكحولي يعود إلى المرحلة مية التي تتسم بالحاجة إلى تناول الحب والعطف جنباً إلى جنب مع الحاجة إلى تناول لعام والغذاء عن طريق الفم. وفي تفسير آخر لسلوك المعتمد على الكحول يقرر فرويد ، هذا الاعتماد هو نوع من الإدمان، وأن الاستمناء هو نمط الإدمان الأساسي، وأن ي صور الإدمان الأخرى هي بديل لهذا النمط الأساسي.

ويرى كارل ميننجر (١٩٣٨) دافع تدمير الذات باعتباره مكوناً أساسياً في الإدمان كحولي. فالمدمن على الكحول لديه دائمًا رغبة قوية في أن يدمر ذاته بسبب قيام مشاعر ثم لديه ورغبته في توقيع العقاب عليه نتيجة لمشاعره ورغباته العدوانية. وأن الصراع ساسي لدى مدمن الكحول يتمثل في اتجاهات الطفل العدوانية العنيفة نحو والديه غبته في تدميرهما، ثم مخاوفه من أن يفتقدهما وأن يرتد العدوان نحو الذات. كما يرى نجر أن الإدمان الكحولي هو تدمير تدريجي للذات، وهو في نفس الوقت هروب من وقيع الحاد القاطع لتدمير ذاته.

ويعزو ألفرد أدلر (١٩٤١) الإدمان الكحولي إلى شعور عنيف بالنقص يعود إلى الة مستمرة دائمة من الإحساس بعدم الشعور بالأمن والرغبة في الهرب من المسؤولية.

ويرى رادو (١٩٣٣) أن أي رغبة شديدة في الحصول على أي نوع من أنواع العقاقير مظهر لحالة مرضية. وأن بعض الناس لديهم استعداد للاستجابة القوية لتأثيرات أحد قاقير. وأن الدافع نحو استخدام العقار وليس العقار ذاته هو الذي يجعل بعض الأفراد ي يستجيبون لإحباطات الحياة بنوع من التوتر، يلجؤون إلى استخدام الكحول.

هذه الآراء في الواقع ليست بمنأى عن النقد. فهي إما أنها تمثل نوعاً من التبسيط طرف ــ كما فعل رادو ــ الذي يبدو ساذجاً في بساطته بعيداً عن تفسير هذا النمط من طرابات السلوك. وهي إما لم تدعمها دراسات لاحقة أو حتى ملاحظات اكلينيكية سبوطة. فالشواهد الاكلينيكية لا تقدم لنا صورة المدمن الكحولي المعتمد على الآخرين ذي ينشد العطف والحب والمساندة دائمًا من الآخرين. كما أن تدمير المدمن الكحولي اته إنما يبدو كنتاج ثانوي لسلوك المدمن المتصف بقلة الحيلة وفقدانه الإرادة واعتماده طلق على مصدر معين ــ وهو الكحول ــ في نشدان اللذة والهروب من واقع الحياة. خيراً، إذا شئنا أن نسلك الطريق الأخير في دحض أو مساندة نظريات التحليل فسي، فإن نتائج العلاج بالتحليل النفسي لمدمني الكحول لم تكن مشجعة، الأمر

الذي يشير إلى احتمال فشل العلاج بسبب قصور في تحديد الأسباب. أو العوامل الكامنة وراء السلوك، أو أن هذه الأسباب المفترضة كانت منذ البداية مضللة.

وللتفسير السيكوديناميي دوره في تقريب مفاهيم العلية في الإدمان الكحولي من وجهة النظر التحليلية. فيقرر والجـرين وباري (١٩٧٠) أن الإدمان الكحولي يعود إلى حالة الصراع النفسي التي يعاني منها مدمن الكحول. فهو يقع فريسة للتباين أو التنـاقص بين مشاعر الانتماء ومشاعر الاغتراب تجاه الناس وعدم القدرة على الحسم بين هذه المشاعر المتباينة المتناقضة. وتقوم هذه المشاعر أساساً نحو الآباء أو بديلي الآباء ثم تنتقل إلى سائر العلاقات الاجتماعية الأخرى. ونتيجة لعدم حسم هذه الاتجاهات خلال مراحل الحياة المبكرة، فإنها تتخذ صفة الصراع المزمن في مراحل الرشد. وينتهي هذا الصراع إلى قيام حالة عنيفة من القلق وإلى قيام مشاعر الإثم، الأمر الذي يؤدي إلى حالة التوتر النفسي والاكتئاب.

ويرى نويس (١٩٦٣) أن أسباب الإدمان الكحولي هي نفسها تلك التي تحدث العصاب في غير الكحوليين. وأن الإدمان يعود إلى خبرات صادمـة في حياة الفرد المبكرة. وأن مدمن الكحول يعاني من نوع من التثبيت عند المرحلة الفمية. وأن مدمن الكحول ربما لم تنم لديه أبداً ذات عليا قوية ثابتة، وأنه يفتقد الإحساس بالمسؤولية كما يفتقد وجود ذات قوية. على أن نويس يؤكد من ناحية أخرى أن أي شخصية متكاملة قد حققت نوعاً من التكيف السوي يمكنها تناول أنواع التوتر والقلق التي تواجهها دون اللجوء إلى تعاطي الكحول. وأن الكحوليين ليسوا بالضرورة عصابيين، وأن هناك فقط نوع من التماثل في العوامل العلية المحدثة للعصاب وللإدمان الكحولي.

على أن إنكار نويس لعصابية المدمنين على الكحول تعارضه آراء أخرى عديدة. فقد لاحظ جيلينك (١٩٦٠) أن المدمنين على الكحول ــ بصفة عـامـة ــ ينتمون إلى فئات العصابيين أو الذهانيين وأولئك ذوي التكوين الجبلّي المعين الذي يجعلهم عرضة للإدمان. ويرى مايرجروس (١٩٦٣) أن هذه الملاحظة تتفق جزئياً مع واقع أن تناول الشراب يمكن أن يعكس حالة مزاجية معينة تؤدي إلى الرغبة الجامحة في نشدان حالة من النشوة. فبعض المصابين بالاكتئاب قد يلجؤون إلى الكحول كمخرج لمشاعر الضيق التي يعانون منها. كما أن القابلية للاستثارة عندما تكون من المعادلات النفسية للاكتئاب قد تؤدي أيضاً إلى الإدمان الكحولي.

لكن ملاحظة جيلينك هذه ليست غير قابلة للنقد. فالمدمنين على الكحول ليسوا
رورة ذهانيين أو عصابيين. وأن أي إنسان عرضة لأن يصبح مدمناً على الكحول
ن ١٩٧٦). والنقد الآخر الذي يوجه إلى رأي جيلينك هو أنه يهمل بهذا القول
البيئي والحضاري وعمليات التغير الاجتماعي والاستعداد الوراثي والمتغيرات
ية. ومن ناحية أخرى، فقد أوضحت الدراسات العديدة أن الكحول يمكن أن
في الكشف عن حالات الفصام الكامن بمعنى أننا ينبغي أن ننظر إلى الكحول
اره نتيجة للذهان وليس سبباً له. بل إن جيلينك يناقض نفسه عندما يميز بين
ان الكحولي كمرض في ذاته وبين تناول الشراب كعرض.

وإذا ما نظرنا إلى الإدمان الكحولي باعتباره نوعاً من العادات التي اتخذت صفة
ت بحيث تفرض نفسها على الكائن الحي، وإذا ما نظرنا إلى الاعتماد الكحولي كنمط
ي يوجه تصرفات صاحبه بشكل يبتعد فقط من حيث الدرجة عن حدود السواء،
استخدام نظريات التعلم لتفسير هذا السلوك تصبح مقبولة منذ بداية الأمر.

وتجمع نظريات التعلم على القول بأن تأثير الكحول يعزز الارتباط ما بين المنبه
ستجابة. فعندما تؤدي استجابة ما في وجود منبه معين إلى خفض للدافع، فإن الكائن
إلى تكرار الاستجابة عندما يواجه بمثل هذا الموقف. ويعمل الكحول على تعزيز
وك لأنه يؤدي إلى خفض للقلق والخوف أي خفض للتوتر. ومثل هذا السلوك الذي
إلى خفض التوتر يمكن أن يصبح عادة أو نوعاً من الإدمان.

وفي هذا الصدد يشير دولارد وميللر (١٩٥٠) إلى أن الكحول يؤدي إلى خفض مؤقت
ف والصراع متبوعاً بحالة من الشقاء والبؤس مما يحدث دورة الإدمان. وترى مدرسة
أن ما يحدثه الكحول من خفض للقلق، وإعادة تكرار هذا الخفض للقلق، يصبح
متعلمًا. ويشير شوين إلى أن التحرر من القلق عقب بدء تناول الشراب يعمل كنوع
التدعيم. ولا تختلف آراء جميع المشتغلين بنظريات التعلم من أن الكف الذي يمارسه
حول على العمليات العقلية العليا، وما يتبعه من شعور بحسن الحال والتخفف مما
معره المرء من توتر انفعالي ومخاوف مبهمة غامضة، إنما تؤدي في النهاية إلى تعزيز هذا
وك، بحيث ينتهي تعاطي الكحول إلى أن يصبح أمراً متعلمًا يأخذ شكل العادة التي
وتكرر نفسها بسبب ما تلقاه من تدعيم وتعزيز. وقد وجد ماسرمان (١٩٤٦) أنه عند تقديم
حول إلى القطط العصابية فإن ذلك كان يؤدي إلى خفض السلوك العصابي بين هذه

القطط. وفي التجارب على الفئران وجد كوجر أن الكحول يعمل على خفض دافع الخوف، وأن هذا التأثير الذي يخدم كنوع من التدعيم يجعل عملية تعلم تعاطي الشراب قوية لدى المدمن كحولياً.

وأما من وجهة الفرص الخاص بتأثير الجبلة كأساس لأحداث الإدمان الكحولي فقد وجد ماككورد وآخرون (١٩٦٠) أنه لا توجد دلائل تشير إلى أن النقص الغذائي أو اضطرابات التمثيل الغذائي أو اضطرابات الغدد الصماء في الطفولة يمكن أن تؤدي إلى حالة من الإدمان الكحولي في سن الرشد. على أن المشكلة الواضحة في مثل هذه الدراسات هي أن مقاييس هذه الأبعاد الخاصة بالتمثيل الغذائي والغدد الصماء والوظائف العصبية ليست على درجة من الكفاية في وقتنا الحاضر بحيث تقدم لنا صورة يمكن الوثوق فيها عن جبلة الفرد.

هذا ويفترض وليامز (١٩٥١) وجود نوع من الاضطراب في الأنزيمات يؤدي إلى إعاقة عملية التمثيل الغذائي للمواد الكربوهيدراتية بحيث تصبح هذه المواد غير كافية كمصدر سريع للطاقة. ولما كان الكحول يخدم كمصدر بديل لهذه الطاقة، فإنه تصبح هناك رغبة قوية في الحصول على الكحول. ووفقاً لهذا المبدأ فإن الفئران التي حرمت من فيتامين (ب) كانت تختار محلولاً به الكحول مفضلة إياه عن الماء. وفي هذا الصدد نجد أن البحوث المختبرية تشير إلى أن نقص فيتامين (ب) بين الفئران يزيد من درجة تعرضهم للإدمان الكحولي. وهناك وجهة نظر غير واضحة يمثلها هموبك ترى أن الإدمان الكحولي إنما ينشأ عن انحرافات فسيولوجية، بحيث أن خلايا الجسم والمخ تؤدي عملها بشكل أفضل في وجود الكحول.

ومن وجهة الاستعداد الوراثي ودوره في إحداث الإدمان الكحولي فقد أوضحت بعض الدراسات بين أقارب المدمنين على الكحول أن نسبة الإدمان الكحولي بين الآباء والأبناء كانت حوالي الضعفين والنصف عنه بين آباء وأبناء المجموعة الضابطة. ويقرر شافيتز (١٩٧٢) أن الدراسات تكشف عن أن الأبناء يتعاطون الكحول بدرجة تماثل الآباء. فالأب المدمن ينجب ابناً مدمناً، والأب الذي لا يشرب ينجب ابناً لا يشرب، والأب الذي يشرب باعتدال ينجب ابناً يشرب باعتدال. ويضيف شافيتز أن نسبة الإدمان الكحولي العالية بين مجموع أفراد عائلة الشخص المدمن تؤيد هذه الملاحظات. ومن الواضح أن هذا الرأي الذي يمثله شافيتز يعتبر نوعاً من التبسيط المتطرف، بل وربما نوعاً

لخطأ يقع فيه باحث مثل شافيتز له اهتماماته بمشكلة الإدمان الكحولي. فلو أخذنا الرأي لأصبحت المشكلة من الوضوح بمكان سواء من حيث تفهم أسبابها أو من أساليب الوقاية والعلاج لها، ما دام الأب الذي يتعاطى الكحول سوف ينجب رورة ابناً يتعاطى الكحول، والأب الذي لا يشرب سوف ينجب ابناً لا يشرب. النوع من التبسيط فيه تجاهل للعديد من العوامل الأخرى التي تتفاعل معاً والتي أن تؤدي أو لا تؤدي إلى الإدمان الكحولي. ونحن بهذا لا ننكر آثار الاستعداد ي ــ إن ثبت قيامها ــ ولكنها لا تمثل قانوناً مرادفاً للكل أو لا شيء مثل ذلك ن الذي يتبعه الجهاز العصبي في توصيله للتنبيهات العصبية.

ومن جهة أخرى، فإن كروزكوك (١٩٧٤) يعرض رأيه كمشتغل بعلم الوراثة إلى أنه ينبغي النظر إلى الإدمان الكحولي كمرض له نمط من المورثات شأنه شأن اضطرابات أخرى موروثة. وأن نتائج الدراسات تعزز القول بوجود نوع المورثات يفعل فعله في هذا الصدد. إذ أن إخوة مدمن الكحول معرضون لأن حوا مدمنين كحوليين بمعدل من سبعة إلى ثمانية أضعاف المجتمع العادي. وأنه هناك ملحوظة بين الذكور والأناث من حيث معدلات التعرض للإدمان الكحولي.

وتكشف الدراسات التجريبية التي تجرى في المختبرات عن إمكانية قيام عوامل ة تقرر درجة القابلية للإدمان الكحولي، حيث أمكن في المختبرات زيادة القابلية ان الكحولي بين الفئران من خلال الأجيال المتعاقبة (سكولار وآخرين ١٩٧٢).

ويقال أيضاً بأن العرق (Race) يلعب دوراً أيضاً في تقرير درجة القابلية للإدمان حولي، وهذا يعني بشكل أو آخر أن للعوامل الوراثية دورها في تحديد هذه المشكلة. ذلك، فإن دور العرق كأحد العوامل العلية في الإدمان الكحولي، إنما يعني أيضاً ية تدخل العوامل الحضارية والظروف البيئية التي يعيشها الفرد، بل وربما كانت العوامل الحضارية والبيئية هي الأساس في استحداث المشكلة وليس العوامل ثية.

ومن جهة التفسير الحضاري يقرر ماندلبوم (١٩٦٥) أن هناك جانبين حضاريين في الشراب. فهناك الشكل الذي يتم به تناول الشراب، ثم هناك المعنى الذي تضفيه ارة المعينة على تناول الشراب. ومن السهل التعرف على الشكل الذي يتم به تناول

الشراب لأنه عادة ما يتم التعبير عنه كمجموعة من القواعد الواضحة تنظم سلوك تناول الشراب. وهذه القواعد تقرر زمان ومكان ونوع الشراب الكحولي، ومعدل ما يستهلك فيه والسلوك الملائم في تناوله. وقد وجد هورتون (١٩٤٣) في دراسات حضارية مقارنة أن درجة تعاطي الشراب تتصل اتصالاً مباشراً بمستوى القلق في المجتمع. وأن المجتمعات التي تتعرض للتغير الاجتماعي تمثل حالة تساند هذا الرأي. كما أن هناك دراسات أخرى عديدة تشير إلى وجود فروق حضارية ترتبط بالفروق المختلفة في معدلات الإدمان الكحولي. وتدل الدراسات الابيدميولوجية على وجود ارتباط بين ارتفاع معدلات الإدمان الكحولي وبين أن يكون الفرد مقيمًا في المدينة، أعزباً، ينتمي إلى مجموعة اثنوجرافية معينة، وله مهنة معينة.

ويتضح تأثير العوامل الحضارية عند دراسة الصورة التي ينتشر بها تعاطي الكحول في المجتمعات الاثنوجرافية المختلفة وكذا نوعية المشروبات الروحية المتداولة. فهناك افتراض بوجود فروق ملحوظة في نوعية الكحول والعقاقير المنتشرة من مجتمع لآخر. ففي أثينا مثلاً تكون أولوية الاستهلاك للنبيذ ثم البيرة فالمشروبات الروحية القوية، في حين أن الأمر يختلف في سالونيك، حيث الأفضلية للبيرة ثم النبيذ، فالمشروبات الروحية القوية. ومن غير المعروف بعد السبب في هذه الأولوية للاستهلاك، وإن كان ذلك يعتبر مؤشراً يعكس بشكل ما الأثر الحضاري في الإدمان الكحولي.

وفي دراسة عبر حضارية أجريت في لاوس (إسماعيل ١٩٧٤) حيث ينقسم السكان إلى مجتمعين اثنوجرافيين هما (لاو ــ Lao) و (ماو ــ Meo)، وجد أن الأفيون كان منتشراً بين ماو في حين كان تناول الكحول هو الأكثر شيوعاً بين المجموعة الاثنوجرافية الأخرى. ويعزى توزيع المشكلة بهذه الصورة إلى عوامل إيكولوجية معينة، حيث ينمو الأفيون في مزارع ماو، في حين ينمو الأرز الذي تصنع منه المشروبات الكحولية في مناطق لاو. ومع ذلك فإن هذه العوامل الايكولوجية لا تفسر الموقف برمته، فقد وجد أن ذلك التمايز في تفضيل نوع من العقاقير والمشروبات الكحولية إنما يتمشى مع النظم الاجتماعية في كل مجتمع ليخدم أهدافاً وظيفية معينة. ففي مجتمع ماو يتمتع المواطنون بحرية في التعبير عن انفعالاتهم مما يجعلهم في غير حاجة إلى عقار يتيح لهم فرصة التنفيث عما بأنفسهم مثلما تفعل المشروبات الروحية. ومن ناحية أخرى، نجد أن أفراد هذا المجتمع مضطرون للعمل في ظروف شاقة مؤلمة الأمر الذي يجعلهم يلجؤون إلى الأفيون.

مجتمع لاو فإنه لا يتيح للمواطن فرص التعبير الانفعالي ومن ثم كان استخدام وبات الكحولية عاملاً مساعداً على التنفيث عن انفعالاتهم وإطلاق العنان لها. ز هذا الاتجاه طبيعة العمل الخفيف الذي يؤدونه، وكذا طبيعة المطالب الأخلاقية في المجتمع.

ولقد قامت دراسات تحاول إرجاع العلية في الإدمان الكحولي إلى أنماط معينة من خصية واستخدمت في ذلك مقاييس مختلفة منها مقياس مينسوتا للشخصية المتعددة جه ومقياس كاتل. ففي إحدى هذه الدراسات (والتون ١٩٦٨) وجد أن أولئك ن يتصفون بعدم القدرة على السيطرة على الشراب يميلون لأن يكونوا معاقبين سهم، أكثر عدوانية، يوجهون عدوانهم بشكل أكبر إلى أنفسهم، أقل ثباتاً انفعالياً، بين، يميلون لأن يكونوا أقل انبساطاً. إلا أن هذه الدراسات كانت عرضة للنقد ب صغر حجم العينة. (لويس وروبير ١٩٦٨) وقد أمكن عزل ثلاث أنماط مختلفة من نين الكحوليين، أحدها يكشف عن القلق، والنمط الثاني يكشف عن القلق مع قدر ل من الكف للذات العليا، والنمط الثالث وهو الأقل شيوعاً هو لشخصيات فصامية ل التعامل مع الناس. وفي دراسة أخرى (بارتنجتون وجونسون ١٩٦٧) أمكن تحديد ة أنماط. الأول ويمثله ٢٠ ٪ من مجموع أفراد العينة، وهو لأفراد لا يهتمون بما يظنه رون فيهم، قابلون للتصرف بشكل لا اجتماعي، غير مستقرين انفعالياً بصفة عامة. ط الثاني ويمثله ١٩ ٪ من أفراد البحث وهم ممن يظهرون اتجاهات مضادة للمجتمع حة أقل، إلا أنهم يعانون من درجة من الاضطراب الفكري، يعيشون ظروفاً زواجية . والنمط الثالث ويمثله ١٠ ٪ من أفراد البحث وهم على درجة عالية من العصابية، سناً، أقل قدرة لفظية، وأقل مستوى من التعليم، يشربون بدرجة من الانتظام أكثر الأخرين، إلا أنهم يظهرون نمطاً من المعيشة مستقراً نسبياً وحياة زواجية معقولة. ط الرابع ويمثله ٢٣ ٪ وهم على درجة عالية من الاستقرار الاجتماعي، وصحتهم مية أفضل، ويعانون من مشاكل أقل من الكحول. ويمثل النمط الخامس والأخير ٪ من أفراد البحث وهم تلك المجموعة ممن يتصفون بدرجة أقل من اضطراب ر، ودرجة أعلى من العلاقات الاجتماعية الطيبة، ودرجة أقل من الاضطراب عالي. ومع ذلك فإنهم يمارسون درجة أكبر من تكرار تناول الشراب، ويتناولون كمية من الشراب يستهلكونها في المناسبة الواحدة عن أي نمط آخر.

على أن النتيجة الواضحة لهذه المحاولات الهادفة إلى الربط بين نمط الشخصية وبين الإدمان الكحولي أنه لا توجد مجموعة متجانسة تظهر عرض الإدمان الكحولي، وأن الفروق الكبيرة في مظاهر الشخصية يمكن التعرف عليها في أي مجتمع كحولي، وأن هذا التفاوت نلمسه أيضاً من مجتمع لآخر.

العـــلاج:

إن علاج الكحوليين غالباً ما ينظر إليه بنوع من التشاؤم، وأنه لا يوجد علاج فعال للإدمان الكحولي، وأن الفروق بين طرائق العلاج المختلفة لا قيمة لها لأن الكحوليين غالباً ما تنقصهم الدافعية أو الرغبة في التأهيل. ويعزز وجهة النظر التشاؤمية هذه أن نسب نجاح البرامج العلاجية لا تتعدى عادة من ٢٠ إلى ٣٠ ٪ (باتيسون ١٩٧٤). على أنه يقال بأن وجهة النظر التشاؤمية تنبع من إساءة تفسير البيانات المتاحة عن علاج الإدمان الكحولي وعن تركيب الدافعية لدى مدمن الكحول. كما أنه لا ينبغي للعلاج كي يكون ناجحاً أن يكون إما أبيض أو أسود، فهناك درجات متفاوتة من التحسن تعتبر أهدافاً واقعيـة (Pattison ١٩٦٦، ١٩٧٤).

ومن ناحية أخرى، يثور النقد حول الاعتماد على الإطار الطبي (Medical model) في تناول مشكلة الإدمان. فهذا الإطار الطبي يجعل الإدمان الكحولي مكافئاً للمرض الجسمي في حين أنه لم تتضح بعد حقيقة العليَّة في الإدمان الكحولي. بل إنه يمكن القول بأن الإدمان الكحولي هو أقرب ما يكون إلى نمط من انحرافات السلوك، الأمر الذي يقتضي مقاييس أخرى للوقاية والعلاج، من بينها تبني إطار سيكولوجي واجتماعي بديلاً عن الإطار الطبي. فتبني الإطار الطبي يؤدي إلى التثبيت على عوامل مرضية كاذبة. كما أن هذا الإطار الطبي يفقد المدمن آدميته ويعامله كموضوع ويتجاهل الظروف البيئية والنفسية السيئة التي يعيشها مدمن الكحول. وفي حالة فرض العلاج الإجباري فإن ذلك الإجبار يفقد المرء حقوقه الاجتماعية ومكانته. ومع ذلك فلا زال الإطار الطبي هو الذي يغلب حتى الآن في تناول حالات الإدمان الكحولي.

والعلاج الطبي في المراحل الحادة هو علاج للأعراض. وفي الماضي ــ وحتى الآن لدرجة ما ــ كان يستخدم لعلاج الإدمان الكحولي مركبات الباربيتوريت والبارالدهيد وكلورال هيـدريت والبرومـورات. إلا أنه حـل الآن محلها مـركبات أخـرى مثـل

(Chlordiazepox) (واسمه التجاري الليبريم)، وكذلك (Diazepam) (واسمه
اري الفاليوم) وغيرهما. على أن الكثير من المؤسسات العلاجية تعتبر أن مركب
(Chlordiazepox) (الليبريم) هو الأفضل لعلاج أعراض الامتناع الكحولي. كما
ل المريض أيضاً كميات من فيتامين (ب)، (ج) وكميات كبيرة من السوائل والسكر.
ة ما يشفى المريض من الأعراض الحادة بعد خمسة أو ستة أيام إلا أنه غالباً ما يعاني
ذلك من أعراض اكتئابية واضطرابات النوم، ومن ثم يعالج بأحد العقاقير المضادة
تئاب.

ومن المفروض أن يتلقى المريض في المراحل الحادة العلاج بالمستشفى. ومع هذا
ما تكون الأعراض بسيطة فإنه يمكن أن يتم العلاج بالمنزل شريطة أن تكون الدافعية
اء لدى المرضى على درجة عالية أو يمكن لأقاربهم أن يسهموا في ضبط سلوكهم
ائدة في العلاج. وبطبيعة الحال فإن علاج المريض بالعقاقير المهدئة السابق الإشارة
ينبغي أن يكون مصحوباً بفحوصات جسمية عامة وأن يتم أيضاً وضع خطة علاجية
جهة أي مضاعفات جسمية قائمة.

على أن العلاج الطبي خلال المرحلة الحادة هو علاج قصير المدى يجب أن يبدأ
مباشرة علاج طويل المدى، وهو علاج ينبغي أن يقدم للمريض كفرد له ظروفه
صة به سواء النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، وأن يستهدف العلاج مساعدته
ة خاصة على تغيير عاداته وأسلوبه في الحياة. ويمكن تقسيم استراتيجية العلاج هذه
ثلاث مراحل: الأولى تهتم بابتعاد المريض عن الكحول وتحسين صحته البدنية
مة. والثانية تتضمن مساعدة المريض في أن تصبح لديه الدافعية كي يتقبل ويتمسك
تعاد عن الشراب. والثالثة تكون في تتبع المريض خارج المستشفى لكي يحافظ ويزيد
دافعيته وتعزيز مكاسبه العلاجية.

ولتحقيق هذه الأهداف العلاجية يصبح من الضروري الحصول على معلومات
ة عن المريض وعن ظروفه، وأن تتم دراسة حاجاته وقيمه الاجتماعية واتجاهاته
ط السلوكية. ومن الضروري أيضاً الحصول على تعاون طرف آخر من الأسرة
بخاصة الزوجة ــ في العلاج. فينبغي أن يكون للزوجة دور في مساعدة المريض، وأن
م أن العلاج يقتضي قدراً من الوقت. فلكي يصبح الإنسان مدمناً على الكحول،
ذلك يقتضي مرور سنوات عدة على مواصلته تعاطي الكحول. ولكي يتخلص

الإنسان من حالة الاعتماد الشديد على الكحول، أو لكي يصبح قادراً على السيطرة على نفسه، فإن ذلك يقتضي أيضاً وقتاً طويلاً، وربما يكون ذلك في بعض الحالات أمراً غير ممكن. وعلى هذا فلا بد لنا أيضاً من أن نتوقع حدوث انتكاسات. وأن تعتبر مثل هذه الانتكاسات أمراً طبيعياً. وأن نتوقع تعرض المريض خلال الشهور الأولى للعلاج لصراع الإقبال والإحجام، إذ تقوم لديه رغبة جامحة في تناول الكحول، وهو في نفس الوقت يرغب في أن يكف عن الشراب. وعلى هذا الأساس لنا أن نتوقع أن تكون اتجاهاته متناقضة متباينة. وفي هذا الصدد يكون للعلاج النفسي دوره الفعال في برامج تعديل السلوك والتي تعمل ــ ضمن ما تعمل ــ على زيادة سيطرة المريض على رغباته المندفعة وأن تزوده بوسائل بديلة للإشباع. كما ينتقل اهتمام العلاج النفسي من المريض ذاته إلى نوعية الحياة التي يعيشها بما في ذلك مجتمع العمل والأصدقاء. وأن يهتم العلاج النفسي بتلك المرحلة الصعبة التي عندها يقترب المريض من الشفاء حيث ينبغي إعادته إلى نمط من الحياة لا يتعرض فيه لنفس الموقف، واستمرار هذه العناية اللاحقة في العيادات الخارجية أمر هام جداً، وقد يمتد إلى سنوات عدة. ويتولى هذه العناية اللاحقة الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي أو الطبيب النفسي وفقاً لظروف كل حالة بمفردها.

وإذا كنا نتحدث هنا عن أهمية العلاج النفسي في إعادة المريض مرة أخرى إلى الحياة السوية، فإننا ينبغي أن نشير أيضاً إلى دور التحليل النفسي في علاج الإدمان الكحولي وهو دور قديم قدم التحليل النفسي ذاته وإن اقتصر التحليل النفسي بصورته التقليدية على حالات مختارة ضئيلة. وخلال العقدين الماضيين قامت تحفظات حول جدوى العلاج بالتحليل النفسي للمدمنين الكحوليين، بما يتفق وحركة مراجعة أساليب التحليل النفسي التقليدي، الأمر الذي أدى إلى نوع من المرونة في استخدام أساليب العلاج النفسي لهذه الحالات. فاستخدمت أساليب معدلة من التحليل النفسي شملت العلاج الجمعي، كما تأثرت هذه الأساليب بنظريات التعلم، وأصبح هناك أيضاً اهتمام بالمتغيرات الاجتماعية كعنصر هام في العلاج، ويعتبر تطور العلاج الجمعي للمدمنين نتاجاً واستجابة للمشكلات التي واجهت التحليل النفسي في هذا الميدان. فهذا النمط الأخير من العلاج ــ أي التحليل النفسي ــ يتطلب مجموعة مختارة جداً من المرضى يتمتعون بمستوى ذكاء عال نسبياً. وهو أسلوب مكلف للوقت والمال، كما أن نتائجه مع المدمنين على الكحول لم تكن مشجعة إلى حد ما.

وأحد أنماط العلاج الجمعي بدت في شكل تكوين جماعات أطلق عليها (Alcoholics Anonymou) بدء في تأسيسها عام ١٩٣٥ على يد أحد المدمنين الكحوليين ل أرادوا التخلص من عادة الإدمان الكحولي عن طريق ما يجده من تفهم وتضافر لترك مع غيره من الكحوليين. وكان لنجاح هذه الهيئات تأثير كبير في حركة الاهتمام علاج الجمعي للمدمنين على الكحول. وقد بدأت التقارير الأولى من العلاج الجمعي لمدمنين الكحوليين تظهر في منتصف الأربعينات، ويبدو أن هناك أسباباً عديدة سافرت على نجاح هذا الأسلوب العلاجي. منها أن هذا الأسلوب ليس وقفاً على رضى ذوي الذكاء العالي والطلاقة اللفظية والمستوى الحضاري الغربي العالي كما الحال في التحليل النفسي. وأن مواقف العلاج الجمعي فريدة من حيث أنها تمثل واقف الحياة الفعلية. كما أنها تمد الفرد بمصادر للتوحد والتماسك. وربما كان من أسباب شارها في الولايات المتحدة الأميركية منذ الحرب العالمية الثانية على وجه الخصوص ارتباطها بالمزاج الديمقراطي وحرية التعبير.

وفي الجماعات العلاجية يواجه المريض بجماعة منظمة من المرضى أهدافها هي دل الالتزامات، وتبادل الحب أي أن تعطي وتتقبل الحب، وأن تتحمل المسؤولية وأن لبها من أعضائها. وفي هذه المجتمعات العلاجية يواجه المريض بمشكلات عدة لم يكن درأ على حلها بنفسه. فتعمل هذه المجتمعات على تشجيع المريض على تفهمها بشكل ضل، وبالتالي يصبح قادراً على مواجهتها. وتعمل أيضاً هذه المجتمعات على تأصيل دأ عدم تأجيل حل المشكلات، وفي الوقت نفسه على إمكانية تأجيل إشباع اللذة. ويكون لوك الفرد في الجماعة العلاجية هو محصلة لسلوك مجموع الجماعة. فهو يتضمن مبادىء علاج النفسي الذي يتفاوت من أبسط صور هذا العلاج إلى أعمق صور العلاج حليلي. ويكون الدافع نحو العلاج في الجماعة أقوى حيث يتم ممارسة ما يسمى تركيب التوحدي الأكثر شمولاً والذي يمتد ليشمل أفراداً عديدين. وفي هذه المجتمعات علاجية يتم تشجيع الحب بين أفراد هذا المجتمع، فلا يشعر المرء بالوحدة، ويمكنه في حلة تالية أن يظهر محبته نحو بيئته ونحو الأسرة ورفاق العمل. وعلى هذا يمكن القول ن من أهم ما تعمل عليه هذه الجماعات العلاجية هو أنها تشجع المرء على أن يثق في آخرين الذين ينتمي إليهم، وتساعده في أن يجد إلهاماً ومعرفة وشجاعة تساعده في اجهة مشكلاته، وهذا بدوره يؤدي به لأن يصبح مفيداً لنفسه وللآخرين، وذلك في د ذاته مصدر للرضاء والإحساس بالقوة.

على أن الإطار الطبي المحض في علاج الإدمان الكحولي، والإطار المعتمد على التحليل النفسي التقليدي، ثم الإطار المتبني أساليب معدلة من العلاج النفسي لا تمثل كل القصة في علاج الإدمان الكحولي. فإذا ما اتفقنا على أن الإدمان الكحولي هو نوع من اضطرابات السلوك. وأن الرغبة العنيفة في تناول الكحول تمثل نوعاً من العادات التي اتخذت شكلاً من أشكال عدم السواء... لنا أن نتوقع أسلوباً علاجياً يقوم على أساس تعديل هذا السلوك أو إطفاء تلك العادة أو منعها من الظهور.

وقد استخدمت أساليب تعديل السلوك في علاج حالات الإدمان الكحولي منذ الثلاثينات والأربعينات عن طريق تكوين ما يسمى بالإشراط المنفر (Aversive conditioning)، حيث كان العقار المنفر هو عقار مقيء (Emetic) أو صدمة كهربية. وفي الخمسينات ذاع استخدام عقار الدايسلفرام Disulfiram (antabuse) وكذلك Citrated calcium carbimide (Abstem) على أن المشكلة الرئيسية بالنسبة لأسلوب الإشراط المنفر هي في أنه يتطلب الاستعانة بمتخصصين مدربين على ذلك. وكان العلاج بأسلوب الإشراط المنفر يمارسه في الثلاثينات والأربعينات اكلينيكيون تنقصهم المعلومات الكافية عن السلوك ومبادىء الإشراط. ومع هذا، فقد أمكن في بعض الظروف الانتهاء إلى نتائج إيجابية لنسبة كبيرة من الكحوليين باستخدام العقاقير المقيئة. وربما كان السبب في ذلك هو استخدامه مع مجموعات من المدمنين الكحوليين ممن ينتمون إلى الطبقة المتوسطة وممن هم على درجة عالية من الدافعية. وفي الستينات عاد الاهتمام بأسلوب تعديل السلوك عن طريق الإشراط في علاج الكحوليين بما في ذلك استخدام أسلوب الإشراط المنفر. وفي الستينات أيضاً عاد استخدام أسلوب الصدمة الكهربية في العلاج الإشراطي، كما تمت الاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية لتحقيق النفور المطلوب.

الهوامش

(1) Adler, A. Individual psychiatry of alcoholic patients. J. Crim. Psychopath., 3:74, 1941.
(2) Bowman, K.M. and Jellinek, E.M. Alcohol Addiction and its treatment. Quarterly Journal Studies on Alcohol, 2, 98-176, 1941.
(3) Chafetz, M.E. Alcoholism. In Freedman, A.M. Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York: Williams & Williams, 1972.
(4) Dawson, W.S. Aids to psychiatry. London: Bailliers, Tindell & Cox, 1955.
(5) Dollard, J.A. and Miller, N.E. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1950.

(6) Field, P.B. A new cross-cultural study of drunkness. In Pittman, D. & Snyder, C. (Eds.) Soci culture and drinking. New York: Wiley, 1962.
(7) Foulkes, S.H. Therapeutic group analysis. New York: International Universities Press, 1964.
(8) Henderson, D. and Ivor, R.C. Textbook of psychiatry. London: Oxford University Press, 19
(9) Himwich, H.E. Alcohol and brain physiology in alcoholism. Springfield, Ill., Charles C. Thon 1956.
(10) Horton, D. The functions of alcohol in primitive studies: A cross-cultural study. Quart Journal of Studies on Alcohol, 4, 199-320, 1943.
(11) Ismail, E.S. Some cultural variables affecting the use of alcoholism. a paper presented to the Pan Arab Medical Conference. Kuwait: 1974.
(12) Jellinek, E.M. Heredity of the alcoholic. Alcohol, Science and Society, New Haven, 1945.
(13) Jellinek, E.M. The disease concept of alcoholism. New Haven, Conn.,: College and Univer Press, 1960.
(14) Keller, M. Alcoholism: Nature and extent of the problem. In Bacon, S.D. (Ed.), Understand alcoholism. Philadelphia: American Academy of Political and Social Science, 1958.
(15) La Marca, D. Alcoholism. In The 24th Institution on the prevention and treatment alcoholism. Zurich, ICAA, 1978.
(16) Lundquist, A.R. Strategies and goals in the treatment and control of alcoholism. In Kessel, Hawke , A., and Chalke, H. (Eds.), Alcoholism: A medical profile. London: B. Edsall & Ltd., 1974.
(17) Mayer-Gross, W. and Slater, E. Clinical psychiatry. London: Cassell & Co. Ltd., 1963.
(18) Mandelbaum, D.G. Alcohol and culture. Current Anthropology, 6, 281-296, 1965.
(19) McCord, W., McCord, J., and Gudeman, J. Origins of alcoholism. Palo Alto: Stanf University Press, 1960.
(20) Menninger, K.A. Man against himself. New York: Harcourt Brace, 1938.
(21) Masserman, J.H. lcohol and other drugs as preventives of experimental trauma. Quart. J. St Alcohol, 20:464, 1950.
(22) Masserman, J.H. and Yum, K.S. An analysis of the influence of alcohol on experimen neuroses in cats. Psychosom. Med., 8:36, 1946.
(23) Noyes, A.P. and Kolb, L.C. Modern clinical psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders, 1963.
(24) Pattiman, D.J. and Snyder, C.R., Society, culture and drinking patterns. New York: Wil 1962.
(25) Pattison, E.M. A critique of alcoholism treatment concepts; with special reference to abstinen Quarterly Journal Studies on Alcoholism, 27, 49-71, 1966.
(26) Pattison, E.M. The rehabilitation of the chronic alcoholic. In Kissin, B. and Begleiter, H. (Eds The biology of alcoholism. Vol. III. Clinical pathology. New York: Plenum Press, 1974.
(27) Pierce, B. A review of the effects of alcohol on man. In the 23 International Institute on t Prevention and Treatment of alcoholism. Lanspane: ICAA, 1976.
(28) Rado, S. Psychoanalysis of pharmacothymia. Psychoanal. Quart., 2:1, 1933.
(29) Raundal, E. Alcoholism. In the 21st International Institute on the Prevention and Treatment Alcoholism. Lausanne: 1975.
(30) Stein, A. and Freedman, E. Group therapy with alcoholics. In Kaplan, H.I. and Sadock, B. (Eds.), Comprehensive group psychotherapy. Baltimore: Williams and Wilkins Co., 1971.
(31) Thomas, M. The group therapies. In Catanzaro, R.J. (Ed.), Alcoholism: The total treatme approach. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1968.
(32) Wallerstein, R.S. Hospital treatment of alcoholism. New York: Basic Books, 1957.
(33) Wallgren, H. and Barry, H. Understanding and treatment of alcoholics. Amesterdam: Elsivi Publishing Co., 1970.
(34) Williams, R.J. Nutrition and alcoholism. Norman: University ot Oklahoma Press, 1951.

ALCHOLISM
THE ELURSIVE PROBLEM

Ezzat S. Ismail (Ph.D)
Department of Psychology / Kuwait University

Defining alcoholism is not an easy task. At present, there is no unanimous agreement concerning an accepted definition. From the very begining it seems that this failure represents the complexity of the problem.

Definitions given by WHO, Jellinek, Chafetz, Lundquist and so forth, all stress the loss of efficiency in work, the disturbance of family and social life and the damage of the drinkers physical and mental health. No criterion is cited as regards these effects. To avoid this ambiguity epidemiologists found it more useful to establish rates of excessive alcohol use and rates of alcohol-related mortality.

In dealing with alcoholism we are refering mainly to Ethyl alcohol which is the common denominator of beverage alcohol. Mythyl alcohol is also consumed by some alcoholics when Ethyl alcohol is not available despite its serious damages.

On consuming alcohol, the higher centers of the brain are the first to be affected. This results into a state of instintive behaviour, relief of anexiety and depressive thoughts. This state is followed by ataxia, slurred speech, vertigo. In heavy doses it may finally lead to death as the depressing effect may include the medulla with its cardiac, vasomotor and respiratory centers.

Alcohol damages are many. Disturbance of minerals and water, Liver cirrhosis, importance, revealing latent schizophrenia or manic-depressive psychosis, vitamins deficiency especially thiamine, paranoid delusions, Korsakoff syndrome, delirium tremens, withdrawal effects and many other physiological and psychological distrubances.

Distilled spirits lead to intoxication more rapidly than any identical amou in the form of wine or beer.

A few amount of the consumed alcohol is excreted through the lungs an kidneys. The rest is oxidized to acetaldyhde, which in turn is oxidized to acet acid then to carbon dioxide and water. Disulfiram interfers with this proce causing discomfort to the abuser. Aversive therapy makes use of th phenomenon.

Actiological factors are discussed without reaching an end. Heredity constitution, environment, culture, psychological trauma, psychotic and neuroti disorders, and many other hypothetical factors could lead to alcoholism accordin to the view point adopted by the researcher.

The ambiguity of the problem makes the treatment not to be fully promising Thereapeutic measures varied considerably. The medical model deals wit alcoholism as a disease per se. Considerable efforts should be given to th psychological factors including the environmental influences.

Psychoanalysis is said to be not effective. Aversive therap prevails in variou forms. Group therapy and Alcoholic Anonymous aid the alcholic to ge confidence in himself, regain his ability to deal his problems and to face th environment more effectively.