



مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation

إدمان الكحول المشكلات والحلول

تأليف

د. عبدالعزیز بن عبدالله الدخیل

إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية

إدمان الكحول المشكلات والحلول

تأليف

د. عبدالعزيز الدخيل

إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية

ح مؤسسة الملك خالد الخيرية، ١٤٢٦هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الدخيل، عبدالعزيز عبدالله

إدمان الكحول - المشكلات والحلول / عبدالعزيز

عبدالله الدخيل - الرياض ١٤٢٦هـ

٢٨٤ ص؛ ١٧ × ٢٤ سم

ردمك: ٥-٧٦١-٤٩-٩٩٦٠

١- إدمان الخمور ٢- الكحول أ. العنوان

رقم الإيداع: ١٤٢٦/٦٣٨٠

ردمك: ٥-٧٦١-٤٩-٩٩٦٠

الطبعة الأولى

١٤٢٦هـ / ٢٠٠٥م



المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|--------|-----------------------------|
| ١٧ | افتتاحية |
| ١٩ | تقديم |
| ٢١ | المقدمة |
| ٢٧ | الفصل الأول |
| ٢٧ | مفاهيم ومصطلحات كحولية |
| ٤١ | الفصل الثاني |
| ٤١ | عمل الكحول وتأثيراتها |
| ٤١ | مقدمة |
| ٤٢ | مشكلات الكحول |
| ٤٤ | كيف تعمل الكحول في الجسم؟ |
| ٥٥ | الفصل الثالث |
| ٥٥ | النظريات المتعلقة بالكحولية |
| ٥٥ | مقدمة |
| ٥٧ | إدمان الكحول |
| ٥٩ | المدخل المرضي |
| ٥٩ | النظرية الحيوية الكيميائية |
| ٦٠ | نظرية أمراض الدماغ |
| ٦٠ | نظرية النقص الغذائي |

| الصفحة | الموضوع |
|--------|--------------------------|
| ٦١ | النظرية المرضية |
| ٦٣ | النظرية الوراثةية |
| ٦٦ | المدخل السلوكي |
| ٦٦ | نظرية التعلم الاجتماعي |
| ٦٩ | التعلم المعرفي الاجتماعي |
| ٧٠ | نظرية خفض التوتر |
| ٧١ | نظرية التوقعات |
| ٧١ | المدخل النفسي |
| ٧٢ | نظرية التحليل النفسي |
| ٧٣ | نظرية الحاجة إلى القوة |
| ٧٣ | المدخل الاجتماعي الثقافي |
| ٧٣ | نظرية التفاعل الأسري |
| ٧٤ | نظرية النسق التطوري |
| ٧٥ | نظرية مجتمع الأقران |
| ٧٥ | نظرية البيئة الاجتماعية |
| ٧٥ | النظرية الثقافية |
| ٧٦ | متلازمة اعتماد الكحول |
| ٧٧ | الاستنتاج |

| الصفحة | الموضوع |
|--------|--|
| ٧٩ | الفصل الرابع |
| ٧٩ | الأديبات المتعلقة بالكحولية |
| ٧٩ | مقدمة |
| ٨٠ | دراسات الكحول في المملكة العربية السعودية |
| ٨٥ | الكحول في دول الخليج العربي وبعض البلدان العربية |
| ٨٧ | الكحول عالمياً |
| ١٠١ | مناقشة |
| ١٠٥ | الفصل الخامس |
| ١٠٥ | الكحول في السعودية |
| ١٠٥ | مقدمة |
| ١٠٥ | مدى انتشار الكحول |
| ١٢١ | التشريعات المرتبطة بالكحول |
| ١٢١ | الاستخدام، البيع، الترويج، التهريب، التصنيع |
| ١٢٢ | الأدلة الجنائية لشرب الكحول |
| ١٢٣ | العقوبات المرتبطة بالكحول |
| ١٢٥ | نظرة المجتمع السعودي إلى الكحول |
| ١٣٠ | الجهود المبذولة للتغلب على مشكلات الكحول |
| ١٣٥ | الفصل السادس |
| ١٣٥ | تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالكحول |

| | |
|-----|--|
| ١٣٥ | أساليب التشخيص |
| ١٣٦ | مصطلحات القياس |
| ١٣٧ | المقاييس المقننة |
| ١٤٩ | مناقشة حول صلاحية المقاييس للتطبيق في بيئة مختلفة |
| ١٥١ | تشخيص اضطرابات الكحول |
| ١٥٢ | المعايير التشخيصية لإساءة استخدام الكحول والاعتمادية عليه |
| ١٥٣ | تطور المعايير التشخيصية |
| ١٥٤ | معايير الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM Criteria 12) |
| | معايير التشخيص المرتبطة بالكحول حسب تصنيف الأمراض الدولي |
| ١٥٦ | 123 (ICD) |
| ١٥٧ | الاتجاه نحو الوصول إلى اتفاقية بين المعايير التشخيصية المختلفة |
| ١٥٩ | الفصل السابع |
| ١٥٩ | الوقاية من مشكلات الكحول |
| ١٦٠ | أولاً: الوقاية الأولية (البيئة الآمنة) |
| ١٦٠ | ثانياً: الوقاية الثانوية (تقليل الخطر) |
| ١٦١ | ثالثاً: الوقاية الثالثوية (التحكم بالأزمات) |
| ١٦٢ | برامج الوقاية من الكحول والمخدرات |
| ١٦٣ | مناطق التدخل الوقائي |
| ١٦٦ | أثر الأساتذة في المدارس والجامعات في الوقاية من الكحول والمخدرات |
| ١٧٢ | أثر الإدارة والقائمين على الأجهزة التعليمية في الوقاية |

| الصفحة | الموضوع |
|--------|--|
| ١٧٥ | الفصل الثامن |
| ١٧٥ | علاج مشكلات الكحول |
| ١٧٧ | أنواع العلاج: |
| ١٧٧ | أولاً: الخدمات العلاجية من حيث درجة الاعتماد على الكحول |
| ١٧٧ | ثانياً: الخدمات العلاجية من حيث المدة |
| ١٧٨ | ثالثاً: الخدمات العلاجية من حيث نوع الدخول |
| ١٨٢ | رابعاً: الخدمات العلاجية من حيث الاتجاه العلاجي (البدائل العلاجية) |
| ١٩١ | الفصل التاسع |
| ١٩١ | تكنيكات علاجية |
| ١٩١ | مراحل تغيير السلوك الإدماني |
| ١٩٨ | المقابلة التحفيزية |
| ٢٠٤ | معالجة الأفراد الراضين للعلاج (العملاء القسريين) |
| ٢١٧ | الملاحق |
| ٢١٧ | المقاييس المرتبطة بالكحول |
| ٢٣٩ | المراجع |
| ٢٦٧ | الكشافات العامة |

﴿يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ
قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ
وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا﴾ [البقرة: ٢١٩]

إهداء

إلى كل معالج . . .

إلى كل مربٍّ . . .

إلى كل صانع قرار . . .

إلى كل أسرة . . .

إلى كل من اكتوى بنار الكحول

شكر وتقدير

أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى القائمين على مؤسسة الملك خالد الخيرية على ثقتهم الكريمة، وعلى دعمهم لهذا الكتاب. داعياً الله العزيز القدير أن يجعل أجر هذا الكتاب في ميزان حسنات حامل اسم هذه المؤسسة، وأن يتغمده الله بواسع رحمته.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«إن علينا جميعاً أن ندرك أن تطلُّعنا إلى مزيد من التقدم والرقي يستلزم التمسك بالعبقيرة الإسلامية الصحيحة والالتفاف حولها والعمل بكل إخلاص لربط الماضي بالحاضر، وأملاً في اتصال الحاضر بالمستقبل. وفي سبيل هذه الغاية فإن مسؤوليتنا جميعاً تتطلب مساهمة كل مواطن منكم في بناء هذا الوطن بسواعدكم وعقولكم وأنشطتكم الخيرة باعتباركم خير أمة أخرجت للناس، ونظراً لأن بلادكم بحاجة إلى جهودكم حتى تتحقق أهدافها في التنمية والرخاء».

مقتطف من كلمة للملك خالد بن عبدالعزيز يرحمه الله
بمناسبة اليوم الوطني للمملكة

بهذه الكلمات انطلق الملك الصالح خالد بن عبدالعزيز يرحمه الله من عمق الأرض وسكن في داخل الناس، واستطاع بفطرته أن يحدد هدفه في رضا الله بدءاً ومنتهاً، فاتجه لخدمة بلاده وارتأى ذلك في توفير الحياة الكريمة لأبناء شعبه أمناً وتعليماً وصحةً ورعايةً اجتماعية وخدمات عامة، فأحبه الناس والتفوا حوله، وكانت سنوات حكمه السبع مورقة خضراء خلدت في ذاكرة شعبه وتواصلت في معيشتهم، وتوافرت خلالها أسباب الطمأنينة والاستقرار.

واليوم تتجدد ذكرى الراحل الكريم، إذ تواصل مؤسسة الملك خالد الخيرية نهجه فتقتفي أثره، وتمتثل بتوجيهاته، وتسعى إلى تحقيق أهدافه، وتؤصل قيمه؛ ليراها الناس شاخصة في واقعهم لم تنقطع بوفاته ولم تتوقف لغيابه. ومن هذا المنطلق جاءت المؤسسة التي تحمل اسمه لتدعم الجمعيات والمؤسسات الخيرية التي تعمل داخل مملكتنا الحبيبة والتي تتوافر فيها

الشفافية والوضوح وتتفق بشكل عام مع أهدافها ورؤيتها، كما تقوم أيضاً بدعم الجوامع والمساجد التي تقع تحت مظلة عملها الخيري، وتقوم بتقديم البعثات والمنح العلمية وفق اتفاقية ثنائية مع مركز الأبحاث بمستشفى الملك فيصل التخصصي.

كما جاء إدراك المؤسسة أن الدراسات والبحوث هي إحدى الطرق التي تحقق أهداف الملك الصالح، والتي من شأنها رفع المستوى الثقافي والاجتماعي حتى تصل رسالتها الحديثة في العمل الخيري إلى المجتمع.

وتسعى المؤسسة بإصداراتها المتنوعة إلى المساهمة في إثراء الجانب الثقافي، وتضعها أمام الباحثين والمتابعين لعلمهم يجدون فيها ما يضيء ويضيف، مع إيمان المؤسسة الكامل أن البحث العلمي أحد طرق الخير من أجل التغيير والتطوير.
والله الموفق.

مؤسسة الملك خالد الخيرية

تقديم

هذا الكتاب من الكتب الجادة في الطرح والتناول، إذ حاول المؤلف وهو من أستاذة الخدمة الاجتماعية المتميزين في جامعة الملك سعود وله خبراته الشخصية الكثيرة في مجال الدراسات المتعلقة بإدمان الكحول، بالإضافة إلى أطروحته للدكتوراه التي كانت عن الموضوع نفسه، وتناول موضوع الكحول من جوانب عدة وتعريف العديد من مفاهيم إدمان الكحول أو الكحولية، كما يحلو للبعض تسميتها. ولقد وفق المؤلف كثيراً في طرحه للموضوع من حيث الموضوعات، والتوازن في الطرح من جهة ثانية.

ويعدّ الكتاب إضافة علمية جديدة للمكتبة العربية، إذ إن الكتابات العربية عن إدمان الكحول بشكل عام قليلة، وشابّ طرح الكثير من تلك الكتابات شوائب عدة، من حيث التناول العلمي، أو من حيث كم المعلومات المقدمة، بالإضافة إلى قدم معظمها.

والكتاب من ضمن إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية، ممثلة في إدارة الدراسات والأبحاث فيها؛ إذ اهتمت المؤسسة بالدراسات والأبحاث العلمية الرصينة؛ إيماناً منها بأهمية نشر المعرفة العلمية، وتبني الدراسات الجادة. ومؤسسة الملك خالد الخيرية دعمت هذا الكتاب وتبنته، وفي الوقت نفسه تبنت سياسة علمية - من خلال إدارة الدراسات والأبحاث فيها - تقوم على التجرد العلمي؛ إذ أخضعت هذا الكتاب للتحكيم العلمي المتعارف عليه أكاديمياً، ونأت بنفسها عن التدخل في محتواه، وجعلت التحكيم هو الفيصل فيما يتعلق بمحتوى الكتاب. نسأل الله العليّ القدير أن نكون قد وفّقنا.

مدير إدارة الدراسات والأبحاث

بمؤسسة الملك خالد الخيرية

أ. د. سامي بن عبدالعزيز الدامغ

المقدمة

نبيذ، مشروب روحي، بييرة، سيدر، جن، ويسكي، براندي، عرق، كلونيا. جميعها أسماء لأنواع مختلفة من المشروبات يجمعها الكحول بوصفه قاسماً مشتركاً. الكحول هذه المادة الفعالة التي تنتقل إلى الدماغ عن طريق الدم لتؤثر في وظائفه (Rutherford, 1997).

وقد اكتشف الإنسان الكحول منذ القدم وتذوقه فأحسّ بالسعادة وأعجبه تأثيره عليه فاستطابه. فلما اختفى ذلك التأثير السعيد كرر التجربة، لكنه زاد الجرعة في المرات التالية، اعتقاداً منه أنه كلما زادت الجرعة زادت السعادة وطالت مدتها، ولكنه ثمل، ونتيجة لذلك قام بتصرفات اكتشف بعد أن ذهب تأثير الكحول أنها حمقاء. بعد مدة ليست بالبسيطة استطاع أن يقدر مدى الجرعة التي تناسبه، ولكن الجرعة المعتادة لم تعد تحدث نفس التأثير السعيد الذي كان يشعر به. فكان لا بد من زيادة كمية الشرب، ومن تكرارها في أوقات متقاربة. لم تترك له عادة الشرب - بتلك الطريقة - الفرصة في أن يقوم بواجباته؛ فقد الاعتناء بنفسه، فتدهورت حالته. لم يعد مهتماً بعمله، فتأثرت بذلك مكتسباته. أهمل أسرته، فلمّا احتجت الأسرة على تصرفاته، غضب وهدد وتوعد وضرب الزوجة والأولاد. وهرب إلى الكحول لينسى مشكلته. أحس بالذنب، شعر بالمشكلة فعزم على التوقف. عندما جاء الوقت المعتاد للجرعة أراد أن يشرب، ولكنه وعد بالتوقف. قاوم رغبته في الشرب، ولكنه أحسّ بالضيق، شعر بالتوتر. زادت حدّة الضيق والتوتر مع مرور الوقت، بدأ مزاجه يحتد، وأخذت أطرافه ترتعش. لم يعد يرى أمامه إلا الكحول ليتخلص من ألمه النفسي والجسدي. انكب على الكحول بنهم. بعد سريان مفعول الكحول في جسده أحس بالراحة وتلاشى الارتعاش. عاد إلى الشرب، ولكن مشكلاته زادت تعقيداً وسوءاً. فما العمل؟

قد لا يكون السيناريو السابق واقعياً، ولكنه حقيقي يجسد حقيقة مادة الكحول وتأثيرها الإدماني على البعض. كما يجسد تأثير المادة الأني على المتعاطي.

وبمرور الزمن وتطور العصور، تقدمت صناعة الكحول، وتعددت أنواع المشروبات وأسمائها. زامن ذلك - وفي علاقة تبادلية - إقبال على تعاطي تلك المشروبات. لم يعد الشرب عادة فردية، وإنما أصبح الشرب جماعياً، ودخل - بحكم خاصيته التأثيرية - الثقافات المختلفة من أوسع أبوابها. فأضحى عادة مألوفة وتقليداً اجتماعياً لدى بعض الثقافات، واستخدمته ثقافات أخرى علاجاً، ولم تتسّ ثقافات أخرى أن تدخل الشرب في دياناتها، حتى أمسى الشرب عبادة.

إن ارتباط الخمر بالمناسبات الاجتماعية والدينية وبالمسائل الطبية جعل الفكاك منه أمراً صعباً على الرغم من آثاره غير المحمودة صحياً، ونفسياً، واجتماعياً، واقتصادياً على الفرد والأسرة والمجتمع. ساعد على هذا الارتباط والتعلق بالخمر حقيقة مؤداها أن الكحول مادة إدمانية تتسبب في جعل البعض يعتمد عليها جسدياً أو نفسياً أو كليهما.

ولقد أثار موضوع الكحول واستخدامه والاعتماد عليه اهتمام الكثيرين على اختلاف اهتماماتهم وميولهم وتخصصاتهم. فمن المهتمين بأمور الصحة العامة، إلى القيادات السياسية، إلى التربويين، إلى الاقتصاديين، إلى المعالجين، إلى بائعي الكحول وصانعيه ومستهلكيه.

فالحكومات في جميع أنحاء العالم تبذل الكثير من الجهد والوقت والمال في الدراسة والتخطيط، وإصدار القوانين والسياسات، في محاولة منها لحل المشكلات المتعلقة بالكحول أو - على الأقل - التخفيف منها (حاضري، ١٩٩٣؛ الطويل، ١٩٩٦). فبينما انتهجت بعض الدول سياسة المنع التام لكل ما له

علاقة بالكحول، فتحت دول أخرى الباب على مصراعيه لشرب الكحول وتصنيعه وبيعه وتوزيعه. وبين هذه وتلك نظمت دول أخرى عمليات التصنيع والتوزيع والبيع، وسنت القوانين المنظمة للشرب من حيث سن الشاربين، وأوقات البيع، وكميات الشرب المسموح بها.

ولم يكن هذا الاهتمام الكبير من الدول والهيئات الرسمية وغير الرسمية بموضوع الكحول إلا نتيجة لما يرتبط بالكحول من مشكلات عديدة لا حصر لها. وقد تعددت وتنوعت مشكلات الكحول من حيث الكم والكيف والكثافة، بحيث وصل تأثيرها إلى الفرد والأسرة والمجتمع.

والمشكلات المتعلقة بالكحول لا تقتصر فقط على ما ينتج عن الإدمان عليه من مشكلات تتعلق بفئة المدمنين وأسرههم، والمصاعب المتعلقة بعلاجهم، ولكن تمتد لتشمل تلك المشكلات الناتجة عن الشرب الثقيل (heavy drinking)، والشرب المتواصل أو الحاد (binge drinking)، وحتى تلك المشكلات الناتجة عن عدم سيطرة البعض على سلوكياتهم عند الشرب العادي (normal drinking). فاستهلاك الكحول يعد مسؤولاً (إما مباشرة أو غير مباشرة) عن العديد من الحوادث العرضية ذات العلاقة بالعمل، والعديد من حالات الانتحار والقتل، وجرائم العنف، وحوادث السير (Watkins، Eisele & Matthews، ٢٠٠٠).

وخلافاً لما هو معتقد من أن صناعة الكحول تدر أرباحاً كبيرة، فهي في الوقت نفسه تكبد الاقتصاد الوطني خسائر أكبر غير منظورة، فبينما تصل أرباح صناعة الكحول في المملكة المتحدة إلى ٧,٤١ بليون سنوياً، تخسر ٤٣ بليوناً تقريباً سنوياً نتيجة للمشكلات ذات العلاقة بالكحول، (حاضري، ١٩٩٣).

إن المشكلات المتعلقة بالكحول ليست محصورة في المجتمعات الغربية والأجنبية فقط، بل إن المجتمعات الإسلامية والعربية (بحكم الاتصال الثقافي ولتعدد العوامل المسرعة لذلك الاتصال وتنوعها) لها نصيبها أيضاً من تلك

- المشكلات. بل لربما كانت المشكلات الناتجة عن الكحول في المجتمعات الإسلامية والعربية أعقد وأصعب. ذلك أن الكحول وجميع التعاملات المتعلقة به بحكم التحريم الديني والقانوني (في بعض من تلك الدول) يجعله أمراً غير مقبول اجتماعياً، وبالتالي يجعل المشكلات ذات العلاقة بالكحول إما مسكوتاً عنها أو أنها تعالج بطرق بدائية خجولة. ولعل عدم بروز تلك المشكلات بشكل واضح - على الرغم من وجودها - في مجتمعاتنا يرجع إلى عدة عوامل منها:
- حداثة الاهتمام بالدراسات والأبحاث العلمية في المجتمعات الإسلامية والعربية، نظراً إلى نقص الكوادر العلمية المؤهلة.
 - نقص الدراسات الحقلية (الإبيدومولوجية) عموماً، وفي الكحول والمخدرات على وجه الخصوص.
 - نقص الدراسات الجادة بسبب قلة الدعم.
 - حساسية دراسة بعض الموضوعات، ومنها الكحول والمخدرات.

القضية التي يعالجها هذا الكتاب

يأتي هذا الكتاب محاولة لسد النقص الواضح في المكتبة العربية في موضوع حيوي ومهم وحساس كالكحول. ولا يدعي الكاتب تغطية موضوع الكحول من كافة جوانبه، إذ يكفي في هذا الصدد الإشارة لما قاله أحد الأطباء النفسيين الأمريكيين: «إن الفتح العلمي الذي أتاح التعرف إلى الكحول عرفنا فقط أننا كنا لا نعرف إلا القليل عن الكحول، وإنما نحتاج لمعرفة المزيد مستقبلاً» (مارك كيلر، ١٩٨٥). لذا فإن هذا الكتاب سيركز على الكحول من حيث المشكلات الناتجة عن تعاطي الكحول والإدمان عليه، وسبل الوقاية والعلاج. كما يركز الكتاب على مدى انتشار شرب الكحول في العالمين العربي والإسلامي، مع أفراد فصل خاص لدراسة الكحول في المجتمع السعودي. ولعل ما يميز هذا الكتاب عن غيره من الكتب الأجنبية

والعربية التي طرقت موضوع الكحول ما يلي:

- ١- عرض المشكلات المتعلقة بالكحول في قالب إسلامي علمي، بعيداً عن النصح والوعظ.
- ٢- خلافاً للكتب الأجنبية، فإن هذا الكتاب يسعى للتعرف إلى أنماط الشرب في المجتمعات الإسلامية والعربية.
- ٣- يفرد هذا الكتاب فصلاً خاصاً لتعاطي الكحول في المملكة العربية السعودية، وعن خصائص مدمني الكحول.
- ٤- يقدم البعد المحلي للكحول من خلال عرض القوانين والتشريعات والعقوبات المتعلقة بالكحول في المجتمع السعودي.
- ٥- يتبنى هذا الكتاب - فيما يتعلق بالعلاج - النظرة الداعية إلى التخلي التام عن الشرب (Total Abstinence) وهو توجه يتماشى مع النظرة الإسلامية للكحول، خلافاً للنظرة الداعية للسيطرة على الشرب، والتي تجد لها صدًى واسعاً في المجتمعات التي تبيح الشرب.

عبدالعزیز بن عبد اللہ الدخیل

الفصل الأول مفاهيم ومصطلحات كحولية

Alcohol Terminology

مفاهيم الكحول

يختص أي علم (أو حقل أو مهنة) بوجود مصطلحات ومفاهيم خاصة به تراكمت عبر الزمن نتيجة الأبحاث والدراسات، وتواصل المهتمين به فيما بينهم، مما أسهم في تطور تلك المصطلحات وتبلورها ووضوحها للمنتمين إلى هذا العلم أو الحقل أو المهنة. فهي إذاً اللغة أو الرمز التي يتواصل من خلالها المهتمون بحقل ما من باحثين وأكاديميين ومهنيين ومعالجين، بحيث يعرف الجميع عن ماذا يتحدثون. وحتى لا تكون لغة الكحول والإدمان حكرًا على المنتمين إلى هذا الميدان، وحتى يكون بين القارئ والكتاب لغة مشتركة، فإنه تم تخصيص هذا الفصل لإيراد المصطلحات والمفاهيم المتعلقة بالكحول والكحولية بوجه خاص، وأيضاً تلك المتعلقة بالإدمان بوجه عام.

تجدر الإشارة إلى أن المصطلحات والمفاهيم الواردة في الأسطر القادمة لا تعني إطلاقاً عدم وجود معانٍ أخرى للمصطلح أو المفهوم. فقد يجد القارئ تعريفاً مختلفاً لأيٍّ من المصطلحات في كتاب أو مقال آخر أو جميعها. ولكنها - في أغلب الأحيان - تعني الشيء نفسه وإن اختلفت الألفاظ.

الكحول Alcohol

الكحول هو المادة الفعالة في المشروبات الكحولية أو الروحية. وهو سائل ينتج عن تقطير الفواكة والحبوب والخضار المتخمرة. ويستعمل الكحول مذيباً ومطهراً ومسكناً (البار، ١٩٨٦). وهناك أنواع متعددة من الكحول (كالكحول الإيثيلي والمثيلي). والمشروب الكحولي يأتي بأشكال متعددة تبعاً لطريقة

التصنيع ونسبة الكحول في المشروب. كما أن له خاصية إدمانية ذات مستوى متوسط (National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, 2003). ويعرف الكحول بأسماء متعددة؛ كالخمر والغول. وقد ذكر أن العرب هم أول من اكتشف تقطير الكحول، وله عندهم أكثر من ١٠٠ مسمى تقريباً (Al-Dakhil, 2002).

الكحول الإيثيلي Ethanol Alcohol

كحول إيثيلي أو (Ethanol) وهو عضو في سلسلة كحول المواد الكيميائية المستعملة في المشروبات الكحولية. وهو أقل سميّة من الأعضاء الأخرى (NCADI, 2003) (National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, 2003)

الكحول المبدّله طبيعته Denatured Alcohol

وهو كحول إيثيلي يصنع بحيث يكون غير صالح للشرب بإضافة مواد مقزّرة أو مواد سامّة إليه (McKim, 1991).

الكحول الميثيلي Methanol Alcohol

الكحول الميثيلي (Methanol) وهو عضو آخر في سلسلة كحول المواد الكيميائية المستعملة في الصناعات. ويعرف بكحول الخشب (البار، ١٩٨٦). ويتميز بسميته العالية، وقد ثبت أن تناوله قد يتسبب بالعمى، بل والموت أحياناً (McKim, 1991).

الاعتمادية Dependency

يشير مصطلح الاعتمادية إلى حالة جسدية تحدث عندما يتوقف الشخص عن استخدام العقار أو الكحول، تظهر عليه أعراض انسحابية. فهو في تلك الحالة يكون معتمداً على ذلك العقار أو الكحول. وهذا لأنه عند الاستعمال المتكرّر للعقار يصبح جسم المستعمل متعوداً على هذا العقار، بحيث لا يستطيع الجسم أن يقوم بوظائفه دون وجود هذا العقار في الجسم (McKim, 1991).

الجدير ذكره أن مصطلحي الإدمان والاعتمادية يستعملان - في أغلب الأحيان - ليشيرا إلى الشيء نفسه. ويعد الاعتماد الجسدي أحد العوامل التي

تساهم في الاستعمال المستمر للعقاقير.

الاعتمادية الكحولية Alcohol Dependence

الاعتماد على الكحول، ويعرف لدى البعض «بالكحولية» (alcoholism)، وهو مرض يتضمّن أربعة أعراض (Edwards & Gross, 1976):

- الاشتياق Craving: وهو عبارة عن إحساس قوي بالحاجة إلى الشرب.
- فقدان السيطرة Loss of control: عدم القابلية لتحديد كمية الشرب في أيّ مناسبة شرب.
- اعتماد جسدي Physical dependence: وتتمثل في ظهور الأعراض الانسحابية في حالة التوقف عن الشرب؛ مثل الغثيان والتعرق والارتعاش، والقلق.
- التحمّل Tolerance: الحاجة إلى شرب كمّيات أكبر من الكحول للحصول على التأثير السابق.

وقد لا يفهم غير الكحوليين أحياناً لماذا لا يستطيع مدمن الخمر أن يستعمل قوة الإرادة للتوقّف عن الشرب؟ وعلى أية حال، فليس لدى الكحولي الكثير مما يمكنه عمله عن طريق قوة الإرادة. فهو واقع في قبضة أقوى تعرف بالاشتياق للكحول، والذي يتجاوز قدرته على التوقّف عن الشرب. هذه الحاجة يمكن أن تكون قوية كالحاجة إلى الغذاء أو الماء (McKim, 1991).

وعلى الرغم من أنّ بعض الناس قد تكون لديهم القدرة على التعافي من إدمان الخمر من دون مساعدة، فإنّ أغلبية مدمني الخمر يحتاجون إلى المساعدة؛ فعن طريق المعالجة والدعم يستطيع العديد من الأشخاص التوقّف عن الشرب وإعادة بناء حياتهم (NCADI, 2003).

الاعتماد النفسي Psychological Dependence

يحدث الاعتماد النفسي عندما يكون عقار ما مسيطراً على أفكار الشخص وعواطفه ومناشطه لدرجة يصعب معها التوقف عن استعمال العقار،

أو حتى إيقاف التفكير فيه. مثل الاعتماد الجسدي، يعد الاعتماد النفسي سبباً في الاستعمال المستمر للعقار (منصور، ١٩٨٩).

التحمل Tolerance

التحمل حالة تتكيف فيها خلايا نسيج الجسم على وجود العقار. ويشير مصطلح التحمل إلى التعبير عن الحالة التي يصبح فيها الجسم متعوداً على وجود العقار للدرجة التي يخفق فيها الجسم عن الاستجابة للكميات المأخوذة عادة، مما يضطر المتعاطي إلى ضرورة تناول جرعات أكبر بشكل متنامٍ للحصول على التأثيرات المطلوبة (McKim, 1991).

بمرور وقت من الاستعمال المنتظم، يحتاج المستعمل إلى جرعات أكبر وأكبر للعقار للحصول على التأثير المطلوب. إلا أن زيادة التحمل تعني تعرض المستعمل لمخاطر الجرعة الزائدة؛ وذلك لسببين:

أولاً: لكل عقار تأثير رئيسي (التأثير الذي يريده المستعمل) وتأثير آخر جانبي (تأثير لا يريده المستعمل). ولكن التحمل لا ينسحب بانتظام على كل تأثيرات العقار. فعلى سبيل المثال، يطور مستعملو البريتيوريت تحملاً للتأثير المرغوب من العقار (تعديل المزاج) أسرع من تطوير التحمل للتأثير الجانبي للمخدر (هبوط التنفس). فعندما يزيد المستعمل الجرعة للحصول على التأثير المطلوب، فإنه بذلك يخاطر بما فيه الكفاية؛ إذ إن تأثير العقار قد يتجاوز التأثير المرغوب إلى التأثير غير المرغوب، وهو توقف التنفس، مما قد يسبب الموت بالطبع.

السبب الثاني: أن قدرة المستعمل على التحمل تقل إذا أوقف الاستعمال لفترة. فكما هو معروف أن التحمل ينقص بالتوقف عن استعمال العقار، ويحدث ذلك أسرع في بعض العقاقير دون الأخرى تبعاً لنوع العقار. بعد فترة الامتناع أو التوقف، فإن مقدار الجرعة التي استعملها الشخص سابقاً قد تكون الآن كافية لأن تكون جرعة زائدة قاتلة. ويعد الهيروين مثلاً جيداً للعقار الذي

تنقص درجة التحمل لمن يستعمله بسرعة كبيرة، ولهذا يلحظ موت العديد من الناس كل سنة من الجرعة المفرطة من الهيروين (NCADI, 2003).

الانسحاب Withdrawal

يرتبط الانسحاب بالاعتمادية والتحمل الجسدي. فبعد الاستعمال المتكرر لفترة من الزمن، يكيف الجسم نفسه كي يتمكن من القيام بوظيفته الطبيعية في ظل وجود العقار. وهذا قد يعني أن يقوم الجسم بتخفيض إنتاج مادة كيميائية مستعملة في الدماغ بسبب تشابهها مع تلك التي ينتجها العقار، وقد يعني أيضاً أن يقوم الجسم بتطوير مستقبلات أكثر في الدماغ للتعامل مع العقار. وفي حالات أخرى قد يبدأ الجسم بإنتاج إنزيمات أكثر لتحليل المادة؛ مما قد يؤدي إلى تغير في مستوى الهرمونات. عندما يتوقف الشخص عن استعمال العقار، يخفق الجسم في القيام بوظيفته بصورة طبيعية؛ لأنه قد كيف نفسه من خلال التعويض بوجود العقار، هذا الإخفاق في القيام بوظيفته يرى على أنه ارتداد أو انسحاب. ولعل الارتباط بين التحمل والاعتمادية وبين الانسحاب في أنه كلما ارتفعت درجة التحمل والاعتمادية كلما أصبحت درجة الانسحاب أسوء. ويتفاوت الانسحاب تبعاً لنوع العقار، فمن الشعور بالكدر والتعرق مثلاً؛ إلى الشعور بالألام المبرحة وحتى الموت. فانسحاب الهيروين مثلاً يعد أحد أكثر عمليات الانسحاب غير السارة، لكن الانسحاب من حامض البريتيوريت الثقيل أو الكحول بعد فترة طويلة جداً من الاستعمال لها احتمالية أعظم من الموت. مما تجدر الإشارة إليه هنا أن أعراض الانسحاب تكون عادة على النقيض من التأثيرات والأعراض الجانبية للعقار؛ فعلى سبيل المثال: يعد الإمساك أحد الأعراض الجانبية للهيروين، بينما يكون الإسهال هو أحد أعراض الانسحاب من الهيروين (NCADI, 2003).

الانسحاب الكحولي Alcohol Withdrawal

يحدث انسحاب الكحول عادة لدى البالغين، لكنه قد يحدث في المراهقين

أيضاً . وهو حالة تحدث عندما يتوقف من يفرط في استعمال الكحول فجأة عن الشرب. ويحدث الانسحاب عادة خلال ٥ - ١٠ ساعات من نقصان الكحول في الجسم كحد أدنى، لكنّه قد يحدث بعد ٧ - ١٠ أيام كحد أقصى. وتزداد إمكانية وجود أعراض انسحاب الكحول كلما ازدادت كمية مرات الشرب وعددها لدى الفرد بشكل مستمر. كما تزيد إمكانية أعراض الانسحاب الحادة أيضاً إذا كان لدى الشخص مشكلات طبية أخرى (McKim, 1991).

الشرب الاحتفالي **Binge Drinking**

يعرف البعض الشرب الاحتفالي على أنه استهلاك خمس كؤوس أو أكثر من الكحول على الأقل في مناسبة واحدة (NCADI, 2003) إلا أن آخرين يعرفونه على أنه شرب متواصل للكحول دون توقف، إلى الدرجة التي يتخلى فيها الفرد عن مسؤولياته، كالتغيب عن العمل. والشرب الاحتفالي لا يعني ضرورة أن يكون الشخص كحولياً (Estes & Heinemann, 1986). كما يرى آخرون أن هذا المصطلح يشير - تقليدياً وسريراً - إلى الشرب بطريقة متواصلة لمدة لا تقل عن يومين، بحيث يتخلى الشارب عن القيام بنشاطات حياته العادية؛ مثل الذهاب للعمل، أو تلبية الاحتياجات العائلية. في السنوات الأخيرة، استعمل بعض الناشطين هذا المصطلح للإشارة إلى الحالات التي يتعاطى فيها الرجل المشروبات الكحولية خمس مرات في يوم واحد، أو الذي تتعاطى فيه امرأة المشروبات الكحولية أربع مرات في اليوم. إساءة استخدام هذا المصطلح يزيد بشكل كبير من عدد الأشخاص الذين يمكن تصنيفهم شاربين احتفاليين **bingers**، ويواجه هذا الاستخدام الجديد للمصطلح نقداً شديداً من بعض المنظمات المهنية؛ حيث إنه يعطي بيانات مضللة وخادعة (NCADI, 2003).

التليف الكبدي **Cirrhosis**

التليف الكبدي ينتج عن مرض الكبد المزمن، والذي يتسبب في تعطيل

وظائف الكبد. وللتليف الكبدي - في أغلب الأحيان - العديد من المضاعفات، التي تتضمن تراكم السوائل في البطن، والاضطرابات المتعلقة بالنزيف، وارتفاع ضغط الأوعية الدموية، وتشوش مستوى الوعي أو تغييره.

ومن العوامل الشائعة والمسببة لمرض الكبد المزمن: عدوى التهاب الكبد سي (Hepatitis C)، وكذلك الإفراط في تناول الكحول لمدة طويلة المدى؛ ذلك أن الكحول - بوصفها أحد العقاقير السامة - يتسبب في إحداث الضرر في الكبد؛ مما يؤدي إلى التهابها (NCADI, 2003).

متلازمة الكحول الجنيني Fetal Alcohol Syndrome

متلازمة الكحول الجنيني هي ظهور عيوب ولادية عقلية وجسدية في المولود نتيجة لاستهلاك الأم لكميات عالية من الكحول أثناء حمل. فالكحول عندما يستهلك من قبل امرأة حبل، فإنه يمر بسهولة عبر المانع المشيمي إلى الجنين. ولهذا السبب يؤثر شرب الكحول عكسياً على نشوء الطفل الرضيع.

إن استعمال الكحول من قبل المرأة الحبل يعرضها إلى الأخطار نفسها التي يتعرض لها عامة الناس، إلا أن المخاطر في حالتها لا تقف إلى هذا الحد، بل إن هناك أخطاراً شديدة وفريدة يتعرض لها الجنين؛ إذ إن توقيت استعمال الكحول أثناء الحمل على درجة كبيرة من الأهمية، وله علاقة قوية بحدوث تلك المخاطر للجنين. فشرب الكحول أثناء الثلث الأول من الحمل أكثر ضرراً من الثلث الثاني. وبالتالي، فالثلث الثاني أكثر خطراً من الثلث الأخير.

وبما أن الكمية الآمنة التي يمكن أن تشربها المرأة الحبل دون مخاطر لم تعرف بعد، فإن شرب أي كمية يجعل تعرض الجنين لتلك المخاطر أمراً وارداً. وعلى أية حال، فإن شرب كميات كبيرة من الكحول يتسبب في مشكلات أكبر للجنين. وقد أظهرت الدراسات وجود علاقة بين العيوب الولادية المتعددة المعروفة بمتلازمة الكحول الجنيني وبين الاستعمال المكثف للكحول أو إدمان الخمر (Estes & Heinemann, 1986).

- هذا وقد لوحظ أن متلازمة الكحول الجنينية تتضمن عدداً من الحالات غير الطبيعية التالية (NCADI, 2003):
- نقص نمو الجنين والوليد في كلّ القياسات الجسدية؛ مثل محيط الرأس، والوزن، والطول.
 - تأخر النمو المصحوب بنقص في الوظائف العقلية (من متوسط إلى حادّ).
 - ولادة الطفل بوجه غير طبيعي، ويتضمّن ذلك رأساً صغيراً؛ الفكّ الأعلى الصغير؛ أنف قصير ومقلوب؛ أرنبة في الشفة العليا؛ نعومة ونحافة الشفة العليا؛ ضيق العين وصغرهما، وظهورها بشكل غير طبيعي.
 - ظهور عيوب خلقية في القلب.
 - تشوه الأطراف والمفاصل. كالأيدي، والأقدام، والأصابع.

العقار Drug

العقار هو مادة غير غذائية تؤخذ للحصول على تأثير مطلوب على العقل أو الجسم. وبهذا التعريف فإن الأنسولين والبنسلين يعدان من العقاقير (McKim, 1991).

العقاقير المؤثرة عقلياً psychoactive drugs

تعني اللفظة اليونانية (Psycho) العقل. ولهذا فعقار التأثير العقلي هو ذلك العقار الذي يؤثر على المخ والنظام العصبي المركزي. فهو يستطيع التأثير على الطريقة التي يفكر بها الشخص أو يشعر بها أو يتصرّف من خلالها. وتلك العقاقير تؤثر على التفكير والأحاسيس والعواطف، وفي كيفية الإحساس باليقظة أو النوم، كما تؤثر على مستويات الطاقة والهرمونات، وعلى الوظائف العضوية، وكذلك على التحكم بأجهزة التنسيق والحركة. وبهذا التعريف فإن الكحول والهيروين والماريجوانا تعد عقاقير مؤثرة عقلياً. ولكن الأنسولين والبنسلين لا يعدان كذلك (McKim, 1991).

وهنا يجب القول: إنه ليست جميع العقاقير ذات التأثير العقلي غير شرعية؛ فعلى سبيل المثال؛ المورفين يستخدم وصفة للقضاء على الألم؛ لأنه يؤثر في مستوى استقبال الألم عن طريق المخ (Estes & Heinemann, 1986).

معادلة الكحول Alcohol equivalence

تشير معادلة الكحول إلى حقيقة أنّ زجاجة أو علبة من البيرة تعادل خمسة أونصات (Oz) من النبيذ (Wine)، أو جرعة واحدة من المشروبات الروحية المقطرة (أو الشراب المخلوط)، فكلها تحتوي كميات مكافئة من الكحول. فبالنسبة إلى جهاز فحص التنفس جميعها متشابهة (Estes & Heinemann, 1986).

تركز الكحول في الدم BAC

BAC هي لفظة مختصرة للمصطلح الإنجليزي Blood Alcohol Concentration وهي اصطلاح متعارف عليه يشير إلى نسبة الكحول في دم الفرد. فعلى سبيل المثال: ٨٠ من ملليغرامات الكحول في ١٠٠ مليلتر من الدم يمكن أن يعبر عنها رقمياً بـ ٨٠، ٠٪ أو ٨٠٪ mg. يعرف تركيز الكحول في الدم أيضاً باسم مستوى كحول الدم (Alcohol Blood level BAL) (Estes & Heinemann, 1986).

التحكم بالاستهلاك Control of consumption

يشير هذا المصطلح إلى نموذج وقائي وعلاجي يهدف إلى التقليل من المشكلات الناجمة عن شرب الكحول عن طريق التحكم بكمية استهلاك الكحول، ويعرف هذا المصطلح باسم أكثر دقة، وهو نموذج خفض الاستهلاك (the reduction of consumption approach) ويسعى هذا النموذج إلى تحقيق الهدف النهائي وهو منع الكحول. ويروج هذا النموذج حالياً عن طريق العديد من الحكومات والجماعات المعتدلة. أيضاً يسمّى بنموذج الصحة العامة public health model، أو الحركة المعتدلة الجديدة the new temperance movement (Heather & Robertson, 1981).

نمط الشرب Drinking Pattern

يشير هذا المصطلح إلى عوامل مثل كمية، مرات الشرب وعددها، وسرعة الاستهلاك، وموقع الشرب، وسبب الشرب، والخصائص الأخرى من الشرب، فهو مصطلح يعني أكثر من مجرد معرفة كمية الكحول المستهلكة. ذلك أن كمية الكحول نفسها المستهلكة في أنماط شرب مختلفة يمكن أن يكون لها نتائج مختلفة جداً. فعلى سبيل المثال: استهلاك مشروبين في اليوم (١٤ مشروباً في الأسبوع) يربط (في الغرب) بصحة وطول عمر أفضل من الامتناع الكلي أو الشرب المكثف. وعلى أية حال، فإن إستهلاك ١٤ مشروباً مرة واحدة في الأسبوع لها نتائج سلبية. وعلى الرغم من أن الفرق في نمط الشرب مهم جداً، إلا أنه مهمل من قبل المهتمين بنموذج السيطرة على الاستهلاك control of consumption، حيث إنه - ببساطة - يفترض بشكل خاطئ أن تخفيض معدلات الشرب يخفّض حقاً مشكلات الكحول (NCADI, 2003).

قيادة السكر Drink driving

يشير هذا المصطلح إلى قيادة المركبة تحت تأثير الكحول، وهو تعبير بريطاني. أما في الولايات المتحدة، فيستخدم تعبير آخر: هو قيادة السكران (drunk driving (NCADI, 2003)

أداة تشغيل المحرك Ignition Interlock

أداة تتطلب من الشخص أن يقوم بالنفخ في فاحص تنفّس للكشف عن الكحول قبل بدء محرك السيارة المركب بها هذا الجهاز بالاشتغال. فإذا كشف فاحص التنفّس عدم وجود تعاطي السائق للكحول، فإن جهاز التعشيق سيسمح للمحرك كي يبدأ (NCADI, 2003).

صداع الكحول Hangover

صداع الكحول هو النتيجة غير السارة للاستهلاك المفرط للكحول. وهو

يتميز بالصداع والإعياء، وفي أغلب الأحيان حدوث الغثيان (Heather & Robertson, 1981).

الجفاف Dry

يشير هذا المصطلح إلى غياب السكر في شراب الكحول. كما يشير إلى المناطق التي يمنع فيها بيع الكحول، أو إلى المجموعات السياسية، أو الأشخاص الذين يدعون للمنع (NCADI, 2003).

القوة المعيارية للكحول Alcohol proof

يشير هذا المصطلح إلى معدل محتوى الكحول في المشروب. في الولايات المتحدة تمثل القوة المعيارية للكحول ضعف نسبة الكحول الحقيقية مئويةاً. فمثلاً: المشروب الذي يحتوي على ١٠٠ قوة معيارية يعني أن نسبة الكحول في هذا المشروب تعني ٥٠ ٪، و١٥٠ قوة معيارية تعني ٧٥ ٪ كحول (Heather & Robertson, 1981).

تسويق المعايير الاجتماعية Social Norms Marketing

يشير هذا المصطلح في مجال الكحول إلى طريقة فعّالة جداً لتخفيض الإفراط في الكحول. حيث تستند تلك الطريقة على حقيقة أن معظم الناس يعتقدون خطأً أن نسبة كبيرة من أقرانهم تسيء استخدام الكحول أكثر مما هم عليه حقيقة. ولكن عندما يتم إجراء الإحصائيات، وتحديد حجم إساءة الاستخدام الفعلية، ويتبين أنها أقل مما سبق أن توقعوه، فإن هؤلاء الأفراد يشعرون بحافز تجاه تخفيض استخدامهم السيئ للكحول. وقد أثبتت هذه الطريقة جدواها بشكل جد فعال (NCADI, 2003).

منع الكحول Alcohol Prohibition

يشير المنع قانونياً إلى محاولة منع إنتاج أشربة الكحول واستهلاكها. وقد حاولت العديد من الدول المنع الوطني للكحول، لكنها أخفقت لأسباب متعددة؛ منها عدم أو ضعف توافر العوامل والظروف المناسبة للمنع

كالمرجعية الدينية، والتقاليد والأعراف الاجتماعية واستخدام الأسلوب المناسب لتطبيق المنع (McKim, 1991). وهنا لا بد من الإشارة إلى نجاح التجربة الإسلامية في منع الكحول، على الرغم من أن العرب في الجاهلية كانوا من أشد الناس حبا للكحول (Aldakhil, 2002).

الإدمان المتقاطع أو الاعتماد المتقاطع Cross Addiction or Cross Dependence

تصنف العقاقير أصنافاً مختلفة طبقاً لتأثيرها على النظام العصبي المركزي (Central Nervous System CNS) (الدماغ وارتباطاته بالأعضاء المختلفة والأجزاء الأخرى من الجسم). فلو قام شخص ما باستعمال عقار مراراً وتكراراً على فترة زمنية، فإنه سيطور اعتماداً على ذلك العقار. ولكنه سيطور أيضاً اعتماداً على العقاقير الأخرى التي لم يستعملها من الصنف نفسه. وهذا يعني بأنه عندما يتوقف عن استعمال عقار معين ويبدأ بمواجهة الانسحاب، فإن وصف استعمال عقار آخر من الصنف نفسه قد يخفف من شدة الانسحاب أو يوقفه. فمثلاً عادة ما يستخدم الميثادون (Methadone) مخدراً لمساعدة مستخدمي الهيروين (مخدّر) في تجنب الأعراض الانسحابية. كما يستخدم مصطلح الإدمان المتقاطع أيضاً لوصف الإدمان على أكثر من عقار واحد، حتى ولو كانت هذه العقاقير ليست من نفس الصنف (Estes & Heinemann, 1986).

التحمل المتقاطع Cross Tolerance

يبني الاستعمال المستمر لعقار ما تحملاً لذلك العقار، ولكن هذا التحمل قد ينسحب إلى التحمل على العقاقير الأخرى من الصنف نفسه. فعلى سبيل المثال: استعمال عقار دواء منوم سيسبب تحملاً إلى عقاقير الدواء المنوم الأخرى. فالهيروين مخدّر، وكذلك المورفين. فلو طور مستعملاً للهيروين تحملاً له، فإنه سيظهر أيضاً تحملاً للمورفين حتى ولو لم يستعمل تلك العقاقير بانتظام. ولو قام شخص ما باستخدام عقار مسكناً، فإن هذا الشخص قد

يطور تحملاً إلى جميع المسكنات. وهناك بعض الحالات النادرة، حيث أدرك المريض ما يدور حوله، وكذلك شعر بالألم وهو في منتصف عملية جراحية، ولكنه بقي غير قادر على التحرك أو الكلام لإعلام الجراح بأنه كان واعياً ويشعر بالألم (Estes & Heinemann, 1986).

التآزر Synergism

يشير مصطلح التآزر إلى تفاعل عقارين، بحيث يصبح التأثير الكلي أكبر من مجموع تأثير العقارين منفردين. فعلى سبيل المثال: لو كان تناول كأس من الشراب يؤدي إلى الحصول على الاسترخاء بقدر معين، وتناول الفاليوم يؤدي إلى الحصول على الاسترخاء بقدر معين، فإننا نتوقع أننا نستطيع التنبؤ بكمية الاسترخاء الناتجة عن تناول كأس من الشراب وحبّة من الفاليوم في الوقت نفسه. إلا أن هذا - لسوء الحظ - ليس صحيحاً؛ فالكحول والفاليوم كلاهما يصنفان في المجموعة نفسها من العقاقير المعروفة بالمسكنات. وعند دمج عقارين من الصنف نفسه، فإن كل عقار يزيد من تأثير العقار الآخر. فالكحول يجعل للفاليوم تأثيراً أعظم من النتيجة المتوقعة، والفاليوم يجعل للكحول تأثيراً أعظم من النتيجة المتوقعة. في هذه الحالة $1 + 1$ لا يساوي 2 كما هو متوقع. وبدلاً من ذلك، فإنه قد يساوي 4 أو 7 . وبهذه الطريقة تحدث العديد من حالات الجرعة الزائدة، والتي قد ينتهي البعض منها بالموت (McKim, 1991).

أما في حالة خلط عقارين من صنفين مختلفين، فإن التأثير يكون مختلفاً، ولكنه يمكن أن يكون خطراً بالدرجة نفسها. فعلى سبيل المثال: لو قام شخص باستعمال كوكائين، ومن ثم قام بتناول كحول، أو أخذ حبوب الفاليوم، أو استعمل الهيروين ليخفف من شدة الكوكائين، فإن هذا الشخص لا يعرف أصلاً المعدل والوقت اللازمين لزوال تأثير العقار. فعندما يذهب تأثير الكوكائين، فإن تأثيره المضاد على الهيروين يكون قد ذهب أيضاً. بعد ذلك سيبدأ الهيروين بممارسة تأثيره كاملاً. لذا فمن الصعب الحكم على مقدار

الكمية المناسبة لإزالة تأثير عقار ما عن طريق استعمال عقار آخر، ذلك أن نوعية المخدرات المباعة في الشارع لا يمكن معرفة مقدار صفائها وتقدير قوتها. ولهذا يتعرض العديد من مستخدمي المخدرات للجرعة الزائدة واحتمال الموت، نتيجة لمحاولتهم أخذ مخدر لإزالة تأثير مخدر آخر من مجموعة أخرى مختلفة (McKim, 1991).

التعافي Recovery

مجموعة الجهود التي يبذلها الفرد المدمن نحو الشفاء. والتعافي عملية مستمرة متدرجة نحو بناء حياة الفرد أو إعادة بنائها؛ بهدف العيش بسعادة واستقرار. وهذا يعني أن التعافي لا يعني التوقف عن التعاطي فقط، بل إنه يتضمن - بوصفه جزءاً رئيساً في عملية التعافي - الوصول إلى مستوى مرضي من الاستقرار الجسمي والنفسي والاجتماعي والأسري بعد الانقطاع عن التعاطي. ولذلك فإن التعافي عملية ليست سهلة تتطلب الصبر والعمل الجاد. ويطلق مصطلح «المتعافي» (Recovered) على الفرد المتوقف عن التعاطي، والذي يسعى إلى تحقيق حياة أفضل بعد التعاطي (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992).

الانتكاسة Relapse

تعني الانتكاسة العودة إلى استخدام المادة الإدمانية بعد التعافي، بحيث يكون هذا الاستخدام بشكل منتظم. أما إذا كانت العودة لمدة محدودة، وكان الاستخدام لمرة واحدة أو عدد محدود من المرات، فهو في هذه الحالة يعرف بالانزلاقة أو الانتكاسة الصغيرة (Lapse Lefever, 1988).

الفصل الثاني عمل الكحول وتأثيراته Alcohol effects

مقدمة

لم يكن موضوع الكحول ليثير اهتمام أحد بهذه الصورة الكبيرة لولا ما ينتج عنه من آثار ومشكلات جسدية ونفسية وعقلية واجتماعية وأسرية واقتصادية ودينية. إن تلك الآثار السلبية لتعاطي الكحول - وليس فقط إدمانه - جعلت معظم الحكومات تحشد جهودها وأموالها وطاقاتها لحل المشكلات الناتجة عن الكحول، أو على الأقل التخفيف منها باستخدام استراتيجيات علاجية ووقائية متعددة ومختلفة وعلى كافة الأصعدة والمستويات.

إن تعدد أضرار الكحول والآثار السلبية المترتبة على استهلاكه والإدمان عليه جعلت منه مادة ثرية شغلت العلماء والمهتمين والمصلحين. ولذلك حُصصت الكثير من الكتب والمقالات العلمية، ومقالات الصحف والمجلات، وبرامج التلفزيون، ومحاضرات الخطباء والمربين والمصلحين للحديث عن تلك الأضرار في محاولة لتوعية الناس، وتثقيفهم بتلك الأضرار، وتعليمهم كيفية تجنبها، والتعامل مع المشكلات الناتجة عنها.

ونظراً إلى أن الحديث عن الآثار والأضرار السلبية المرتبطة بالكحول قد كتب عنها الكثير، ولأنها لا تخفى على فطنة القارئ، فسوف يتم التركيز في هذا الفصل على كيفية عمل الكحول في الجسم، وعلى الآثار والمشكلات الصحية الناتجة عن الشرب (سواءً على المدى القصير أو البعيد). ولذلك فإن الحديث عن آثار استهلاك الكحول ومشكلاته في الجوانب الأخرى سيتم بشكل موجز في الأسطر القادمة.

مشكلات الكحول

إن الآثار المترتبة على تعاطي الكحوليات - وكذلك الإدمان عليها - متعددة وكثيرة، سواء على المستوى الفردي أو الأسري أو المجتمعي. ولا تتركز هذه الأضرار على على جانب واحد فقط، بل إنها تشمل جميع الجوانب المرتبطة بالفرد والأسرة والمجتمع. فالأضرار تتعدى الجانب الصحي الجسدي لتشمل جوانب الصحة العقلية والصحة النفسية، وجوانب الأسرة، وما يحدثه الكحول من تهديد لوحدة الأسرة وشبكة العلاقات فيها. كذلك تشتمل أضرار الكحول على تأثر اقتصاديات المجتمعات، إما مباشرة من خلال ما يتسبب به الكحول من ضياع للوقت والمال وإهدار للعمل، أو بطريقة غير مباشرة من خلال ارتكاب الجرائم والسرقات، والعنف الأسري، وتشرد الأطفال والفقير، وارتكاب الحوادث المرورية القاتلة.

ولا تقتصر المشكلات المرتبطة بالكحول فقط على ما ينتج عن الإدمان عليه من مشكلات تطال المدمن نفسه وأسرته ومجتمعه، ولكنها تمتد لتشمل تلك المشكلات المباشرة الناتجة عن الشرب نفسه (حتى وإن لم يصل الفرد لمرحلة الإدمان؛ حيث تتعدد تلك المشكلات تبعاً لأنماط الشرب، وذلك مثل الشرب الثقيل (heavy drinking)، والشرب المتواصل أو الحاد (binge drinking)، وحتى تلك المشكلات الناتجة عن عدم سيطرة البعض على سلوكياتهم عند الشرب العادي (normal drinking). فاستهلاك الكحول يعد مسؤولاً (بشكل مباشر أو غير مباشر) عن العديد من الحوادث العرضية ذات العلاقة بالعمل، وعن العديد من حالات الانتحار وحالات القتل وجرائم العنف وحوادث السير (Watkins, Eisele, & Matthews, 2000).

وخلافاً لما هو معتقد من أن صناعة الكحول تدر أرباحاً كبيرة، فهي في الوقت نفسه تكبد الاقتصاد الوطني خسائر أكبر غير منظورة، فبينما تصل أرباح صناعة الكحول في المملكة المتحدة إلى ٧,٤١ بليون سنوياً تخسر ٤٣

بليون تقريباً سنوياً نتيجة للمشكلات ذات العلاقة بالكحول، (حاضري، ١٩٩٣). وبحسب (Glucksman 1994)، فإن الكحول يساهم في ٥٠,٠٠٠ حالة وفاة في السنة، ويحدود ٥٠٠,٠٠٠ حالة دخول مستشفى سنوياً في المملكة المتحدة. أيضاً فإن الكحول يعد مسؤولاً بشكل مباشر أو غير مباشر عن ٤٠٪ من دخول المستشفيات في بريطانيا. علاوة على ذلك، فقد تم تسجيل ما مجموعه ٦,٥٠٧ حالة وفاة و٨٢,٠١٤ دخول إلى المستشفى في عام ١٩٩٥ بسبب الكحول في كندا (Single, Reham, Robson, & Truong, 2000). أما في تايوان، فقد وجد أن الشرب أحد الأسباب الرئيسية للوفيات غير الطبيعية (Wang, & Chou, 1997). كما وجد أن اثنتين من خمس وفيات غير طبيعية لها علاقة بالكحول في السويد (Sjogren, Eriksson, & Ahlm, 2000).

ويرتبط الكحول أيضاً بالجرائم والعنف؛ ففي الصين مثلاً وجد Zhang, Welt, Wiczorek, & Messner (2000) أن الكحول يرتبط بجرائم العنف أكثر من ارتباطه بجرائم الملكية. وفي دراسة أجريت لاستكشاف إصابات الوجه في المملكة المتحدة، توصل Hutchison, Magennis, Shepherd, & Brown (1998) إلى أن ١١٪ من جميع إصابات الوجه ارتبطت باستهلاك الكحول، وأن ٢٤٪ من الإصابات الوجهية كان سببها الاعتداءات التي حدثت في الشوارع خارج الحانات العامة. وقد أشار كل من Ernst وآخرين (٢٠٠٠) بأن استعمال الكحول يرتبط بشدة بالعنف المنزلي. كما وجد أن هناك علاقة قوية بين الكحول وبين حوادث العنف الجسدي بين الزوجين (Leadley, Clark, & Caetano, 2000). وقد توصل Hutchison وآخرون (١٩٩٨) إلى أن النساء هن الأكثر عرضة من الرجال للمهاجمة في البيت.

ويعد الكحول أحد العوامل الرئيسية في ارتكاب حوادث السير ووقوعها، حيث تشير الدراسات إلى أن ٤٠٪ تقريباً من كل حوادث المرور العرضية القاتلة في كندا والولايات المتحدة في ١٩٨٦-١٩٨٧ كانت ذات علاقة بالكحول

(Naranjo & Bremner, 1993). وقد أشار المؤلفان إلى أن إحصائيات مشابهة تم التوصل إليها في المملكة المتحدة وأوروبا. وطبقاً لـ Margolis, Foss, & Tolbert (2000)، فإنه بين ١٩٩١ و١٩٩٦ تم تسجيل ما مجموعه ٣٣١٠ حالة وفاة لأطفال جميعها تضمّنت حوادث اصطدام ذات علاقة بكحول في الولايات المتحدة. علاوة على ذلك، ففي الأعوام بين ١٩٨٨ - ١٩٩٦ تم رصد ١٤٩,٠٠٠ طفل أصيبوا بجروح غير مميتة في حوادث اصطدام تسبب بها سائق شارب (Quinlan, Brewer, Sleet, & Dellinger, 2000).

فيما يتعلق بالكحول ومعدل الإنتاج، فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن مدمني الخمر يتغيّبون عن العمل بين ٣,٨ إلى ٨,٣ مرات أكثر من غيرهم (Watkins وآخرون، ٢٠٠٠). وكما يشير (Naranjo & Bremner 1993) بأن ٢٢٪ على الأقل من حوادث العمل العرضية كانت بسبب استعمال الكحول.

كيف يعمل الكحول في الجسم؟

يعد الكحول عقاراً مسكناً وعضواً في عائلة المخدرات المسكّنة المنومة (منصور، ١٩٩٨). وعلى الرغم من المشكلات الناتجة عن الشرب المفرط للكحول، إلا أن المستعملين المعتدلين والعرضيين للكحول - ممن يتمتعون بصحة طبيعية - غالباً لا يعانون من التأثيرات السلبية نتيجة لاستعمال الكحول. وقد أشارت العديد من الدراسات أن الكحول له تأثيرات مفيدة؛ مثل الاسترخاء، وتحفيز الشهية، وخلق إحساس معتدل بالغبطة (The Royal Colleges of Physicians, 1991). وهنا تجب الإشارة إلا أنه - كما سبق أن ذكر في أكثر من موضع في هذا الكتاب - أن فوائد الكحول المذكورة لا تسوّغ استعماله، حيث إن هناك مضار كثيرة قد تفوق تلك الفوائد. كما أن الجانب الديني والاجتماعي لتحريم الكحول يجب أن يلتزم به على الرغم من الفوائد المذكورة. وقد أشار القرآن الكريم إلى ذلك في قوله عز وجل: ﴿يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا﴾ [البقرة: ٢١٩].

هذا، ويحدث التسمم الكحولي إذا تم استهلاكه بكميات كبيرة، ذلك أنه يتصرف بوصفه مادة أجنبية في أيض الجسم Body's metabolism. إن هذا التسمم الكحولي يظهر على الفرد المفرط في الشرب بوصفه أماً شديداً في الرأس يسمى الصداع الكحولي (Hangover The Royal Colleges of Physicians, 1991). وقد تتطور سُمّية الكحول على المدى الطويل المدى إلى الإدمان وما يرتبط بذلك من أمراض؛ مثل التليف الكبدي (Cirrhosis (Schaefer, 1987).

وخلافاً للكربوهيدرات، والدهون، والبروتين، التي يمكن أن يصنعها الجسم، فإن الكحول مادة دخيلة لا يتم تركيبها داخل الجسم. وعلى الرغم من أن الكحول يعد غذاءً؛ لأنه يولد عدداً مركزاً من السعرات الحرارية، إلا أنه لا يغذي، كما أنه لا يولد الكميات المهمة المطلوبة من المواد المغذية كالفيتامينات، أو المعادن. والملحوظ أن أكثر الأغذية مجهزة للهضم من خلال المعدة بحيث يتم امتصاص المواد المغذية عن طريق الأمعاء الغليظة، إلا أنه بالنسبة إلى الكحول، فإن ٩٥٪ منه يتم امتصاصه مباشرة من خلال جدار المعدة أو الاثني عشر والأمعاء الدقيقة.

- وهناك عوامل مختلفة تؤثر في سرعة امتصاص الكحول في الجسم؛ منها:
- يتم امتصاص المشروبات الكحولية التي تحتوي على كميات كبيرة من الماء مثل البيرة ببطء أكثر من غيرها.
 - تؤخر الأغذية (الدهونية منها خصوصاً) عملية الامتصاص.
 - تسرع الأشرطة الغازية عملية إفراغ ما في المعدة إلى الأمعاء الدقيقة، مما يؤدي إلى سرعة امتصاص الكحول بصورة أكبر.
 - تؤثر حالة الشارب الجسمية والعاطفية (كالإعياء، والضغط) وكيمياء جسم الفرد بشكل متوقع على سرعة الامتصاص.
 - الجنس، فالنساء أكثر وأسرع امتصاصاً من الرجال للكحول.
- (The Royal Colleges of Physicians, 1991)

ينتقل الكحول من مجرى الدم إلى كلِّ جزءٍ يحتوي الماء من الجسم، وهذا يشمل الأعضاء الرئيسية؛ مثل الدماغ والرئتين والكلى والقلب، كما أنه يقوم بتوزيع نفسه داخل الخلايا وخارجها على حد سواء. ويتم إزالة ٥٪ فقط من الكحول من جسم الإنسان عن طريق النفس، والبول، أو العرق؛ أما الباقي فيتم أكسدتها أو تجزيئها عن طريق الكبد.

وتعد الكبد المحطة الرئيسية التي تقوم بتمثيل الكحول الإيثيلي وأكسدته.

فعند وصول الكحول للكبد، يحدث ما يلي:

- يتجزأ الكحول في خطوات أو مراحل بواسطة الإنزيمات، ولا يتبقى منه إلا ثاني أكسيد الكربون والماء الوحيد بوصفها نواتج عرضية.

- تبدأ الكبد في عملها في تجزئة الكحول بمعدل يصل إلى ٣, ٠ أونصة من

كحول الإيثانول الصافي لكل ساعة (ويعادل هذا أقل من أونصة واحدة من

الويسكي)، أما باقي الكحول (الذي لم تتم تجزئته) فيتوزع وينتشر عبر الدم

في أنحاء الجسم. وهنا تجدر الإشارة إلى أن تناول كأسين من الويسكي مثلاً

(٥, ١ أونصة تقريباً لكل كأس) قبل الوجبة، فإن الكحول يبقى في الجسم

لمدة ٣-٤ ساعات تقريباً. (Saltman, Hegenauer, & Christopher, 1979)

إن معدل عمل الكبد الثابت في عملية تجزئة الكحول تعني أن شرب

القهوة أو أخذ حمّام بارد (كما هو معتقد) لا يسرع بعملية الإفاقعة من السكر.

لذا فإن إعطاء القهوة إلى شخص ثمل بهدف إفاقته، قد لا ينتج عنه إلا بقاء

السكران في حالة يقظة، أو حدوث رعشة من البرد بعد الاستحمام. وتحدث

المشكلة إذا اعتقد السكران أو الأصدقاء بفاعلية القهوة أو الحمّام البارد في

الإفاقعة من السكر، والتصرف بعد ذلك على هذا الأساس كقيادة السيارة مثلاً.

بعد لحظات من تناول، يصل الكحول إلى الدماغ حيث (Nutt, 1999):

- يحفّز الأجهزة الأولية المنتجة للغبطة ويهيّجها.

- يضغط ويسكّن، مما ينتج عنه الهدوء والسكينة.

- يخدر.

- يتسبب في التتويم.

يتسبب الكحول - بعد تعاطيه بوقت قصير - في عجز الشخص على الكبح والحكم (inhibitions and judgment). ولذلك قد يبدو الشارب أكثر اجتماعية وأكثر وديّة وأكثر انفتاحية على الآخرين. ولذا نجد أن الفكرة القائلة «اشرب وتحرر» قائمة على بايولوجية الكحول في الجسم. أما فيما يتعلق بالجنس، فلأن الكحول يتسبب في منع الخجل الجنسي، فإن الكحول قد يشعر الشارب بالرغبة الجنسية. (ولهذا انتشر الاعتقاد بأن الكحول مثير للشهوة الجنسية). والحقيقة أن الكحول يعطل الوظيفة والأداء الجنسي، كما أنه في النهاية يضعف الرغبة الجنسية. وقد تنبه الشاعر شكسبير لتلك النقطة. حيث أشار إلى أن الخمرة تحفز الرغبة، ولكنها تفقد القدرة على الأداء (It provokes desire but it takes away performance) (البار، ١٩٨٦).

كما قد يؤدي تناول كميات كبيرة من الكحول إلى تغيرات في شخصية الشارب، فقد تؤدي إلى العدوانية والوحشيّة. كما قد يؤدي الشرب الكثيف إلى تغير جذري في المزاج (مثل الانتقال السريع من حالة الغبطة إلى رثاء الذات)، حيث يعد هذا التغير الجذري في المزاج من الخصائص المعروفة لحالات الثمالة.

هذا ويؤثر الكحول أيضاً على القدرة الحركية بصورة عكسية، ووظائف العضلات، وزمن ردود الأفعال، وحاسة النظر، والإدراك العميق، والرؤية الليلية. ولأن هذه القدرات هي ما يحتاجه الفرد لقيادة السيارة، ولأن هذه القدرات تتعطل حتى في حالة الشرب المعتدل، فإنه لا يجب أبداً قيادة السيارة في مثل هذه الحالة (Estes & Heinemann, 1986).

وبمواصلة الفرد في تناول المزيد من كؤوس الشراب، فإن الكحول يقلل من

وظائف الرئة والقلب، مما يؤدي إلى بطء التنفس والدورة الدموية. وقد يكون الموت هو النتيجة الحتمية إذا شلّ الكحول وظيفة التنفس بشكل كامل. إلا أن حدوث حالة الوفاة يعد نادراً؛ ذلك أن الجسم يقوم برفض الكحول الزائد عن طريق التقيؤ، أو أن يصبح الشارب فاقداً للوعي قبل أن يشرب جرعة قاتلة. هذا وتحدث جرعة الكحول الزائدة الحادة المؤدية إلى الموت في أغلب الأحيان في مواقف معينة مثل الشرب في الحانات أو الحفلات الصاخبة؛ حيث يتعرض الأفراد لعوامل تشجعهم على تناول كميات كبيرة من الكحول بسرعة.

أما ما يعرف بصداع الكحول، فهو مجموعة الأعراض الجسمية هي (Wall، وآخرون، ٢٠٠٠):

- صداع: يحدث نتيجة لعودة الأوعية الدموية في الرأس بعد توسعها بشكل كبير جراء شرب الكحول إلى وضعها العادي. وكما هو معروف أن عملية العودة تلك مؤلمة.

- اضطراب المعدة: حيث يقوم الكحول بتهييج البطانة المعوية، مما يؤدي إلى التهاب معوي حاد.

- الجفاف: يعمل الكحول مادة مدرة، فهو يقوم بتحفيز الكلى لمعالجة كمية من الماء وتصريفها أكثر من تلك التي تم تناولها.

ويعد صداع الكحول حالة انسحاب. فإذا تمت معالجة هذا الانسحاب بتناول مزيد من الكحول، فإن الكحول سيواصل التوزع في الدم، ولن تتم إزالته بالكامل. وقد يقوم البعض بأخذ الأمفيتامينات (amphetamines) (منشطة) للتخلص من الصداع، إلا أن ذلك مجرد إخفاء لعرض صداع الكحول فقط.

إن أفضل علاج لصداع الكحول هو الأسبرين، وتناول السوائل، والنوم، والوقت. إن الوقاية من حدوث صداع الكحول تكون من خلال الاعتدال في الشرب أو الامتناع عنه كلياً، وهو الأفضل حتماً.

التأثيرات الجسدية لإساءة استخدام الكحول

بما أن الكحول يتخلل كلّ خلية وعضو في الجسم بسهولة، فإن التأثيرات الجسدية للإفراط المزمن في الكحول تعد واسعة النطاق ومعقدة بشكل كبير؛ حيث تغزو الجرعات الكبيرة للكحول سوائل الجسم، وتتدخل في الأيض في كلّ خلية منه. فمثلاً: يؤثر الكحول في الكبد، ويعمل - مع مرور الوقت - على تدميرها، كما يؤثر في النظام العصبي المركزي، وفي المنطقة المعوية، والقلب. وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن المدى العمري لمدمني الخمر الذين لا يتوقفون يقل عن المتوسط بين ١٠ إلى ١٥ سنة (The Royal Colleges of Physicians, 1991).

ويقوم الكحول بإضعاف القدرة على الرؤية، كما يعطل الوظيفة الجنسية، ويبطئ من توزيع الدم في الجسم، وسوء تغذية، وحصر الماء (مما يؤدي إلى زيادة الوزن والانتفاخ). أيضاً يؤدي إلى اضطرابات البنكرياس والجلد (مثل حبّ شباب العمر الأوسط)، كما يؤدي شرب الكحول بصورة مفرطة إلى ضعف العظام والعضلات، ونقص المناعة.

ولأن الكبد هي العضو الرئيس لتجزئة الكحول في الجسم، فإنها هي الموقع الرئيس أيضاً الأكثر ضرراً نتيجة لاستهلاك الكحول. وتحدث الأضرار المرتبطة بالكبد على ثلاث مراحل هي (Singh & Hoyert, 2000; Wall, 2000) وآخرين):
- الكبد الدهنية Fatty Liver: وهي نشوء نسيج دهني شاذ في خلايا الكبد، يؤدي إلى تضخم الكبد.

- التهاب الكبد الكحولي Alcoholic Hepatitis: وفيه تنتفخ خلايا الكبد، وتلتهب، ثم تموت، مما يؤدي إلى الانسداد. ويعد التهاب الكبد الكحولي سبب للوفاة بمعدل ١٠-٣٠٪ من معدل الوفيات.

- التليف الكبدي Cirrhosis: وهو نشوء خلايا ليفية لتحل مكان الخلايا الصحية في الكبد، مما يعوق تدفق الدم خلال الكبد. وتتدهور العديد من الوظائف المختلفة للكبد نتيجة الانسداد، مما يؤدي إلى نتائج قاتلة في أغلب

- الأحيان. وقد وجد التليف الكبدي في ١٠٪ من الكحوليين تقريباً.
- إن كبد الإنسان إذا مرضت، تصبح غير قادرة على القيام بالعديد من الوظائف، فالكبد المريضة مثلاً:
 - لا تستطيع تحويل الجيلوكوجين glycogen المخزون الجلوكوز، ولذا ينخفض سكر الدم، وينتج عن ذلك ما يعرف بالسكري المنخفض hypoglycemia.
 - لا تستطيع إزالة السُّمِّيات والمخدرات الكحول من مجرى الدم بشكل جيد، كما لا تستطيع التخلص بشكل ملائم من خلايا الدم الحمراء الميتة.
 - لا تستطيع صناعة الصفراء (المساعدة لهضم الدهون)، ولا البروثرومبين (المساعد لتخثر الدم ومنع الكدمات)، ولا الزلال (المساعد على بقاء الخلايا الصحية).

هذا ويتسبب الكحول في الكبد في تغيير إنتاج الإنزيمات الهضمية أيضاً، مما يؤدي إلى منع امتصاص الدهون والبروتين، وكذلك نقص امتصاص الفيتامينات أ، دي، وكي (A, D, K) كما يؤدي نقص إنتاج هذه الإنزيمات أيضاً إلى الإسهال.

الدماغ والنظام العصبي المركزي

يتسبب الكحول بشكل كبير في اضطراب بناء النظام العصبي المركزي ووظيفته، فقد يعرقل القدرة على استرجاع المعلومات وربطها. كما أن شرب الكحول - ولو باعتدال - يُؤثر على القدرات الإدراكية للفرد. وبما أن شرب كميات كبيرة من الكحول تتداخل مع تموين الدماغ بالأوكسجين، فإن ذلك قد يؤدي إلى فقدان الوعي Blackout، أو فقدان الذاكرة المؤقت Amnesia خلال السكر. كما يؤدي الإفراط في الكحول إلى تدمير خلايا الدماغ، مما ينتج عن ذلك تدهور وضمور الدماغ. كما يغير الكحول من إنتاج الدماغ أيضاً للآر إن أي RNA ناقل جيني، والسيروتونين Serotonin مادة كيميائية مسؤولة

عن تضيق شرايين الدم ومدّها، والإيندورفين endorphins، كما أن الكحول يعدّ مسؤولاً عن تغيير إنتاج المخدر الطبيعي في الجسم، والذي يقوم بتخفيف الآلام التي تصيب الإنسان جراء الحركات الاعتيادية (The Royal Colleges of Physicians, 1991 ; Estes & Heinemann, 1986).

كما يتسبب الكحول في نشوء اضطراب عصبي يعرف بمتلازمة ويرنيكي كورساكوف Wernicke-Korsakoff's Syndrome ناتج عن نقص فيتامين بي B ومن الفعل المباشر للكحول في الدماغ (Manzo, Locatelli, Candura, & Costa, 1994). وتتضمّن أعراض هذا المرض النسيان، وفقدان الذاكرة القصير الأمد، وعدم معرفة المكان والزمان Disorientation، والهلاوس، والاضطرابات العاطفية، وازدواجية الرؤية، وفقدان السيطرة على العضلات. كما تتضمّن التأثيرات الأخرى للكحول على الدماغ ظهور الاضطرابات العقلية؛ مثل العدوان المتزايد، والسلوك اللااجتماعي، والكآبة، والقلق (Estes & Heinemann, 1986).

تأثيرات الكحول على الجهاز الهضمي

يتسبب الإفراط في شرب كميات كبيرة من الكحول في أحيان كثيرة في التهاب الفم، والمرىء، والمعدة. ومن المحتمل الإصابة بالسرطان في هذه الأعضاء، خصوصاً عند شارب الكحول المدخنين. هذا ويزيد الكحول الإنزيمات الهضمية للمعدة، مما يتسبب في إثارة جدران المعدة، والذي يؤدي بالتالي إلى حموضة معوية، وغيثيان، والتهاب معوي، وقرحة المعدة. وعادة ما يتسبب الشرب المتواصل (المزمن) في فقدان المعدة على القدرة على تحريك الغذاء بشكل كافٍ وطردها إلى الاثني عشر، مما يؤدي إلى ترك بعض الغذاء بصورة مستمرة في المعدة، بحيث يتسبب في بطء الهضم والتقيؤ. إضافة إلى ذلك، يؤدي الكحول في أحيان كثيرة إلى التهاب الأمعاء الدقيقة والأمعاء الغليظة (Estes & Heinemann, 1986).

تأثيرات الكحول على القلب

من ناحية صحية بحتة، قد يكون الشرب اليومي المعتدل جيداً للقلب (San Jose, 1999 وآخرون). ولكن للكثيرين، قد تكون مخاطر الشرب أكثر من منافعه. لدرجة أنه حتى في حفلة شرب واحدة قد يتعرض الشارب لاضطراب شديد في ضربات القلب. كما أن الشارب بكثافة يواجه خطراً متزايداً مع مشكلات ضغط الدم العالي، والنوبات القلبية، وأمراض القلب. إضافة إلى ذلك فإن الكحول قد يسبب اعتلال عضلة القلب. ولحسن الحظ، فإن التوقف عن الشرب يساعد في الشفاء من هذه المشكلة (Chen, 1999 وآخرون).

الأعراض الانسحابية

يتخلص جسم مدمن الكحول بعد توقفه الكامل عن الشرب من الكحول بعد 3-6 أيام. ويحدث له نتيجة هذا التوقف تأثيرات حادة وخطرة. وتتضمن ظواهر الانسحاب اضطرابات النوم؛ مثل الأرق، والهلوسة البصرية والسمعية، والتشوش الذهني، والتشنجات، ونوبات الصرع، وهذيان tremens مصحوب بالقلق والخوف الحاد، والهياج، ونبض القلب السريع، والحمى، والتعرق الشديد. ولذلك، فإن ترك الشرب والتوقف عنه بالنسبة إلى مدمني الكحول يجب أن يتم تحت إشراف طبي مؤهل.

متلازمة الكحول الجنيني

تعريف:

متلازمة الكحول الجنينية Fetal alcohol syndrome هي مجموعة من حالات الشذوذ الولادي غير القابلة للعلاج، والتي تحدث نتيجة مباشرة للشرب الكثيف أثناء حمل (Strissguth, 1986).

السبب:

الكحول، مثل أكثر المخدرات الأخرى، يمر بسهولة خلال مشيمة الأم، وفي مجرى الدم الجنيني. وفي الجنين يضغط الكحول النظام العصبي المركزي،

ويجب أن يتم تأييضه في الكبد غير الناضجة للجنين، ولكن كبد الجنين لا تستطيع معالجة هذه المادة السامة بكفاءة، نظراً إلى عدم اكتمالها. فيبقى الكحول في جسم الجنين لوقت طويل (حتى بعد ترك جسم الأم) فيظل الطفل غير المولود مسمماً بالكحول، وقد يعاني الطفل من الأعراض الانسحابية للكحول بعد أن يتخلص جسمه من الكحول (Strissguth, 1986).

التشخيص

عادة ما يكون الأطفال المولودون بمتلازمة الكحول الجنينية أصغر حجماً، ولهم رؤوس أصغر، ويعانون من عاهات الأطراف، والمفاصل، والأصابع، والوجه، بالإضافة إلى وجود عيوب في القلب. كما قد يوجد لديهم شق في منطقة الحنك، وتتناسق سيئاً بين الأعضاء (Strissguth, 1986).

وفي بعض الأطفال، لا تظهر متلازمة الكحول الجنينية إلا في سن المراهقة، حيث تظهر عليهم مشكلات فرط النشاط hyperactivity، وصعوبات الإدراك والتعلم. طبقاً لدراسة أعدها المعهد الوطني لإساءة استخدام الكحول والكحولية National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism فإن هذه المشكلات ما هي إلا أعراض لسوء الوظائف الدماغية الدنيا، والتي يعاني منها بين 5 و 19% من طلاب المدارس (Strissguth, 1986).

وقد بينت دراسات حديثة (Spong, Abebe, & Gozes, 2001) أن الأطفال المصابين بمتلازمة الكحول الجنينية، والذين هم في سن المراهقة الآن، يعانون من مشكلات جسمية جديدة؛ مثل التهابات الأذن، وفقدان الرؤية والسمع، ومشكلات الأسنان؛ حيث لم تكن تلك المشكلات ظاهرة عندما تمت دراستهم لأول مرة وهم في سن أصغر.

ولحسن الحظ، فإن نسبة مئوية قليلة جداً من الأطفال المولدين من أمهات كحوليات يعانون من متلازمة الكحول الجنيني. وعلى الرغم من أن الأسباب وراء تلك الظاهرة لا زالت مجهولة، إلا أنه يعتقد بأن بعض

الأطفال لديهم حساسية وراثية متزايدة تجاه الكحول. هذا وقد أوضحت بعض الدراسات وجود العوامل الأمومية الخطرة التي تزيد من احتمالية حدوث متلازمة الكحول الجنينية للأطفال المولودين، حيث تتضمن هذه العوامل (Strissguth, 1986):

- شرب مزمن للكحول أثناء الحمل.
 - مشكلات سابقة مع شرب الكحول.
 - وجود أطفال سابقين مصابين بالمرض نفسه.
 - كون الأم تنتمي للعرق الأمريكي الأفريقي African-American.
- كما أوضحت بعض الدراسات بأن النساء اللاتي يشربن الكحول بمعدل خفيف إلى متوسط يلدن أطفالاً بمشكلات عصبية وسلوكية غير ملحوظة مرتبطة بالكحول. وعلى الرغم من أن هذه المشكلات تعدُّ أقل حدةً من المشكلات التي يعاني منها أولئك الأطفال المولودون لأمهات يشربن الكحول بكثافة، إلا أن هذه النتائج تشير إلى أن تناول كميات قليلة من الكحول يمكن أن يتسبب أيضاً في مشكلات نمو ومشكلات سلوكية غير طبيعية. ولتجنب هذه المشكلة، فإنه على النساء الحوامل، وكذلك من ينوين الحمل، التوقف عن الشرب تماماً.

الفصل الثالث

النظريات المتعلقة بالكحولية

Theories of Alcohol Dependency

مقدمة

يعد استهلاك الكحول سلوكاً غالباً ما يؤدي إلى مشكلات. وهذه حقيقة من الصعب التنازع فيها. وعلى أية حال، فإن هناك العديد من النظريات التي حاولت فهم لماذا يشرب بعض الناس إلى الدرجة التي عندها تتضرر جوانب مختلفة من حياتهم (جسدية واجتماعية وعقلية واقتصادية).

لماذا الشرب؟

يرى معظم الناس في العالم الغربي الشرب نشاطاً ترفيهياً يرتبط بالاسترخاء، والمناسبات الاحتفالية والاجتماعية. وقد يستخدمه رجال المال والأعمال كي يساعدهم في إدارة أعمالهم. كما قد يستخدم البعض الشرب وسيلة لإذابة الحواجز الاجتماعية، والتغلب على التحفظ، وبدء المحادثة (Gomberg, White, & Carpenter, 1982). ففي مثل تلك الحالات (ومن وجهة نظر غير إسلامية) يمكن لكثير من الناس أن يشربوا دون جلب أي عواقب ضارة.

إلا أن الكحول - ومهما كان استخدامه آمناً - لا يمكن ضمان عواقبه (المباشرة وغير المباشرة، الحالية والمستقبلية) على من يشربه. إضافة إلى ذلك يمكن أن يتم تعاطي الكحول أيضاً وبخطورة أكثر، بوصفه أسلوباً لتجنب المشاعر غير السارة؛ كالتخفيف من الإجهاد والقلق أو مشاعر عدم الارتياح. وقد يصل الشرب لدى البعض إلى مستوى يعرضون فيه صحتهم وسعادتهم وسعادة الآخرين وسلامتهم للخطر.

وعلى الرغم من تحريم الكحول على المسلمين وعدم تقبله بوصفه نمطاً سلوكياً اجتماعياً، إلا أن البعض منهم يتعاطى الكحول لأسباب مختلفة، فبينما يشرب البعض تأثراً بغير المسلمين، يشرب آخرون للحصول على اللذة والاسترخاء، وبينما يشرب البعض مجازاة للأصدقاء، تجد من يشرب تقليداً للنجوم والمشاهير. كما أن هناك من يشرب هروباً من مواجهة المشكلات ونسيانها، والتخلص من القلق، أو اعتقاداً منهم بأن الشرب يجعل الحياة الجنسية أكثر متعة وإثارة (Al-Dakhil, 2002، البار، ١٩٨٦).

وهنا تجدر الإشارة إلى أن الله عز وجل قرر بأن الخمر فيه منفعة، ولكنه أيضاً قرر بأن الخمر مضرّة وأن المضرّة أكبر من النفع. حيث قال في محكم كتابه: ﴿يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا﴾ [البقرة: ٢١٩].

إن تلك الحقيقة عن وجود المنفعة في الكحول، والتي قررها القرآن الكريم في الآية السابقة، يجب أن تستثمر في الوقاية والعلاج من الكحول. فمن المبادئ الأساسية في التوعية الوقائية مثلاً أن تكون الرسالة صادقة، فلا يجب عند توعية الناس عن الكحول ومخاطره إغفال حقيقة حصول المنفعة أو اللذة من الشرب على الشارب أو نفي ذلك، والاكتفاء بذكر السلبيات فقط ليقنع الآخرين بتجنب الخمر؛ إذ إن المتلقي قادر على الملاحظة والفهم، ولا يمكن التحايل عليه، فها هو يرى البعض يشرب ولم يسرق مثلاً، أو لم يرتكب جريمة، وها هو يرى آخرين يشربون وهم يشعرون باللذة. فكيف يمكن تعليل ذلك؟ إذاً، على المربين والمعلمين والمعالجين وغيرهم من المهتمين الانتباه لمحتوى الرسالة التوعوية ودرجة صدقها. فمثلاً يمكن للمهتمين بالتوعية ذكر كل من المنفعة والمضرّة الناتجة عن استخدام الكحول، وتأكيد ذلك من النص القرآني بأن المضرّة أكبر من النفع، وأنه لهذا السبب جاء التحريم.

أيضاً، فيما يتعلق بالعلاج، فإن حقيقة المنفعة يمكن أن تستثمر في تعديل

السلوك الإدماني باستخدام وتطبيق مدخل السلوك المعرفي Cognitive-behavioral Approach ويتم ذلك في مناقشة تفكير المريض المدمن، وتعليقه بأن الكحول مفيد للصحة، أو أنه يحقق اللذة. عندها على المعالج أن يجاري المريض في ذلك ولكن يذكره بأنه لم يذكر إلا أقل من نصف الحقيقة، وأن الحقيقة كاملة هي أن الخمر فيها نفع، ولكن لها مضار كثيرة كما جاء بالقرآن الكريم، وأنها محرمة علينا نحن المسلمين.

متى يكون الشرب ضاراً صحياً؟

تذكر المصادر الطبية أنه بالنسبة إلى الرجال، فإن شرب ٣ إلى ٤ وحدات (وحدة الكحول الواحدة = قذح صغير من النبيذ Wine، أو جرعة واحدة من المشروبات الروحية القوية كالويسكي مثلاً Spirits أو ٢/١ نصف باينت من البيرة beer) أو أكثر من الكحول في اليوم يتسبب - على الأرجح - في حدوث أذى للشارب. أما بالنسبة إلى النساء، فإن عدد الوحدات المسببة للضرر تقل لتصبح ٢ أو ٣ وحدات أو أكثر من الكحول في اليوم (The Royal Colleges of Physicians, 1991). وتتزايد الأخطار كلما زادت عدد الوحدات المستهلكة.

إدمان الكحول

يعرف إدمان الكحول على أنه شرب غير طبيعي (يتسم بالإفراط في الشرب عادة) يؤدي إلى الاضطراب في الوظيفة الاجتماعية و/ أو تدهور في الصحة. ويتأثر نتيجة للسلوك الإدماني العديد من الناس، كالأشخاص المحيطين بالشارب، وأفراد عائلته، وأصدقائه، والمجتمع ككل. وبشكل أكثر تحديداً، فإن من أبرز المشكلات الناتجة عن إدمان الكحول تتمثل في (Wells, 1992):

- الضرر الجسدي: تلف دماغي، وتلف كبدي، والتهاب معوي، ومشكلات في القلب.
- الضرر النفسي: الكآبة، والقلق، والعدوان، والهديان، وحالات الانسحاب.
- مشكلات اجتماعية: في العمل، والاضطرابات العائلية، والصعوبات المالية، والقيادة تحت تأثير السكر.

الإفراط في الشرب

بشكل عام، هناك تقارب في نسب الأشخاص الذين يتعدون حدود الشرب بين المجتمعات (هذا في الدول التي تسمح قوانينها بالشرب)، إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن هناك أيضاً عدة عوامل - ومنها ثقافة المجتمع، وعلى الأخص ثقافة الشرب - تؤثر في زيادة تلك النسب أو نقصانها. فمثلاً تشير الإحصائيات إلى أن ٢٧٪ من الرجال و١٣٪ من النساء يفرطون في الشرب في المملكة المتحدة (Rutherford, 1988).

كما تشير الإحصائيات إلى أن فئة الشباب (١٨ - ٢٤ سنة)، من كلا الجنسين، هم على الأغلب أكثر الفئات إفراطاً في الشرب (The Royal College of Physicians, 1991).

وترتبط بعض المهن بسوء استعمال الكحول أكثر من غيرها؛ وذلك مثل العاملين بالحنات والممثلين والأطباء (The Royal College of Physicians, 1991). أيضاً، تشير الدراسات السكانية بأنه كلما زاد الاستخدام الكلي للكحول في مجتمع ما (مهما كانت ثقافة هذا المجتمع)، كلما زادت نسبة سوء الاستعمال. وتعد متغيرات معينة؛ مثل السعر، والتوفر، وسهولة الحصول على المشروب - جميعها - عوامل مهمة في حجم الاستهلاك الكلي للكحول، وكذلك في سوء استخدامه (The Royal College of Physicians, 1991).

النظريات المفسرة للإدمان

تفاوتت النظريات المفسرة لأسباب سوء استعمال الكحول؛ سواء من الناحية التاريخية أو من الناحية الجغرافية، حيث تنتشر العديد من النظريات المفسرة لشرب الكحول والإدمان عليه في الدول الغربية؛ مثل أوروبا والولايات المتحدة. ولعل من أبرز تلك النظريات:

- المدخل المرضي Pathological Approach، حيث ينتشر هذا المدخل بشكل أكبر في الولايات المتحدة، ومن قبل مدمني الخمر مجهولي

الاسم AA (Alcoholic Anonymous). ويتبع لهذا المدخل عدد من النظريات؛ منها النظرية المرضية؛ والنظرية الحيوية الكيميائية؛ ونظريات أمراض الدماغ Brain Pathology، ونظرية نقص التغذية Nutritional Deficiency، ونظرية الوراثة Genetic Theory.

- المدخل السلوكي Behavioral Approach. ويتبع لهذا المدخل عدد من النظريات؛ منها نظرية خفض التوتر Tension Reduction Theory، ونظرية التوقعات Expectations Theory ونظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory، وهي مفضلة في معظم المؤسسات العلاجية البريطانية.

- المدخل النفسي Psychological Approach. ويتبع لهذا المدخل عدد من النظريات منها نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory، ونظرية القوة Power Theory.

- المدخل الاجتماعي الثقافي Social and Cultural Approach. ويتبع لهذا المدخل عدد من النظريات؛ منها نظرية التفاعل الأسري Family Interaction Theory، ونظرية النسق التطوري Developmental System Theory، ونظرية تأثير الأقران Peer Society، ونظرية البيئة الاجتماعية Social Environment.

المدخل المرضي Pathological Approach

ويسمى أحياناً بالمدخل الحيوي الكيميائي Biochemical Approach، ويقصد به تلك النظريات والتفسيرات المتصلة بكل ما يتعلق بالبدن من عوامل وعمليات فسيولوجية وكيميائية. ومن النظريات التابعة لهذا المدخل:

النظرية الحيوية الكيميائية Biochemical theory

تفسر هذه النظرية الإدمان على أنه عرض مرضي لاضطراب نفسي تؤدي فيه مادتان منشطتان تحتويان على الكولين (الكولين choline مادة منبهة تحتوي على فيتامين، وتعمل على أداء الكبد لوظيفته، وعلى منع تكس الدهن في الكبد)، يطلق عليهما مادة التوتر Tension substance ومادة

التقرز . resentment sub-stance حيث يؤدي تعاطي الكحولي إلى تقليل هاتين
المادتين بوضوح (Schilit & Gomberg, 1991).

وقد أولى بعض العلماء اهتماماً بالبحث في (الأساس الكيميائي-
العصبي) neuro-chemical basis الذي يكمن وراء التعاطي القسري للعقاقير
والمخدرات، وافترضوا في ذلك أن هذا الأساس يكمن في (نظام الإثابة
للدوبامين) dopamine reward system الدوبامين مادة في الجسم منشطة
للجهاز لعصبي). ولقد استخدم الباحثون الكوكايين في تنشيط آليات
الدوبامين، ثم استخدموا عقاقير أخرى متعددة كالمنبهات؛ مثل الإمفيتامين
والنيكوتين، والمسكنات مثل الكحوليات. وفي ذلك يبدي بعض الباحثين تحفظاً
إزاء الأساس العصبي الفارماكولوجي neuro-pharmacological للإثابة التي
يحصل عليها المتعاطي من خلال نظام الدوبامين dopamine system في
الجسم، ذلك أن هذا التفسير يستند إلى افتراض ضمني بأن (إثابة تنبيه
الدماغ) brain-stimulation reward هي بمثابة أساس حيوي- وعصبي للدافعية،
وهو ما لم تقم عليه البيئة العلمية الكافية (Liebman & Cooper, 1989).

نظرية أمراض الدماغ Brain pathology

تنظر نظرية أمراض الدماغ إلى أن هناك حالة في لحاء المخ Cerebral
condition تعمل كاستعداد للتعاطي والإدمان، وتذهب في أحيان أخرى إلى أن
إصابة الدماغ هي نتيجة للتعاطي الشديد، وما يصاحبه من نقص غذائي.
وهذه الحالة ترتبط بفقدان التحكم في التعاطي. والواقع أن بعض المدمنين قد
تكون عندهم إصابة في الدماغ؛ إما نتيجة للتعاطي المستمر لمادة العقار أو
المخدر، أو نتيجة للجرعات الزائدة والتعاطي الكثيف، أو نتيجة للحوادث التي
تقع لهم وهم تحت تأثير العقار أو المخدر.

نظرية النقص الغذائي Nutritional Deficiency

تنظر نظرية نقص التغذية إلى الإدمان الكحولي على أنه يرجع إلى نقص

الثيامين في الجسم thiamine deficiency (فيتامين B1)، وتذهب نظريات أخرى إلى أن هذا الإدمان يكمن وراء نمط وراثي من الخصائص الأيضية metabolic الفردية التي تؤدي إلى الحاجة المتزايدة إلى الفيتامين (Lawson, Peterson, & Lawson, 1983).

ويتبين من هذا النموذج الغذائي في تفسير التعاطي والإدمان أن الظاهرة المرضية المعروفة بـ (متلازمة فرنيك - كورساكوف) Wernicke-korsakoff syn-drome هي نتيجة لنقص الثيامين بسبب التعاطي المستمر والثقيل للكحوليات، حيث يؤدي نقص الثيامين إلى إحداث إصابة في منطقة ما حول البطين في الدماغ brain per-ventricular areas تظهر أساساً في اختلال الذاكرة عند الشخص المدمن للكحوليات (Manzo, Locatelli, Candura, & Costa, 1994).

النظرية المرضية Disease Theory

اكتسبت هذه النظرية شعبية كبيرة بعد إلغاء قانون حظر الكحول في الولايات المتحدة في ١٩٣٣. وكما يشير إليه الاسم، فإن المدخل المرضي يدعم النظرة إلى أن الاعتمادية على الكحول مرض يفقد بسببه الشارب السيطرة على الشرب بمجرد أن يبدأ في الشرب. ولعل أهمية هذا المدخل في أنه يزيح المسؤولية في إساءة استخدام الكحول عن كاهل كل من الشارب والمشروب.

ويعد الطبيب النفسي جيلنيك E.M. Jellinek (١٩٦٠) هو المؤسس للنظرية المرضية أو ما يعرف بالنموذج المرضي. حيث نشر فيما بين ١٩٤٠-١٩٥٠ أبحاثاً المتعلقة بالنظرية المرضية. وقد أسهمت تلك الأبحاث وظهور بدايات نمو جماعة الكحوليين مجهولي الاسم AA (والتي تعتقد نظرية خاصة من هذا المدخل) إلى إقرار منظمة الصحة العالمية WHO رسمياً باعتبار الكحولية مرضاً في ١٩٥٥ (Lawson, Peterson, & Lawson, 1983).

السمات المشتركة والسمات المختلفة للنموذج المرضي

مما سبق يمكن القول: إن جميع النظريات المرضية تشترك فيما بينها

- بعدد من الافتراضات الأساسية (Avis, 1993)، هي:
- يختلف جميع من يعانون من المرض بشكل نوعي عن أولئك الذين لا يعانون منه.
 - تعاطي الكحول يعد نتيجة لسيطرة الكحول القسرية على الشارب وعلى الاشتياق غير الطبيعي للشرب، والذي يمكن أن يدفع الفرد للاستمرار بالشرب من كأس واحدة من الكحول فقط.
 - إن عدم التحكم والاشتياق أمران يتعذر إبطالهما، ولذا فإن الامتناع الكلي عن الكحول هو المخرج الوحيد للخروج من هذه الحالة (المرض).
 - وعلى الرغم من وجود سمات مشتركة، إلا أن هناك العديد من الاختلافات في التوجه العام للمدخل المرضي، والتي يمكن إجمالها فيما يلي:
 - يتبنى أحد النماذج المرضية فكرة أن الكحولية هي شذوذ جسمي أو كيميائي موجود في الفرد، بحيث يمنع هذا الشذوذ القدرة على (من خلال الأنزيمات) تمثيل الكحول غذائياً كما هي الحال في الناس العاديين.
 - بدلاً عن ذلك، فإن هناك نظرية أخرى تجادل بأن مثل هؤلاء الناس لديهم حساسية معينة في الدماغ من الكحول.
 - كما تؤكد نظرية ثالثة بأن الكحولية مرض عقلي، ومن أن هناك سمات معينة للشخصية الكحولية يتسم أصحابها بعدم التحصين من الاعتمادية على الكحول.
 - شعر جيلنيك بأن الشرب المكثف هو في البداية سلوك متعلم، إلا أن المرض الكحولي ينشأ في وقت معين من حياة الشارب عندما يصبح الشرب مفراطاً بطريقة متزايدة. ولم يصدّق جيلنيك أن الكحولي يفقد السيطرة على شربه كلّ مرة يتناول فيها كحولاً. وقد ميّز جيلنيك خمسة من أنماط الكحوليين راوحت من كحولي معتدل إلى كحولي شديد. ومن خلال هذا المتصل ميّز جيلنيك بين الاعتمادية النفسية psychological dependence والاعتمادية

الجسمية physical dependence، وبين الشرب المتواصل continual drinking والشرب العرضي episodic drinking.

- أما بالنسبة إلى جماعات الكحوليين مجهولي الاسم AA فهي تعتقد بأنّ هناك عاملاً بيولوجياً معيّناً موجوداً أصلاً في الفرد الكحولي سواء شرب الشخص أم لم يشرب. ولذلك فهذه الجماعة تعد الكحوليين الذين امتنعوا عن الشرب لعدّة سنوات ما زالوا مرضى، ولذا تطلق هذه الجماعة على من توقف عن الشرب من الكحوليين مسمى الكحوليين المتعافين.

النظرية الوراثية Genetic Predisposition Theory

هذه النظرية مرتبطة - بطرق مختلفة - بالمدخل المرضي. ويؤكد أنصارها أن النزعة للشرب المفرط تأتي نتيجة ميل وراثي؛ حيث يستند بشكل كبير على المدى الذي يحدث به الشرب في الأسر. ويدعم مؤيدو هذا المدخل زعمهم بالقول بأنّ ٥٠٪ من آباء الشاربين الإشكاليين و ٢٠٪ من أمهاتهم لهم تواريخ مشابهة للأبناء في إساءة استخدام الكحول (Paton, 1992).

وفي إطار ذلك توفرت بحوث عديدة عن المعطيات الوراثية للإدمان، وبخاصة تلك البحوث التي أُجريت على التوائم الأحادية monozygotic twins، والتوائم الثنائية (dizygotic twins)؛ حيث وجدت دراسة Kaij (1960) أن التوأم المتحدة أكثر من التوأم الأخوية من حيث نمو الإدمان الكحولي وشدته.

هذا وتعطي بعض الدراسات التي أُجريت على الأبناء بالتبني - مثل دراسة Goodwin (1974) - دلائل تؤيد وجود (استعداد وراثي) نحو إدمان الكحوليات، على الأقل من الذكور. فقد كان أبناء الآباء غير المدمنين - سواء نشأ هؤلاء الأبناء مع آبائهم البيولوجيين (الآباء بالولادة) أو مع آباء بالتبني - غير مدمنين. غير أن دراسة أخرى أظهرت نتائج مغايرة عندما أُجريت على فتيات بالتبني (Goodwin, 1977).

وفي إطار نظرية الاستعداد الوراثي، أشارت بعض الدراسات إلى وجود

سمة حيوية (فئات الدم، البروتينات المصلية) معروفة على أنها سمة موروثية، وأن ثمة علاقة بينها وبين الإدمان الكحولي؛ حيث وجد Schuckit (1994)، على سبيل المثال، أن أبناء المدمنين يظهرون ردود فعل شديدة أقل تجاه الكحوليات كما تقاس بمقاييس التقرير الذاتي، كما يظهرون دلائل للترنح الجسمي، وتغيرات في هرمونات عديدة بعد تعاطي الكحوليات، وشدة مثابرة التغيرات المتعلقة بمادة الإيثانول ethanol (الكحول الإيثيلي) وفقاً لمقاييس فسيولوجية كهربية.

وعلى الرغم من ذلك، فإن معارضي نظرية التأثير الوراثي يقللون من أهميتها نظراً إلى عدم وجود الأدلة الكافية لدعم نظريتهم، ولذا يقبل معظم الخبراء في حقل الكحول علم الوراثة بوصفه مساهماً في مشكلة إساءة استخدام الكحول، إلا أنهم لا يقبلونها عاملاً مسبباً أو مباشراً لإساءة الاستخدام.

نقد المدخل المرضي

شكّلت الفرضيات الأساسية للمدخل أساس المعالجة وأسلوبها لمدمني الخمر لعدة سنوات، بما في ذلك الأسلوب العلاجي الذي تبنته جماعة الكحوليين مجهولي الاسم في الولايات المتحدة. وما زال هذا المدخل مستخدماً بشكل كبير. إلا أنه - منذ الستينات - واجه هذا المدخل انتقادات متزايدة، مما أدى إلى ظهور عدد من النماذج المختلفة التي أثرت هي الأخرى على الخدمات العلاجية المقدمة لمدمني الكحول، وخصوصاً في المملكة المتحدة. ومن الانتقادات التي واجهت المدخل المرضي:

- كأس واحدة = ثمل واحد (One drink, one drunk)؛ فقد أُجري في ١٩٦٢ مسح اجتماعي يهدف إلى تتبع التقدم العلاجي طويل المدى لمدمني الخمر الخارجين من المصحات العلاجية. وقد وجد أن عدداً صغيراً منهم قد استطاعوا منذ خروجهم أن يشربوا بطريقة عادية لمعظم الوقت؛ حيث أدت نتائج هذا المسح إلى معارضة فكرة المدخل المرضي القائلة «كحولي مرة

واحدة، دائماً كحولي» (once an alcoholic, always an alcoholic) ومن أن الامتناع الكلي عن الكحول هو الخيار الوحيد أمام المدمن. هذا وقد أكدت دراسات لاحقة نتائج هذا البحث.

- جدلية الاشتياق: أعطت طبيبة نفسية تدعى (ماري) كميات صغيرة من الكحول لبعض مدمني الخمر بعلم البعض منهم، ومن دون علم البعض الآخر. ووجدت أن المريض إذا كان غافلاً بأن ما شربه كحول، فإن هناك دليلاً ضعيفاً على تزايد الاشتياق أو فقدان السيطرة لديه. وفي دراسة أخرى أوضحت النتائج بأن الكحوليين أظهروا اشتياقاً عندما قيل لهم بأن ما يشربونه كحول، حتى ولم يكن بالفعل كحولاً. نتائج تلك الدراسات أسهمت في إضعاف الأساس الفسيولوجي المتعلق بالاشتياق وفقدان السيطرة، وهما من السمات الرئيسية للمدخل المرضي.

- عوامل أخرى: أخفق المدخل المرضي في أن يحسب للعوامل الاجتماعية والبيئية حساباً، كما أغفلت الحقيقة القائلة بأن سلوك الشرب يحدث من خلال متصل، وبطريقة مستمرة ومتطورة. فمن خلال التركيز فقط على أنماط الشرب المكثفة بالنسبة إلى الكحوليين، أهمل المدخل المرضي أنواعاً مختلفة من الأضرار الاجتماعية والصحية، والتي كثيراً ما يواجهها معظم الناس ممن يشربون بطريقة معتدلة.

- التأثير الوراثي: تفترض النظريات البيولوجية وجود تأثير جيني له علاقة بالاستعداد للإصابة بمرض الكحولية (Murray, 1983). إلا أن الدراسات الجينية التي أجريت على التوائم الكحوليين لم تجد علاقات ذات دلالة واضحة لتأثير الجينات على الإصابة بمرض الكحولية. كما أخفقت تلك الدراسات في التمييز بين التأثيرات الجينية والبيئية التي تتسبب، على سبيل المثال، في ظهور حالة إدمان الكحول لابن من والدين غير كحوليين. في الوقت الذي بدأت تقل فيه - بشكل كبير - هيمنة المدخل الحيوي

الكيميائي بسبب الانتقادات القوية التي وجهت له، كان من الأهمية بمكان من تعديل النظرة للشاربين الإشكاليين (مدمني الخمر) بوصفهم أشخاصاً ضعفاء ويستحقون التعنيف أخلاقياً، مما يفتح الطريق للبحث عن مسببات أخرى للاعتمادية على الكحول، وبالتالي إيجاد طرق أخرى ممكنة للعلاج.

المدخل السلوكي Behavioral Approach

ظهر المدخل السلوكي بوصفه رد فعل لنظريات التحليل النفسي. ومن أبرز النظريات التي تفسر تعاطي الكحول والإدمان عليه وفقاً لهذا المدخل نظريات التعلم الاجتماعي، ونظرية خفض التوتر، ونظرية التوقعات.

نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

تعد نظريات التعلم الاجتماعي البديل الأساس للمدخل المرضي؛ حيث تؤكد نظريات التعلم الاجتماعي أهمية العمليات الرمزية وعمليات المحاكاة والتنظيم الذاتي في السلوك الإنساني، وأهمية المعرفة التي تؤدي وظيفة أساسية في التعلم الإنساني.

وفيما يتعلق بشرب الكحول، فإن نظريات التعلم الاجتماعي تنظر إلى أن الشرب، كأى سلوك إنساني، هو سلوك متعلم. فتعاطي الكحول ما هو إلا نشاط وظيفي يهدف إما للحصول على نتائج سارة، أو لتجنب خبرات غير سارة مثل القلق. ومن خلال تأثير هذا الأساس النفس فسيولوجي، تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية اجتماعية؛ مثل الثقافة، وتأثير الأقران، والأسرة، والمهنة، والشخصية، والثقافة الفرعية، وقيمة ومدى توفر الكحول (Heath, 1990).

وتعمل كل هذه الخصائص سوية لتشكيل الكيفية التي يستجيب بها مختلف الناس بطريقة مختلفة للأحداث وظروف الحياة. فعلى سبيل المثال: سيشرب قليل من الناس، بشكل مكثف جداً، كرد فعل على الطلاق، أو فاجعة، أو فصل من وظيفة، أو الوحدة إلخ. وقد يشرب البعض أكثر لفترة قصيرة، وآخرون قد يشربون لفترة طويلة المدى. ولهذا يتفاوت الشرب لدى معظم الناس من وقت

لآخر. وتعد عوامل - مثل وجود علاقة أسرية جيدة ومستقرة، والتقدم في العمر - من الأمور التي تساهم في تخفيف نمط الشرب المكثف لدى الشباب. ويجادل مؤيدو هذا المدخل بالقول: إن الاستمرار في الشرب لا يؤدي حتماً إلى تدهور مستمر، ولكن الأمر يخضع لتأثيرات واحتمالات مختلفة. ولذا فإن مصطلحات كالكحولي أو الكحولية تعبيرات مكروهة بين أنصار هذا المدخل، وبدلاً من ذلك، فهم يفضلون استخدام مصطلح الشارب الإشكالي (Problem drinker، والشرب الإشكالي Problem drinking).

لقد لقيت نظرية التعلم الاجتماعي قبولاً واسعاً؛ لأنها قدمت تفسيرات ذات جدوى عن الأسباب التي تجعل بعض الناس يبدوون في التعاطي، ولماذا يستمرون في التعاطي؟ فالتعاطي والإدمان أنماط سلوكية متعلمة يكتسبها الفرد في سياق تفاعلاته مع الوسط المحيط به، وتعزى بداية التعاطي، وفقاً لهذه النظرية، إلى عدة أسباب (Eiklboon & Stewart, 1982):

- أن التأثيرات المباشرة لتعاطي الكحول والمخدرات قد تحدث عند الفرد شعوراً باللذة وتعزيزاً إيجابياً (positive reinforcement).
- اعتقاد الفرد بأن التعاطي له فائدة تتفق مع معايير الشخصية توسيط معرفي.
- أن الفرد قد يتعلم التعاطي من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم (الأنموذج modeling).

وبناء على تلك النظرية، فإن سوء التعاطي، أو التعاطي الكثيف للكحول، قد يكون بمثابة «استجابة تكيف» (coping response) فالكحوليات تعرف بأنها مادة مثبطة، إلا أن تأثيرها غالباً ما يفسره المدمنون لها على أنها ترفع من قدرتهم على المواجهة والتكيف، وهذه الاستجابة من شأنها أن تعطيهم إحساساً بالقوة، وكذلك شعوراً بالتخلص من المسؤولية، أو بتخفيف الأعباء والضغط عليهم. ولهذا فإن الأشخاص المتعاطين والمدمنين سوف يستمرون في التعاطي ما داموا ينظرون إلى

مواد الكحول بصفته مصدراً لتأثيرات مرغوبة (Lang & Marlatt, 1982). وتعد المحاكاة والتقليد والنموذج - حسب نظرية التعلم الاجتماعي- أساليب أو عمليات يتم عن طريقها تعلم أنماط الشرب. فقد أشارت دراسة تجريبية أجريت على طلاب جامعيين يشربون بطريقة مكثفة أن معدل الشرب لديهم اتجه للانخفاض بعد رؤيتهم لنموذج لا يشرب، أو يشرب ولكن بطريقة معتدلة. كما أن معدل الشرب لدى الطلاب الذين كانوا يشربون باعتدال ارتفع بعد مشاهدتهم لنموذج يشرب الكحول بكثافة (Candill & Marlatt, 1975). وقد استفاد الباحثون من نظرية التعلم الاجتماعي في تفسير سوء استخدام العقاقير والمخدرات من خلال مفهوم «التعزيز السالب» negative reinforcement فالكثير من المدمنين قد تعلموا أنهم يستطيعون تجنب الآثار المؤلمة للأعراض الانسحابية أو خفضها عن طريق الاحتفاظ بنسبة تركيز الكحوليات في الدم بمستوى معين. وكلما أخذ هذا المستوى في الانخفاض، كلما شعر المدمن بعدم الارتياح من الأعراض الانسحابية (الناجمة عن خفض التعاطي أو وقفه). وهذه الأعراض يمكن تجنبها عن طريقة تعاطي مزيد من الكحوليات. ولهذا فإن التعزيز السالب يزيد من احتمالية استمرار التعاطي الكثيف. ولذا، فإن العلاج - حسب نظرية التعلم - لا يقوم على وجوب الامتناع الكلي طالما أنه من الممكن تعديل العوامل الفاعلة أو المؤثرة أو معالجتها. فعلى سبيل المثال، قد يكفي لمساعدة الشارب الإشكالي القيام بتغيير محيطه الاجتماعي أو عمله، بهدف إزالة الدافع وراء شربه المكثف، في الوقت الذي يمكنه مواصلة الشرب باعتدال. ويشار إلى هذه النتيجة بعملية التحكم بالشرب Controlled Drinking. وقد أظهر تقرير راند Rand في ١٩٨٠، بعد متابعة واسعة النطاق للشاربين المعالجين أن المتعدين كليا والشاربين العاديين لديهم فرص متساوية في تجنب الانتكاسة. وعلى الرغم من أن الشاربين الإشكاليين الأكثر معاناة، تحسّنوا بطريقة أفضل من خلال الامتناع عن الشرب، إلا أن الامتناع - بوصفه هدفاً

علاجياً - لم يكن هو بحد ذاته العامل الوحيد في هذا التحسن، بل كانت هناك عوامل مهمة ساعدت في تحسينهم، منها اجتماعية مثل العمر والحالة الاجتماعية والعمل.

غير أن نظريات التعلم الاجتماعي تتعرض للانتقاد؛ لأنها لا توضح - بشكل كاف - السبب وراء إيذاء الذات غير المنطقي المرتبط ببعض مستويات استهلاك الكحول.

التعلم المعرفي الاجتماعي Cognitive-social learning Theory

تنبثق هذه النظرية عن نظرية التعلم الاجتماعي، وتعرف كذلك بنظرية الإدراك السلوكي، وهي تحاول توضيح الدافع وراء الإصرار على الشرب، على الرغم من النتائج السلبية جداً التي يواجهها الشارب نتيجة لشربه.

ويركز دعاة هذه النظرية على تفكير الشارب، والذي يرتبط بقوة مع الكحول بالتأثيرات الإيجابية قصيرة المدى، والتي لها الأولوية على التأثيرات أو العواقب السلبية متوسطة أو بعيدة المدى. هذا التعليل القائم على حكم ذاتي (شخصي) يعطي الشارب الرخصة للاستمرار في الشرب حتى ولو كان ذلك مبنياً على التفكير السلبي بشكل كبير (Niaura, 2000). فعلى سبيل المثال: قد يشرب ممتع سابق (متوقف عن الشرب) كأسين من الشراب، وقد يستمر في الشرب على أساس أنه قد خذل نفسه، وأكد عدم قدرته على السيطرة على كمية الشرب.

وبعكس أنصار النظرية المرضية، فإن أنصار نظرية التعلم يرفضون فكرة الاشتياق Craving وفكرة فقدان القدرة على التحكم Loss of Control. (Drummond, 2001) وبدلاً من ذلك، فهم يجادلون بأن الرغبة القوية للمتعة المتوقعة من استهلاك الكحول تختلف عمماً يدعيه أصحاب النظرية المرضية من أن هناك احتياجاً داخلياً للكحول يدفع الشخص للشرب. ولذلك تأخذ نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي في الحسبان العوامل الموقفية، وما يصاحبها من

أشكال إدراكية وانفعالية لتشكل ضغوطاً على الفرد لكي يشرب الكحول. وبناءً على ذلك فإن هذا المدخل يدعو المعالجين إلى محاولة فهم هذه العوامل الموقفية والمعرفية والانفعالية، وبالتالي محاولة ابتكار استجابات بديلة لمواجهة هذه المواقف عالية المخاطر؛ ومثال ذلك: القيام بتعليم الفرد مهارات رفض الشراب في مواقف معينة.

نظرية خفض التوتر

تتضمن هذه النظرية عدة مفاهيم؛ وهي: التوتر (حالة حافزة عالية، وحالة مؤلمة)، والقلق، والتعزيز. فالتعاطي للكحوليات يصبح هو «المعزز»؛ لأنه يؤدي إلى خفض التوتر. والواقع أن الافتراض بأن تعاطي الكحوليات يقلل (أو يجنب) من التوتر قد اختلف بشأنه نتائج البحوث التجريبية وفقاً لنوع وطول مدة الضغوط التي يفترض أنها أساس التوتر، ولقدار الكحوليات المتعاطاة، ولل فروق الفردية في الاستهداف للضغوط (Kalodner, Delucia, & Ursprung, 1989). فقد أظهرت بعض النتائج أنه إذا أعطي للمفحوصين كحوليات في حالة توقعهم أمر ضاغط، فإن تأثير الكحوليات يكون هو استدعاء التوتر، وكذلك خفض التوتر. وقد تبين أيضاً حدوث فروق فردية بين المفحوصين من حيث الاستهداف لإدمان الكحولي والحساسية للكحول تحت ظروف الضغط والشدة، وذلك مثل الضغوط الدراسية (Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2004).

كذلك تنظر هذه النظرية إلى أن المتعاطين للكحوليات إنما يتعاطونها بسبب خواصها من حيث تخفيف التوتر، ولكن نتائج البحوث بشأن هذا الافتراض غير واضحة، فقد يقرر البعض أنهم يتعاطونها للتخلص من الشعور بالضيق والألم، وقد يقرر البعض الآخر أسباباً إيجابية من وجهة نظرهم، وهي الاحتفال، والاجتماعية، وتحقيق اللذة. ولذا تبقى مشكلة البحث في الفروق بين الجنسين والفروق العمرية والإثنية قائمة في هذا الشأن (MacAndrew, 1992).

نظرية التوقعات Expectations Theory

تعتمد نظرية التوقعات في تفسيرها للإدمان على العوامل المعرفية، وخصوصاً ما يتوقعه الفرد من نتائج أو عائد لما يقوم به من سلوكيات. وبناءً على هذا المفهوم، فإن الفرد يقدم على تعاطي الكحول أو المخدر لتوقعه بالحصول على نتائج مرجوة. فالتوقع مثلاً بأن تعاطي الكحول يزيد من الرغبة الجنسية، أو أنه يخفف التوتر، أو يحقق اللذة، أو يحقق الاعتراف الاجتماعي بين الأقران، يدفع الفرد للتعاطي. هذه التوقعات يجري اكتسابها وتعلمها من خلال الأسرة والأصدقاء والجماعات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد (Oei & Baldwin, 1994).

وفي الجوانب العلاجية للإدمان، يجري استخدام مقاييس مبنية على نظرية التوقعات لتقدير مدى استعداد الفرد المدمن للعلاج. فقد وجد أنه كلما زادت التوقعات الإيجابية لدى الشخص من التعاطي كلما كانت رغبته أقل في العلاج والإقبال عليه. فالتوقعات الإيجابية للكحوليات على أنها معزز قوي بمثابة مُنبئات عن عدم الاستمرار في العلاج وإنهائه في مرحلة مبكرة من العملية العلاجية وعن نتائج غير فعالة للعلاج.

المدخل النفسي

اكتسب التفسير النفسي لتعاطي الكحول والمخدرات والإدمان عليها قبولاً واسعاً من المهتمين بقضايا الإدمان. ذلك لأن هذا المدخل استطاع أن يجد تفسيرات للإدمان لم تستطع النظريات الحيوية المرضية والوراثية إيجاد تفسير لها.

ويعتمد المدخل النفسي في تفسيره للإدمان على مفهوم الشخصية. حيث يرى هذا المفهوم أن المدمنين يصبحون كذلك لأن لديهم استعداداً للإدمان بسبب خصائص شخصياتهم، والإدمان ذاته يعد عرضاً من أعراض هذه المشكلة الكامنة (Gossop, 1994).

وانطلاقاً من مفهوم الخصائص الشخصية، فقد شاع لتفسير الإدمان مفهوم آخر أكثر تحديداً يعرف بمفهوم الشخصية الإدمانية Addictive Personality. وهو مفهوم قد أثار جدلاً سواء عند الاختصاصيين أو غير الاختصاصيين، ذلك أنه لا يوجد نمط فريد للشخصية يسبق الإدمان أو سوء استخدام العقاقير والمخدرات؛ فالمدمنون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص الذين يختلفون من حيث النوع، والعمر، والطبقة الاجتماعية، والإثنية، والعقاقير المستخدمة، وأساليب التعاطي، والأعراض النفسية المرضية المصاحبة وهكذا. هذا إضافة إلى التباين الشاسع في الاتجاهات المجتمعية والقانونية نحو المجموعات المختلفة من المتعاطين ونحو العقاقير المختلفة والأساليب المختلفة للتعاطي ولهذا فإنه في مقابل «الشخصية الإدمانية» الفريدة والكلية يطرح مفهوم عن بعض «السمات السلوكية الاستعدادية» predisposing behavior traits وهذه السمات قد تكون كاملة في عديد من الشخصيات. ومن هذه السمات السلوكية التي وجد أنها ترتبط بنمو سوء استخدام العقاقير والمخدرات (Gossop, 1994):

- صعوبات في التحكم في الاندفاعات (السلوك الاندفاعي).
- صعوبات في مواجهة الضغوط، بما فيها من مشكلات تحمل الإحباط.
- أنماط سلبية - السلوك الاعتمادي على الغير مثلاً.
- التمرکز حول الذات مع أنماط سلوكية أنانية ذاتية (مثل كثرة المطالب والاستحواذية).
- سلوك مضاد للمجتمع.

هذا ويندرج تحت مفهوم الشخصية في تفسير الإدمان نظريتان، هما التحليل النفسي، والحاجة إلى القوة.

نظرية التحليل النفسي Psychoanalytical Theory

حيث ينظر المحللون النفسيون إلى أن شرب الكحول بطريقة مدمرة ينشأ استجابة إلى خبرات الطفولة؛ حيث أشار بعض علماء التحليل النفسي إلى

إدمان الكحول على أنه «عصاب اندفاعي» impulse neurosis ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فمية oral frustrations أثناء الطفولة. ولذا فإن الشخص الذي يصبح مدمناً هو في أساسه التكويني يوسم بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) والمطالبية (كثرة المطالب)، حيث يحقق التعاطي بالنسبة إلى الشخص المدمن وظائف متعددة: فالتعاطي يعمل بمثابة اللهاية (أداة تستخدم لتلهية الأطفال الرضع) للإحباط والغضب، ووسيط نشط للتنفيس عن حفزاته العدوانية الكامنة نحو والديه وأصدقائه، وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات الماسوشي، وإشباع رمزي للحاجة إلى الحب والعطف، وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسج مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية (Barry, 1988).

نظرية الحاجة إلى القوة Need for Power Theory

يرى أنصار هذه النظرية أن الإخفاق في تحقيق القوة الاجتماعية Social Power يؤدي إلى حالة من القلق تدفع إلى التعاطي لتحقيق إحساس بدائي مشبع ذاتياً بالقوة الشخصية Personal Power. فالتعاطي في مثل هذه الحالة يعوض الفرد المتعاطي عن قوته الاجتماعية بقوة مصطنعة يشعر بها أثناء الشرب.

المدخل الاجتماعي الثقافي

يرتكز هذا المدخل في تفسيراته للإدمان على الأسرة والأقران والبيئة الاجتماعية والثقافية. ومن النظريات التابعة لهذا المدخل: نظرية التفاعل الأسري، ونظرية النسق التطوري، ونظرية مجتمع الأقران، ونظرية البيئة الاجتماعية، والنظرية الثقافية.

نظرية التفاعل الأسري Family Interaction

ترتكز هذه النظرية على عمليات وأساليب التفاعل بين الوالدين والأبناء، ولذا فإنه يفسر الإدمان بأنه يرتبط باضطراب نظام العلاقات في الأسرة،

وبعلاقة الوالدين بالأبناء، وبوجود اختلالات في نمط التنشئة الوالدية، وبالتأثيرات الوالدية على الأبناء، كما تتمثل في غياب الوالدين أو أحدهما وبخاصة الأب، والتوتر في المناخ الأسري، والنبذ والإهمال، والتباعد الانفعالي، ونقص استجابة الوالدين للأبناء أو اختلالها (Kaufman & Pattison, 1982).

ويتمثل العامل الأساسي في اضطراب البيئة الأسرية في اضطراب وظائف الوالدين وما يرتبط بها من أساليب وممارسات خاطئة أو شاذة في تنشئة الأبناء ورعايتهم وفي تلبية حاجاتهم، وهو ما يحدث نتيجة للإدمان الكحولي الوالدي parental alcoholism مثلاً. والملاحظ في هذا الشأن أيضاً أن الإدمان كثيراً ما يرتبط بالتصدع الأسري، وهو ما يرتبط هو الآخر بوجود البيئة المهيئة لنشوء الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية كالجنح والسلوك المضاد للمجتمع والإدمان (Seixas & Youcha, 1985).

نظرية النسق التطوري Developmental System Theory

وفقاً لهذه النظرية، فإن الأسرة يمكن النظر إليها على أنها منظومة الكل فيها أكبر من جميع الأجزاء (أعضاء الأسرة). فالأسرة هنا بوصفها نظاماً تعمل بطريقة متوازنة، تتحدد من خلاله طبيعة العلاقات بين الأعضاء، وكذلك حدود الصراع. كما أن هذا النظام يمر بمراحل تطورية ودورات حياة مختلفة؛ فالطفل الأول للزوجين يعد مرحلة جديدة في حياة الأسرة (Mothersead, 1998 وآخرون). ووفقاً لهذا المفهوم، فإن الإدمان يحدث نتيجة لاختلال التوازن الناتج عن اختلال العلاقات داخل الأسرة. كذلك فإن إدمان الفرد وفقاً لهذه النظرية هو مرض يؤثر في باقي الأعضاء داخل الأسرة، ولذا شاع مفهوم مرض الأسرة Family Disease ومصطلح الأسرة الاعتمادية Co-dependent Family تعبيراً عن مرض الأسرة ككل، نظراً إلى ما يحدثه إدمان أحد أعضائها من اضطراب داخلها وبين أعضائها.

نظرية مجتمع الأقران Peer Society Theory

تري هذه النظرية أن الأقران - وخاصة في مرحلة الشباب كمجموعات - تتكون لديهم ثقافة خاصة بهم تجمعهم فيها توجهات وأفكار وقيم اجتماعية وتقاليد متشابهة وخاصة بهم، بحيث يصبح من لا يتبع تلك الثقافة عضواً خارجاً عنها (Rose, 1999). ولذا، فإن الأعضاء يشجع بعضهم بعضاً من خلال تفاعلهم. وقد تشجع هذه الجماعة الثقافية الصغيرة بعضها بعضاً على ممارسة بعض السلوكيات المنحرفة أو غير العادية. بحيث يشعر الفرد الذي لا يقوم بممارستها بأنه شاذ عن الجماعة. وطبقاً لهذا المفهوم فإن تعاطي الخمر ينشأ بتأثير جماعات الأقران الذين يرون فيما بينهم أنه سلوك مقبول، ويشجعون بعضهم بعضاً على ممارسته. ليس هذا فقط، بل إن الأقران يؤثران أيضاً في أنماط الشرب وكيفيته، وكمية المشروب ونوعيته.

نظرية البيئة الاجتماعية Social Environment

يرى أنصار هذه النظرية أن هناك عوامل خارجية تدفع الفرد إلى التعاطي، وأن البيئة بمتغيراتها المختلفة (مثل المتغيرات السكانية والعرقية العمرية والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، والعمل أو المهنة، والمستوى التعليمي، والمعايير الاجتماعية، والقيم الدينية ونظم المعتقدات والتقاليد) تعد محددات مختلفة للتعاطي والإدمان. وفي هذا الصدد، فقد أجريت العديد من الدراسات التي تؤيد هذا الاتجاه؛ مثال (Wallace, 1999 ; Peirce, Frone, Russell, & Cooper, 1994).

النظرية الثقافية Cultural Theory

يركز على العوامل الثقافية التي تشجع في جماعة من الجماعات، وتمثل أسلوب حياة تلك الجماعة. ولذا تؤكد التفسيرات الثقافية للتعاطي والإدمان أهمية أثر الاتجاهات والمعتقدات والقيم السائدة في المجتمع (Engs, Hanson Glikzman, & Smythe, 1990). وتحدد دراسة مبكرة عن الفروق الثقافية في معدلات الإدمان الكحولي ثلاثة متغيرات ثقافية اجتماعية تؤثر

في تلك المعدلات؛ وهي: العوامل الدينامية، أو الدرجة التي يصل إليها التوتر في المجتمع نتيجة لثقافته، والمعايير الثقافية المتعلقة بمواد العقاقير والمخدرات وسلوكيات التعاطي والإدمان، ثم إلى أي حد توفر ثقافة المجتمع أساليب بديلة للتعامل مع الضغوط.

وقد ينطوي تعاطي بعض أنواع العقاقير والمخدرات على بعض المعتقدات التي يتشاركها أبناء المجتمع أو قطاعات كبيرة منه؛ مثل شيوع تعاطي الكحوليات في المجتمعات الأوروبية والأمريكية، وشيوع تعاطي الأفيون في الصين في القرن الماضي، وتعاطي القات في اليمن، وكذلك تباين بعض أنواع مواد العقاقير والمخدرات وأساليب التعاطي وفقاً لتباين المستويات الاجتماعية الاقتصادية والثقافية، ففي «ثقافة الفقر»، أو في «المناطق أو الأحياء المحرومة ثقافياً» قد يشيع أنواع ومستويات معينة من العقاقير أو المخدرات، كما قد تتباين أنواع مواد العقاقير والمخدرات وأساليب وشدة تعاطيها وفقاً لمتغيرات البيئة (ريف، حضر، صحراء، مناطق ساحلية، مناطق داخلية، مناطق صناعية، مناطق حارة، مناطق باردة.. إلخ)، كما تؤثر الظروف التاريخية التي تمر بها بعض المجتمعات - مثل الحروب - في زيادة معدلات شيوع التعاطي والإدمان (Goldman, 2000).

متلازمة اعتماد الكحول

تعد متلازمة اعتماد الكحول نقلة مهمة في فهم المشكلات المرتبطة بالكحول، وذلك لمحاولتها التعرف إلى السمات المميزة للشرب الإشكالي بدلاً من البحث في مسبباته. ومن خصائص هذا المدخل أنه يمكن استخدامه بالارتباط مع أي مدخل آخر، كما أنه يجيّد العديد من التناقضات بين المدارس الفكرية المختلفة عن طريق تجنبها.

ويؤكد مؤيدو هذا المدخل بأن تلك السمات ما هي إلا علامات أو دليل للعمل، إلا أن أهميتها تتمثل في التعرف إلى النهاية الحتمية لطريق (متصل)

الشرب، وبالتالي يمكن تصميم العلاج بطريقة أكثر ملاءمة.

الميزات الرئيسية لمتلازمة اعتماد الكحول

- أعراض انسحابية: تعرق، وغثيان، ورعشات، ووجود هذيان ولو أنه أقل شيوعاً.
- التحمّل المتزايد للكحول: الاحتياج لشرب كميات أكبر من الكحول للحصول على التأثير نفسه.
- تقليص عادات الشرب: مثل شرب النوع نفسه في البيئة نفسها.
- أهمية الشرب: يكون للشرب الأولوية على العائلة، أو العمل وأي عوامل أخرى.
- شرب الإغاثة: الشرب المستمر لتجنب أعراض الانسحاب.
- التفكير بالكحول: حتى ضدّ الرغبات الواعية في معظم الأوقات.
- العودة: بعد محاولة التوقف أو الامتناع عن الشرب، يعود الشارب بسرعة إلى نمط الشرب السابق نفسه.

الاستنتاج

ما زال هناك درجة من الخلاف حول مسببات إدمان الكحول، ولم تقم البحوث إلا بحل بعض القضايا فقط. وبما أن المسببات مرتبطة جداً بالأساليب التي يجب اتباعها في العلاج، فإنه كلما كان هناك فهم أفضل للمسببات، كلما كان العلاج أكثر فاعلية.

وإلى وقتنا الحاضر، تظهر الأدلة أنه مهما كان الأساس النظري لأسباب المشكلة، فإن الأشخاص يختلفون في استجاباتهم بطريقة إيجابية حسب اختلاف المداخل العلاجية. ولذا؛ فإن هناك ميزة في تعدد النظريات، والتي هي الأخرى تدعم تعدد خيارات العلاج بطريقة واسعة.

الفصل الرابع الأدبيات المتعلقة بالكحولية Alcoholism literature

مقدمة

أصبحت الخصائص الديموغرافية والخصائص النفس اجتماعية (psychosocial) لمستخدمي الكحول موضوعاً للعديد من الدراسات والبحوث السريرية والنظرية. وقد قامت العديد من المجتمعات بتوثيق تلك الدراسات العلمية بهدف الاستفادة منها في التعامل مع المشكلات الناتجة عن الشرب؛ حيث تعد مثل تلك المعلومات مفيدة جداً للعديد من الأطراف المهتمة بمشكلات الكحول (مثل المهنيين الصحيين، وصنّاع القرار والسياسات الصحية والاجتماعية، والناشطين الاجتماعيين، والباحثين والأكاديميين) في تخفيض الأذى المحتمل من استهلاك الكحول أو الحد منه. فالتعامل مع مشكلات الكحول - سواء من حيث الوقاية أو العلاج - لا يمكن أن يكون فعالاً دون أن تكون البرامج الوقائية والعلاجية مستندة إلى فهم أفضل وواضح لمستخدمي الكحول.

وعلى الرغم من أن الخصائص الديموغرافية والنفس اجتماعية مفيدة في النظر إلى مشكلة الكحول على مستوى كبير Macro level، إلا أنها مفيدة أكثر من خلال تركيزها الانتباه إلى بعض الجماعات (اقتصادية، إثنية، اجتماعية، دينية، مهنية). فعلى سبيل المثال: بعد دراسة الخصائص الديموغرافية لطلبة الكليات اقترح (Weschler, Dowdall, Davenport, & Castillo (1995) وجود الحاجة للتدخل المبكر مع طلاب المدارس الثانوية بوصفه أسلوباً لمنع مشكلات الشرب في سن الرشد. كما قام كلٌّ من (Adams, Yuan, Barboriak, & Rimm (1993) بدراسة عدد وطبيعة حالات التنويم المرتبطة بالكحول لفئة كبار السن

من خلال الاعتماد على الخصائص الديموغرافية والنفس اجتماعية لهم. ولذلك سوف يخصص هذا الجزء لمراجعة الأدبيات المتعلقة بالخصائص الديموغرافية والنفس اجتماعية لشاربي الكحول. وكذلك لمراجعة المتغيرات المرتبطة بالكحولية، من حيث أنماط الشرب، والصحة والشرب، والسلوكيات الخطيرة لشاربي الكحول.

دراسات الكحول في المملكة العربية السعودية

قياساً بالمجتمعات الأخرى، فإن الدراسات المتعلقة بالكحول تعد - بوجه عام - قليلة جداً. والملاحظ لتلك الدراسات المتوفرة يجد أنها تهتم بالجانب النظري من الكحول في معظم الأحوال. وبنظرة أدق، يلحظ أن تلك الدراسات النظرية إما أنها تعتمد في طرحها على حرمة الكحول في الإسلام وأضرار الخمر، وإيراد الأدلة الدالة على التحريم، دون تحديد لحجم المشكلة ومدى انتشارها. أو أنها دراسات تجريبية طبية أو كيميائية بحثية أجريت على الحيوانات لمعرفة تفاعلات الكحول الطبية والجسمية للكحول بوصفها مادة كيميائية.

أما الدراسات السلوكية والميدانية المرتبطة بالكحول، فلم تحظ بالاهتمام الكافي من الباحثين، وخصوصاً تلك المتعلقة بالدراسات المسحية لاستهلاك الكحول، وأنماط الشرب، ومدى انتشاره، وكذلك المشكلات الناتجة عنه في المملكة. ولعل أسباب ندرة مثل تلك الدراسات يرجع إلى عوامل متعددة ستناقش في مكان آخر من هذا الكتاب. وفيما يلي موجز لبعض الدراسات الميدانية المتعلقة بالكحول، والتي أجريت في المجتمع السعودي.

الدراسة الأولى: دراسة العنقري (Al-Angari, 1988)

تعد دراسة العنقري (١٩٨٨) واحدة من أوّل دراسات الكحول التي أجريت في المملكة العربية السعودية. حيث تم تطبيق الدراسة على ٨٣ مريضاً كحولياً منومين في مستشفيات من مستشفيات الأمل بالمملكة، باستخدام ثلاث أدوات لجمع البيانات. وقد حاول الباحث تطبيق مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه

للشخصية (the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) وعلاقة ذلك بلمحة حياة (Profile) المرضى الكحوليين المنومين في مستشفيات الأمل، كما قام الباحث بتطبيق مقياس Michigan Alcohol Screening Test (MAST) وتحديد العلاقة التفاعلية بين المقياسين، وبين الخصائص الشخصية للمرضى (مثل السن، والحالة الزوجية، والمستوى التعليمي). كما حاول الباحث إجراء مقارنة لتمييز الفروقات بين الكحوليين في المملكة وبين نظرائهم في الولايات المتحدة من خلال تحليل نتائج مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية.

وقد أشارت بعض نتائج الدراسة إلى أن معظم مدمني الكحول السعوديين الذين يتلقون علاجاً تبلغ أعمارهم ٣٤ سنة فأقل (٨٥٪)، وغير متزوجين (٦٥٪)، وذوو تعليم منخفض (٦٢٪ حاصل على الكفاءة أو أقل)، كما أن ما يقارب من خمس العينة دون عمل. كما أظهرت الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة بين مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية وبين الخصائص الشخصية لمدمني الكحول السعوديين المنومين.

ومما يميز تلك الدراسة أنها من أوائل الدراسات المتعلقة بالكحولية التي أجريت في المملكة. ولكن يؤخذ عليها استخدامها لمقياس ميتشيجان لاختبار الكحول MAST، وهو مقياس لا يعطي نتائج صادقة إذا طبق في مجتمع لا يسمح بشرب الكحول (Al-Dakhil, 2002).

كما أنه على الرغم من أن إحدى الفرضيات الرئيسة للدراسة كانت تعتمد على اختبار العلاقة بين الخصائص الشخصية للمبحوث وبين نتائج مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية، إلا أن الباحث لم يضمن أداة جمع البيانات معلومات كافية عن الخصائص الشخصية للمبحوث كي يتم اختبارها. ومن أمثلة البيانات الشخصية التي تم إغفالها - رغم أهميتها - مستوى الدخل، وأسلوب العيش، ونوع السكن، وعدد الناس الذين يسكنون مع

المبحوث، وغيرها من البيانات كان من الممكن أن تكون مفيدة جداً للحصول على نتائج أكثر مصداقية.

الدراسة الثانية: دراسة الرئيس (١٩٩٥)

لكي يستكشف العوامل الاجتماعية المرتبطة بمعاودة المستعملين ومسيئي استخدام العقاقير بعد تلقي العلاج، قام الرئيس (١٩٩٥) بمسح ٣٩٩ مبحوثاً منتكساً في ثلاثة من مستشفيات الأمل في المملكة العربية السعودية. كما استخدم مجموعة ضابطة تتكون من ١٠٠ مريض استمروا دون تعاطي الكحول لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر بعد تلقيهم العلاج بوصفهم مجموعة قياسية.

وقد وجد الباحث عند مقارنته للخصائص الديموغرافية بين مدمني الكحول المنتكسين وبين غير المنتكسين أن المنتكسين يكونون على الأرجح من فئة الشباب، وغير متزوجين، وليس لديهم عمل، ولديهم سنوات قليلة من التعليم. كما وجد أنهم ذوو دخل منخفض، ويعيشون في المناطق الحضرية. كما وجد الباحث أن موت أحد الوالدين أو كليهما كان أعلى بين مدمني الكحول المنتكسين. وكذلك فإن وجود شخص آخر يتعاطى الكحول أو المخدر من أفراد الأسرة كان أكثر بين المبحوثين المنتكسين. وعلى الرغم من أن الدراسة قدمت معلومات قيمة عن الكحوليين وعوامل انتكاستهم، وخصوصاً فيما يتعلق بخصائصهم الشخصية والديمغرافية، إلا أنه يعاب على الدراسة عدم توضيح الكيفية التي تم بها اختيار الجماعة الضابطة. حيث كان من الممكن أن تكون أكثر فائدة لو قام الباحث بإيراد الخصائص الديموغرافية والشخصية لكلا المجموعتين البحثية والضابطة.

الدراسة الثالثة: دراسة الدامغ (١٩٩٧)

حاول الدامغ من خلال دراسته للكحوليين المنومين في ثلاثة من مستشفيات الأمل تصنيف مدمني الكحول حسب تصنيف جيلينيك لمدمني الكحول. وقد درس الباحث ٧٢ كحولياً سعودياً، وقارن نتائجه بعينة تتكون من

٩٢ كحولياً أمريكياً.

من أبرز النتائج التي توصل إليها الباحث أن معظم مدمني الكحول في المملكة يمكن تصنيفهم ضمن نمط جاما (Gamma Alcoholics)، حيث يتميز أصحاب هذا النوع من الإدمان باعتمادهم الجسدي على الكحول، كما يفتقدون السيطرة على كمية الكحول المتعاطى، مما يجعلهم يستمرون في عملية الشرب حتى تنفذ الكمية التي لديهم، أو يفقدوا الوعي، أو يُجبروا على التوقف. ويتميز مدمنو جاما أيضاً بقدرتهم على التحكم في بدء الشرب، فقد ينقطعون لأشهر أو حتى سنوات، ولكن ما إن يبدؤوا الكأس الأولى حتى يفقدوا السيطرة على أنفسهم (الدامغ، ١٩٩٧).

وقد وجد الباحث أن معظم المبحوثين السعوديين يدخلون ضمن فئة الشباب (أكثر من ٥٠٪ من العينة أقل من ٣٣ سنة)، وأن العاطلين عن العمل يشكلون (٩, ٥٦٪). ولعل ما يميز تلك الدراسة هو ريادتها في تطبيق تصنيفات الكحوليين في المجتمع السعودي.

إلا أنه يعاب على الدراسة عدم الاهتمام الكافي بالخصائص الديموغرافية والشخصية للمبحوثين. فكان من المفيد جداً لو أن الدراسة حرصت على جمع بيانات ديمغرافية ونفس اجتماعية أكثر عن المبحوثين، وتم ربطها بكل تصنيف من تصنيفات الكحوليين. أيضاً يلحظ أن عينة المبحوثين الأمريكيين قد سحبت جميعها من مدينة صغيرة، بينما سحبت عينة المجتمع السعودي من ثلاث مدن رئيسية، وهذا قد يؤثر على صحة النتائج، حيث إن مدينة صغيرة في الولايات المتحدة لا تمثل مجتمع الكحوليين الخاضعين للعلاج في دولة كبيرة كأمريكا.

الدراسة الرابعة: دراسة العنزي (١٩٩٩)

في دراسة أكثر حداثة، حاول العنزي (١٩٩٩) تمييز ثلاثة أبعاد (أخلاقية ودينية واجتماعية) للتعرف إلى شخصية المدمن (Addict personality). وقد

تكونت عينة الدراسة من ١٢٢ من مدمني الكحول والمخدرات في مستشفى الأمل بالرياض.

وقد استخدم الباحث طريقة خدمة الفرد بوصفه منهجاً لتحقيق أهداف الدراسة. وقد شكل مدمنو الكحول ٤٢ من مجموع العينة. فيما يختص بالكحوليين، فقد بينت الدراسة أن معظم الكحوليين يقعون في مرحلة عمرية بين ١٨-٣١ (٤٩٪)، ويعيشون في المناطق الحضرية (٣، ٧٨٪)، وغير متزوجين (٢، ٥٣٪)، ومن مستوى متدنٍ من التعليم (أكثر من ٧٠٪ دون الكفاءة المتوسطة). كما أوضحت الدراسة أن أقل من نصف العينة بلا عمل، وأن مستوى الدخل لدى معظمهم أقل من ٣٠٠٠ ريال شهرياً، كما يسكن ٩٠٪ منهم مع ٤ أشخاص أو أكثر.

والملاحظ لتلك الدراسات - بوجه عام - يجد من الواضح أنها جميعاً - ماعدا تلك المتعلقة بالحالة الوظيفية - تتفق في نتائجها فيما يتعلق بالخصائص الشخصية الديموغرافية لمدمني الكحول في المملكة. فالسكن في المناطق الحضرية، وعدم وجود وظيفة، وانخفاض المستوى التعليمي ومستوى الدخل، والعزوبية، وصغر السن؛ هي السمات الأكثر شيوعاً بين مدمني الكحول المنومين للعلاج في مستشفيات المملكة.

وعلى أية حال، فهناك العديد من النقاط التي تستحق الذكر؛ فمن الدراسات الأربع هناك اثنتان درست موضوع الكحول بشكل رئيس، بينما الأخرتان جاء فيهما موضوع الكحول ضمن عقاير أخرى تمت مناقشتها. بالرغم من هذه الحقيقة، فإن كلاً من الدراسات الأربع لم تقدم معلومات كافية وعميقة بخصوص مشكلة الشرب لدى المرضى السعوديين المنومين؛ فمثلاً: لم تقدم الدراسات معلومات كافية عن لمحة شاملة لحياة (comprehensive profile) مدمن الكحول، وكذلك أنماط الشرب، وظروف وتاريخ بدء الشرب، ومتى أصبح مشكلة، وحالة الشارب الصحيّة، والممارسات الضارّة عند الشرب،

والعواقب الناتجة عن مشكلة الشرب.

أما النقطة الأخرى، فهي أن جميع الدراسات الأربع لم تشتمل على جميع المستشفيات الحكومية الأربعة المخصصة لعلاج الإدمان في المملكة العربية السعودية. لذا، فإن التعميم generalizability للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تلك الدراسات على مجتمع للكحوليين المتلقين للعلاج يعد أمراً صعباً إلى حد ما.

أما الأمر الآخر فهو استحالة تعميم تلك النتائج على جميع مدمني الكحول في المملكة؛ ذلك أن جميع تلك الدراسات أجريت في مصحات علاجية حكومية، وهذا يستثني أولئك الكحوليين الذين تلقوا علاجاً في مستشفيات حكومية تابعة لجهات معينة، أو تلقوا علاجاً في مصحات خاصة، كما يستثني أولئك الذين لم يتلقوا علاجاً مطلقاً نتيجة لرفضهم العلاج، أو لجهلهم بوجود مصحات للعلاج.

الكحول في دول الخليج العربي وبعض البلدان العربية

نظراً إلى تشابه الخلفية الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والدينية في دول الخليج العربي مع المملكة العربية السعودية، فإن الخصائص الديموغرافية لمدمني الكحول في تلك الدول الخليجية أمر يستحق الذكر. فعلى الرغم من الحقيقة أن شرب الكحول مسموح به قانونياً في البحرين، إلا أن الخصائص الديموغرافية متشابهة، إلى حد ما، مع الخصائص الديموغرافية لمدمني الكحول السعوديين. طبقاً للمصير (١٩٨٥)، فإن مدمني الكحول في البحرين يتسمون بأنهم غالباً ما يكونون من مواطني البحرين وهم ذكور، وغير متزوجين (مع وجود نسبة مرتفعة قليلاً منهم متزوجين مقارنة بالسعوديين)، تتراوح أعمارهم بين ٣٠ - ٣٩ سنة. علاوة على ذلك، فإن أغلب مدمني الكحول في البحرين تقع ضمن فئة العمال، كما أن نسبة قليلة منهم عاطلون عن العمل.

وبمقارنة خصائص مدمني الكحول البحرينيين إلى نظرائهم في المملكة العربية السعودية، يلحظ أن مدمني الكحول في البحرين كانوا أكبر سناً، كما أن

نسبة أعلى قليلاً من أولئك في المملكة العربية السعودية متزوجون. أما في دولة قطر، وحيث تشابه الظروف مع السعودية فيما يتعلق بقانونية شرب الكحول، فقد وجدت العيسى (١٩٨٣) أن معظم مدمني الكحول هم من فئة الشباب (٢٥-٢٩)، كما أنهم قد بدؤوا الشرب في مرحلة مبكرة من حياتهم. وأن نسبة كبيرة منهم تتعاطى الكلوينا.

وفي الكويت، أظهرت سجلات مستشفى الصحة النفسية على مدى ١٠ سنوات (١٩٦١-١٩٧٠) بأن أغلب المرضى كانوا من الذكور، وأعمارهم من ٤٠ سنة أو أقل، كما أوضحت السجلات أن معظم كحوليين الكويت يتعاطون المشروبات الروحية القوية (المكتب العربي للوقاية من الجريمة، ١٩٧٥).

وكما هي الحال في السعودية والكويت، فإن تعاطي الكحول في سلطنة عمان غير مسموح به. وقد أوضحت دراسة عن مستهلكي الكحول في عمان أجراها الكندي (١٩٩٦)، واعتمد فيها على بيانات أخذت من السجلات الإجرامية. وقد أشار الباحث بأن الأشخاص الذين تم القبض عليهم بسبب حيازة الكحول وشربه في ١٩٨٧ بلغوا ١١٦٦، منهم ٩٧٦ مواطناً عمانياً، وجميعهم من الذكور عدا أنثى واحدة، ويقعون في المجموعة العمرية ٢٥-٣٠ سنة. ومن الملحوظ أن تلك الدراسة لم تعط مؤشراً كافياً على طبيعة شرب الكحول ولا على مدمني الكحول، حيث إنها اعتمدت في بياناتها على سجلات المقبوض عليهم بسبب الحيازة أو الشرب، وليس إدمان الشرب.

في العراق - وهي دولة يسمح فيها بشرب الكحول - أجريت دراسة على ٥٧٧ مدمناً كحولياً (كمر، ١٩٨٥). وقد أشارت الدراسة بأن مدمني الكحول في العراق يكونون على الأغلب في المجموعة العمرية ٣٠-٣٩ سنة، وهم ذكور، وغير متزوجين، ومن الطبقة الوسطى، وغالباً ما يكون لديهم قريب كحولي، ويعيشون في المناطق الحضرية، وحوالي ١٩٪ منهم لديهم مشكلة نفسية ما. وفي دراسة قديمة جداً، أجريت في مصر، على ١٢٦ مدمناً كحولياً منوماً

(المكتب العربي للوقاية من الجريمة، ١٩٧٥) كشفت بأنّ كلّ المرضى هم من الذكور عدا واحدة. كما أوضحت الدراسة أنّ معظم المبحوثين راوحت أعمارهم بين سن ٣٠-٤٩، ولدى الواحد منهم مهنة حرّة، ومتزوّج، ويكتسب دخلاً أعلى نسبياً من المواطن العادي.

من الملحوظ أنّ موضوع ندرة الدراسات المتعلقة بالكحول والسلوكيات الكحولية ليس مقتصرًا على المملكة العربية السعودية، فهناك قلة في هذا النوع من الدراسات في كلّ البلدان العربية تقريباً (المكتب العربي للوقاية من الجريمة، ١٩٧٥). وضع كهذا، يجعل هناك حاجة ماسة لبذل الجهود ودعمها لإجراء الدراسات والأبحاث الخاصة بالكحولية وسلوكيات الشرب وأنماطه، والمشكلات الناتجة عن الشرب، والمنطلقات والوسائل المناسبة للعلاج؛ سواء من حيث الكم أو الكيف. كما أنّ الحاجة للدراسات الإبيدمولوجية لمعرفة مدى انتشار الشرب، ورصد الكحولية أمر ضروري ولا بد منه حتى يتسنى رسم الخطط والسياسات الوقائية والعلاجية بشكل علمي ومدروس.

الكحول عالمياً

الدراسات المسحية

يقوم الباحثون في معظم دول العالم عادة بإجراء الدراسات الإبيدمولوجية epidemiological Studies بصفة دورية؛ وذلك من أجل الوصول إلى فهم شامل لاستخدامات واتجاهات استخدام إساءة استعمال الكحول في مجتمعاتهم. حيث تساعد مثل هذه الدراسات حكومات تلك الدول، وصنّاع السياسة، والعاملين في قطاع الصحة، والباحثين، وغيرهم من المهتمين بالتخطيط لتنفيذ إجراءات ومشروعات وقائية وعلاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة باستهلاك الكحول.

وغالباً ما تتضمن هذه الدراسات الكثير من المعلومات المتعلقة بخصائص مستهلكي الكحول الديموغرافية، وكذلك الأنماط المتعلقة بالشرب وإساءة

الاستخدام، وغير ذلك من المعلومات المرتبطة بالمشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية الناتجة عن استهلاك الكحول وإساءة استهلاكه. ومن تلك الدراسات دراسة وطنية أجريت في بلغاريا لاستكشاف أنماط الشرب وخصائص شاربي الكحول الديموغرافية (Balabanova & McKee, 1999). وقد أشارت الدراسة إلى أن ٧,٥٠٪ من الرجال و٦,١٣٪ من النساء يشربون أسبوعياً على الأقل. كما أشارت الدراسة إلى أن الشرب العادي ينتشر في الغالب بين الشباب، وأولئك الذين يعيشون في المناطق الحضرية، ولديهم تعليم عالٍ وكذلك دخول عاليه. وطبقاً للمؤلفين، فإن المسلمين البلغار يشربون بنسبة أقل من المسيحيين الأرثوذكس. علاوة على ذلك، فقد بينت الدراسة أن الشرب الكثيف أكثر شيوعاً بين الرجال منه بين النساء، وبين أولئك الذين يعيشون في صوفيا الحضرية أكثر من المناطق الريفية، وكذلك بين أصحاب الدخل الأعلى.

ومن خلال استعمال المستوى التعليمي بوصفه متغيراً مستقلاً، فقد أجرى (Van Oers, Bongers, Van de Goor, & Garretsen 1999) مسحاً سكانياً لسكان مدينة روتردام، حيث تم أخذ عينة تتكون من ٨٠٠٠ شخص للحصول على صورة أوضح للعلاقة بين الحالة الاقتصادية والاجتماعية، وبين استهلاك الكحول، والمشكلات الناتجة عنه، وكذلك علاقة الحالة الاقتصادية والاجتماعية بالشرب الإشكالي. وقد وجد الباحثون أن عدم الشرب يزداد بشكل كبير كلما ارتفع المستوى التعليمي بين كل من الرجال والنساء. كذلك وجد الباحثون أنه بالنسبة إلى الرجال، فإن الشرب - وبالذات الشرب المفرط جداً - كان أكثر انتشاراً بين الفئات ذات التعليم المنخفض. أما بالنسبة إلى النساء، فلم توجد ثمة علاقة مهمة بين المستوى التعليمي وبين انتشار الشرب المفرط. وقد خلصت الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة فيما يتعلق بين المستويات التعليمية وبين الامتناع عن الشرب، بينما لا يوجد اختلافات كبيرة

في العلاقة بين المستوى التعليمي والشرب المفرط.

وفي دراسة أخرى - وبالاعتماد على بيانات الدراسة السابقة نفسها - قام (Bongers, van Oers, van de Goor, & Garretsen 1997) بتقدير مدى انتشار الكحول بين سكان مدينة روتردام بوجه عام، وكذلك مدى انتشار استخدام الكحول بين الفئات السكانية العرقية، وذلك من خلال تحديد عدد من المتغيرات؛ هي الجنس، والسن، والحالة الزوجية، والمستوى التعليمي، والنشاطات اليومية، ومستوى الدخل. وقد وجدت الدراسة أن معظم السكان هم ممن يشربون الكحول بمعدل خفيف إلى متوسط. كما وجدت الدراسة أن الشرب المفرط كان يمثل ٨٪، والشرب الإشكالي يمثل ٩٪، وأن المشكلات الناتجة عن الشرب تمثل ٢٨٪ من مجموع الشاربين.

كما أوضحت الدراسة أن النساء أظهرن مشكلات مرتبطة بشرب الكحول أكثر من الرجال، على الرغم من كونهن يشربن الكحول بكمية منخفضة نسبياً. كما بينت الدراسة أن الإفراط في شرب الكحول ينتشر أكثر بين فئة الشباب. وقد توصلت الدراسة إلى أن من سمات الشاربين الإشكاليين أنهم غالباً ما يكونون غير متزوجين، وعاطلين عن العمل، كما أنهم غير صالحين للعمل.

العرقية واستخدام الكحول

كانت العلاقة بين الأعراق وبين استخدام الكحول مجالاً للعديد من الدراسات، حيث تنوعت هذه الدراسات من حيث النوع والعينة والمنهجية التي بنيت عليها كل من تلك الدراسات العرقية. ومن ذلك أن قام كل من (Buhrich, Haq, & George 1981) بفحص الخصائص الديموغرافية لجميع المرضى الذين لديهم إدمان الكحول أو اختلال عقلي كحولي ممن أدخلوا إلى قسم طب الأمراض العقلية بمستشفى كوالالمبور بين عامي ١٩٧٥ و١٩٧٨. وقد استنتج المؤلفان أن الكحولية تنتشر أكثر بين أولئك الذين ينحدرون من أصول هندية أكثر من غيرهم ممن ينحدرون من أصول مالوية أو صينية.

في هنغاريا، نُفِّذت دراسة لاستكشاف عادات شرب الكحول، والأعراض الحادّة ذات العلاقة بالكحول، وكذلك لاستكشاف مدى انتشار إساءة استخدام الكحول بين جماعة كسانجو العرقية (Beres et al., 1995). وقد كشفت النتائج بأنّ استهلاك الكحول بين أفراد هذه الجماعة عالٍ إلى حدّ كبير؛ ومن ذلك أن أكثر من نصف الذكور وأكثر من ربع الإناث في هذه الجماعة مدمنو كحول. كما استنتجت الدراسة بأنّ استهلاك الكحول العالي بين أفراد هذه المجموعة الإثنية يعكس قبول استعمال الكحول في هذه الجالية بوصفه عنصراً مكمّلاً لأسلوب حياتهم.

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية قام Booth, Blow, Cook, Bunn, & Fortney (1992) بفحص الخصائص الديموغرافية لمدمني الكحول محدودي الدخل والسكان الأصليين المنومين في المستشفيات العامّة. وقد تنوعت عينات الدراسة لتتكون من المرضى المقيمين الذين يكملون علاج إدمان الكحول، ومن أولئك الذين أدخلوا أقسام إزالة السميات، وكذلك المتلقين لما يسمى بالعلاج القصير، أو ممن أدخلوا المستشفى بتشخيص رئيس غير الكحول، ولكن لديهم - في الوقت نفسه - متلازمة اعتماد الكحول بوصفه تشخيصاً ثانوياً. وقد أشار المؤلفون إلى أن مدمني الكحول ممن يمثلون الأقليات العرقية كانوا أصغر جداً من مدمني الكحول القوقازيين. كما بينت الدراسة أن المنحدرين من أصول إسبانية أو إفريقية، بالإضافة إلى مدمني الكحول الأكبر سنّاً، هم أكثر الفئات من غيرهم ممن يقطعون العلاج قبل استكمالها. كما أوضحت الدراسة أن الأمريكيين الأصليين هم أكثر من يستكمل فترة علاج إدمان الكحول.

وفي دراسة أخرى حول خصائص الكحوليين المتعالجين، أجريت دراسة لمعرفة الخصائص الديموغرافية لعينة تكونت من ١,١٧٣ مدمناً كحولياً يتلقون العلاج في مصحة علاجية في «إسرائيل» (Marchevsky & Weiss, 1997). وقد

أشار المؤلفان إلى أن مدمن الكحول المنوم في المستشفى للعلاج عادة ما يكون حضرياً يهودياً، متزوجاً، ذكراً، عاطلاً، ولد في آسيا أو إفريقيا أو في إسرائيل، وأنجب العديد من الأطفال وذا مستوى تربوي منخفض، ولديه قريب يشرب. والكحولي المنوم في مستشفيات (إسرائيل) عادة ما يبدأ الشرب في مرحلة المراهقة، ولا يأتي للعلاج في المصححة إلا بعد أكثر من ١٥ سنة من بدء الشرب. أما عن الشرب، فهو عادة ما يشرب بطريقة منعزلة (لوحده).

وفي محاولة لفهم العلاقة بين الكآبة والشرب المفرط، أجرى Beck, Steer, & McElroy (1982) دراسة على ٧٦ رجلاً و٢٩ امرأة جميعهم من مدمني الكحول ممن يتلقون علاجهم من خلال العيادة الخارجية (Outpatient Clinics). وقد تم استخدام عدد من أدوات القياس لتقدير مستوى الاكتئاب لدى المبحوثين. وقد أشار المؤلفون بأن الكآبة كانت موجودة لدى ٧,٤٥٪ من المبحوثين قبل أن يبدؤوا الشرب بكثافة بوصفه نمطاً للشرب؛ كما أشاروا إلى أن ٢,١٥٪ أنكروا تماماً أي حالة اكتئاب لديهم؛ وما نسبته ١,٣٩٪ صرّحوا بأن إدمانهم للكحول سبق نشوء الكآبة.

كما استنتج المؤلفون أيضاً عند تحليلهم للخصائص الاجتماعية والديمغرافية للمبحوثين بأن الأشخاص الذين ذكروا بأن الاكتئاب سابق للشرب المكثف هم على الأرجح من فئة النساء، ومن ذوي البشرة البيضاء، وممن لهم تاريخ سابق في دخول المصححات للعلاج من إدمان الكحول.

الكحولية والمحاولات العلاجية

أدى اختلاط السكان من الناحية الديموغرافية بالمعالجين إلى اقتراح طرق مختلفة للعلاج من الاعتمادية على الكحول، وكذلك لاقتراح ووضع الخطط الوقائية بما يتناسب مع خصائص السكان؛ فعلى سبيل المثال قام (Price 1987) بمقارنة أهالي مدينتين مختلفتين من خلال دراسة المركز العلاجي الموجود في كل منطقة من هاتين المنطقتين؛ وهما مدينة كوينز لاند وإنجلترا في أستراليا.

وقد وجد المؤلف من خلال مقارنته لمتلقي العلاج في هذين المركزين أن الكحوليين المطلقين وكذلك المنفصلين عن أزواجهم في مدينة كوينز لاند أكثر من الكحوليين في مدينة إنجلترا. كما وجد المؤلف أن نسبة أعلى من كحوليين كوينز لاند عاطلون عن العمل، وقليل منهم يتوقع أن يعود إلى أسرته بعد خروجه من المركز العلاجي. وعند مقارنة أسر الكحوليين في المدينتين، وجدت الدراسة أن أسر الكحوليين في كوينز لاند أقل وعياً بمشكلة الكحولية لعضو الأسرة، ويتسمون بأنهم أكثر رفضاً للعضو في حالة وعيهم بمشكلته مع الكحول، كما أنهم أقل اهتماماً بمشكلة الكحول، وأقل وعياً بالأعراض الجسمية المرتبطة بالشرب. إن تلك السمات المميزة للكحوليين في تلك المدينة لا بد أن تبنى عليها خطط علاجية مناسبة مثل التركيز على زيادة وعي الأسرة، وإشراكهم في الخطط العلاجية.

أيضاً قام كلٌّ من (Yates, Booth, Reed, Brown, & Masterson) (١٩٩٣) بفحص خصائص الكحوليين المنتكسين باستخدام نموذج احتمالية معاودة الشرب. high-risk alcoholism relapse (HAR) model. بعد تطبيق النموذج على ٢٩٩ رجلاً كحولياً، وجد المؤلفون أن ١٠٧ (٨, ٣٥٪) يقعون في دائرة الخطر العالية لمعاودة الشرب. كما وجدت الدراسة أن ٦١٪ ممن يقعون في الدائرة الخطرة لمعاودة الشرب قد دخلوا للعلاج مرة أخرى، مقارنة بـ ٢٨٪ ممن يقعون في الدائرة الآمنة لمعاودة الشرب. وبمقارنة الفئتين، وجد المؤلفون أن من يقعون في دائرة معاودة الشرب هم أكبر سناً، ويتسمون بمكانة اجتماعية واقتصادية أقل، ولديهم مشكلات صحية وعقلية أكثر، كما أنهم يفتقرون إلى الدعم الاجتماعي من بيئاتهم.

كذلك فإن الخصائص الديموغرافية بالنسبة إلى الكحوليين المتعالجين - بناءً على نوعية الدخول إلى المستشفى (طوعي أو إجباري) - قد أصبحت موضوعاً لدراسة قام بها كلٌّ من Calsyn, Reynolds, O'Leary, & Walker (١٩٨٢) حيث

تم فصل ٧٨ متعالجاً كحولياً إلى مجموعتين بناءً على طريقة دخولهم إلى مصحة علاج الكحول، وقد بلغ عدد من أدخلوا إجبارياً ٢٣ مريضاً، كما بلغت مجموعة المتعالجين الطوعيين ٥٧ مريضاً. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق بين المجموعتين من ناحية الخصائص الشخصية أو الديموغرافية، إلا أن المؤلفين ذكروا بأن من أدخلوا إجبارياً لأسباب قانونية (أمر من المحكمة مثلاً) هم أقل تأثراً ومعاناة من أضرار الكحول من نظرائهم الذين جاؤوا بأنفسهم للعلاج. وقد يفسر ذلك من أن المجبرين على العلاج هم أناس وقعوا في مشكلة قانونية وهم تحت تأثير الشرب (كقيادة السيارة أو مشاجرة) حتى ولو لم يصلوا إلى مرحلة الإدمان الكحولي.

أنماط الشرب

هذا ولم تُفصل الدراسات الخصائص الديموغرافية للكحوليين بناءً على أنماط الشرب لديهم. فعلى سبيل المثال أجرى كلٌّ من Knibbe, Drop, & Muytjens (١٩٨٧) دراسة مسحية على ٣٠٠٠ من الكحوليين. وقد وجدت الدراسة أن الشرب الدوري يحدث بين أوساط الفئات الأصغر سناً، بينما يحدث الشرب اليومي المنزلي غالباً في المجموعات الأكبر سناً. أما بالنسبة إلى الشرب الثقيل، فإنه يحدث غالباً بين أوساط العاطلين عن العمل. وقد استنتجت الدراسة أن الناس الذين يتسمون بحياة أقل تنظيمياً يميلون إلى زيادة استهلاكهم للكحول، وأكثر عرضة للتأثر بالنتائج الضارة للكحول من ذوي الحياة المنتظمة.

إضافة إلى ذلك، فإن العلاقة بين أنماط الشرب والمخاطر الصحية أصبحت مجالاً لدراسات كثيرة. فمثلاً: وجد Kolb & Gunderson (١٩٨١)، بعد فحصها للسجلات الطبية على مدى ست سنوات، أن من يسيؤون استعمال الكحول هم أكثر عدداً في دخول المستشفيات وأكثر بقاءً في المستشفيات من غيرهم لأسباب صحية (لم تحسب الدخولات المرتبطة بعلاج الكحول). وقد أشار المؤلفون أن الأمراض النفسية والعقلية هي الأكثر انتشاراً

بين مجموعة مسيئي استعمال الكحول.

أيضاً، قام Wilsnack وآخرون (٢٠٠٠) بدراسة عبر ثقافية لفحص الاتساق أو الاختلاف بين الجنسين فيما يتعلق بسلوك الشرب. وقد وجد المؤلفون - بعد دراسة شملت الذكور والإناث لـ ١٦ فئة سكانية يمثلون ١٠ دول - أن النساء يختلفن قليلاً عن الرجال من حيث مبدأ الشرب أو الامتناع عن الشرب، حيث إن من لا يشربن الكحول من النساء هن أكثر من الرجال الذين لا يشربون. كما وجدت الدراسة أن الرجال يتجاوزون النساء من حيث تكرار مرات الشرب، وكمية الشرب، ومن حيث نوبات الشرب الكثيف، وكذلك من حيث العواقب المترتبة على الشرب. وقد أشارت الدراسة إلى أن كلاً من الرجال والنساء يميلون إلى الشرب بكميات أقل كلما تقدم بهم العمر.

كذلك فإن طريقة شرب الكحول وعلاقة ذلك بالكحولية أصبحت محل دراسة قام بها Alvarez & del Rio (١٩٩٤) حيث وجدوا أن الرجال الذين يشربون بكميات كبيرة ومتكررة أثناء جلسات الشرب هم أكثر احتمالية لأن يصبحوا كحوليين. كما وجدت الدراسة بأنه على الرغم من أن كلاً الرجال والنساء يشربون البيرة بطريقة متشابهة، إلا أن طريقة الشرب بالنسبة إلى المشروبات القوية والنبيد تختلف لدى الرجال عن النساء.

الصحة وشرب الكحول

بمرور الوقت وبعد مزيد من الأبحاث يزداد المهتمون بالصحة قناعة بعلاقة الكحول بعدد من المشكلات الصحية؛ فقد أشار Balabanova & McKee (١٩٩٩) بأن استهلاك الكحول سبب رئيس لنطاق كبير من الأمراض والوفيات المبكرة. علاوة على ذلك، فإن الكحول مسؤول عن الكثير من المشكلات الصحية؛ مثل الإصابات والجروح (Risser, Bonsch, & Schneider, 1996) وعن الاعتداءات الجسمية (Blair & New, 1991) وعن العنف المنزلي (Felitti et al., 1998)، وعن حوادث الطرق (Senseman, 1971).

وقد أجرى كلٌّ من Blose & Holder (١٩٩١) دراسة لمعرفة مدى تأثير ذوي الشرب الإشكالي (الكحوليين) بالمشكلات الصحية. حيث أجرى الباحثان مقارنة بين الشاربين الإشكاليين مع غيرهم عن طريق تحديد مدى استخدام كلٍّ من الفئتين للخدمات الطبية. وقد كانت عينة الشاربين الإشكاليين كبيرة؛ حيث بلغت ٣٧٢٩ شارباً إشكالياً. وقد أظهرت الدراسة، بعد أن تم احتساب عدد من المتغيرات كالسن والجنس، أن الشاربين الإشكاليين أكثر استخداماً للخدمات الطبية من المجموعة الضابطة بمعدل بلغ ١,٦ مرة. كما وجدت الدراسة أن العلاج من الإصابات والجروح بلغ ثلاثة أضعاف لدى الشاربين الإشكاليين مقارنة بالمجموعة الضابطة. وقد جاءت نتائج تلك الدراسة لتؤكد نتائج دراسة سابقة قام بها كلٌّ من Rush & Brennan (١٩٩٠) في كندا.

ولم تقتصر دراسات استهلاك الكحول وعلاقة ذلك بالصحة على الدول الأوروبية أو الأمريكية، ولكنها شملت أيضاً العديد من دول العالم. فعلى سبيل المثال قام Lapham et al (١٩٩٨) في تايلاند بدراسة جميع المراجعين لعيادات الطوارئ بين الساعة السادسة مساءً إلى الثانية صباحاً، لمن بلغوا سن الرابعة عشرة فأكثر، في ثلاث من أكبر المستشفيات في مدينة بانكوك. وقد وجد الباحثون أن من بين ٩٩٢ مراجعاً ممن أكملوا تعبئة مقياس اضطراب استخدام الكحول (Alcohol Use Disorder Identification Test)، ٣٩٪ من الرجال و٨٪ من النساء هم من مسيئي استخدام الكحول. هذا وقد حاولت الدراسة تحديد الخصائص الديموغرافية لمن لديهم مشكلات متعلقة بالشرب، حيث وجدت أن هؤلاء غالباً ما يكونون من الذكور، وأعمارهم بين ٢٠-٤٩، ومن ذوي الدخول المرتفعة، ولديهم تعليم أقل من الجامعي، كما أنهم يقطنون المناطق الشمالية من المدينة.

أما عن علاقة شرب الكحول بالوفيات المبكرة، فقد تتبع Liskow et al (2000) ٣٦٠ رجلاً كحولياً لمدة تتراوح بين ١٠-١٤ سنة. وقد وجد الباحث أن ٢٦,٦٪

من المبحوثين قد ماتوا خلال فترة البحث. كما أشار البحث إلى أن من الخصائص الديموغرافية لهؤلاء المتوفين أنهم غالباً ما يكونون من كبار السن، ومن ذوي التعليم المتدني، كما أن وظائفهم النفسية والاجتماعية منخفضة مقارنة بمن لم يتوفوا. هذا وقد استنتجت الدراسة بأن الرجال الكحوليين ممن يقعون في الفئة العمرية ٣٥-٤٤ - بوجه خاص - هم أكثر عرضة للموت المبكر مقارنة بالفئات الأخرى.

وعلى الرغم من أن معظم الدراسات أشارات إلى وجود علاقة قوية بين شرب الكحول وبين الوفيات، إلا أن عدداً من الباحثين أشاروا إلى أن شرب الكحول مفيد للقلب. فقد قام كلٌّ من San Jose, van de Mheen, van Oers, Mackenbach, & Garretsen (١٩٩٩) بمحاولة اختبار العلاقة بين معدل شرب الكحول وبين الوفيات. وقد أجريت الدراسة في هولندا على عينة تكونت من ١٨,٩٧٣ مبحوثاً. وقد بينت الدراسة بأنه على الرغم من معدل الوفيات كان عالياً بين شاربي الكحول بكثافة، وكذلك بين من لا يشربون الكحول على الإطلاق، إلا أن الدراسة أظهرت أيضاً أن شاربي الكحول الخفيفين، وكذلك المعتدلين، لا يتمتعون بمعدل وفيات منخفضة، بل إنهم يتمتعون أيضاً بانخفاض في معدلات المشكلات الصحية. وقد استنتجت الدراسة بأن الوفيات، وكذلك المشكلات الصحية المتعلقة باستهلاك الكحول، تأخذ شكلاً أو نمطاً يسمى (U shape)، بحيث تسوء الصحة، وكذلك احتمالية الوفيات عند الشرب بكثرة، أو عند عدم الشرب بتاتا، بينما يقل معدل احتمالية الوفاة المبكرة وتتحسن الصحة عند شرب الكحول بطريقة خفيفة أو معتدلة. هذا وتتشابه نتائج تلك الدراسة مع دراسة أخرى مماثلة أجراها كل من Kannel & Ellison (١٩٩٦). وتجدر الإشارة هنا إلى أنه على الرغم مما أشارت إليه نتائج هاتين الدراستين، إلا أن سلبيات الكحول الأخرى مثل خاصية الكحول الإدمانية، وكذلك المشكلات الآنية (عدم السيطرة، وارتكاب الحوادث، والجرائم مثلاً)

النتيجة عن الشرب تجعل من تلك الخاصية الصحية للكحول أمراً غير ذي بال، خصوصاً أن ديننا الإسلامي قد نهانا عن شربه قليله وكثيره. كذلك فإن نوع الكحول المستهلك له علاقة بالمشكلات الصحية أيضاً. فقد وجد Chou, Grant, & Dawson (1998) أن الذين يستهلكون المشروبات الكحولية القوية (Hard Liquors) هم أكثر احتمالية للإصابة بالعديد من الأمراض عن غيرهم ممن يستهلكون النبيذ أو البيرة. وعلى الرغم من ذلك إلا أن دراسة أخرى وجدت أن هناك علاقة بين سرطان المستقيم وبين استهلاك البيرة (The Royal Colleges of Physicians, 1991).

الكحول والقيادة

تعد قيادة المركبات تحت تأثير السكر من أهم المشكلات المتعلقة بالكحول، نظراً إلى ما ينتج عن ذلك من مشكلات لا تحمد عقباها. حيث تؤكد التقارير والدراسات والبحوث العلمية مدى العلاقة القوية بين الكحول والحوادث المرورية (Li, Shahpar, Soderstrom, & Baker, 2000), (Holder et al., 1997), (Runge, Pulliam, Carter, & Thomason, 1996), (Deery & Love, 1996). المتحدة الأمريكية - على سبيل المثال - يقود ١٠٪ من طلاب المدارس الثانوية سياراتهم تحت تأثير السكر (Beck & Summons, 1987).

ومن بين الدراسات المتعلقة بالكحول وقيادة السيارات، حاولت دراسات متعددة التعرف إلى الخصائص الديموغرافية لمن يقودون سياراتهم تحت تأثير السكر أو ما يعرف بالسائقين الثملين (Drunk Drivers). ومن هذه الدراسات ما قام بها (Chang, Lapham, & Barton, 1996)، حيث حاولوا اختبار العلاقة بين أماكن الشرب والخصائص الديموغرافية للشارب، وكذلك الجو المحيط بالشرب لعينة من المقبوض عليهم بتهمة القيادة تحت تأثير السكر. وقد تكونت العينة من ٥١٥٤ (٧٩٪ رجال). وقد بينت نتائج الدراسة أن من أكثر الناس

قيادة للمركبات تحت تأثير السكر هم - على الأغلب - من فئة الشباب، الذكور، العزاب، أو المطلقين أو الأرمال، وكذلك ممن ينحدرون من أصول إسبانية أو مكسيكية. وقد أشارت الدراسة أيضاً إلى أن من يقودون السيارات وهم تحت تأثير السكر ممن لديهم تعليم عالٍ ومنهم من كبار السن وغير العاطلين، غالباً ما يشربون في الحانات العامة، بينما يشرب صغار السن من المقبوض عليهم في الحفلات الخاصة. وبينما يشرب المنحدرون من أصول إسبانية مع أقاربهم، ويشرب الأمريكيون غالباً مع أصدقائهم. كما أظهرت الدراسة أن السكان الأصليين (الهنود) هم الأعلى من بين المقبوض عليهم تركيزاً لنسبة الكحول في أجسامهم.

كذلك توصل Metzger & Platt (1987) إلى نتائج مشابهة، حيث وجدوا بأن معظم السائقين المغمورين المحولين إلى برنامج فيلادلفيا لتأهيل السائقين، هم من الرجال، وكبار السن، كما يتسمون بوجود علاقات أسرية واجتماعية غير مستقرة. كما أشار المؤلفان إلى أن هؤلاء السائقين غالباً ما يكون لهم تاريخ سابق في القيادة تحت تأثير السكر. ولعل تكرار ارتكاب المخالفة ناتج عن أن السائق يعتقد داخل نفسه أنه لن يقبض عليه وهو يقود سيارته تحت تأثير المسكر، كما أنه يؤمن أن القيادة بهذه الطريقة أمر لا مشكلة فيه (Cherpitel & Tam, 2000).

الكحول والجريمة

العلاقة القوية بين الجريمة والكحول أمر وثقته الدراسات والبحوث العلمية (Milgram, 1993; Lightfoot & Hodgins, 1988). وقد تم ملاحظة مثل هذه العلاقة للكحول في أمثلة متنوعة للجريمة، وكذلك العنف (Roslund & Larson, 1979)، وجرائم القتل (Clark, 1993)، وجرائم سرقة الممتلكات (Cor-dilia, 1985)، والجرائم الجنسية (Milgram, 1993)، وجرائم العنف الزوجي (Milgram, 1993)، وإيذاء الأطفال (Ney, Fung, & Wickett, 1992).

وقد أجريت العديد من الدراسات لفهم العلاقة بين الجريمة وشرب الكحول من خلال محاولة معرفة الخصائص المميزة لمرتكبي تلك الجرائم وكذلك حجم انتشار تلك الجرائم؛ فعلى سبيل المثال: أشار Poldrugo (1988) إلى أن الرجال أكثر تورطاً من النساء في الجرائم المرتبطة بالكحول. وقد أكد هذه النتيجة (Blankfield 1991).

وقد وجد Cordilia (1985) بعد دراسة أجراها على 100 سجين، أن معظم سارقي الممتلكات المحترفين كانوا في حالة سكر أثناء ارتكاب الجريمة. وقد استنتجت الدراسة أن أسلوب حياة مرتكبي جرائم السرقات تتسم بالشرب المكثف للكحول، وعدم الزواج، وعدم الاستقرار الجغرافي، وأن لديهم نوبات من النشاط والاستمتاع يعقبها نوبات من الخمول والكسل. وقد أضاف مؤلف الدراسة إلى أن الشرب المكثف للكحول يمثل الرفيق الذي يبعث على الراحة والاسترخاء بالنسبة إلى المجرمين الذين يفتقدون للروابط الأسرية الطبيعية.

وعن علاقة الشرب الإشكالي والجريمة، فقد قام Mayfield (1976) بإجراء دراسة على 207 من السجناء الذكور في سجن كاروليانا. وقد أشارت الدراسة إلى أن 80% من النزلاء هم من مرتكبي جرائم القتل (من الدرجة الأولى أو الثانية)، أما باقي النزلاء (20%) فهم من مرتكبي جرائم متنوعة غير القتل. ولعل أهم ما بينته الدراسة هو وجود 36% مدمن كحولي من مجموع العينة. كما أوضحت الدراسة أن معظم هؤلاء الكحوليين ممن لديهم تاريخ إجرامي سابق، فمنهم 70% ممن قبض عليهم بجرائم سابقة لها علاقة بالكحول، كما أن 67% لديهم جرائم ليس لها علاقة بالكحول. كما بينت الدراسة أن هؤلاء الكحوليين أيضاً أكثر ارتكاباً للجرائم من النزلاء الآخرين بمعدل الضعف تقريباً.

وعلى الرغم من قوة العلاقة بين الكحول والجريمة، إلا أن تلك العلاقة

بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة، فمثلاً هل مستوى الثمالة، وشدة الاعتمادية الكحولية، ونمط الشرب، وشخصية الشارب، والعوامل الاجتماعية علاقة ارتباطية بالجريمة ونوعها؟ وهل تلك المتغيرات جميعاً مسؤولة بطريقة تفاعلية عن العلاقة بين الجريمة والكحول؟ أم أن هناك عوامل داعمة وميسرة لارتكاب الجريمة؟ وهل السلوك الإجرامي سابق أم لاحق لشرب الكحول أم متزامن معه؟ أم أن الشرب هو سلوك إجرامي بحد ذاته؟ وقد وجد Poldrugo (1998) أن ارتكاب السلوك الإجرامي لدى ذوي التشخيص المزدوج (اضطراب نفسي + اعتمادية كحولية) أكثر من الأفراد الكحوليين فقط.

الكحول والتدخين

تعد الدراسات والبحوث الموثقة للعلاقة القوية بين إدمان النيكوتين والكحول كثيرة ولا مجال لحصرها (Miller & Gold, 1998). وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن أكثر من ٩٠٪ من الكحوليين المنومين في مصحات العلاجية هم من المدخنين (Bien & Burge, 1990)، بل إن Rohsenow وآخرين أشاروا إلى أن انتشار التدخين بين الكحوليين يصل إلى ٩٧٪. وعلى الرغم من ذلك، فإن المعلومات المتعلقة بماهية وآليات العلاقة بين الكحول والتدخين لا تزال مجهولة إلى حد كبير (فمثلاً ما هي الأسباب التي تجمع بين استخدام الكحول وإدمان النيكوتين أو ما الأثر الذي يؤديه التدخين في عملية التعافي من إدمان الكحول، أمور تحتاج إلى المزيد من الدراسات) (Rohsenow et al., 1997). وعلى الرغم من ذلك، فقد أشار Bien & Burge (1990) إلى أن النيكوتين - على ما يبدو - يسهل عملية استهلاك الكحول، كما أن استخدام الكحول يساعد على استعمال النيكوتين. إلا أن ذلك التفاعل المفترض بين النيكوتين والكحول - كما جاء في تلك الدراسة - لم يدعمه بدراسات أخرى. وقد اقترح البعض أنه بما أن معظم الكحوليين هم من المدخنين، فلماذا

لا يتضمن علاج الكحوليين علاجهم أيضاً من إدمان التدخين (Stark & Campbell, 1993). وقد وجد من خلال مقابلة ٧٠٠ معالج أن أفضل طريقة للإقلاع عن التدخين بالنسبة إلى الكحوليين هي الاعتماد على جماعات الدعم، وعلى جماعة الإيه إيه (AA).

أما عن ماذا يأتي أولاً بالنسبة إلى الكحوليين المدخنين. الإقلاع عن الكحول أو الإقلاع عن التدخين، فقد أظهرت دراسة قام بها Snow, Prochaska, & Rossi (١٩٩٢) على عينة من مدمني الكحول السابقين، حيث وجد المؤلفون أن من بين هؤلاء الذين أقلعوا عن الكحول والتدخين معاً، ٥٣٪ أقلعوا عن الكحول أولاً، و٩٪ أقلعوا عن الاثنين في وقت واحد، و٣٨٪ أقلعوا عن التدخين أولاً. كما بينت الدراسة أن أولئك الذين أقلعوا عن الكحول أولاً أو أقلعوا عن الكحول والتدخين في آن واحد اتسموا بأن لديهم تاريخاً إشكالياً مع إدمان الكحول أكثر من أولئك الذين أقلعوا عن التدخين أولاً.

مناقشة

من الواضح أن من خلال مراجعة أدبيات الكحول، أن موضوع الكحول والاعتمادية عليه موضوع بالغ التعقيد. ذلك أن الكحول بوصفه مادة متعاطاة، تختلف نتائجها على المتعاطي، وكذلك على الأسرة والمجتمع اجتماعياً صحياً واقتصادياً وأخلاقياً باختلاف المتغيرات المرتبطة بها (الكحول، شخصية المتعاطي، سنه، وجنسه، وصحته، ووضع النفس والصحي أثناء الشرب، وظروفه الاجتماعية، الأسرية وغير ذلك من المتغيرات) من خلال تفاعل تلك المتغيرات مع بعضها البعض.

وهذا قد يفسر السبب وراء كثرة الأدبيات والموضوعات (خصوصاً الغربية منها) المتعلقة بالكحول والاعتماد عليه. ولعل العلم بمخاطر الكحول والآثار المترتبة على إدمانه أدى بالمهتمين من معالجين وباحثين إلى بذل الجهود في

محاولة دائبة منهم لتحديد تلك الفئات المعرضة لمخاطر إدمان الكحول والتعرف إليها أكثر من غيرها؛ ذلك أن معرفة تلك الفئات الأكثر تعرضاً للإدمان وللمخاطر التي يمكن أن يتعرضوا لها، وتساعد في تصميم برامج وقائية وعلاجية خاصة بهم تكون أكثر فاعلية.

وعلى الرغم من تلك المحاولات المبذولة، إلا أنه من الصعب التوصل إلى استنتاج محدد (خصوصاً على المستوى العام) إلى معرفة السمات المحددة للمعرضين للإدمان على الكحوليات. وقد يكون ذلك ما حدا Avis (١٩٩٣) إلى القول بأن مدمني الكحول قد يكونون من السود والبيض، ومن كبار السن ومن الصغار، ومن الوسط الغني والفقير، ومن الرجال والنساء، ومن المتعلمين والجهلة.

وعلى أية حال، فإن محاولة تحديد جانب أو أكثر من الجوانب المتعلقة باستهلاك الكحول وإدمانه، من خلال دراسة فئة محددة من الناس بالتأكد سيؤدي إلى فوائد عظيمة ونتائج يمكن الاعتماد عليها في تطبيقات التدخل العلاجية والوقائية؛ فعلى سبيل المثال: إذا تم تحديد وحدة الدراسة (الكحوليين المنومين أو مرتكبي جرائم السرقات مثلاً)، وإذا أمكن تحديد المتغيرات المتعلقة بالدراسة (نمط الشرب، ونمط الشخصية، والآثار الصحية)، وإذا تم اتباع منهجية علمية سليمة، فإن النتائج التي سيتم التوصل إليها، والمتعلقة بالفئة المدروسة، سوف تكون نتائج صادقة، ويمكن الاعتماد عليها وتعميمها على الفئة نفسها.

غير أن تعميم النتائج من الأمور التي توجب الحذر. وفي هذا الخصوص يجب العلم أنه كلما اتسعت الفئة أو الفئات المدروسة كلما كانت النتائج متنوعة ومختلفة (مثال معرفة الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، أو أنماط الشرب لفئات متنوعة من الناس)، وهنا يمكن تعميم النتائج. غير أن الوصول

على نتائج محددة من خلال دراسة فئات متنوعة أمر صعب التحقيق. أما إذا كانت الفئة المدروسة محددة أصلاً، فإن النتائج المتوصل إليها تكون أكثر تحديداً، إلا أنه يصعب تعميمها على فئات أخرى.

ومن النقاط المهمة والمتعلقة بدراسات الكحول: هي أن تتم تلك الدراسات من خلال الوسط الثقافي والاقتصادي والاجتماعي والديني والسياسي الذي تعيشه الفئة المدروسة، إذ إنه لا يمكن تحقيق فهم حقيقي وصحيح للمشكلات المتعلقة بالكحول بمعزل عن تلك المتغيرات آفة الذكر. ولعله من المهم القول: إن الدراسات العربية (وخاصة المحلية) في مجال الكحول من الأمور النادرة رغم وجود المشكلة. لذا فالحاجة ماسة لمعالجة مشكلة الكحول في المجتمعات العربية من خلال إجراء البحوث والدراسات المنبثقة من البيئة العربية بمتغيراتها المختلفة، وليس بالاعتماد على نتائج البحوث والدراسات الكحولية الغربية، خصوصاً فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية المتعلقة بالكحول والآثار المترتبة عليه.

الفصل الخامس الكحول في السعودية

مقدمة

كما هي الحال بالنسبة إلى معظم دول العالم، تمر المملكة العربية السعودية بتغيرات سريعة وكبيرة طالت أوجهاً مختلفة ومتعددة من حياة الناس. ومن الجوانب التي طالها التغيير - على الرغم من سمة المجتمع السعودي المحافظة - هو التعرض المتزايد لأفراد المجتمع بالكحول والمخدرات. وقد خصص هذا الفصل لمناقشة شرب الكحول في المجتمع السعودي، وكيفية نظرة المجتمع إلى الكحول وشاربه، ومدى انتشاره اجتماعياً. كذلك يناقش هذا الفصل السياسات والتنظيمات التشريعية المتعلقة بشرب الخمر وبيعه وتصنيعه. كما يتطرق هذا الفصل من الكتاب إلى الجهود المبذولة للوقاية من المشكلات المتعلقة باستعمال الكحول وعلاجها.

مدى انتشار الكحول

لعله من المهم الإشارة إلى أن الكحول في المملكة العربية السعودية يعامل وينظر إليه تماماً كما تعامل المواد المخدرة. فالكحول والمخدرات - بحكم الشريعة الإسلامية التي تتأسى بها المملكة العربية السعودية - مواد يحرم تعاطيها، أو بيعها، أو إعطاؤها، أو تصنيعها، أو تهريبها. ولذلك فإن العقوبة الشرعية تطبق بحق من تثبت إدانته بالشرب أو البيع أو التصنيع أو التهريب. إضافة إلى شعور المخالف بالخزي الاجتماعي أو الوصمة الاجتماعية (Social Stigma).

إن وجود القيم الدينية والاجتماعية المرتبطة بالكحول، وكذلك وجود نظام صارم للعقوبات، ربما أسهم في انخفاض معدلات انتشار شرب الكحوليات وتعاطيها في المملكة مقارنة بالمعدلات العالمية (الدامغ، ١٩٩٧). إلا أنه بالتأكيد

لم يقض على مشكلات الكحول. كما لم يحد من مدى انتشار المشكلات الكحولية، فليس ثمة مجتمع محمي بالكامل من التعرض للكحول والمخدرات والمشكلات الناتجة عنها (الطويل، ١٩٩٦).

ولكن هل نستطيع أن نعرف - بطريقة دقيقة أو شبه دقيقة - تلك الإحصائيات المتعلقة بالكحول ومشكلاته؛ كمعدلات التعاطي، ومعدلات الاعتمادية الكحولية وغيرها؟ إن الحصول على مثل تلك الأرقام والإحصائيات أمر صعب الإنجاز؛ لأن مثل هذه الإحصائيات ببساطة غير موجودة في معظم البلاد العربية (إسماعيل، ١٩٨٣). بل إنها في المملكة العربية السعودية قد يبدو الأمر أصعب كثير نظراً إلى حداثة عمر المملكة، وطبيعة موضوع الكحول الحساسة اجتماعياً.

وتشكل الإحصائيات والدراسات الإبيدومولوجية في العالم العربي وفي المملكة العربية السعودية مشكلة بالغة الصعوبة، حيث تفتقر البلدان العربية إلى هذا النوع من الدراسات التي تعد أساساً لأي خطة استراتيجية وقائية أو علاجية أو تنموية. وحتى إن كانت هنا أو هناك دراسة في موضوع معين، فإنها لا تعلن لسبب أو لآخر. ولذا، فإن عدم وجود دراسات أو عدم إظهارها للناس يتأكد عندما يتعلق الموضوع بالكحول والمخدرات والإدمان عليها، إما لحساسيته، أو لتفادي النقد فيما يتعلق باستراتيجيات الوقاية والعلاج (النجار، ١٩٩٨). وهذا ما أكده هاجر (١٩٩١) عندما تأسف على عدم وجود قاعدة بيانات يمكن الاعتماد عليها لبناء الخطط العلاجية والوقائية للإدمان.

وفيما يتعلق بالدارسات الإبيدومولوجية المتعلقة بالكحول، فإنه من الواجب القول إنه إلى الآن لا يوجد - حسب علم المؤلف - أي دراسة إبيدومولوجية عن الكحول تهدف إلى رصد انتشار معدلات تعاطي وإدمان الكحول في المجتمع السعودي. ونظراً إلى عدم وجود دراسة وبائية عن الكحول، فإن المهتمين، من عاملين في المجال الصحي أو باحثين أو غيرهم، يعتمدون في مناقشتهم

لموضوع الكحول والتعاطي والإدمان في المجتمع السعودي على ملحوظاتهم وخبراتهم المهنية.

وعليه، فإنه يمكن التأكيد أن الدراسات الكحولية المرتبطة بالمجتمع السعودي دائماً تفتقر (يا للأسف) إلى وجود المعلومات الإحصائية على مستوى المجتمع، والتي يمكن أن تفيد في معالجة بيانات الدراسة وربطها بمتغيراتها. ذلك أن البيانات الإحصائية لأي مشكلة تعد هي الأساس الذي يتم من خلاله فهم المشكلة ومعرفة أبعادها والتعامل معها. فهل يمكن تصميم خطط علاجية أو وقائية فعالة لمشكلة الكحول دون معرفة مدى انتشار وحجمها ومناطق انتشارها ومن يعاني منها؟

ولهذا تجد أن الدراسات الكحولية التي تم إنجازها عن المجتمع السعودي، وهي قليلة جداً، ليس منها دراسة واحدة استندت على إحصائيات عن الظاهرة في المجتمع السعودي، وبدلاً من ذلك يعتمد معظم الباحثين على إحصائيات إبيدمولوجية غير سعودية، وحتى غير عربية لمناقشة مشكلة سعودية! فقد خصص البار (١٩٨٦) جزءاً كاملاً من كتابه للحديث عن معدل انتشار مشكلة الكحولية، ولكنه استخدم معلومات ومعدلات الانتشار في الدول الأوروبية وأمريكا ليدل على مدى انتشار المشكلة في المجتمع الإسلامي. وعند الإشارة إلى الأضرار والآثار الناتجة عن شرب الكحول، غالباً ما يستخدم المؤلفون والباحثون العرب إحصائيات معدلات الانتشار الغربية، فمثلاً قام كل من النجار (١٩٩٨) والطويل (١٩٩٦) والخضير والسعيدان (١٩٩٤) بالاعتماد على إحصائيات الكحوليين الغربيين ومعدلات انتشارهم، ومن لديهم مشكلات شرب الكحول في العالم الغربي لمناقشة مشكلة الخمر في العالم الإسلامي. إلا أن باحثين آخرين، مثل محمود (١٩٩٣) ومراد (١٩٨٣) بدلاً من الاعتماد على الأرقام والإحصاءات الغربية للكحوليين، اكتفوا باستخدام تعبيرات إنشائية للتدليل على انتشار مشكلة الكحول ووصولها إلى مستويات تندر بالخطر.

قسم آخر من الباحثين في حقل الكحول والمخدرات كانوا أحسن حالاً من سابقهم، ولكنهم ليسوا الأحسن؛ حيث اعتمد هؤلاء (مثال: يوسف، ١٩٩٧) على الإحصاءات والأرقام المأخوذة من الجهات الأمنية المحلية؛ كالمقبوض عليهم بسبب شرب الكحول، أو تصنيعه، أو تهريبه كإشارة إلى حجم انتشار المشكلة. والحقيقة أن الباحثين العرب معذورون في عدم استخدامهم لإحصاءات وأرقام عربية، في ظل غياب الدراسات الوبائية الحقلية (الإبيدمولوجية) العربية المتعلقة بالكحول. إن مشكلة ندرة الدراسات الإبيدمولوجية الكحولية في المجتمعات العربية عموماً - والمجتمع السعودي على وجه الخصوص - تعود لعدة عوامل نورد منها ما يلي:

- ليس فقط في مجال الكحول والمخدرات، بل إن هناك غياب للدراسات الإبيدمولوجية في معظم المجالات والحقول. فهذا النوع من الدراسات على الرغم من أهميته، إلا أنه لم يجد الاهتمام الكافي في البلدان العربية.

- الكحول أحد الموضوعات التي يعد طرحها للبحث والدراسة حساساً في مجتمع محافظ كالمجتمع السعودي.

- لم يحظ موضوع الكحول بمستوى من الاهتمام الإعلامي كما تحظى بذلك المخدرات (الدامغ، ١٩٩٧).

استخدام الكحول في المجتمع السعودي لم يحدث بطريقة ملفتة للاهتمام إلا منذ وقت قريب، نظراً إلى حداثة المجتمع السعودي، وبالتالي حداثة المشكلة. تحتاج الدراسات الإبيدمولوجية عادةً الكثير من المال والوقت والجهد، وذلك يحتاج إلى جهات داعمة، كما أن الدراسات الإبيدمولوجية تحتاج جهد بحثي جمعي مما يجعل الباحث الفردي غير متحمس للدراسات الإبيدمولوجية.

تحتاج دراسة موضوع حساس - كمشكلة الكحول في المجتمع السعودي -

إلى الكثير من الموافقات من الجهات الرسمية، أمر كهذا يجعل كثيراً من الباحثين يحجم عن القيام بدراسات كهذه.

إن مشكلة ندرة الدراسات الإبيدمولوجية الكحولية في المجتمع السعودي تجعل من مناقشة مشكلة الكحول في المجتمع السعودي أمراً صعباً إلى حد ما، كما تضطرنا إلى أن نسلك منهجية - سبق أن انتقدناها - لمناقشة الموضوع، وهي الحديث عن المؤشرات التي تدل على الانتشار بدلاً من الإيراد المباشر لأعداد ونسب الكحوليين.

ولهذا سوف نسلك طريقتين لمناقشة موضوع الكحول في المجتمع السعودي: الأولى، استخدام مؤشرات إحصائية من مصادر مختلفة لرصد حجم مشكلة الكحول في المجتمع السعودي. أما الطريقة الثانية، فتكون بتتبع أهم ما أشير إليه من موضوعات وأحداث وأقوال رسمية وغير رسمية تتعلق بالكحول وانتشاره. على أنه يجب التنبيه إلى أن الأرقام والإحصاءات التي سترد لاحقاً لا تعطي الحجم الحقيقي لمشكلة الكحول في المجتمع السعودي، ولكنها لا تتعدى كونها مؤشراً للمشكلة فقط.

أحد أهم المؤشرات الدالة على حجم مشكلة الكحول في المجتمع السعودي هي الزيادة المضطردة في عدد الدخولات إلى مصحات علاج الإدمان في المملكة العربية السعودية. حيث يوضح جدول رقم (١) أعداد الدخولات لخمس سنوات متتالية (وزارة الصحة، ١٩٩٤).

ويلحظ المتتبع للجدول زيادة ملفتة في أعداد المرضى خلال الأعوام المشار إليها تصل إلى أكثر من ثلاثة أضعاف تقريباً. وعلى الرغم من أن الجدول لم يبين نوع المواد التي كانت سبباً في دخول المرضى لهذه المصحات، إلا أنه من المعروف أن الكحول يأتي في مقدمة المواد التي يتم تعاطيها في المجتمع السعودي (Al-Nahedh, 1999 ; Al-Bawardy, 1998).

جدول ١ . أعداد المرضى المنومين في ثلاثة من مستشفيات الأمل حسب السنوات

| المجموع | ١٩٩٣ | ١٩٩٢ | ١٩٩١ | ١٩٩٠ | ١٩٨٩ | المستشفى |
|---------|-------|-------|-------|------|------|----------|
| ٢٥٩٦١ | ٦٢٨١ | ٦٢٩٠ | ٥٦٣٨ | ٤٠٢٤ | ٣٧٢٨ | الرياض |
| ١٤٥٥٥ | ٢٣٩٤ | ٣٤١٥ | ٣١٤٧ | ٣٠٣٦ | ٢٥٦٣ | الدمام |
| ٢٤٤١٣ | ١٢٢٢٩ | ٨٢١٢ | ٣٩٧٢ | - | - | جده |
| ٦٤٩٢٩ | ٢٠٩٠٤ | ١٧٩١٧ | ١٢٧٥٧ | ٧٠٦٠ | ٦٢٩١ | المجموع |

❖ لم يتم العمل في مستشفى الأمل بجدة إلا في عام ١٩٩١ .

وقد تضاعفت أعداد طالبي العلاج في مصحات الإدمان العلاجية في المملكة خلال السنوات الأخيرة عدة مرات، إلى درجة لم تتمكن معه تلك المصحات من إيجاد أسرة لتتويم طالبي العلاج، فهذه جريدة الرياض (١٣ / ٨ / ٢٠٠٠) تشير إلى أن هناك زيادة في أعداد المرضى ممن يطلبون العلاج مقارنة بعدد الأسرة المتوفرة في مستشفى الأمل بالرياض. كما ذكرت الجريدة أنه تقدم إليها عدد من المرضى المدمنين يشكون من أنهم قوبلوا برفض المستشفى لتتويمهم، بحجة عدم توفر أسرة، ومن أنه تم وضعهم على قائمة انتظار، حيث سيتم استدعاؤهم حال توفر أسرة لهم.

ويعد إيراد ذلك التقرير لموضوع حساس كهذا في جريدة معروفة، مؤشراً جيداً ونقلة نوعية في النظرة إلى مشكلة الإدمان التي ظلت إلى سنوات تعالج بالخفاء.

على أنه يجب التنبيه إلى أن الضغط الموجود على المصحات العلاجية قد لا يعني بالضرورة زيادة في مشكلة التعاطي والإدمان في المجتمع السعودي، ولكنه قد يعني زيادة طبيعية تأتي تبعاً لزيادة السكان خلال ١٥ سنة مضت حين تم أول افتتاح لمستشفى الأمل بالرياض، والذي كانت سعته لا تتعدى ٢٨٠ سريراً منذ ذلك التاريخ. أمر ثانٍ، وهو أن تلك الزيادة في طلبات الدخول قد

ترجع إلى زيادة الوعي بين أفراد المجتمع نتيجة حملات التوعية وتكثيفها وبالتالي زيادة الطلب على العلاج.

أيضاً، تأتي أعداد المتورطين في الجرائم المرتبطة بالكحول والواردة في الكتب الإحصائية لوزارة الداخلية السعودية (١٩٨٥، ١٩٩٠، ١٩٩٥، ١٩٩٩) مؤشراً آخر يبين الاتجاه المتنامي في أعداد الناس المتورطين بمشكلات مع الكحول، حيث راوحت هذه المشكلات بين حيازة الكحول إلى بيعه أو تصنيعه. ومن خلال متابعة الأعداد ومقارنتها (جدول ٢)، يمكن ملاحظة ازدياد أعداد المتورطين في مشكلات مرتبطة بالكحول خلال السنوات ١٩٨٣-١٩٩٩.

| جدول ٢. أعداد المتورطين في مشكلات مرتبطة بالكحول في سنوات مختارة | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| السنة | ١٩٨٣ | ١٩٨٨ | ١٩٩٠ | ١٩٩٥ | ١٩٩٩ |
| العدد | ٣٠٢٣ | ٤٦٢٧ | ٥٠٣٦ | ٤٩٩٩ | ٥٣٠٩ |

وبتدقيق أكثر في نوعية التورط في تلك الحوادث المرتبطة بالكحول، وبأعداد المتورطين فيها خلال السنوات المذكورة (جدول ٣)، يمكن ملاحظة تنامي أعداد المتورطين في مشكلات مختلفة مرتبطة بالكحول، وخاصة الزيادة الملحوظة في أعداد متعاطي الكحول المقبوض عليهم.

| جدول ٣. مقارنة أعداد المتورطين في مشكلات كحولية، ونوع المشكلة خلال عامي ١٩٩٥ و١٩٩٩. | | |
|---|------|------|
| نوع المشكلة | ١٩٩٥ | ١٩٩٩ |
| شرب | ٥٠٩٣ | ٥٦١١ |
| تصنيع | ٥٥١ | ٢٧٨ |
| حيازة وبيع | ٦٩٨ | ٦٥٣ |
| المجموع | ٦٣٤٢ | ٦٥٤٢ |

وتأتي الإحصاءات الواردة في الكتاب الإحصائي للرئاسة العامة لهيئات

الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر (١٩٩٩) مؤشراً آخر للتوجه نحو الكحول في المجتمع السعودي. حيث يبين هذا الكتاب الإحصائي تضاعف عدد الحالات المرتبطة بالكحول، والتي تم اكتشافها من قبل رجال الهيئة بين عامي ١٩٩١ و١٩٩٩ (جدول ٤).

| جدول ٤ . أعداد الحالات المرتبطة بالكحول والتي تم اكتشافها بواسطة رجال الهيئة بين ١٩٩٩-١٩٩١ | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| السنة | ١٩٩١ | ١٩٩٢ | ١٩٩٣ | ١٩٩٤ | ١٩٩٥ | ١٩٩٦ | ١٩٩٧ | ١٩٩٨ | ١٩٩٩ |
| العدد | ١٨٩٠ | ١١٢٠ | ٢٤١١ | ٢٥٦٢ | ٢٩٣٩ | ١٣١٢ | ٢١١٢ | ٢٨٩٨ | ٢٩٠١ |

وإضافة إلى أعداد الأشخاص المتورطين في مشكلات لها علاقة بالكحول، تأتي كميات الكحول المكتشفة من قبل رجال الشرطة، مؤشراً آخر يدل على توجهات المجتمع السعودي نحو الكحول. حيث دأبت الصحف السعودية في الآونة الأخيرة على نشر أخبار اكتشاف بعض عمليات تهريب الكحول، أو أنشطة تصنيعه، ومقدار الكميات المهربة. فعلى سبيل المثال، أشار التركي (١٩٨٩) إلى أن الشرطة قامت خلال عام وفي منطقة الرياض فقط بمصادرة ١٢٧١ قارورة من العرق والكلونيا، و٥٦ برميلاً من الكحول، و١٢ أداة تستخدم لتصنيع الكحول. فقد تم في عملية واحدة على سبيل المثال، ضبط ٣٢٨٨ زجاجة خمر من قبل رجال الجمارك (جريدة الجزيرة، ٢٠٠٤/٨/٣). وحسب الصحيفة، فقد تمكن رجال جمرك ميناء الملك عبدالعزيز بالدمام من ضبط عملية تهريب تتضمن (٣٢٨٨) زجاجة خمر، مهربة داخل سبعة مصاعد كهربائية، بعد اكتشاف طبقة سرية في قاع المصاعد وأعلىها مخبأة فيها، يذكر أن المصاعد خاصة بمؤسسة استيراد وتصدير، وكانت قادمة من إحدى الدول الخليجية. ومما تجدر الإشارة إليه، هو أن عملية الضبط هذه ليست فريدة من نوعها، فقد أشارت الصحيفة إلى أن إدارة ميناء الملك عبدالعزيز لها جهود كبيرة في إحباط عمليات تهريبية مشابهة.

وفي غضون ٣ أسابيع فقط، قامت السلطات أيضاً باكتشاف مصنعي كحول. فقد كشفت صحيفة الاقتصادية (٢٣ / ٧ / ٢٠٠٠) أن السلطات الأمنية اكتشفت مصنعاً سرياً للكحول في مدينة جدة. كما ذكرت الصحيفة أنه تم اكتشاف هذا المصنع بعد تكرار الشكاوى من السكان المجاورين له من انبعاث روائح كريهة من الفيلا السكنية التي يوجد بها المصنع. كما أضافت الصحيفة أن السلطات ألقت القبض على ٣ أشخاص، كما تم مصادرة ١٧٥٠ قارورة عرق، وبراميل من كحول العرق تقدر بـ ٧٩٢٠ لتراً.

وفي المدينة المنورة، قام رجال هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر بعملية مدهامة، تم خلالها اكتشاف مصنعين للخمر (الحسبة، ٢٤ / ٨ / ٢٠٠٤) حيث أشار موقع الهيئة على شبكة الإنترنت أن رجال مركز هيئة الجرف بالمدينة المنورة ألقوا القبض على شخص سعودي يدير مصنعاً للخمر، كما تم ضبط المصنع ومحتوياته والأشخاص المتهمين تمهيداً لإحالتهم للمحاكمة. وحسب الموقع، فإن مدير هذا المصنع كان يستخدم طفلاً لم تتجاوز سنه التاسعة في عمليات الترويج.

أما المصنع الآخر، فقد تم اكتشافه من قبل رجال مركز هيئة العوالي، وكان هذا المصنع يقوم بإدارته أيضاً شخص سعودي. كما تم أثناء عملية الضبط هذه مصادرة ١١٠٠ لتر من الخمر.

واكتشاف مصانع الخمر ليس محصوراً في المناطق والمدن الرئيسية، بل إن صنع الخمر يتم في مناطق نائية، أو مدن صغيرة وأحياناً ريفية، مما يدل على وجود سوق رائجة له في تلك المناطق، ففي مدينة الباحة (جنوب المملكة العربية السعودية) مثلاً تم اكتشاف مصنع خمر يدار في إحدى الشقق من قبل شخص غير سعودي (جريدة الرياض، ١١ / ٨ / ٢٠٠٠). وحسب الصحيفة، فقد وجدت السلطات - أثناء المدهامة - ١٠٦٨ لتراً من الكحول المخمر (لم يتم تقطيره بعد)، وقد تم وضعه في حاويات بلاستيكية كبيرة.

كما تم اكتشاف ١٣٤ ليترًا من العرق الجاهز للترويج.

إضافة إلى الإحصائيات آنفة الذكر، تأتي تصريحات وتلميحات المسؤولين ورجال السياسة، وعلماء الدين والجهات الرسمية (القريبة من المشكلات المرتبطة بالكحول) بوصفها أحد المؤشرات الدالة على تزايد مشكلات الكحول والمخدرات ووصولها إلى مستوى يحتم التدخل وإيجاد الحلول. وقد كانت موافقة رئاسة مجلس الوزراء السعودي (١٩٨٠) على إنشاء مصحات لعلاج الإدمان بمثابة اعتراف ضمني بمشكلة الكحول والمخدرات. وقد جاءت كلمة الملك فهد بن عبدالعزيز في المؤتمر الإسلامي الثاني (١-٣ / ٦ / ١٩٨٩) والمنعقد في إسلام آباد لتؤكد وجود المشكلة، حيث أشار في كلمته إلى أن المخدرات - مهما كان نوعها وشكلها ومسامها وتصنيفها - تشكل خطراً كبيراً، ويجب على العالم مواجهته (الخضيرى والسعيدان، ١٩٩٤). وفي تعليق لمجلة الأمل (نوفمبر، ١٩٩٥) ذكر وزير الداخلية السعودي بأن إدمان الكحول والمخدرات شيطان طال تأثيره كل أسرة سعودية.

وإذا كان انتشار المخدرات قد وصل إلى مرحلة خطيرة حسب رأي المسؤولين، فإن الكحول - ولأسباب عديدة - يكون أكثر انتشاراً. لدرجة أن أحد المسؤولين أشار في مقدمة كتاب عن إدمان الكحول (مراد، ١٩٨٣) إلى أننا وصلنا في عالمنا العربي إلى وضع أصبح فيه شرب الكحول إلى حد ما أمراً مقبولاً اجتماعياً. وقد أشار البار (١٩٨٦) إلى أن ما يزيد عن ٥٠ ألف عربي يأتون إلى لندن سنوياً للعلاج من أمراض الكبد لأسباب تتعلق بشرب الكحول.

وفي لقاء له في مجلة الأمل (أغسطس، ١٩٩٣) وصف الدكتور العواجي (وكيل وزارة الداخلية سابقاً، ورئيس المجلس العالمي للكحول والإدمان) إدمان الكحول والمخدرات بأنه واحد من أكبر المشكلات التي يواجهها المجتمع السعودي. الجدير ذكره أن العواجي يعد من أكبر الداعمين لتأسيس مجموعة الكحوليين مجهولي الاسم في المجتمع السعودي (AA).

وعند مقارنة جرائم الكحول مع الجرائم الأخرى يبين كتاب وزارة الداخلية الإحصائي (١٩٩٢) أن الجرائم المرتبطة بالكحول (شرب الكحول أو تصنيعه أو ترويجه) تشكل ما نسبته ٢٢٪ (٥٠٦٣ قضية) من جميع الجرائم الأخرى، والبالغة ٢٢٩٥٢ قضية في سنة ١٩٩٠. إلا أن عدد قضايا الكحول ازداد في سنة ١٩٩١ ليلعب ما مجموعه ٥٤٠١ قضية بنسبة ٢٧٪ من مجموع القضايا. على الرغم من أن عدد القضايا انخفض إلى حد ما في السنة التالية (١٩٩٢) ليصل إلى ٥٢٩٤ قضية كحول.

إضافة إلى ذلك، تأتي الجرائم المرتبطة بالكحول في المرتبة الأولى مع جرائم السرقة في المجتمع السعودي بين ١٩٨٠-١٩٩٠ (يوسف، ١٩٩٧). حيث يبدو أن هناك علاقة قوية بين شرب الكحول والسرقة حسب دراسة أجراها يوسف (١٩٩٧) على عينة من موظفي مكتب مكافحة المخدرات، حيث أكد ٥٧٪ من عينة الدراسة وجود تلك العلاقة.

وعلى العكس مما يحدث في الدول الغربية فيما يتعلق بالخصائص الديموغرافية لمتعاطي الكحول، حيث تشير الدراسات المختلفة (كما سبق أن ذكرنا) إلى أن معظم متعاطي الكحول الإشكاليين في الغرب هم ممن ينتمون إلى الطبقات الدنيا، ومن العاطلين، وقد يكون لديهم مشكلات نفسية أو عقلية، وتختلف خصائص متعاطي الكحول في الدول العربية، ومنها المجتمع السعودي كما - أشار إلى ذلك البار (١٩٨٦) - حيث إن معظم مدمني الكحول العرب هم ممن تعلموا في الدول الغربية، كما أنهم قد يكونون أغنياء، أو قادة أو ساسة أو من أسماهم البار «النخبة». إلا أنه يجب القول إن البار لم يوضح كيف وصل إلى تلك النتيجة.

على أية حال، فإن الدراسات السعودية المرتبطة بالكحول، والتي تمت في مستشفيات علاج الإدمان الحكومية، تخالف ما أورده البار. فقد ذكر العنزي (١٩٩٩) أن الكحوليين - ضمن عينة الدراسة التي أجراها - هم غالباً ما

يكونون من العزاب، والعاطلين، ومن ذوي التعليم المتدني، والدخل المنخفض. أما فيما يتعلق بفئة المتعالجين العمرية، فقد أوضحت الدراسات السعودية أنفة الذكر أنهم يمثلون فئة عمرية تقع بين الشباب ومنتصف العمر؛ حيث وجد العنزي أن ٢٧٪ من عينة الدراسة هم بين ١٨-٢٤ سنة، بينما توصل الدامغ (١٩٩٧) إلى أن ما يقارب نصف العينة (٤٧٪) هم ممن يقعون في الفئة العمرية ٢٦-٣٣ من العمر. وهنا لابد من الإشارة إلى أن هذه الدراسات والدراسات الكحولية السعودية عموماً تمت في مصحات علاجية حكومية، فهي لا تعكس فعلاً خصائص متعاطي الكحول الإشكاليين في المملكة.

إضافة إلى الخصائص الديموغرافية للمتعالجين الكحوليين في المجتمع السعودي، فإن الخصائص الديموغرافية للمحكوم عليهم بجرائم ترتبط بالكحول، بما فيها شرب الكحول حسب ما جاء في الكتب الإحصائية لوزارة الداخلية (١٩٩٥، ١٩٩٩) - رغم قلة المتغيرات - تعطي مؤشراً عن اتجاه الجرائم المرتبطة بالكحوليات في المملكة. فالجدول رقم (٥) يوضح أن عدد السعوديين المقبوض عليهم بسبب الشرب قد ازداد زيادة طفيفة في عام ١٩٩٩ عنه في ١٩٩٥، بينما انخفض عدد غير السعوديين. كما يُلاحظ من الجدول، بأن تصنيع المشروبات الكحولية وبيعها أمر يتحكم به غير السعوديين.

ولعل الأمر الذي تجب الإشارة إليه هو الزيادة الكبيرة في عدد المقبوض عليهم من الأحداث بسبب الشرب بين ١٩٩٥ وبين ١٩٩٩. فبينما كان عدد الأحداث المقبوض عليهم بسبب الشرب في ١٩٩٥ لا يتعدى ثلاثة أحداث، قفز هذا العدد بشكل كبير خلال ٤ سنوات ليصل إلى ٣٣٣٩ حدثاً. هذا المؤشر يجب أن يدق جرس الإنذار لجميع المهتمين بشؤون الكحول والمخدرات، وكذلك لصناع السياسات والقرارات الصحية والاجتماعية، نظراً إلى ما سيؤدي إليه ذلك من ظهور مشكلات مستقبلية متنوعة بسبب انتشار تعاطي الكحول بين الشباب.

جدول ٥. مقارنة عدد المقبوض عليهم بجرائم تتعلق بالكحول بناء على الجنسية والجنس والسن بين عامي ١٩٩٥ و ١٩٩٩.

| السنة | عدد المقبوض عليهم | عدد السعوديين | عدد غير السعوديين | ذكور | إناث | بالغين | أحداث |
|-------|-------------------|---------------|-------------------|------|------|--------|-------|
| ١٩٩٥ | ٥٠٩٣ | ٤١٤٦ | ٩٤٧ | ٥٠٧٤ | ١٩ | ٥٠٩٠ | ٣ |
| ١٩٩٩ | ٥٦١١ | ٤٧٦٢ | ٨٤٩ | ٥٦٠٣ | ٨ | ٢٢٧٢ | ٣٣٣٩ |
| ١٩٩٥ | ٥٥١ | ١٠٨ | ٤٤٣ | ٥١٠ | ٤١ | ٥٥٠ | ١ |
| ١٩٩٩ | ٢٧٨ | ٣٤ | ٢٤٤ | ٢٥٤ | ٢٤ | ١٨٤ | ٩٤ |
| ١٩٩٥ | ٦٩٨ | ٢٥١ | ٤٤٧ | ٦٧٨ | ٢٠ | ٦٩٥ | ٣ |
| ١٩٩٩ | ٦٥٣ | ٢٠٩ | ٤٤٤ | ٦٣٩ | ١٤ | ٣٤٣ | ٣١٠ |

وتزداد خطورة هذا الاتجاه إذا علمنا أن معظم هؤلاء الأحداث يتعاطون الكولونيا. ففي دراسة أجراها التركي (١٩٨٩) في دار الملاحظة الاجتماعية (مؤسسة إصلاحية للأحداث المنحرفين) بمدينة الرياض، وجد في سنوات مختلفة أن عدد الأحداث المقبوض عليهم ممن يتعاطون الكولونيا أكثر من الأحداث الذين يتعاطون أنواعاً كحولية أخرى (جدول ٦).

جدول ٦. عدد الأحداث المقبوض بسبب الشرب حسب نوع الشرب بين ١٩٨٠-١٩٨٤.

| السنة | ١٩٨٠ | ١٩٨١ | ١٩٨٢ | ١٩٨٣ | ١٩٨٤ |
|-----------------|------|------|------|------|------|
| تعاطي كحول عادي | ٨٦ | ٥٧ | ٥٢ | ٢٥ | ٣٥ |
| تعاطي كلونيا | ١١٩ | ٩٨ | ٨٤ | ٥٤ | ٧٢ |
| المجموع | ٢٠٥ | ١٥٥ | ١٣٦ | ٧٩ | ١٠٧ |

إضافة إلى ذلك فقد بينت الدراسة أن الكحول يأتي في المرتبة الأولى لدى الأحداث المقبوض عليهم نسبة إلى تعاطي المخدرات الأخرى (جدول ٧).

جدول ٧ عدد الأحداث المقبوض عليهم والمودعين دار الملاحظة الاجتماعية بمدينة الرياض حسب نوع التعاطي من ١٩٨٠-١٩٨٤.

| السنة | المذيبيات الطيارة | شرب الكحول | مخدرات |
|-------|-------------------|------------|--------|
| ١٩٨٠ | ١٠ | ٢٠٥ | ٢٣ |
| ١٩٨١ | ١٠ | ١٥٥ | ١٠ |
| ١٩٨٢ | ١٧ | ١٣٦ | ١٥ |
| ١٩٨٣ | ١٢ | ٧٩ | ١٧ |
| ١٩٨٤ | ١٢ | ١٠٧ | ١٢ |

أما ما يتعلق بتوزيع جرائم الكحول بين مناطق الكحول في المملكة، فإن كتاب وزارة الداخلية الإحصائي (١٩٩٥) يشير إلى أعلى معدلات جرائم الكحول بأنواعها تنتشر في منطقة الرياض ومنطقة مكة المكرمة والمنطقة الشرقية (جدول ٨). وفيما يخص جرائم شرب الكحول، فيلاحظ أيضاً أن منطقة الرياض هي الأعلى. هذا في الوقت الذي سجلت فيه منطقة مكة المكرمة أعلى معدل في جرائم تصنيع الكحول. أما المنطقة الشرقية، فقد سجلت أعلى معدلات حيازة الكحول وبيعها.

جدول ٨. جرائم الكحول وأنواعها موزعة حسب مناطق المملكة

| المنطقة | شرب الكحول | تصنيع الكحول | حيازة وبيع الكحول | المجموع |
|----------|------------|--------------|-------------------|---------|
| الرياض | ١٥٦٨ | ٥٣ | ٨٦ | ١٧٠٧ |
| الشرقية | ١٠١٩ | ٣٧ | ١٦٤ | ١٢٢٠ |
| مكة | ١٠٩٥ | ٧٧ | ١٦١ | ١٣٣٣ |
| عسير | ٨٥ | ٧ | ٠ | ٩٢ |
| المدينة | ١١٣ | ٢ | ٢١ | ١٣٦ |
| القصيم | ١١٩ | ١٤ | ١٦ | ١٤٩ |
| جازان | ٥٨ | ٤ | ٠ | ٦٢ |
| تبوك | ٤٠ | ٧ | ١ | ٤٨ |
| الشمالية | ٤٨ | ٩ | ٠ | ٥٧ |
| نجران | ٢٩ | ٩ | ٠ | ٣٨ |
| حائل | ٨٥ | ١٠ | ٠ | ٩٥ |
| الباحة | ٢٠ | ٠ | ٠ | ٢٠ |
| الجوف | ٣٩ | ٣ | ٠ | ٤٢ |
| المجموع | ٤٣١٨ | ٢٣٢ | ٤٤٩ | ٥٠٩٤ |

إن المؤشرات السابقة، والتي تمت مناقشتها، تدل دلالة واضحة على وجود ظاهرة تعاطي الكحول وانتشارها في المجتمع السعودي، وما قد ينتج عنها من إدمان واعتمادية البعض عليه. وقد أشار العديد من الباحثين؛ مثل النجار (١٩٩٨)، والطويل (١٩٩٦)، وAl-Nahedh (1999)، والخضير والسعيدان (١٩٩٤) إلى العوامل المساعدة على انتشار تعاطي الكحول والمخدرات في المجتمع السعودي، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- الأزمات الاقتصادية التي شهدتها البلاد في حقبة الثمانينات وما نتج عن تلك الأزمات من تأثيرات سلبية طالت قطاعاً كبيراً من أبناء المجتمع السعودي.

- النقص الشديد في توفر مصادر اللهو والترفيه البريئة؛ سواء من حيث الكم أو الكيف، والتي يمكن أن تشغل أوقات أفراد المجتمع (وخاصة الشباب) فيما يعود عليهم بالنفع والفائدة أو - على الأقل - دون أضرار.
- بسبب قلة المقاعد التدريبية والتعليمية نسبة إلى عدد السكان، وندرة الفرص الوظيفية، وجد شباب كثيرون أنفسهم بلا عمل، ومن دون دخل؛ الأمر الذي دفع البعض منهم للهروب من مشكلات البطالة بتعاطي الخمر والمخدرات.
- التغيرات والنقلات السريعة والمفاجئة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والتقنية والثقافية التي مر بها المجتمع جعلت هذا المجتمع معرضاً للعديد من الأمور، ومن ذلك تعاطي الكحول والمخدرات.
- التغير المادي السريع والدخولات المادية الكبيرة لدى البعض سهلت حدوث خبرات جديدة لهم، والتي قد يأتي من ضمنها تجريب الخمر والمخدرات.
- نقص برامج التوعية الفعالة والملائمة والتي تهدف إلى وقاية أفراد المجتمع من مشكلات تعاطي الكحول والمخدرات.
- التعرض للكحول والمخدرات من خلال السفر للبلاد التي تسمح بها ومحاولة تجريبها.
- البعض من أفراد المجتمع ممن عاش لسنوات طويلة - بسبب الدراسة أو العمل - في بلدان أخرى تسمح بشرب الكحول تعود على شرب الكحول، وقام بجلب لتلك العادة إلى المجتمع.
- احتكاك أفراد المجتمع بالمقيمين (غير السعوديين، وهم يمثلون ثقافات متعددة ومختلفة) والذين يشكلون ما نسبته ثلث سكان البلاد، يؤدي إلى اكتساب بعض أفراد المجتمع السعودي لتلك الثقافات، والتي قد يأتي شرب الكحول من بينها.
- والعامل الأهم من ذلك كله هو ضعف الوازع الديني، والمتمثل في إقدام البعض على تجريب الكحول والمخدرات، وبالتالي الاستمرار في التعاطي أو الإدمان.

- تعدد الوسائل الإعلامية وتقدمها أسهم في عرض الكحول على قطاع كبير من الناس من خلال الدعايات (في القنوات الفضائية)، ومن خلال تصوير النجوم والممثلين وهم يحتسون الخمر في سعادة (دون عرض الجانب السيئ للخمر)، حيث أدى ذلك - لدى البعض، وخصوصاً صغار السن - إلى الاعتقاد بأن الكحول شيء جيد ولذيذ، ويجلب السعادة، وليس له مشكلات.

التشريعات المرتبطة بالكحول

الاستخدام، البيع، الترويج، التهريب، التصنيع

يستمد النظام التشريعي والقضائي في المملكة العربية السعودية أنظمتها وأحكامه من أحكام الشريعة الإسلامية. ولهذا تنطلق معظم الأنظمة والتشريعات المرتبطة بالكحول إن لم تكن جميعها من الشريعة الإسلامية. تلك الأنظمة والسياسات والتشريعات تشمل استعمال الكحول وبيعه وترويجه وصناعته وتهريبه. وبناءً على ذلك، فإن أنظمة المملكة العربية السعودية - بصفة عامة - تجرم أي استخدام للكحول أو بيعه أو تصنيعه أو تهريبه. ويصبح مرتكبها تحت طائلة النظام، وعرضة للعقاب.

ففي مقابلة شخصية مع الهريش (١٩٩٩)، محقق قانوني، عن الإجراءات الجنائية المرتبطة بالكحول، أفاد بأن أي من الأجهزة الأمنية (مثل الشرطة، والحرس الوطني، وهيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر) لها الحق في إلقاء القبض على أي شخص يقوم بفعل يرتبط بالكحول، ومن ثم إحالته - بأسرع وقت - إلى أقرب قسم للشرطة.

وقد أشار الهريش أيضاً إلى أنه بعد إلقاء القبض على المشتبه به وإحالته إلى قسم الشرطة، لا بد من التحقيق معه خلال ٢٤ ساعة من وقت القبض. كما لا يحق لقسم الشرطة إيقاف المشتبه به لمدة تزيد عن ثلاثة أيام، حيث يتم خلاله إما توجيه اتهام رسمي له أو إخراجه. ولا يتم اتهام المشتبه به وإحالته إلى المحكمة إلا بتوفر دليل جنائي، أو اعتراف المتهم بفعله المرتبط بالكحول أو

بهما معاً؛ حيث يتم تسجيل الاعتراف شرعاً أو إثبات الدليل الجنائي في المحكمة، ومن ثم يعاد إلى التوقيف.

ويضيف الهريش (١٩٩٩) أن المتهم بقضية مرتبطة بالكحول لا يمكنه الخروج بكفالة وانتظار حكم المحكمة إلا في قضايا الشرب فقط. أما في قضايا الكحول الأخرى كالتصنيع أو الترويج، فلا يمكن خروج المتهم مهما كانت الظروف (الهريش ١٩٩٩). أما ما يتعلق بتهريب الكحول، فقد أشار الهريش إلى أن قضايا التهريب تتدخل بها أكثر من جهة حكومية؛ مثل شرطة حرس الحدود، ومصالحة الجمارك. ولذلك، فإن الإجراءات القانونية تأخذ شكلاً أعقد من قضايا الكحول الأخرى.

وفيما يتعلق بشرب الكحول والإدمان عليه، فقد أشار الهريش إلى أنه إذا تم القبض على الفرد في حالة شرب، وقد أفاد بأنه كحولي، فإنه يحال إلى أحد مستشفيات الأمل للفحص المختبري، وللكشف الطبي، حيث يقوم المستشفى بعد ذلك بإصدار تقرير تقديري (Assessment Report) عن حالة المتهم وإرساله للشرطة، حيث تقوم بعد ذلك بإرفاقه مع عريضة الاتهام للمحكمة. وعادة ما تأخذ المحكمة حالة إدمان الكحول بالحسبان، فتحيل المدمن إلى أحد مستشفيات الأمل للعلاج قبل أن تنفذ فيه العقوبة (الهريش ١٩٩٩).

الأدلة الجنائية لشرب الكحول

فيما يتعلق بإدانة الشرب، يكفي للقاضي أن يدين شارب الكحول إذا توفر أحد الدليلين التاليين (رئاسة مجلس الوزراء، ١٩٧٧/٧/٢٥):

- محضر شم الكحول، أو محضر شم الكحول المتقيماً.
- توفر شاهدين يقسمان على أنهما شاهدا الفرد يشرب الخمر، أو اعتراف الشخص بنفسه.

إلا أنه نظراً إلى ما يحمله دليل محضر الشم من التباس مع مواد أخرى كالأدوية، فقد طلبت المحكمة من القضاة بالاعتماد في إدانة شرب الكحول

على فحص الدم (وزارة الداخلية، ١٩٨٩).

وقد تم تعديل الإجراءات الجنائية لشرب الكحول نتيجة للتطور التقني المرتبط بالفحص العملي للكحول، حيث يلخص العجرفي (١٩٩٩) إجراءات إدانة شرب الكحول فيما يلي:

- محضر شم الكحول، حيث يجب أن يعد بواسطة محقق قانوني وعضو من السلطة الدينية وطبيب.
- التحويل إلى المعمل لتحليل عينة من الدم.
- البحث في سجل المتهم الاجرامي.
- التحقيق مع المتهم، واستصدار اعتراف منه.
- تأكيد الاعتراف أمام المحكمة.
- تحويل القضية للمحكمة للحكم.

العقوبات المرتبطة بالكحول

تم إصدار العديد من الأحكام المرتبطة بالكحول من مكتب رئيس القضاة (الظفير، ١٩٩٥)، بعد أن تم التوصية بها من الرئاسة العامة للإفتاء. وعلى الرغم من أن عقوبة أو حد شرب الخمر حسب الشريعة الاسلامية هو الجلد للشارب من ٤٠-٨٠ جلدة، إلا أن هناك عقوبات إضافية تطبق بحق شارب الخمر؛ مثل السجن أو زيادة عدد الجلدات، حيث تدخل هذه العقوبات تحت حد التعزير.

ويراعي النظام القضائي في عقوبة شرب الخمر في المملكة العربية السعودية عوامل عدة؛ منها: سن الشارب (حدث أو بالغ)، وحالة الشارب العقلية، ونية الشارب، وسجل الشارب الإجرامي، وعدد الأحكام التي صدرت ضده بسبب الشرب، إضافة إلى عوامل أخرى. وعلى أية حال، فإن العقوبة العادية هي تلك التي أوصت بها هيئة كبار العلماء «كما حددها الشرع الإسلامي» (وزارة العدل، ١٩٧٦). وهذا يعني جلد شارب الخمر بين ٤٠-٨٠

جلدة (الظفير، ١٩٩٥). إلا أنه ونظراً إلى كثرة حالات الشرب فقد تقرر تطبيق العقوبة القصوى من حد شرب الخمر، وهي ثمانون جلدة (رئاسة مجلس الوزراء ١٩٧٧/٧/٢٥)، وأن تطبق الجلدات كلها على الشارب دفعة واحدة، كما أوصت بذلك الرئاسة العامة للبحوث والإفتاء (١٩٧٧).

أما في حالة تكرار الشرب، فإن الشارب المدان يعاقب - إضافة إلى عقوبة الحد (٨٠ جلدة) - بعدد من الجلدات وزيادة أيام السجن (وزارة العدل، ١٩٧٦). وعلى الرغم من أن العقوبة الإضافية بحق من يتكرر منه شرب الخمر متروكة للقاضي كي يقرر نوع العقوبة ومقدارها تحت حد التعزير بما يشعر القاضي أنه يكفل عدم تكرار الشارب لفعولته مستقبلاً (الرئاسة العامة للبحوث والإفتاء، ١٩٧٧)، إلا أنه ليس هناك حد أعلى يجب على القاضي ألا يتجاوزه. وعلى الرغم من أن بعض علماء المسلمين رأى أن من يقام عليه حد الخمر ثلاث مرات، ويقبض عليه الرابعة فإنه يقتل، إلا أنه لم يذكر أن عقوبة القتل طبقت في حق من تكرر منه الشرب لأكثر من ثلاث مرات في المملكة العربية السعودية (الظفير، ١٩٩٥).

ولا تتغير عقوبة شارب الخمر بكمية الخمر المتعاطاة، فحسب الظفير (١٩٩٥)، أنه شهد العديد من قضايا شرب الكحول لدى قضاة مختلفين، ولم يحدث أن سأل القاضي عن كمية الشرب المتعاطاة.

إضافة إلى ما سبق، فإن عقوبة شرب الكحول لا تقتصر على نوع معين من الخمر، بل إنها تشمل أي مادة تسبب السكر مهما كان نوعها أو مسماها. فقد أشار الظفير (١٩٩٥) أن المحاكم السعودية تطبق عقوبة حد الشرب بحق من يقبض عليهم بسبب شرب الكولونيا.

وعما إذا كان الشخص مسؤولاً عن أفعاله التي يرتكبها وهو في حالة السكر، فإن نظام القضاء السعودي يعد السكران مسؤولاً عن الأفعال التي

يأتيها، ويطبق بحقه - إضافة إلى عقوبة الشرب - أي عقوبة أخرى نتيجة لمخالفة ارتكبتها؛ كارتكاب حادث مروري، أو سرقة، أو غير ذلك (رئاسة مجلس رئاسة الوزراء، ١٩٧٧/٧/٢٥).

أما بالنسبة إلى العقوبات المرتبطة بتصنيع الكحول أو ترويجه، فإن وزارة العدل (١٩٨٠/٣/٣) أشارت إلى أن عقوبة هذا النوع من الجرائم متروكة للقاضي، حيث يطبق بحق مرتكب هذه الأفعال حد التعزير. وهذا يعني أن العقوبة تختلف من حالة إلى أخرى حسب ظروف مرتكب الجرم، والظروف المحيطة بالجرم، وتقدير القاضي.

نظرة المجتمع السعودي إلى الكحول

تشير الإحصائيات إلى أن عدد سكان المملكة العربية السعودية ما يقارب ٤, ٢١ مليون نسمة (وزارة الإعلام، ٢٠٠١/٧/١٧)، ويشكل غير السعوديين ٢٥٪ من المجموع الكلي للسكان (السرياني، ١٩٩٥). وعلى الرغم من أن مدى الالتزام الديني يختلف من منطقة إلى أخرى، ومن أسرة إلى أخرى، ومن فرد إلى آخر، إلا أن المجتمع السعودي يعد مجتمعاً محافظاً يدين بالإسلام (وزارة الإعلام، ٢٠٠٠/٧/١٧) بل إن البعض يرى المجتمع السعودي مجتمعاً متديناً لعدة أسباب؛ أولها: أن أرض السعودية هي مولد الرسول ﷺ، ومهد الإسلام. ثانياً: أن بها مسجدي الله الحرام، وأظهر بقعتين لدى المسلمين. أما العامل الثالث؛ فهو أن الدولة السعودية قامت أساساً على تعاليم الدين الإسلامي. كل هذه الأسباب حتمت على السعودية أن تقوم بمهمة النموذج الإسلامي المثالي، وأن تسعى إلى تطبيق أحكام الشريعة الإسلامية، وقبل ذلك إلى أن تسعى - وبسبل مختلفة - إلى أن يتبع الناس التعاليم الإسلامية.

إيمان الناس بالإسلام واتباع تعاليمه، إضافة إلى العوامل السابقة، جميعها أسهمت وبقوة في التأثير اتجاه نظرة الناس وتعاملهم مع أمور حياتية مختلفة، بما في ذلك الكحول. وقد أكد Hay, Kokli, & McKeganey (2001) عندما

أشاروا إلى أن اتجاه الناس نحو شرب الكحول يحدده مدى قوة إيمان الفرد ومعتقداته الثقافي.

ولهذا، فإن المجتمع السعودي يرفض الكحول اجتماعياً ودينيّاً، كما أنه مرفوض نظامياً. وعلى الرغم من هذا المنع، إلا أن شرب الكحول وإساءة استخدامه أمر موجود، بل وفي ازدياد. فقد أكد الدماغ (١٩٩٧) على سبيل المثال هذه الحقيقة عندما أشار إلى أن استخدام الكحول والمخدرات وإساءة استخدامها مشكلة يزداد حجمها يوماً بعد يوم.

إن التعرف إلى نظرة المجتمع السعودي ورأيه وتفكيره نحو شرب الكحول أمر صعب نظراً إلى قلة الدراسات والبحوث المحلية في موضوعات الكحول عموماً، وفي هذا الموضوع على وجه الخصوص. ولذلك فإن الأسطر التالية في هذا الفصل هي مجرد محاولة لمناقشة اتجاه المجتمع السعودي ونظرة نحو الكحول من خلال نظرة تحليلية لبعض الحقائق المتعلقة بالموضوع.

بداية يجب القول: إن شرب الخمر أمر محرم في الدين الإسلامي، وقد جاءت الآيات القرآنية وأقوال الرسول الكريم ﷺ بأدلة كثيرة تدل على هذا التحريم وتؤكد (الظفير، ١٩٩٥). هذا الأمر جعل كثيراً من الناس يلتزمون بعدم الشرب اتباعاً للتعاليم الإسلامية. وقد ساعد على ذلك تأكيد المنع من خلال تطبيق العقوبات في حق من يشرب الخمر، وعدم وجود العوامل المساعدة للشرب؛ كوجود الحانات أو مصانع الخمر المرخصة. وهذا خلاف لما هو معمول به في بعض الدول العربية، حيث توجد حانات للشرب ومصانع للخمر. إلا أن المواطن غير مسموح له بالشرب (حاضري، ١٩٩٣). هذا التحريم للخمر، وتجريم من يتعامل به، والعوامل المساعدة الأخرى أدت إلى كره وخوف تشرب الفرد روحياً وعقلياً من خلال عملية التنشئة الاجتماعية. ولهذا يمكن القول: إن ذلك كله أسهم في وجود ثقافة سالبة تجاه الخمر.

ولذا، يتبنى المجتمع السعودي عموماً نظرة الإسلام إلى الخمر، فهو رجس

من عمل الشيطان لا يرتبط به إلا الذنوب وارتكاب الأعمال الإجرامية. وبناءً على ذلك، يجري تعليم الأطفال - من خلال الأسرة والمدرسة وعلماء الدين، ومن خلال وسائل الإعلام المختلفة - أن الخمر حرام، ويجب الابتعاد عن تعاطيه. ولهذا، تجد أن أمراً مثل الخمر لا يتم الحديث عنه داخل الأسرة إلا من منطلق تحريمه وما ينتج عن شربه من ضرور على الشارب والمحيطين به في الدنيا والآخرة. ولو أن أحد أعضاء الأسرة يشرب الخمر، فإنه يحاول إخفاء شربه، ولو حدث أن تم اكتشافه من قبل الأسرة، فإن مشكلة شرب هذا العضو لا تتم مناقشتها بصراحة أمام أفراد الأسرة. وغالباً ما يمارس الأب الذي يشرب الخمر عادة الشرب بعيداً عن أبنائه.

إن السرية، والغيب، وحساسية موضوع الكحول جعلت من الحديث عنه بصراحة داخل الأسرة، بل وفي المجتمع، والسعي لعلاج المشكلات المرتبطة به أمراً صعباً. بل إن الكثير من الأسر لا تحاول معالجة مشكلة الكحول في بداياتها، أملاً في أنها ستحل نفسها، ولذلك فإن الانتظار، وعيش الأسرة على هذا الأمل، وترك مناقشة المشكلة لا يؤدي إلا إلى أن تصبح المشكلة أكثر تعقيداً.

إن نظرة المجتمع السعودي - بشكل عام - إلى الكحول وإلى من يشربه، والمنطلقة من منطلقات دينية وقانونية واجتماعية، جعلت شرب الكحول أمراً سرياً، بحيث يعتمد معظم الشاربين إلى إخفاء حقيقة شربهم حتى عن أقرب الناس إليهم. فالزوجة مثلاً، تستطيع أن تطلب الطلاق من زوجها إذا ثبت أنه يشرب الكحول (المعتق، ١٩٨٥).

ونتيجة للجهود الكبيرة في إخفاء الشرب، فإن بعض الزوجات قد يعشن مع أزواجهن الشاربين لعدة سنوات دون أن يعلمن بحقيقة شربهم. ومن تلك الجهود التي يبذلها الزوج هو الشرب والمبيت ليلة الشرب خارج المنزل، أو الشرب داخل المنزل بعد أن يأخذ الزوجة للمبيت عند أهلها (وغالباً يتم ذلك

في نهاية الأسبوع). وهناك فئة ممن تشرب الكحول لا تشرب إلا عندما تسافر إلى مدينة أخرى، أو إلى خارج البلاد. هذا إضافة إلى أن بعض الزوجات والأمهات لا يعرفن العلامات المرتبطة بالشرب، فيستغل بعض الشاربين هذا الجهل ليمارس الشرب داخل البيت.

هذا لا يعني أن كل من يشرب لا يعلم أقاربه بشربه، أو أن زوجته لا تعلم، أو أنها تترك المنزل، أو تطلب الطلاق لمجرد أنها علمت بأن زوجها يشرب الكحول. ولكن إيراد سلوكيات إخفاء الشرب من قبل الشارب تم فقط لتوضيح نظرة المجتمع بوجه عام إلى الشرب وإلى من يشرب الكحول. ولكن الواقع المعاش يبين حقيقة أن هناك شريحة لا بأس بها من أقارب الشاربين يعلمون بشربهم، ويقفون معهم ويساندونهم في العلاج في حالة تطور حالات الشرب لديهم إلى الأسوأ. إلا أن هناك بعض الأمهات أو الزوجات أو الآباء أو غيرهم من الأقارب، حتى وهم يعلمون بحقيقة شرب قريبهم، لا يتجرؤون على مناقشة موضوع الشرب معه، خوفاً من عواقب أخرى. فالزوجة قد تسكت على مضمض خشية الطلاق مثلاً، والأم تخشى مواجهة ابنها لتلا يترك المنزل، والأب أو الأخ الأكبر يتجاهل الأمر خشية الفضيحة.

إن نظرة المجتمع السعودي بشكل عام إلى الكحول والمخدرات جعلت من شرب الكحول أو تعاطي المخدرات من الأمور الأساسية في السؤال عن الخاطب. فتجد أن أب المخطوبة أو ولي أمرها يجتهد في السؤال هنا وهناك لمعرفة ما إذا كان الخاطب يشرب الكحول أو المخدرات أو يتعاطاها. ولقد زارني أثناء عملي في مصحة علاج الإدمان الكثير من أولياء الأمور ممن يسألون عما إذا كان المتقدم لخطبة ابنتهم قد تلقى العلاج في هذه المصحة أم لا؟

والمجتمع - بصفة عامة - يرى أن من صفات الفرد الصالح أنه لا يشرب الخمر ولا يتعاطى المخدرات. تلك النظرة تدعمها معايير كثيرة؛ منها: عدم

قبول شهادة من يشرب الخمر أو يتعاطى المخدر (المعتق، ١٩٨٥). وعلى الرغم من أن شرب الكحول بالنسبة إلى النساء أقل انتشاراً بمراحل كبيرة من الرجال (مجلة الأمل، أغسطس، ١٩٩٩)، إلا أنه تتضاعف نظرة المجتمع السعودي السلبية وحساسيته نحو المرأة التي تشرب الكحول أضعافاً مضاعفة. فالمرأة الشاربية تعاني خبرات مؤلمة نتيجة للعيب المرتبط بالكحول، ولرفض المجتمع التام لشربها.

هذه النظرة السلبية وتلك الوصمة الاجتماعية والحساسية الشديدة نحو المرأة الشاربية جعلت من طلب العلاج لها - سواء من قبلها أو من قبل أسرتها - أمراً صعباً وبالغ التعقيد. وهذا يؤدي إلى ترك المشكلة دون علاج، أو على الأقل تأخير طلب المساعدة حتى تصل المشكلة إلى مراحل متقدمة يصبح معها العلاج بالغ الصعوبة (Al-Dakhil, 2002).

وإذا كانت نوعية الشرب وأنماطه بالنسبة إلى الرجل في المجتمع السعودي - نتيجة لمنع الكحول دينياً وتشريعياً واجتماعياً - مثل نوعية المشروب، وكيفية الحصول عليه، وأماكن الشرب المتاحة له، وإخفاء عادة الشرب نفسها، فلا بد أن للمرأة التي تشرب الكحول في المجتمع السعودي خصائص وأنماط شرب معينة، وما يترتب على تلك الخصائص وأنماط الشرب من نتائج تتعلق بطلب العلاج وأسلوب العلاج وأماكنه؛ فعلى سبيل المثال: إذا كان الرجل في المجتمع السعودي يعتمد إلى إخفاء شربه عن مجموعات كبيرة من المحيطين به، فإن المرأة - ونتيجة لعوامل اجتماعية كبيرة - سوف تحرص بدرجة أكبر إلى إخفاء شربها، على الرغم مما يتبع ذلك تتعلق بتعقد مشكلة الشرب وتعقد علاجها.

وبالنسبة إلى المرأة السعودية الشاربية، فتبرز تساؤلات أخرى عديدة تتعلق بالخصائص الديموغرافية للمرأة السعودية الشاربية، وكذلك بأنماط الشرب لديها، والنتائج المترتبة على شربها. فمعرفة نوع المشروب وكمية الشرب وكيفية الحصول عليه وأماكن الشرب المناسبة لها، وما يترتب على الشرب من

مشكلات، وكيفية الحصول على العلاج وسهولة ذلك؟ جميعها تساؤلات تحتاج من الباحثين والمهتمين إلى دراستها والتحقق منها.

فعلى الرغم من أن مستشفيات الأمل - وفي خطوة جريئة - قد بدأت في فبراير ٢٠٠٠ تقديم خدماتها لعلاج من يعانون من الإدمان، بما في ذلك الكحولية (مجلة الأمل، ٢٠٠٠، مارس)، إلا أن الملحوظ أن هناك إحصاءاً من طالبات العلاج رغم احتياجهن له. تلك المشكلة تؤكد الحاجة إلى دراسة الموضوع كما ذكر سابقاً.

وبما أن لكل مجتمع ثقافته الخاصة به، والتي تحدد عوامل كثيرة (على سبيل المثال، دينية واجتماعية وتشريعية وتعليمية)، فإنه بالتأكيد لشرب الكحول في المجتمع السعودي ثقافة خاصة به. إلا أن ما كتب عن ثقافة الكحول في المجتمع السعودي لا يعدو كونه اجتهادات تحتاج إلى التوثيق.

الجهود المبذولة للتغلب على مشكلات الكحول

إن استخدام الكحول والمخدرات ومدى انتشارها في مجتمع ما تحده عوامل كثيرة؛ منها: السياسات والاستراتيجيات المبذولة للتعامل مع المشكلة قبل وقوعها وأثناء ذلك. ولعله من المناسب في هذا الفصل أن نشير إلى الجهود التي تبذلها المملكة العربية السعودية في سبيل مكافحة الكحول والمخدرات.

ففي إطار جهودها لمكافحة مشكلة الكحول، تبنت المملكة العربية السعودية عدداً من الخطط الاستراتيجية فيما يتعلق بالوقاية والعلاج من مشكلات الكحول والمخدرات. وقد أشار الخضير والسعيدان (١٩٩٤) إلى أن تلك الخطط الاستراتيجية اتسمت بالتالي:

- ١- الشمولية: ويعني ذلك أن معظم المؤسسات الحكومية تشارك بجهودها للتعامل مع مشكلة الكحول والمخدرات إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
- ٢- التكامل: حيث تؤدي كل مؤسسة أو جهة مهمتها في الحرب ضد مشكلة الكحول والمخدرات.

٣- التوازن: كل من الوقاية والعلاج والحماية تأخذ جانباً متوازناً من الاهتمام والجهد؛ بحيث لا يطفئ جانب على آخر.

وفيما يتعلق بجانب الوقاية، فقد قامت الحكومة بالمنع التام لشرب أي نوع من المشروبات الكحولية أو بيعها، أو ترويجها، أو تصنيعها، أو تهريبها. ولضمان تطبيق هذا المنع، فقد تم إصدار الأحكام والتنظيمات المرتبطة بكل جريمة تتعلق بالكحول. وتعد العقوبات القاسية التي تنتظر مرتكبي جرائم الكحول واحدة من استراتيجيات الدولة الوقائية من مشكلات الكحول. كذلك فإن من الاستراتيجيات الوقائية هو ما تقوم به الدولة من جهود من خلال إحكام الرقابة على الحدود، ورصد محاولات التهريب، ومنعها قبل دخولها البلاد. ومن ضمن استراتيجيات الوقاية من الكحول والمخدرات تقديم مكافأة مجزية لمن يدل أو يساعد في كشف جريمة تتعلق بالكحول أو المخدرات داخل البلد (رئاسة مجلس الوزراء، ١٩٧٧، ٢٥ يوليو).

ومن الأساليب الوقائية أيضاً: ما تقوم به الجهات الحكومية وغير الحكومية من جهود توعوية لأفراد المجتمع من خلال توضيح المخاطر الأخلاقية والدينية والصحية والاقتصادية للكحول والمخدرات. تلك الجهود يقوم بها عدد كبير من القطاعات والجهات الدينية والسياسية والمهنية والتعليمية في البلاد. وفي سبيل وصول جهود التوعية بأضرار الكحول والمخدرات إلى أكبر قطاع ممكن من قطاعات المجتمع، فقد تم استخدام مختلف وسائل الاتصال الإعلامية الممكنة. هذا إضافة إلى تشجيع عقد الحلقات العلمية وورش العمل للمهتمين والمهنيين بمشكلات الكحول والمخدرات.

أما فيما يخص العلاج من مشكلة الإدمان على الكحول، فقد تم إنشاء أربع مصحات علاجية حكومية (تعرف بمستشفيات الأمل) تقدم خدمات تأهيلية وعلاجية لمدمني الكحول والمخدرات (Al-Dakhil, 2002). وتقع هذه

المصحات الأربع في المناطق الرئيسية في المملكة، بحيث تستطيع تقديم خدماتها لأكثر عدد ممكن من طالبي العلاج.

إلا أنه من الملحوظ أنه من غير المسموح - إلى وقتنا هذا - لغير المصحات الحكومية تقديم خدمات علاجية للإدمان. وقد يرجع السبب في اقتصار تقديم خدمات علاج الإدمان على المؤسسات الحكومية إلى رغبة الحكومة في السيطرة على جميع ما يتعلق بالكحول والمخدرات ابتداءً بجهود الوقاية وانتهاءً بالعلاج. كما قد يرجع السبب إلى حداثة الخدمات العلاجية للمدمنين بالمملكة، وعدم وجود المؤسسات الخاصة المؤهلة لذلك.

وعلى أية حال، فإن عدم السماح للقطاع الصحي الخاص بمعالجة مشكلات الإدمان له سلبياته. فمن تلك السلبيات: تجنب بعض محتاجي العلاج الذهاب لمصحات علاج الإدمان الحكومية؛ لأن الخدمات والأساليب العلاجية المقدمة فيها لا تعجبهم. وفي ظل عدم وجود بدائل أخرى، فإنهم يبقون دون علاج، ما يؤدي إلى تفاقم مشكلة الإدمان لديهم. أما الأمر الثاني، فهو إجماع الشخصيات العامة وأبناء الأسر المعروفة والأغنياء والمشاهير عن مراجعة المستشفيات الحكومية؛ إما خوفاً من الفضيحة، أو لرغبتهم في الحصول على خدمات راقية لا يجدونها إلا في مصحات خاصة. فهل يمكن تصور رجل تعود على تلقي العلاج لأي عارض صحي في أرقى المصحات الخاصة، وعندما يعاني من مشكلة إدمان لا يجد أمامه إلا مستشفى الأمل؟

وفيما يتعلق بمصحات العلاج ومدى كفايتها وفاعلية الخدمات التي تقدمها، فإن عدم وجود المصحات الخاصة لعلاج الإدمان أسهم - كما سبقت الإشارة إليه - في عزوف بعض فئات المجتمع من المدمنين عن العلاج. كما أن المصحات الحكومية الأربع لا تكفي إذا ما قورنت بحجم المشكلة، والزيادة المضطردة في عدد السكان، وسعة رقعة المملكة العربية السعودية (Al-Dakhil, 2002).

أما عن فاعلية الخدمات التي تقدمها المصحات الحالية، ومدى ملاءمتها

لفئات المجتمع، فإن هناك حاجة لتقديم خدمات علاجية تتناسب مع المرأة السعودية، بحيث تحافظ على خصوصيتها وعدم افتضاح أمرها؛ فمثلاً: يمكن فتح عيادة خاصة ملحقه بالمستشفيات الحكومية العامة، بحيث تدار تلك العيادات بكوادر مهنية متخصصة. كذلك فإن هناك حاجة لتقديم خدمات علاجية مناسبة لصغار السن. كما يحتاج المتعافون بعد خروجهم من المستشفى إلى تفعيل خدمات التأهيل وخدمات ما بعد الخروج (After-care)، حتى يتمكن المتعافي أن يصل إلى وضع ملائم من الناحية النفسية والاجتماعية والأسرية والوظيفية.

وأخيراً، فلا بد من السماح للقطاع الصحي الخاص بالمشاركة في علاج الإدمان، كما لا بد من زيادة عدد المصحات الحكومية؛ بحيث تغطي جميع مناطق البلاد. أو بدلاً من ذلك، يمكن إلحاق عيادات لعلاج الإدمان في جميع مستشفيات البلاد العامة تستطيع تقديم الخدمات الاستشارية والعلاجية لجميع قطاعات المجتمع وفئاته، وهذا قد يسهم في إزالة الخوف والوصمة الاجتماعية المرتبطة بمستشفيات الأمل.

الفصل السادس

تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالكحول

Diagnosis of alcohol related disorders

أساليب التشخيص

يعد استخدام الكحول والاعتمادية عليه أحد أهم الأخطار الصحية عالمياً؛ فهو يصنف على أنه ثالث أهم مشكلة صحية بعد السرطان وأمراض القلب في الولايات المتحدة الأمريكية (Lawson, Peterson, & Lawson, 1983). بل إنه قد يعد المشكلة الصحية الأولى إذا أخذ في الحسبان أنه سبب مباشر في كثير من الإصابات بالسرطان ومشكلات القلب.

إضافة إلى ذلك، فإن الكحول مسؤول - بطريقة مباشرة أو غير مباشرة - عن الكثير من المشكلات الجسمية، والنفسية، والانتحار، والجريمة، والهدر الاقتصادي، وتفكك الأسر، مما يؤثر على المجتمع بشكل عام (Lawson, Peterson, & Lawson, 1983).

في وجود مشكلة كهذه، كان لابد من وجود حلول ناجعة لها. وهذا ما دفع أصحاب الاختصاص من باحثين ومعالجين ومهتمين لبذل الجهود لمحاولة التعرف إلى الكحول، وعلى جميع ما يرتبط بالكحول من جوانب؛ سواء تلك المتعلقة بمعرفة العوامل المؤدية إلى تعاطيه وسوء استخدامه والإدمان عليه، والتعرف إلى المشكلات (الشخصية، والصحية، والأسرية، والاقتصادية، والدينية) الناتجة عن سوء الاستخدام والاعتمادية عليه. وبين هذا وذاك، اهتم الباحثون والمعالجون بمعرفة تلك الجوانب المتعلقة بالعلاج وفعاليتها، كما اهتموا بتحديد المعايير التي يمكن من خلالها الحكم على شخص ما بأن لديه مشكله شرب أو سوء استعمال أو إدمان. وهذا ما يسمى بالتشخيص.

وقبل الحديث عن تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالكحول، فإنه من الأفضل تحديد بعض التعاريف التي لها علاقة بموضوع التشخيص، وكذلك الإشكاليات المرتبطة بالقياس بوجه عام، وبالتشخيص بوجه خاص. ومن ثم التعرف إلى بعض معايير التشخيص الشائعة لسوء استخدام الكحول والاعتماد عليه.

مصطلحات القياس

الكشف (الفرز) Screening

إجراء تقويمي أولي، يطبق بشكل فردي أو جماعي، يهدف إلى التعرف إلى الذين يحتاجون إلى تقويم إضافي أكثر عمقاً.

التشخيص Diagnosis

مجموعة من الاختبارات والإجراءات التقييمية المفصلة والعميقة للأفراد الذين تم الاشتباه بأن لديهم مشكلة أثناء عملية الكشف، تهدف إلى التأكد من وجود المشكلة، وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها وأسبابها ودرجتها.

التقويم Evaluation

عملية جمع المعلومات لتحديد المشكلة ودرجتها ومستوى التطور في حلها، بهدف تحديد الأهداف التي يأمل في تحقيقها. كذلك يشمل التقويم المتابعة المستمرة للمشكلة ومدى التغير الحاصل نتيجة للتدخل المهني.

التقدير Assessment

هو عملية منتظمة من خلالها يتم تحديد الطبيعة والأسباب والتطورات والأعراض والأشخاص والمواقف المتعلقة بمشكلة ما. أو هو عملية منتظمة لجمع المعلومات المتعلقة بحاجات العميل بهدف تحديدها بشكل أكبر، والعمل على استثمار المصادر المتوفرة في العميل وبيئته لتلبية تلك الاحتياجات.

وأساليب القياس تنقسم قسمين؛ أساليب كمية وأخرى كيفية:

- أما الكمية؛ فهي تلك الأساليب التي تعبر عن الموضوع المراد قياسه بالأرقام، وذلك مثل المقاييس المقننة؛ ومنها مقاييس الذكاء، واختبار متشجن للكشف عن الكحولية MAST، واختبار تحديد اضطرابات استخدام الكحول AUDIT.

- أما أساليب القياس الكيفية؛ فهي التي تعتمد في قياسها لموضوع ما على الوصف والمقابلات (مثل مقابلات صاحب المشكلة، والأسرة، والزملاء، والمهنيين الآخرين).

ولتلافي السلبيات الناتجة عن تفضيل أسلوب قياسي بعينه، وللوصول إلى دقة أفضل في القياس يفضل استخدام المقاييس الكمي والكيفي إن أمكن.

وفيما يتعلق بالمقاييس الخاصة بالكحول، يعتمد المعالجون، والعاملون في المجال الصحي، وكذلك الباحثون على المقاييس المقننة - إضافة إلى اعتمادهم في التشخيص الإكلينيكي لسوء استخدام الكحول والاعتمادية عليه - على الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM) ودليل التصنيف العالمي للأمراض (DC10). وهذا الدليلان ستنم مناقشتهم في نهاية هذا الفصل.

أما ما يرتبط بالمقاييس المقننة الخاصة بالكحول، فسيتم مناقشتها، والإشكاليات المرتبطة بها، وصلاحياتها للاستخدام في البيئة العربية في الصفحات التالية.

المقاييس المقننة

تعرف المقاييس المقننة Standardized measures على أنها أدوات أو موازين أو استبانات أو اختبارات تستخدم لقياس شيء أو حدث أو سلوك (Bloom & Fischer, 1982).

هذا وعادة ما يتضمن بناء مقياس مقنن خطوات وإجراءات معقدة تهدف إلى اختبار الأداة والتأكد من درجة الصدق Validity والثبات Reliability والحساسية Sensitivity فيها. ويعني صدق المقياس مدى قدرة المقياس على

قياس ما ينوي قياسه (Meenaghan, Power, & Toomey, 1985). أما الثبات فيقصد به درجة المقياس من حيث اتساقه واتفاقه واستقراره بحيث يعطي المقياس نفس النتائج فيما لو تم إعادة الاختبار على مجموعة سبق اختبارها (Meenaghan, Power, & Toomey, 1985) كما أن المقياس لا بد أن يتمتع بدرجة عالية من الحساسية. ويقصد بالحساسية قدرة المقياس على اكتشاف الحالات الإيجابية بطريقة صحيحة (Meenaghan, Power, & Toomey, 1985). ويرتبط بحساسية المقياس ما يعرف بالتحديد Specificity of the instrument، وهو قدرة المقياس على اكتشاف الصحيح للحالات السلبية (Miller et al, 1995). وعادة ما يتم بناء المقياس المقنن على نموذج نظري، والذي يعرف المشكلة أو الموضوع المراد قياسه (Berger & Patchner, 1988). كما أن تبني إطار نظري معين إنما يحدده منشئ المقياس ونظرته هو للمشكلة أو الموضوع المراد قياسه. (Berger & Patchner, 1988) من ذلك كله يمكن أن نخلص إلى أن أداة القياس ما هي إلا ناتج رأي منشئ المقياس والمبني أصلاً على نموذج نظري معين، وعلى المجتمع الذي نشأت فيه النظرية.

إشكالية المقاييس المقننة

ينظر إلى المقاييس المقننة (Standardized measures) على أنها أدوات أو وسائل تم بناؤها بعد أن أخضعت لاختبارات الصدق والثبات، حيث يقوم باستخدامها الباحثون والمتخصصون المهنيون لتقدير أو تشخيص أو تقويم مشكلة أو حدث أو موضوع معين.

وعلى الرغم من أن استخدام المقاييس المقننة يجد قبولاً واسعاً لدى المهتمين، إلا أنه من الملحوظ كثرة استخدام المقاييس المقننة في بيئات غير التي نشأت فيها. وليس في ذلك بأس. ولكن تكمن المشكلة فيما لو تم استخدام تلك المقاييس وتطبيقها في بيئات أخرى - وهو أسلوب شائع رغم مخاطره - دون التأكد من صلاحيتها للتطبيق في تلك البيئة.

إن هذه الإشكالية لم تعط الكثير من الاهتمام على الرغم من المشكلات المحتملة التي يمكن أن يؤدي إليه مثل هذا الاستخدام السيئ. فقد يؤدي تطبيق مقياس مقنن في بيئة مختلفة - دون التأكد من صلاحيته لتلك البيئة - إلى سوء تقدير أو سوء تشخيص المشكلة، والذي يقود إلى نتائج خاطئة، وبالتالي إلى تدخل علاجي خاطئ. كما أن سوء استخدام المقياس - عند إجراء البحوث والدراسات- قد يؤدي إلى رسم سياسات خاطئة مبنية على توصيات ونتائج خاطئة.

أمر آخر لا يقل أهمية عن هذه المشكلات، وهو ما يتعلق بالإشكاليات الأخلاقية الناتجة عن سوء استخدام المقاييس المقننة نتيجة للتدخل العلاجي الخاطئ، أو نتيجة للبحوث والدراسات المضللة.

إن الأسطر القادمة تهدف إلى لفت انتباه المهتمين من باحثين ومهنيين إلى أهمية تحري الدقة في اختيار المقياس المقنن، ومدى صلاحيته للاستخدام في بيئته الجديدة، على الرغم من كون هذا المقياس معروفاً بصلاحيته، وبدرجات الصدق والثبات العالية التي هو عليها في الأصل.

ولتوضيح تلك الإشكاليات، سوف يتم اختيار بعض أشهر المقاييس المقننة (المستخدمة لتقدير الإفراط في شرب الكحول أو الإدمان عليه أو تشخيصه) بوصفها أمثلة على عدم صلاحية المقياس للتطبيق في البيئة العربية.

فهنالك ما يزيد عن ٧٠ مقياساً مقنناً ترتبط مباشرة بشرب الكحول واستهلاكه، وما ينتج عن هذا الشرب من مشكلات صحية وأسرية واقتصادية وغير ذلك من المشكلات. بحيث تمكن هذه المقاييس الباحث أو المعالج من الكشف والتقدير والتشخيص لمعظم المشكلات المتصلة بالشرب. إلا أن الملحوظ أن معظم هذه المقاييس نشأت في بيئات يعد الكحول فيها مقبولاً دينياً واجتماعياً وقانونياً.

وتستخدم المقاييس المقننة للكحول بشكل واسع النطاق لتحقيق أغراض

بحثية وإكلينيكية متعددة. وقد صممت هذه المقاييس لقياس جانب أو أكثر؛ منها ما هو متعلق باستهلاك الكحول ودرجة هذا الاستهلاك، ومنها ما هو مخصص لقياس الكحول لفئة معينة من الناس؛ مثل مقياس الشرب لدى المراهقين POSIT (Gruenewald, Stewart, & Klitzner, 1990)، ومنها ما يقيس مشكلة الكحول لدى فئة معينة في ظرف معين؛ مثل مقياس TWEAK (Russell et al, 1994) والمخصص لقياس مشكلة الشرب لدى النساء الحوامل. ولعل من أشهر المقاييس ذات العلاقة بالكحول:

- اختبار متشجن للكشف عن الكحولية (Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Sezler, 1971).

- وكذلك النسخة المختصرة منه Short Michigan Alcoholism Screening Test (sMAST) (Sezler, Vinokur, & van Rooijen, 1975).

- مقياس القفص CAGE (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974).
- اختبار ميونخ للكحولية (Munich Alcoholism Test (MALT) (Feuerlein, Ringer, Kufiner, & Antons, 1979).

- اختبار تحديد اضطرابات استخدام الكحول Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1992).

وفيما يلي مناقشة لبعض هذه المقاييس المشهورة، ومدى إمكانية تطبيقها في البيئة السعودية (العربية).

أولاً: اختبار متشجن للكشف عن الكحولية Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) Test

يستخدم MAST لقياس مشكلة الكحولية لدى الفرد (Sezler, 1971)، وهو يتكون من ٢٤ سؤالاً (انظر الملحق ١). هذه الأسئلة بنيت لتجيب على جوانب متعددة من مشكلة الفرد مع الكحول. هذه الجوانب هي:

- ١- إدراك الفرد لسلوك الشرب لديه.
- ٢- المشكلات الأسرية المتصلة بالشرب.
- ٣- فقدان السيطرة على الشرب.
- ٤- المحاولات السابقة للعلاج.
- ٥- فقدان العمل (الوظيفة).
- ٦- المشكلات الصحية المرتبطة بالشرب.
- ٧- المشكلات القانونية المتصلة بالشرب.

وعلى الرغم من شهرة هذا المقياس وكثرة استخدامه؛ نظراً إلى أنه يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق والثبات، وصالح للتطبيق في البيئات الغربية، إلا أن استخدامه في بيئة سعودية (وإلى حد كبير عربية) قد يعطي نتائج مضللة، من خلال تصنيفه للكثيرين ممن يشربون الكحول - ولو بكميات قليلة أو في المناسبات (ولو مرة واحدة في الشهر مثلاً) من السعوديين - على أنهم كحوليون. فالمقياس في البيئة السعودية لا يستطيع أن يفرق (discriminate) بين من يشرب الكحول - ولو قليلاً - وبين الكحولي الحقيقي.

ذلك أن الفرد السعودي (العربي) الذي يشرب الكحول - ولو مرة في الشهر - يمكن أن يسجل وبسهولة ٥ نقاط إيجابية في هذا المقياس. وبالتالي يمكن تصنيفه كحولياً حسبما أشار إليه المقياس. بالمقابل لو أن المقياس طبق في بيئة غربية على عربي يشرب مرة في الشهر لما سجل ٥ نقاط في المقياس، وبالتالي لا يصنف كحولياً.

من أمثلة الأسئلة التي يتضمنها المقياس، والتي يمكن أن يجيب عنها الفرد السعودي الذي يشرب الكحول (ولو مرة في الشهر) بنعم:

- هل زوجتك (زوجك) أو والداك أو قريب حميم لك حدث أن اشتكى أو قلق من شريك؟

- هل حدث أن شعرت بالذنب من شريك؟

- هل سبق أن تسبب شربك في حدوث مشكلة بينك وبين زوجتك (زوجك) أو والديك أو قريب حميم لك؟
- هل سبق لزوجتك (زوجك) أو أي عضو في عائلتك أن ذهب لأي شخص طلباً للمساعدة بسبب شربك؟

بالنسبة إلى السعودي (العربي) الذي يشرب بنمط قليل، سيجيب بنعم لأي من الأسئلة السابقة، وذلك لأن شرب الكحول - كما هو معلوم - غير مقبول دينياً واجتماعياً ونظامياً. ولذلك فإن ما يقوم به من شرب يعد سلوكاً منحرفاً مهماً كان حجم الشرب ونمطه. وبالطبع، مثل هذا السلوك سيقود إلى مشكلات مع الزوجة أو الوالدين أو الأقارب، وربما يقود إلى الطلاق. كذلك، فإن الأسرة ستسعى لطلب المساعدة للتخلص من هذا السلوك المنحرف.

كما أن من يشرب سوف يشعر بدرجة - ولو قليلة - من الذنب؛ لأن ما يقوم به سلوك منحرف مخالف للشرع والتقليد الاجتماعي والنظامي، ولذلك سيجيب المسؤول بنعم، خصوصاً أن السؤال يسأل إذا كان الشارب سبق له أن شعر بالذنب نتيجة للشرب؟

إضافة إلى ذلك، فإن اختبار MAST يتضمن مجموعة من الأسئلة تتعلق بالجوانب القانونية؛ فمثلاً: يسأل المقياس عما إذا كان الشارب سبق وأن قبض عليه وهو يقود السيارة في حالة سكر؟ فهذا السؤال غير ملائم لو تم توجيهه إلى سعودي؛ لأنه في بلد يمنع شرب الخمر، سيقبض عليه ليس لأنه يقود في حالة سكر، بل لأنه في حالة سكر بغض النظر عن القيادة.

أيضاً يشتمل اختبار MAST على أسئلة تتعلق بالمحاولات العلاجية، ومن أمثلة هذه الأسئلة:

- هل سبق أن زرت طبيباً نفسياً، أو عيادة للصحة النفسية، أو ذهبت لأي طبيب، أو أخصائي اجتماعي، أو عالم شرعي طلباً للمساعدة بسبب مشكلة عاطفية تتعلق بالشرب؟

- هل سبق أن ذهبت لأي شخص طلباً للمساعدة بسبب الشرب؟
- هل سبق أن نومت في مستشفى بسبب الشرب؟
إن الإجابة بنعم هي الإجابة المتوقعة فيما لو سُئِلَ سعودي يشرب - مهما كانت كمية الشرب - لأي من الأسئلة السابقة، ذلك أن الشرب - بغض النظر عن كمية المشروب ونمط الشرب - سبب كافٍ لطلب المساعدة من المختصين، وأحياناً التنويم. طلب المساعدة هذا قد يكون نتيجة للضغوط التي يجدها الشارب السعودي من الأسرة، أو السلطة، أو العمل، أو أشخاص آخرين، حتى وإن لم يكن بالفعل كحولياً. ولقد سبق للمؤلف أن شهد حالات في مستشفى الأمل بالرياض كان المريض فيها يدخل للتنويم وهو لم يشرب الكحول إلا مرة واحدة في حياته.

سؤال آخر من اختبار MAST يسأل عما إذا كان الشرب قد سبق وسبب للشارب مشكلات في العمل أو المدرسة؟ بالنسبة إلى السعودي، فإن الإجابة الأكثر احتمالاً هي نعم، طالما أن الشرب غير مقبول دينياً ونظامياً واجتماعياً. إضافة إلى ذلك، فإن اختبار MAST يحتوي على أسئلة قد لا تلائم البيئة السعودية (العربية)، ولذا فهي لا تناسب المسؤول؛ فمثلاً: يسأل المقياس إذا كان المسؤول شارباً عادياً؟ إن مثل هذا السؤال تصعب الإجابة عنه طالما أن الشرب غير مسموح به أصلاً في السعودية. فإذا كانت الحال كذلك، فكيف يمكن أن نسأل سعودياً: هل أنت شارب عادي؟ وما هي الإجابة المتوقعة لهذا السؤال إذا كان الشرب بجميع أنماطه يعد سلوكاً غير عادي؟

ثانياً: اختبار القفص CAGE

يتكون اختبار CAGE من أربع فقرات فقط (انظر الملحق ٢). ويعد من أسهل المقاييس المرتبطة بالكحول وأقصرها. ولا تعود سهولته لوضوحه وقصره فقط، ولكنه من المقاييس التي يمكن أن يستخدمها الأطباء المتخصصون والمهنيون في المجال الصحي، إضافة إلى أن الشارب نفسه يستطيع أن يطبقه

على نفسه Self-administration tool. ويستخدم اختبار CAGE للكشف عن مشكلة الكحولية، كما يستخدمه العاملون في الحقل الصحي أداةً فعالةً لكشف الحالات (Screening Tool) التي تعاني من مشكلات بسبب الكحول وتحديدتها لأغراض الوقاية والتدخل المبكرين (Seppea, Meakelea, & Sillanaukee, 1995).

والملاحظ، أن أسئلة اختبار CAGE تركز على أربعة أفكار رئيسية؛ هي:

- خفض استهلاك الكحول. Cutting down consumption.
- النقد الموجه من قبل الآخرين للشارب Annoyance by others' criticism.
- مشاعر الذنب بسبب الشرب. Guilt feelings.
- شرب الكحول بوصفه أول نشاط يفعله الشارب بعدما يفتح عينيه من النوم Eye Opener.

وقد أخذ المقياس هذا المسمى CAGE من الحروف الأولى لكل من الأسئلة

الأربعة.

هذا ويعد المقياس من المقاييس المعروفة بدرجةها العالية من الصدق

والثبات. كما أن الإجابة بنعم لسؤالين أو أكثر من الأسئلة الأربعة تعني وجود

مشكلات مع شرب الكحول (Kinney & Leaton, 1991).

فيما يتعلق بتطبيق اختبار CAGE على البيئة السعودية، فإن المقياس

سيتسبب في تصنيف من يشرب من السعوديين (العرب) بطريقة معتدلة

(حسب المعايير الغربية) ضمن الكحوليين؛ أي إنه سيعطي نتائج مضللة؛ ذلك

أنه من السهل على السعودي أن يجيب بنعم على سؤالين على الأقل من الأسئلة

الأربعة. فعلى سبيل المثال. هناك احتمالية كبيرة من أن يتعرض الشارب

للإلحاح والنقد من الأسرة أو الأقارب بسبب الشرب (مهما كانت كمية

الشرب). ولذا سيجيب المسؤول بنعم عندما يجيب عن سؤال CAGE: هل سبق

أن شعرت بالإزعاج من نقد الآخرين لك بسبب الشرب؟

أما السؤال الآخر من المقياس، والذي يمكن أن يجيب عليه الشارب السعودي بنعم، فهو: هل سبق أن شعرت بالذنب من شريك للكحول؟ وكما تمت مناقشته في مقياس MAST، فهناك احتمالية كبيرة من أن يشعر الفرد السعودي بالذنب - ولو قليلاً - نتيجة لشرب الكحول مهما كانت الكمية ومهما كان نمط الشرب.

ولذلك، فإن اختبار CAGE - مثله مثل المقياس السابق MAST - لو تم استخدامه على البيئة السعودية (وإلى حد كبير العربية) فإنه يعطي نتائج غير صحيحة ومضللة، وبالتالي يؤدي إلى تصنيف خاطئ للكحوليين، كما أن ذلك سيؤدي إلى أخطاء في التدخل العلاجي.

ثالثاً: اختبار ميونخ للكحولية (MALT) aMunich Alcoholism Test

قام Feuerlein, Ringer, Kufiner, & Antons (١٩٧٩) ببناء اختبار ميونخ للكحولية MALT بعد أن مر المقياس بعدد من الإجراءات والمراحل المتعددة. حيث تم في المرحلة الأولى اختيار ١٠٠٠ فقرة جميعها مأخوذة من الأدبيات المرتبطة بالكحول. ثم تم اختصارها إلى ٢٥٠ فقرة. ومن ثم تم اختصارها مرة أخرى لتشكيل الاختبار الحالي المتكون من ٣١ فقرة (انظر الملحق رقم ٣). ويهدف هذا الاختبار إلى قياس استهلاك الكحول والعلامات والأعراض البيولوجية للشرب. وبالتالي يمكن من خلال نتائجه كشف الأشخاص الكحوليين لمجموعة مختلفة من المرضى.

وحسب أصحاب المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق (٠,٩٤) والثبات (٠,٨٤). كما أنه رخيص التكلفة عند التطبيق، وسهل الاستخدام.

وقد قسمت فقرات المقياس الإحدى والثلاثين جزأين رئيسيين:

الأول ويسمى MALT-P وهو الجزء الخاص بالطبيب المختص، حيث يتطلب تقويماً عيادياً Clinical Evaluation، ويتكون من ٧ أسئلة. لذا، فهو يعبأ من قبل الطبيب.

أما الجزء الثاني فيسمى MALT-S ويتكون من ٢٤ سؤالاً، وتعباً بواسطة الشارب نفسه (Feuerlein, Ringer, Kufiner, & Antons, 1979).

أما عن طريقة حساب نتائج الاختبار، فإن الجزء الخاص بالطبيب يستحق ٤ نقاط لكل إجابة إيجابية. كما تحسب نقطة واحدة لكل إجابة إيجابية من الجزء الخاص بالشارب. فإذا حصل الفرد على ما مجموعه ٦-١٠ نقاط - حتى في غياب الأعراض الإكلينيكية - فهو في محل شك بأنه كحولي أو لديه مشكلات مع الكحول. أما من يحصل على ١١ نقطة فأكثر، فيصنف بالتأكد كحولياً.

وعند مراجعة اختبار MALT، ومدى ملاءمته للتطبيق في البيئة السعودية، نجد سؤالاً واحداً إشكالياً فقط من مجموع الأسئلة الإحدى والثلاثين، والتي يتضمنها المقياس. هذا السؤال الإشكالي هو السؤال السابع، والخاص بالطبيب المختص. حيث تأتي صيغة السؤال كما يلي: هل سبق لزوجتك (زوجك) أو أحد أعضاء الأسرة أو صديق حميم أن طلب المساعدة بسبب مشكلات تتعلق بشريك.

وهنا - كما سبقت الإشارة إليه في مقياسي MAST و CAGE - تبرز إشكالية أن الشرب بحد ذاته (مهما كان نمط الشرب) يشكل مشكلة في البيئة السعودية (العربية)، وأن احتمالية الإجابة بنعم من قبل الشارب السعودي لهذا السؤال قوية جداً.

وحتى وإن أجاب الفرد السعودي الذي يشرب قليلاً - وهو ليس كحولياً بالفعل - بنعم على هذا السؤال، واستحق ٤ نقاط، فهي لا تصنفه كحولياً أو لديه مشكلات مع الكحول حسبما يشير إليه المقياس.

عدا هذا السؤال، والذي يمكن إجراء تعديل عليه أو إزالته، فإن اختبار ميونخ للكحولية ملائم وصالح للتطبيق في البيئة السعودية (العربية).

رابعاً: اختبار تحديد اضطرابات استخدام الكحول Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

لقد تم بناء مقياس AUDIT بوصفه جزءاً من تعاون ٦ دول تحت رعاية منظمة الصحة العالمية WHO، بهدف تحديد المشكلات المرتبطة بالكحول والتعامل معها (Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1992). ولقد تم تصميم المقياس بحيث يستطيع اكتشاف الشارب الإشكالي - على وجه الخصوص - أكثر من اكتشافه للكحولي. ويبدو ذلك جلياً من خلال تركيز المقياس على الشرب الكثيف ونمط الشرب أكثر من التركيز على علامات الاعتماد.

كما يتميز اختبار AUDIT بأنه يركز على خبرات شرب الكحول لدى الفرد أثناء حياة الشارب Life time، وكذلك خبرات الشرب الحالية. ولذلك يستطيع المقياس أن يميز بين المشكلات الحالية وبين المشكلات السابقة المرتبطة بشرب الكحول في حياة الفرد.

وبما أن المقياس قد جرى بناؤه من خلال تعاون ست دول مختلفة، فهو يأخذ في الحسبان البعدين الاجتماعي والثقافي المرتبطين بالشرب (Haggerty, 1994). إضافة إلى ذلك، يتميز المقياس بقصره وبساطته وسهولة تطبيقه، حيث

يتكون من ١٠ أسئلة مقسمة ثلاثة أجزاء (انظر الملحق ٤)، هي:

- الجزء الأول: يتكون من ٣ أسئلة تتعلق بكمية الشرب وتكراره.

- الجزء الثاني: يتكون من ٣ أسئلة تتعلق بالاعتمادية على الكحول.

- الجزء الثالث: يتكون من ٤ أسئلة تتعلق بالمشكلات الناتجة عن الكحول.

أما عن كيفية حساب النقاط في المقياس، فإن لكل سؤال خمس استجابات، ولذا فكل سؤال قد يأخذ درجة تراوح بين ٠-٤ درجات. فإذا حصل الفرد على ٨ درجات فأكثر من مجموع الدرجات (٤٠ درجة كحد أقصى) فهذا مؤشر على الدخول في مرحلة الشرب الخطر أو الشرب

الضار (Conigrave, Sanders, & Reznik, 1995).

ووفقاً لـ (Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant (1992) ، فإن المقياس يهدف إلى كشف الكحولية لدى الأشخاص البالغين (لم يجر تجربته على المراهقين). كما تتعدد استخدامات المقياس في مؤسسات وبرامج مختلفة؛ مثل: عيادات الرعاية الصحية الأولية، وأقسام الإسعاف، وفي عيادات الطب النفسي. كذلك يمكن تطبيقه على أنواع عديدة من الأشخاص البالغين، مثل قائدي المركبات تحت تأثير السكر، والمجرمين في المحاكم والسجون، والمنتمين للقطاعات العسكرية، وكذلك الموظفين في القطاع الخاص والعام. ولا تقتصر استخدامات اختبار AUDIT على الجوانب الإكلينيكية، بل يتعدى استخدامه إلى الدراسات والبحوث الميدانية، والدراسات الإبيدومولوجية بشكل كبير (Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1992).

وقد أشارت البحوث إلى أفضلية اختبار AUDIT على مقاييس كثيرة مثل اختبار sMAST (Barry & Fleming, 1993)، واختبار MAST (Allen, Litten, & Lee, 1998)، وكذلك اختبار CAGE (Clements, 1998).

إضافة إلى ذلك، يتمتع اختبار AUDIT بدرجة عالية من الحساسية (0.92) Sensitivity، وأيضاً درجة عالية من التحديد Specificity (0.94). وهذا ما يعطي المقياس قدرة كبيرة على اكتشاف الاستخدام الخطر، وكذلك الاستخدام الضار للكحول (Conigrave et al, 1995).

عند اختبار مقياس AUDIT نظرياً ومدى صلاحيته للتطبيق في البيئة السعودية (العربية)، ظهر أنه مقياس واعد وصالح للتطبيق في البيئة السعودية (العربية) أكثر من المقاييس التي تمت مناقشتها سابقاً.

غير أن هناك إشكالية بسيطة في السؤال العاشر من المقياس، حيث تأتي صيغة السؤال: هل سبق لقريب أو صديق أو طبيب أو مهني صحي أن قلق بشأن شريك، أو اقترح عليك أن تخفض من كمية شريك؟

كما سبقت المناقشة في المقاييس السابقة، فقد يجيب السعودي الذي يشرب الكحول بمعدل قليل إجابة إيجابية لهذا السؤال، ليس لأنه كحولي، ولكن لأنه يشرب الكحول فقط. إلا أن هذا المقياس يختلف عن المقاييس السابقة في أنه يعطي أوزاناً متدرجة لكل سؤال. فلكل سؤال من الأسئلة هناك خمس استجابات، تتدرج من ٠-٤ (ليس هناك نعم أو لا كما في المقاييس السابقة). فقد يجيب الفرد السعودي بصفر، أو واحد، أو ثلاثة مثلاً على هذا السؤال، حسب ما يراه مناسباً للإجابة عن السؤال.

ثم إن إجابة الشارب المقل (سواء كان سعودياً أو غير ذلك) على هذا السؤال حتى لو أخذت الدرجة القصوى (٤ درجات) فهي غير كافية لتصنيفه كحولياً ولا حتى شارباً إشكالياً.

إضافة إلى أنه يمكن إجراء تعديل بسيط على السؤال العاشر، ليصبح المقياس أكثر ملائمة للبيئة السعودية من الناحية التشخيصية، وكذلك من الناحية القيمية، بحيث يكون السؤال: هل سبق لقريب أو صديق أو طبيب أو مهني صحي أن قلق بشأن شريك، أو اقترح عليك أن تتوقف عن الشرب؟ بدلاً من «اقترح عليك أن تقلل من الشرب».

عدا هذا السؤال، فإن اختبار AUDIT يعد مقياساً مناسباً للبيئة السعودية والعربية بدرجة كبيرة. ومع ذلك فهو يحتاج إلى اختبار ميداني للتأكد من صلاحيته عملياً.

مناقشة حول صلاحية المقاييس للتطبيق في بيئة مختلفة

معظم المقاييس المقننة المرتبطة بالكحول نشأت أصلاً في بيئات غير عربية. بيئات يعد شرب الكحول بها - غالباً - مقبولاً اجتماعياً وقانونياً، وبعضها دينياً. بيئات استهلاك الكحول فيها له ثقافة خاصة. بعض هذه الثقافات تشجع على الشرب الكثيف، وترى أن من يشرب الكحول لدرجة الثمالة

رجلاً حقيقياً Macho (Avis, 1993). وثقافات أخرى تشجع على الشرب العائلي الخفيف. بينما تشجع ثقافات أخرى على شرب المناسبات Occasional Drinking. ولذا، فإن هذه المقاييس بنيت ونشأت، وتم تقنينها من منطلقات نظرية واجتماعية وثقافية (بما في ذلك ثقافة الكحول) خاصة بالمجتمعات التي نشأت فيها هذه المقاييس.

ولذا، فإن معظم المقاييس الخاصة بالكحول قد لا تتناسب في استخداماتها وتطبيقاتها مع البيئة العربية؛ ذلك أن شرب الكحول في معظم الدول العربية غير مقبول اجتماعياً ودينياً وقانونياً.

وبما أن مقاييس المشكلات المرتبطة بالكحول في الدول التي تسمح به تعتمد في أساسها على وضع معايير لما يعد غير مألوف اجتماعياً ودينياً وقانونياً وثقافياً في هذه الدول، فإنه - بالتأكيد - ستختلف المعايير فيما يعد غير مألوف لدى الدول التي لا تسمح بالكحول.

ولهذا، تزداد عدم ملاءمة المقياس للبيئات الأخرى كلما اعتمد في قياسه على معايير نابعة من البيئة التي نشأ فيها هذا المقياس. وهذا يبدو جلياً عند مراجعة مقياسي MAST و CAGE مثلاً. حيث لم يعتمدا على معايير تقيس المشكلة ذاتها (مشكلة الشرب)، وإنما اعتمدا على معايير تقيس المؤشرات الدالة على إشكالية الشرب، وهي معايير - في أغلبها - اجتماعية وقانونية وثقافية خاصة ببيئة المقياس.

بالمقابل، نجد أن اختبار MALT واختبار AUDIT يعتمدان في قياسهما على معايير تقيس مشكلة الشرب ذاتها، مثل تكرار الشرب، وكمية الشرب، ونمط الشرب، واعتمادية الشرب. قياس المشكلة نفسها، أعطى هذين المقياسين موضوعية أكثر، ولذا، نجد أنهما مناسبان للبيئة العربية بدرجة أكبر من سابقيهما.

مما سبق يمكن أن نخلص إلى ما يلي:

- ١- أن المقاييس المقننة ليست جميعها صالحة للتطبيق في البيئات الأخرى.
- ٢- أن هناك مقاييس قد تبدو في ظاهرها صالحة للتطبيق في بيئات مختلفة، ولكنها حقيقة لا تصلح للتطبيق. وهنا لابد من التأكد من مدى صلاحيتها نظرياً وعملياً قبل اعتمادها.
- ٣- أن استخدام المقاييس دون التأكد من مناسبتها للبيئة التي ستطبق بها يؤدي إلى:

- تقدير أو تشخيص خاطئ للمشكلات.
- تدخل علاجي خاطئ.
- توصيات خاطئة (ناتجة عن استخدام مقاييس غير مناسبة في البحوث).
- وضع استراتيجيات خاطئة نتيجة للدراسات الخاطئة.
- انتهاك واضح للمواثيق الأخلاقية المهنية؛ ذلك أن الميثاق الأخلاقي ليس فقط دليل عمل (Gillespie, 1995)، ولكنه أيضاً يلزم المهنيين بحماية الأفراد والمؤسسات والمجتمع من الأخطار المحتملة الناتجة عن التشخيص والدراسات الخاطئة (American Psychological Association, 1990).
- ولذلك، يعد انتهاكاً للأخلاقيات المهنية، أن يتم تصنيف فرد بما ليس به فعلاً، أو معالجة شخص بناء على تشخيص خاطئ، أو تقديم معلومات أو توصيات ليست صحيحة عن أفراد، أو جماعات، أو مؤسسات، أو مجتمع.

تشخيص اضطرابات الكحول

إضافة إلى المقاييس المقننة، هناك مقاييس تشخيصية إكلينيكية خاصة بالكحول. وتنقسم هذه المقاييس التشخيصية قسمين:

مقاييس تشخيصية خاصة بتعاطي الكحول، أو ما يعرف باضطرابات تعاطي

الكحول، ويندرج تحتها تشخيص الاعتماد على الكحوليات Alcohol Dependence وسوء استخدام الكحول Alcohol Abuse.

أما القسم الثاني من مقاييس تشخيص الكحول، فهو تشخيص الاضطرابات الناتجة عن تعاطي الكحول. ويندرج تحت هذا التشخيص: التسمم الناتج عن تعاطي الكحول، والانسحاب من الكحول، وهذيان التسمم الكحولي، والهذيان الناتج عن التسمم الكحولي، والخرف المستديم الناتج عن الكحول، واضطراب النسيان المستديم الناتج عن الكحول. إلا أن هذا الكتاب سيركز - فيما تبقى من هذا الفصل - على اضطرابات تعاطي الكحول. وهما اضطراب الاعتماد على الكحول، واضطراب سوء استخدام الكحول.

المعايير التشخيصية لإساءة استخدام الكحول والاعتمادية عليه

التشخيص هو العملية التي بمقتضاها يتم تحديد وتسمية أوضاع أو حالات معينة؛ مثل إساءة استخدام الكحول أو الاعتمادية عليه (Babor, 1992) وآخرون). وتعكس المعايير التشخيصية لإساءة استخدام الكحول والاعتمادية عليه مدى اتفاق الباحثين الدقيق في تحديد أي من الأنماط السلوكية والسمات النفسية التي تشكل في مجموعها أعراض تلك الحالات (حالة إساءة استخدام الكحول أو الاعتمادية عليه) (Babor, 1992).

وتسمح المعايير التشخيصية للمعالجين بوضع الخطة العلاجية، ومراقبة تقدمها. كما تسمح المعايير التشخيصية بإيجاد لغة اتصال مشتركة بين المعالجين والباحثين. كذلك يمكن وجود المعايير التشخيصية لمخططي الصحة العامة بالتأكد من توفر المصحات العلاجية. كما أنها تساعد جهات التأمين الصحي على اتخاذ القرار بشأن دفع التعويضات المالية للعلاج (Schuckit, 1994; Villant, 1995).

ويعد وضع المعايير التشخيصية لإساءة استخدام الكحول والاعتماد عليه عملية تطويرية مع الوقت، حيث يقوم الباحثون بمراجعة تلك المعايير كلما أمكن

توفر معلومات جديدة؛ وذلك بهدف تحسين درجة ثبات هذه المعايير التشخيصية ومصداقيتها ودقتها (Rounsaville, 1993 وآخرون ١٩٧٢، Feighner وآخرون).

تطور المعايير التشخيصية

معايير المرحلة الأولى

قبل عام ١٩٤٠ تم تحديد ٣٩ نظاماً تشخيصياً على الأقل (Schuckit, 1994) وفي ١٩٤١ أصدر Jellinek ما يمكن وصفه نظرية ابتكارية لتصنيفات الكحولية، كما كان يطلق عليها إلى عام ١٩٨٠ (Schuckit, 1994; Edwards & Gross, 1976). وقد قام Jellinek بربط هذه التصنيفات الفرعية للكحولية بوجود درجات مختلفة من الأعراض الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية (Jellinek, 1960).

واستمر تشكيل المعايير التشخيصية من خلال إصدارات الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والمتمثل في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-I & DSM-II) من خلال الطبعة الأولى والثانية (American Psychiatric Association, 1952 Association, 1968). وقد تم تصنيف الكحولية في كلا الطبعتين على أنه فرع من اضطرابات الشخصية، والجنسية المثلية، والعصابية (Schuckit, 1994).

ولمواجهة العجز الموجود في هذين الدليلين، قام Feighner بوضع معايير يمكن على أساسها إعداد البحوث في المعايير التشخيصية للكحولية (Feighner وآخرون، ١٩٧٢). وتعد هذه المعايير أول معايير مبنية على البحث العلمي، وليست مبنية فقط على الحكم الشخصي أو الخبرة الإكلينيكية. وعلى الرغم من أن تلك المعايير قد تم تصميمها للاستخدام في الممارسة الإكلينيكية، إلا أنها طورت في الأساس لتحفز مزيد من الأبحاث للوصول إلى معايير تشخيصية ذات فائدة أكبر (Feighner وآخرون، ١٩٧٢).

وبعد عدة سنوات قام Edwards & Gross (١٩٧٦) بتركيز جهديهما على الاعتمادية الكحولية بالدرجة الأولى. وقد نظرا إلى أن العناصر الأساسية

الاعتمادية هي سلوك البحث عن الشراب، والاحتمالية، والانسحاب، والشرب لإزالة الأعراض الانسحابية أو لتجنبها والوعي الذاتي بالقسرية على الشرب، والعودة إلى الشرب بعد فترة من التوقف.

معايير الدليل التشخيصي الإحصائي DSM Criteria

يعتمد الباحثون والمعالجون في الولايات المتحدة الأمريكية عادة على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي. ويعد ظهور الإصدار الثالث للدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-III) سنة ١٩٨٠ نقطة تحول في المعايير التشخيصية للاضطرابات السلوكية، والمرتبطة بالكحول، American Psychiatric Association, 1980، ففي هذا الإصدار (DSM-III) تم - ولأول مرة - إسقاط مصطلح الكحولية (Alcoholism) لصالح مصطلحين جديدين متميزين؛ هما «إساءة استخدام الكحول» (Alcohol Abuse) و«الاعتماد على الكحول» (Alcohol Dependence) (Babor, 1992) (Schuckit, 1994). وآخر (Schuckit, 1994) بل إن الدليل التشخيصي الثالث ذهب إلى أبعد من ذلك، حيث تم تصنيف إساءة استخدام الكحول والاعتماد على الكحول ضمن «اضطرابات استخدام المواد المخدرة» (Substance use disorders) بدلاً من تصنيفه فرعاً من اضطرابات الشخصية (Nathan, 1991).

بعد ذلك تمت مراجعة الدليل التشخيصي مرة أخرى في ١٩٨٧ من خلال الطبعة المسماة (APA, 1987 DSM-III-R) وفي تلك الطبعة المنقحة تم زيادة بعض المعايير المتعلقة بالاعتمادية لتشتمل على ما كان يعد في الطبعة غير المنقحة أعراضاً لإساءة الاستخدام، فعلى سبيل المثال: وصفت الطبعة المنقحة (DSM-III-R) الاعتمادية على أنها تتضمن الأعراض الفسيولوجية (الاحتمالية، الانسحاب)، إضافة إلى الأعراض السلوكية (مثل تعطل القدرة على التحكم بالشرب) (Hasin, Grant & Endicott, 1990). كما أصبح - من خلال DSM-III-R مصطلح إساءة الاستخدام تصنيفاً مؤقتاً لتشخيص الأشخاص

الذين لا تنطبق عليهم معايير الاعتمادية مطلقاً، ولكنهم يشربون على الرغم من وجود مشكلات مرتبطة بشربهم؛ كوجود مشكلات جسمية أو اجتماعية أو نفسية أو مهنية. كما يستخدم مصطلح الإساءة أيضاً لتشخيص الأشخاص الذين يشربون في مواقف خطيرة، مثل القيادة (Hasin, Grant & Endicott, 1990). ويشير Babor (١٩٩٥) أن التصنيف حسب هذه المعايير التشخيصية الجديدة يسمح للمعالج بتصنيف سلوكيات المريض إلى جوانب ذات معنى، حتى وإن كانت تلك السلوكيات ليست مرتبطة بوضوح بالاعتمادية.

ثم بعد ذلك تم إصدار الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي في ١٩٩٤ (APA, 1994) (DSM-IV).

ويلحظ أن الجزء المتعلق باضطرابات المواد المخدرة في هذا الإصدار، قد تمت مراجعته من خلال جهود منسقة لمجموعة من الباحثين والمعالجين، حيث اعتمدت المعايير التشخيصية على النتائج التي تم التوصل إليها من خلال التراكم المعرفي والتجريبي، ورصد تلك النتائج والربط فيما بينها (Schuckit, 1994).

ويلحظ على الطبعة الرابعة - كما في الطبقات التي سبقت - عدم تداخل المعايير التشخيصية لكل من الاعتمادية وإساءة الاستخدام. غير أن الطبعة الرابعة تختلف عن سابقتها في أنها تعطي التصنيفات الفرعية للاعتمادية بناءً على وجود الاحتمالية والانسحاب أو غيابهما. فقد تم توسيع المعايير الخاصة بسوء الاستخدام في الطبعة الرابعة لتشمل الشرب، على الرغم من تكرار حدوث المشكلات الاجتماعية، والشخصية، والقانونية نتيجة لاستعمال الكحول (Rounsaville وآخرون، ١٩٩٣، Feighner، وآخرون، ١٩٧٢). أيضاً، ألمح هذا الإصدار إلى حقيقة أن الأعراض المرتبطة باضطرابات معينة؛ مثل القلق أو الاكتئاب، قد تكون مرتبطة أيضاً باستخدام الفرد للكحول أو المخدرات (Schuckit, 1994).

معايير التشخيص المرتبطة بالكحول حسب تصنيف الأمراض الدولي (ICD)
في الوقت الذي كان فيه مجتمع الطب النفسي في الولايات المتحدة منشغلاً في صياغة المعايير التشخيصية للاضطرابات العقلية ومراجعتها، كانت منظمة الصحة العالمية تسعى لتأسيس معايير تشخيصية، الغرض منها تجميع الإحصائيات المرتبطة بجميع مسببات الوفيات والأمراض، والتي يدخل من ضمنها تلك المرتبطة بإساءة استخدام الكحول والاعتمادية في جميع أنحاء العالم (Grant, 1989). وقد تم نشر هذه المعايير تحت مسمى «التصنيف العالمي (الدولي) للأمراض» (ICD) International Classification of Diseases.

وقد تم إصدار أول تصنيف للمشكلات المتعلقة بالمواد المخدرة حسب معايير ICD في ١٩٦٧ في طبعتها الثامنة ICD-8 (WHO, 1967). الكحولية حسب ICD-8 جاءت في تصنيف منفصل اشتمل على الشرب الدوري المكثف، والشرب الاعتيادي المكثف، وإدمان الكحول الذي يتسم بوجود الرغبة القسرية للشرب، وبوجود الأعراض الانسحابية عندما يتم التوقف عن الشرب (Babor, 1992).

وعلى الرغم من أن الإصدار التاسع (ICD-9) حوى معايير تشخيصية منفصلة عن مصطلحي إساءة استخدام الكحول والاعتمادية، إلا أنه لم يفرق بينهما من حيث علامات التعاطي، أو من حيث الأعراض (Babor, 1992).

وقد جاءت الاعتمادية على الكحول بوصفه مصطلحاً أساسياً في النسخة الحالية من ICD-10 (Schuckit, 1994)؛ حيث تم تعريف اعتماد الكحول حسب تصنيف ICD-10 بطريقة مشابهة لتلك التي جاءت في DSM؛ حيث ركز التشخيص على مجموعة من الأعراض المرتبطة ببعضها؛ كالأعراض النفسية (مثل الاشتياق)، والعلامات الفسيولوجية (الاحتمالية، الانسحاب)، ومؤشرات سلوكية (استخدام الكحول لإزالة ألم الأعراض الانسحابية) (Babor, 1992) ومما يميز الإصدار العاشر من التصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) عن DSM هو

استخدامه لمفهوم «الاستخدام الضار» Harmful use بدلاً من مصطلح «إساءة استخدام الكحول» Alcohol Abuse. وقد تم إدخال هذا التصنيف لكي يتم حصر جميع المشكلات الصحية المرتبطة، بالكحول وعدم تركها دون تقرير (Babor, 1992) ويتضمن مفهوم الاستخدام المؤذي أي استعمال للكحول يتسبب في أي ضرر جسدي أو عقلي، حتى في حالة عدم وجود اعتمادية على الكحول (Babor, 1992).

الاتجاه نحو الوصول إلى اتفاق بين المعايير التشخيصية المختلفة

يشجع استخدام الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM) لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية في الولايات المتحدة الأمريكية، بينما يستخدم التصنيف العالمي للأمراض (ICD) دولياً لحصر جميع مسببات الأمراض والوفيات، بما في ذلك الاضطرابات النفسية والعقلية (Rounsaville وآخرون، ١٩٩٣). وقد لوحظ في الطبقات الأولى أن هناك اختلافاً كبيراً بين الدليلين فيما يتعلق بالمعايير التشخيصية للاضطرابات المرتبطة بالكحول. إلا أنه تم التغلب على ذلك في الطبقات الحالية (DSM-IV و ICD-10) بعد تنسيق الجهود بين الباحثين على المستوى العالمي للوصول إلى اتفاق بين الدليلين فيما يتعلق باضطرابات الكحول إلى حد كبير (Rounsaville وآخرون، ١٩٩٣).

وعلى الرغم من أنه لا يزال هناك بعض الاختلافات بين هذين الدليلين، إلا أن الاتفاق الذي تم بشأن إساءة استخدام الكحول، وكذلك بشأن الاعتمادية عليها، كان الهدف منها أساساً تحقيق الاتفاق لأغراض إكلينيكية (Babor, 1995). ولذلك أصبح من الممكن الآن للمعالجين، ولوكالات الصحة العالمية، وللباحثين تصنيف الناس إلى معتمدين على الكحول أو مسيئين استخدام، أو استخدام مؤذٍ، وبالتالي إلى تخطيط العلاج. كما يساعد هذا الاتفاق على جمع المعلومات والإحصائيات والتواصل عالمياً فيما يخص نتائج البحوث (Rounsaville وآخرون، ١٩٩٣).

الفصل السابع

الوقاية من مشكلات الكحول

Alcohol Prevention

الوقاية

مقدمة:

هناك اعتقاد خاطئ لدى البعض بأن استراتيجيات الوقاية والعلاج من المخدرات والكحوليات، لفئة صغار الشباب مثلاً، يجب أن توجه إلى تلك الفئة مباشرة فقط دون غيرهم. إلا أن الخبراء الآن يعتقدون أن البرامج الفعالة لابد أن تبني من خلال الفهم بأن الأفراد يتحركون ويتفاعلون من خلال شبكة معقدة من العلاقات والمجالات المكونة من الأفراد والأسرة والحي والبيئة، والتي تؤثر في قدرتهم على تجنب المشكلات والمخاطر (والتي تأتي من ضمنها المخدرات والكحوليات) (Bradley, 1988).

ولذلك يجب أن يتم بناء البرامج والخدمات الوقائية والعلاجية المرتبطة بالكحوليات والمخدرات وتصميمها، لتغذية مجالات التأثير كلها، بحيث تسعى إلى تغيير الفرد مباشرة، أو إحداث تغييرات أو تعديلات في الأنظمة والتشريعات (The Royal Colleges of Physicians, 1991).

ولأن طبيعة استعمال المخدرات والكحوليات وانتشارها أمر يؤدي إلى الكثير من التعقيد، فإن الوقاية منها تتطلب مداخل شاملة ومتعددة، بدلاً من الاعتماد على مدخل واحد بسيط. ويمكن تقسيم استراتيجيات الوقاية والعلاج من المخدرات والكحوليات لثلاثة مستويات؛ هي: الوقاية الأولية، والوقاية الثانوية، والوقاية اللاحقة (Wilson & Blocher, 1990).

أولاً: الوقاية الأولية (البيئة الآمنة)

تهدف استراتيجيات الوقاية الأولية إلى إيجاد البيئة الآمنة Safe environment، وتركز على الأسباب الجذرية والظروف والبيئات، وعلى الطرق المرتبطة بالمشكلة، والعمل على تجنبها أو التخلص منها. ولذلك تركز الوقاية الأولية على خدمة أولئك الأفراد الذين لا يعدون جزءاً من المشكلة بعد (أطفال المدارس بشكل عام مثلاً)، من خلال بذل الجهود لبناء المهارات والمكافحة؛ بحيث لا تنشأ المشكلة أصلاً.

وتتعدد هذه الاستراتيجيات وتمتد من البرامج الفردية (مثل تدريبات حل الصراع، والمراقبة والمتابعة، وحملات التوعية العامة) إلى أن تصل إلى التشريعات والسياسات (مثل منع بيع المخدرات والكحوليات أو تداولها أو تهريبها، وتحديد الوصول إليها، أو وضع ضوابط لاستيراد العقاقير وبيعها؛ مما يؤدي إلى تحجيم انتشارها بشكل كبير).

ومن أمثلة برامج الوقاية الأولية أيضاً: برامج التأهيل والتدريب المهني، والتوظيف، وتوفير الإسكان الملائم، وتطوير الأحياء السكنية، وبرامج الترفيه، وبرامج التدريب للوالدين.

ثانياً: الوقاية الثانوية (تقليل الخطر)

ترتبط الوقاية الثانوية بالتوجهات والسلوكيات، وتركز على التعرف المبكر والتدخل لعكس المشكلة أو للتخفيف من تأثيراتها. ويتم ذلك من خلال استهداف الأفراد الموشكين على الوقوع في خطر المخدرات أو الكحوليات، أو أولئك الذين يظهرون سلوكيات منحرفة أو مضادة للمجتمع. وتهدف الوقاية الثانوية إلى الحيلولة دون دخول هؤلاء الأفراد في مناشط مرتبطة بتعاطي العقاقير والكحوليات. كما تركز هذه البرامج على الفرد وعلاقاته؛ وذلك مثل برنامج السيطرة على الغضب Anger management، وبرامج التدعيم الأسري Family strengthen programs.

ثالثاً: الوقاية الثالثوية (التحكم بالأزمات)

ترتبط الوقاية الثالثوية بمجموعة الجهود والتدخلات التي تصحح مشكلة أو تعالجها. وهي مصممة لخدمة أولئك الأفراد الذين أصبحوا فعلاً متعاطين أو مدمنين على الكحول والمخدرات، من خلال تأكيد برامج التأهيل وإعادة التأهيل لهم. وتهدف تلك البرامج - إضافةً إلى التأهيل - إلى تحقيق هدف بعيد المدى، وهو منع وقوع أنشطة مستقبلية تتعلق باستعمال المخدرات والكحوليات وانتشارها.

ولقد حدد مركز السيطرة والوقاية من المرض أربع استراتيجيات شاملة لمكافحة مشكلة المخدرات والكحوليات، كما قدم مقترحات محددة لتطبيق تلك الاستراتيجيات. هذه الاستراتيجيات (Larimer & Cronce, 2002) هي:

- استراتيجيات معتمدة على الأسرة: وتشمل التدريب على المهارات الوالدية، والتوعية عن مراحل النمو للطفل، والتمارين الهادفة إلى مساعدة الوالدين على اكتساب مهارات الاتصال مع الأبناء، وحل الصراع دون الوقوع في سلوكيات منحرفة.

- استراتيجية الزيارة المنزلية: وتهدف إلى جلب المصادر المجتمعية إلى منازل الأسر المصنفة على أنها موشكة على الوقوع في خطر المخدرات والمسكرات.

- استراتيجية الإدراك الاجتماعي: وتشمل تلك البرامج التي تساعد الأطفال على اكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع المواقف الصعبة، من خلال تعليمهم أساليب سليمة (غير انحرافية) لحل الصراع، ولخلق وتقوية السلوكيات غير المنحرفة لديهم.

- استراتيجية المراقبة: وهي تؤكد أهمية نموذج القدوة الإيجابي لدى البالغين في التقليل من الوقوع في خطر المخدرات والمسكرات.

وتتضمن الاستراتيجيات الوقائية العديد من البرامج التي تهدف إلى تجنب الصغار الوقوع في السلوكيات المنحرفة (بما في ذلك المخدرات

والمسكرات) أو على الأقل التخفيف من تأثيراتها. ومن تلك البرامج والخدمات ما يلي:

- الاستشارات السلوكية في المدارس.
- المراقبة والمتابعة المدرسية.
- تعديل السلوك، وتعزيز السلوك الاجتماعي الإيجابي، والحضور الجيد، والأداء الأكاديمي القوي.
- التدخل مع التنظيمات المدرسية.
- الوقاية من الجرائم الموقفية.
- خطة تدخل شاملة للمجتمع، يتم من خلالها حشد الجهود المجتمعية، وإشراك الأسرة، والتربية، وإيجاد المناهج التي تهدف إلى إكساب المهارات الاجتماعية والسلوكية.
- تكثيف المراقبة الشرطية، خصوصاً في المناطق الخطرة.
- إصدار وتعديل التشريعات والأنظمة التي تكافح أو تقلل من توفر وتداول واستعمال الكحوليات والمخدرات.
- استثمار وسائل الإعلام المختلفة لتعزيز التوجهات الإيجابية، وتجنب التوجهات السلبية للناس نحو المخدرات والكحوليات.

برامج الوقاية من الكحول والمخدرات

تتعدد برامج الوقاية من الكحول والمخدرات، وتختلف اتجاهاتها ومنطلقاتها، ومن ذلك ما يعرف ببرنامج الوقاية المعتمد على المجتمع المحلي Community-based prevention program، حيث يستخدم هذا الاتجاه استراتيجيات الوقاية الأولية للتخفيف من مشكلات الكحول والمخدرات. ويعتمد هذا البرنامج في تطبيقاته على النموذج الصحي Health model، الذي يتكون من (The Royal Colleges of Physicians, 1991):

- الأداة Agent: ويقصد به المادة المحتمل ضررها؛ مثل الكحول والمخدرات.

- المحتضن Host: ويقصد به الشخص أو مجموعة الأشخاص المصابين أو المحتمل إصابتهم، كجماعة الجيرة، أو الأحياء السكنية.
- البيئة Environment: ويقصد بها جميع العوامل المادية والاجتماعية والسياسية المحيطة.

مناطق التدخل الوقائي

يتم تطبيق هذا البرنامج الوقائي من خلال التعاقدات مع المؤسسات والجمعيات الأهلية الموجودة في الأحياء أو في المجتمع. ويستخدم هذا البرنامج استراتيجيات تغيير منتظمة تستهدف السياسات العامة، والمعايير الاجتماعية، والعادات والتقاليد المرتبطة بالكحول والمخدرات والمشكلات ذات العلاقة بها. وهناك العديد من الاستراتيجيات المحددة التي يمكن استخدامها لتحقيق الأهداف العامة؛ ومنها:

- التأثير في السياسات العامة والمعايير الاجتماعية والتشريعات المرتبطة بالكحول والمخدرات.
- تغيير الممارسات التنظيمية.
- إيجاد شبكات تحالفية وتدعيمها، تتعاون من خلال جهود منظمة لحل مشكلات الكحول والمخدرات في المجتمع أو التخفيف منها.
- تعليم مقدمي الخدمات الوقائية والعلاجية وتدريبهم، وتقديم الخدمات بطريقة منظمة.

ويلحظ أن التدخل على هذا المستوى يركز - بدرجة كبيرة - على المشكلات الصحية، وعلى أهمية الرفع من المستوى الصحي، والوقاية من المرض، أكثر من تركيزه على مجرد معالجة الأفراد الذين وقعوا فعلاً ضحايا للمرض.

ومن أمثلة الخدمات التي يمكن تقديمها وفقاً لبرنامج الوقاية من الكحول والمخدرات المعتمد على المجتمع المحلي ما يلي: (Newlon & Furrow, 1986; Bradley, 1988).

- إنشاء شبكة تحالفية مكونة من المؤسسات الأهلية في المجتمع، تهدف إلى إيجاد بيئة آمنة وخالية من الكحول والمخدرات، من خلال تنسيق خدمات متعددة وتنظيمها وتقديمها؛ مثل الإسكان الملائم، والأنشطة الترفيهية، ومساعدة الأسر، وتقديم الخدمات الاستشارية الأسرية، وتشغيل الشباب.
- التدخل مع طلاب المدارس بهدف إيجاد بيئة آمنة، وداعمة، ومهتمة، وخالية من الكحول والمخدرات في المجتمع؛ من خلال إشراك طلاب المدارس كجماعات في برامج تدريبية وتوعوية عملية عن مشكلات الكحول والمخدرات. كذلك من خلال مساعدة طلاب المدارس على استثمار أوقاتهم بعد المدرسة في ممارسة مناشط مختلفة مفيدة، كتعلم الكمبيوتر، وممارسة الرياضة.
- الصحة عن طريق الفن؛ وذلك من خلال استخدام الفن في محاربة الكحوليات والمخدرات والمشكلات الناتجة عنها؛ حيث يتم إرسال رسائل صحية للناس من خلال لوحات إعلانية في الملاعب والمدارس، والمعلقات الحائطية، والقمصان، وحافلات النقل العام والمدرسي.
- البرنامج الإيماني. ويعتمد هذا البرنامج على الدين، وإحياء القيم الإيمانية لدى الناس في مكافحة الكحول والمخدرات؛ من خلال علماء الدين في الحي؛ ومن ذلك أن يقوم أئمة المساجد بزيارة المدارس والمنتديات الشبابية، والتحدث معهم بشأن الكحول والمخدرات، وتأكيد أخطارها أيضاً من خلال خطب الجمعة، وبعد الصلوات المفروضة مثلاً.
- التركيز على الفئات المعرضة أكثر للوقوع في أخطار الكحول والمخدرات، وذلك من خلال قيام المؤسسات المعنية بمسح المناطق، وتحديد تلك الفئات، وتركيز الجهود بطريقة ملائمة لمساعدة هذه الفئات، والتعامل مع العوامل التي يمكن أن توقعهم في الخطر؛ بحيث يمكن تجنب الوقوع فيه.
- برنامج الوقاية من الكحول والمخدرات الطلابي. ويشتمل هذا البرنامج - إضافة

إلى الجهود التوعوية العامة - على جهود أكثر تخصيصاً من حيث الوقاية والعلاج، ومن ذلك:

- تقديم الخدمات الاستشارية للطلاب المعرضين للتعاطي، أو المبتدئين في التعاطي، مع ضمان السرية لهم.

- تقديم خدمات الفحص المبدئي للإدمان للطلاب، وخدمات التحويل للمؤسسات العلاجية.

- توفير الكتب، والنشرات المرتبطة بالكحول والمخدرات في المؤسسة التعليمية، وتنظيم المسابقات البحثية ذات الجوائز المجزية في كتابة موضوعات بحثية ترتبط بالكحول والمخدرات بين الطلاب. أو جعل كتابة هذه البحوث جزءاً أساسياً من حصول الطالب على الدرجات.

- تصميم برامج تفاعلية على الحاسب تعطي معلومات مبسطة عن الكحول والمخدرات، يستطيع الطالب من خلال هذا البرنامج التفاعل مع البرنامج، واختبار نفسه بشأن تلك المعلومات، وكذلك إجراء اختبارات التعاطي والإدمان على نفسه. وماذا يجب عليه أن يفعل عندما يكتشف أن لديه أو لدى صديق أو قريب له مشكلة مع الكحول أو المخدرات.

- برنامج الأمل للأطفال. ويركز هذا البرنامج على طلاب المدارس الابتدائية؛ حيث يتم تدريبهم على اكتساب مهارات مقاومة ضغط الأقران Peer pressure resistance skills، وكيفية تجنب مواقف عرض الكحول أو المخدر عليهم.

- برنامج معلم الأقران Peer Educators. ويتلخص هذا البرنامج في تدريب مجموعة من الطلاب ليكونوا موجهين ومساعدين لزملائهم الآخرين في المشكلات المتعلقة بالكحول والمخدرات، بهدف إيجاد بيئة آمنة وخالية من المسكرات والمخدرات في مرافق وسكن الجامعة. ويتم ذلك من خلال إكسابهم المعارف المرتبطة بالكحول والمخدرات، وعلامات التعاطي

- والإدمان، وكذلك إكسابهم مهارات التعامل والإقناع لاكتشاف الزملاء المعرضين للمشكلة أو المتورطين فيها ومساعدتهم، وكيفية تحويلهم.
- البرنامج الاختياري. وهو مادة دراسية تدريبية وتثقيفية عن الكحول والمخدرات وطرق تجنب الوقوع في مشكلاتها، تعطى لمن يتم اكتشافه من الطلاب ممن قاموا بانتهاك الأنظمة والسياسات المتعلقة بالكحول والمخدرات بدلاً من الفصل من الجامعة. أيضاً يمكن لمن يرغب من الطلاب دراسة هذه المادة بوصفها مادةً اختيارية.
- الساعات الدراسية الإضافية المعتمدة. وهو برنامج يهدف إلى توعية الطلاب بأضرار الكحول والمخدرات، وتشجيعهم على ذلك من خلال جمع الطلاب في ملعب الجامعة أو المدرسة أو نادي السكن الطلابي، وإعطائهم مسابقات عن الكحول أو مخدر معين، بحيث يحصل الطالب الفائز على ساعات إضافية دراسية معتمدة.
- برنامج التدريب على إجراءات التدخل. وهو برنامج لا يقتصر على اكتساب معلومات عن مخاطر الكحول والمخدرات، ولكنه يتعدى ذلك إلى تدريب المتدرب على كيفية التدخل مع الطلاب المتعاطين أو المدمنين. ويأخذ فيه الطالب شهادة معتمدة في كيفية التدخل والتأثير في سلوكيات الشرب لدى الزملاء بطريقة مهنية. ويتم ذلك عن طريق اكتساب مهارات الاتصال والعلاقات الشخصية.

أثر الأساتذة في المدارس والجامعات في الوقاية من الكحول والمخدرات تُعدّ المدارس والجامعات أحد المصادر الأساسية للتثنية الاجتماعية وإكساب السلوك المرغوب. ولكنها في الوقت نفسه مجال خصب لاكتساب سلوكيات غير مرغوبة؛ مثل تعاطي الكحول والمخدرات. حيث يتم تعلم مثل هذه السلوكيات غير المرغوبة في المؤسسات التعليمية من خلال عمليات التعلم والتقليد والتمشي مع التقاليد الاجتماعية السائدة في المؤسسة التعليمية.

وحيث إن الطالب يقضي ما يقارب ثلث يومه في المؤسسة التعليمية (بل إن الطالب الجامعي يقضي جل يومه في محيط الحرم الجامعي إذا كان ساكناً في سكن الجامعة) بعيداً عن الأسرة، وبين زملائه وأقرانه، فإن المؤسسة يجب أن تضطلع بوظائف مهمة في التربية، وإكساب السلوك، وفي الوقاية من الانحراف. ويتأتى ذلك من خلال رصد الظواهر والمشكلات ودراساتها، ووضع الاستراتيجيات المناسبة للتدخل.

وفيما يتعلق بالكحول والمخدرات والوقاية منها، فإن على القطاع التعليمي القيام بوضع استراتيجية شاملة (على مستوى المجتمع ككل) تهدف إلى الحد والوقاية من انتشار الكحول والمخدرات بين الطلاب والمنتسبين للقطاعات التعليمية. إضافة إلى تلك الاستراتيجيات الوقائية الشاملة، يجب أن تكون هناك استراتيجيات أصغر تتبناها المدارس والجامعات؛ بحيث تكون عملية وتحمل أهدافاً محددة قابلة للتنفيذ، وبحيث تكون مصممة حسب بيئة المؤسسة التعليمية (بما تشتمل عليه من طلاب ومدرسين والمرحلة العمرية لهم، ونوع الجنس، والأفكار والتقاليد الاجتماعية السائدة وعلاقتها بالتعاطي)، وبحسب المنطقة التي توجد بها المؤسسة، وكذلك بحسب نوع المادة المتعاطاة ونمط التعاطي أو المتوقع تعاطيه.

إن وظيفة المؤسسة التعليمية في الوقاية من الكحول والمخدرات لا تقتصر على الأجهزة الإدارية أو على المهنيين السلوكيين العاملين فيها (كالمدير، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي)، بل إن أعضاء هيئة التدريس والمعلمين لهم أثر كبير، ولهم أهمية بالغة في الحد والوقاية من الكحول والمخدرات بين الطلاب. وتتبع تلك الأهمية من كون أعضاء هيئة التدريس والمعلمين هم الأكثر احتكاكاً من غيرهم في المؤسسة التعليمية بالطلاب مباشرة. تلك الميزة تمنحهم فرصة جيدة في التعرف إلى الطلاب وأفكارهم

وسلوكياتهم، ورصد الظواهر والمشكلات بما فيها ثقافة تعاطي الكحول والمخدرات وحجم انتشارها. كما أن ذلك القرب، وبحكم علاقتهم بالطلاب (علاقة الأستاذ بالطالب)، يعطيهم الأولوية في القدرة على التأثير على الطلاب وتقويم سلوكياتهم؛ سواء في جانب الوقاية، أو في جانب العلاج من خلال التدخل، ومساعدة من يقع منهم في استخدام الكحول أو المخدر في التخلص المبكر من تلك المشكلة قبل استفحالها.

ولذلك، فإن هناك حاجة ماسة إلى تصميم برامج تدريبية مناسبة لأعضاء هيئة التدريس في الجامعات والمعلمين في التعليم العام، تهدف إلى تزويدهم بالمعارف الخاصة بالكحول والمخدرات، وتعزيز المهمات الوقائية لهم، وإكسابهم مهارات اكتشاف حالات التعاطي المبكرة، والمساعدة على العلاج.

ليس هذا فقط، بل لا بد من ضمان تفاعل المعلمين ومشاركتهم في خطط الوقاية من الكحول والمخدرات من خلال إدخال تلك المشاركة الإيجابية ضمن تقويم الأداء للمعلم، وبحيث تكون برامج الوقاية مدرجة بوصفها جزءاً من المناهج الدراسية.

وعلى الرغم من الميزات المتوفرة لعضو هيئة التدريس والمعلم، والفرصة السانحة لهم في الحد والوقاية من الكحول والمخدرات في المؤسسات التعليمية، إلا أن الملحوظ أن الاستفادة منهم في هذا الشأن محدودة جداً، إن لم تكن مغيبة. وقد يكون السبب في ذلك هو غياب الاستراتيجيات الوقائية للكحول والمخدرات أصلاً من المؤسسة التعليمية، أو حتى من قطاع التعليم بأكمله. كذلك فإن نقص التدريب لدى معظم المعلمين - إن لم يكن كلهم - في اكتشاف المشكلات المرتبطة بالكحول والمخدرات ورصدها، وكيفية التعامل معها، والاستجابة لحالات التعاطي بشكل ملائم يؤدي إلى غياب المهمة الوقائية للمعلم، والإسهام في الحد من انتشار المشكلة بين الطلاب.

وفي دراسة أُجريت في الولايات المتحدة بين ١٩٩٤-١٩٩٧ على ٥٥٨٣٨ عضو هيئة تدريس لمعرفة مدى إدراك أعضاء هيئة التدريس لمشكلة تعاطي الكحوليات والمخدرات بين الطلاب، أوضحت الدراسة أن الغالبية العظمى من أعضاء هيئة التدريس مدركون لمشكلة الكحول والمخدرات في المؤسسات التعليمية التي يعملون بها، وأنه لا بد من بذل المزيد من الجهود للحد منها (Ryan & Dejung, 1998).

أما عن عدم قيام عضو هيئة التدريس بمهمة نشطة وفعّالة في التعامل مع المشكلة، فقد أوضحت الدراسة السابقة أن الأسباب تعود إلى:

- عدم إدراك معظم أعضاء هيئة التدريس بأن لهم أثراً في التعامل مع مشكلة الكحول والمخدرات، والحد من انتشارها بين الطلاب، على الرغم من إدراكهم لوجود المشكلة.

- عدم إدراك المؤسسة التعليمية لتأثير المعلم في الحد من انتشار الكحول والمخدرات.

- نقص المهارات اللازمة للتعامل مع مشكلات الكحول والمخدرات لدى المعلم.
- انشغال عضو هيئة التدريس والمعلم بالتدريس، وعدم وجود الوقت الكافي للتدخل.

ويتمثل تأثير عضو هيئة التدريس والمعلم في الحد والوقاية من الكحول والمخدرات في (Ryan & Dejung, 1998):

- اكتشاف ورصد الظواهر المرتبطة بالكحول والمخدرات ومدى انتشارها بين الطلاب، والثقافة السائدة المرتبطة بهذا الانتشار.

- زيادة وعي الأجهزة التعليمية بمشكلات الكحول والمخدرات في المؤسسة التعليمية، والمطالبة بوضع الحلول من خلال استثمار الاجتماعات الرسمية مع الزملاء والمسؤولين في المؤسسة التعليمية (اجتماعات الأساتذة، ومجالس الأقسام، ومجالس الكليات، ومجالس الجامعات).

- المشاركة الفعّالة في تكوين لجان الطلاب المرتبطة بالكحول والمخدرات والعمل معها.
- العمل على إحداث تغييرات من خلال المبادرة بالاقتراحات التي من شأنها الحد من انتشار التعاطي في الطلاب (مثل إحداث تغييرات في بيئة المؤسسة التعليمية وأنظمتها).
- زيادة فرص الاتصال مع الطلاب بعيداً عن الجو الدراسي، من خلال الأنشطة والرحلات واللجان والحفلات، مما يساعد على تقوية العلاقة بالطلاب، ويشجعهم على البوح بمشكلاتهم، واستثمار تلك العلاقة في التأثير فيهم، وتعديل سلوكياتهم وتقويمها.
- إدخال مشكلة الكحول والمخدرات في المادة الدراسية (مهما كان نوعها) قدر الإمكان، بهدف زيادة وعي الطلاب بالجوانب السلبية للكحول والمخدرات. ويمكن أن يتم ذلك بأساليب وصيغ مختلفة؛ مثل استخدام الأمثلة لحالات ومشكلات الكحول والمخدرات في المادة. أو استخدام أثر الكحول مثلاً على الجسم في مادة الأحياء، أو تأثير الكحول على الأداء في مادة التربية البدنية. أو التفاعلات التي يحدثها تعاطي مادة الكحول مع مادة أخرى في مادة الكيمياء. وتساعد هذه الاستراتيجيات في وصول التوعية إلى عدد أكبر من الطلاب بطريقة فعالة لها أثر أكبر عليهم من أسلوب المحاضرات التوعوية. كذلك يمكن للأستاذ وضع رسائل قصيرة توعوية في الموقع الخاص بالمادة على الإنترنت.
- التدخل المباشر عند اكتشاف حالات التعاطي في تقديم الاستشارة البسيطة للطلاب، أو تحويله إلى المختصين. ويتطلب ذلك من الأستاذ الحصول على المعرفة والمهارات اللازمة، كما يتطلب أن يكون الأستاذ على علم بالمصادر المتاحة في المؤسسة التعليمية وفي المجتمع للتدخل مع حالات الكحول

والمخدرات، حتى يتمكن من مساعدة الطالب في الاستفادة منها.

المؤشرات الدالة على التعاطي

هناك علامات تدل على تعاطي الكحول أو المخدر، والتي على الأستاذ الانتباه لها، ورصدها بين الطلاب، على أنه يجب التنبه إلى أن تلك العلامات ما هي إلا مؤشرات فقط، ولا تعني - بأي حال من الأحوال - تأكيد حدوث التعاطي. ومن هذه العلامات (Ryan & Dejung, 1998):

- ضعف الأداء الدراسي.
- انخفاض معدل الدرجات المفاجئ.
- إهمال الطالب لمظهره (نظافة الملابس، حسن الهندام).
- التغيب أو التأخر عن موعد المحاضرات.
- عدم المشاركة المفاجئ في المناقشات.
- عدم أداء الواجبات الدراسية، أو التأخر في تسليمها.
- النوم أثناء الدرس أو المحاضرة.
- تجاهل أو إيجاد الأعذار لسلوكيات عادة ترتبط باستخدام الكحول أو المخدرات، كقطع الإشارات المرورية، وارتكاب الحوادث المرورية.
- ادعاء الطالب المستمر بأنه ليس هناك أي مشكلة، فيقوم بالمبادرة بتحمل المسؤوليات أو أداء المهمات، لإبعاد الشك عنه، واتهامه بالتعاطي.
- القيام بتصرفات غير مسؤولة.

ماذا يجب على الأستاذ عمله عند اكتشاف حالة تعاطي؟

أولاً: لا بد أن يقرر الأستاذ ما إذا كان هو الشخص المناسب للتعامل مع المشكلة أم لا؛ ففي بعض الحالات والمواقف قد لا يكون هو الشخص المناسب. وفي حالة التردد، عليه استشارة أشخاص آخرين؛ كالمزلاء أو الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة التعليمية.

ثانياً: في حالة أن قرر الأستاذ أن يتدخل بنفسه، فإن التدخل يجب أن

يتضمن التحدث مع الطالب، والتعبير له عن إدراكه للمشكلة والسلوكيات التي تصدر عن الطالب، وكذلك التعبير عن مدى اهتمام الأستاذ بالطالب وتطلعاته منه.

ثالثاً: اختيار المكان والوقت المناسبين، ليس فقط للأستاذ، بل أيضاً للطالب، بحيث يكون الطالب مستعداً لتقبل الحديث في المشكلة. كما يجب ألا يكون الطالب أثناء الحديث معه تحت تأثير الكحول أو المخدر.

رابعاً: توضيح السبب وراء دعوة الطالب ومناقشته في الموضوع، ويمكن للأستاذ أن يبدأ المناقشة بجملة يعبر فيها عن مدى اهتمامه بالطالب ومصالحته.

خامساً: يقوم الأستاذ بوصف السلوك الذي تمت ملاحظته، وهذا يستلزم أن يقوم الأستاذ بوصف السلوك كما حدث، ووقته، والمكان الذي حدث فيه. **سادساً:** يعبر الأستاذ عن اهتمامه بالسلوك الذي تمت ملاحظته، ويطلب من الطالب تفسيراً له، ويناقش معه العواقب التي تنتج عن الاستمرار في نهج هذا السلوك.

سابعاً: يحاول الأستاذ الإصغاء لما يريد الطالب قوله، وماذا ينوي القيام به بشأن التعاطي، كما يعرض الأستاذ على الطالب المساعدة. **ثامناً:** يقوم الأستاذ (مستخدماً سلطته بوصفه أستاذاً، ولكن دون تهديد) بتعريف الطالب بالتغيرات التي يتوقعها منه، والتي عليه القيام بها.

مهمة الإدارة والقائمين على الأجهزة التعليمية في الوقاية

لا يقتصر العمل الوقائي من الكحول والمخدرات على أعضاء هيئة التدريس أو المعلمين فقط، ولكنه يتأكد أكثر من القائمين على الأجهزة التعليمية من صناع قرار ومدراء جامعات وكليات ومعاهد ومدارس، وإداريين وعاملين. ومن تلك الوظائف التي يمكن أن يضطلعوا بها (Gebhard, Kaphingst, & Dejung, Treno & Holder, 1997: 2000)

- التأكيد على مدراء المؤسسات التعليمية (الجامعات، الكليات، المعاهد، المدارس) بضرورة جمع المعلومات المتعلقة باستخدام الكحول والمخدرات ومدى انتشارها بين طلابهم.
- التأكيد على مناقشة مشكلات الكحول والمخدرات والوقاية منها، وربطها بالعملية التربوية والتعليمية، وإشراك كل من المعلمين والطلاب والإداريين في ذلك.
- التأكيد على المؤسسات والمعاهد والأقسام التعليمية بالنظر إلى الكحول والمخدرات على أنها مشكلة لا تقتصر على المؤسسة التعليمية فقط، بل إنها مشكلة تؤثر في البيئة المحيطة وتتأثر بها (الحي، المجتمع).
- استثمار جميع الفرص المتاحة لمناقشة مشكلة الكحول والمخدرات، والضغط على صانعي القرار لإحداث تغييرات مرغوبة بهذا الشأن.
- التأكد من محتوى الرسائل التوعوية، ومن أنها لا تحمل رسائل متناقضة أو غير صحيحة أو مبالغاً بها.
- تأمين المصادر المالية اللازمة لدراسة مشكلة الكحول والمخدرات، ولوضع الخطط والبرامج الرامية إلى الحد والوقاية من تعاطي الكحول والمخدرات وتصميمها وتنفيذها.
- قيادة حملات التوعية في جميع المؤسسات التعليمية، ورفع التقارير اللازمة عنها للمسؤولين.
- تكوين لجان مشتركة (إداريين، معلمين، طلاب) في كل مؤسسة تعليمية تكون مهمتها الرئيسية ملاحظة مشكلات الكحول والمخدرات في المؤسسة التعليمية ورصدها، ورفع التقارير بشأنها للمسؤولين.
- التأكيد على المسؤولين في المؤسسات التعليمية على مراجعة الأنظمة، والمباني وتصميماتها (مثل نظام إسكان الطلاب)، ومدى تأثيرها في انتشار

- أو زيادة انتشار استخدام الكحول والمخدرات بين الطلاب، ورفع التقارير الخاصة في ذلك إلى المسؤولين.
- التأكيد على المؤسسات التعليمية في توفير بدائل مختلفة ومتعددة في استثمار أوقات الطلاب بما يفيد، وبما يجنبهم الوقوع في السلوكيات المنحرفة.
- وضع استراتيجيات مناسبة للتدخل عند اكتشاف حالات التعاطي لدى الطلاب، وتحويلهم للمساعدة والعلاج بطرق تضمن خصوصيتهم وسرية شخصياتهم.
- المساهمة في تغيير الثقافة السائدة بين الطلاب في تقبل الكحول أو نوع من المخدرات، ونمط التعاطي.

الفصل الثامن

علاج مشكلات الكحول

Alcohol Treatment

علاج مشكلات الكحول

يتطلب علاج الاعتماد على الكحول فهماً واضحاً للطبيعة التاريخية لعملية التعافي من الإدمان (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992). فالتعافي من الكحولية عملية طويلة الأمد، وغالباً ما تتضمن العديد من المحاولات العلاجية، وتغيرات عديدة في السلوك؛ إذ يتعرض الكثير من الناس للانتكاسة عدة مرات قبل أن يستطيعوا تحقيق الامتناع الكامل عن الاستخدام. ولا يقتصر تعدد الانتكاسات على الكحوليين فقط، بل إنه ينسحب على جميع المعتمدين على استعمال مواد إدمانية تقريباً. سواء كانت المادة نيكوتين أو كوكايين أو هيروين أو إيفيتامين، أو غيرها من المواد ذات الصفة الإدمانية.

والانتكاسة أمر محتمل، حتى من أولئك الذين توقفوا عن التعاطي لمدة طويلة جداً؛ فالكحولي الذي استطاع التوقف عن الشرب لسنوات عديدة قد ينتكس تحت مواقف وظروف معينة. إن تلك الحقيقة ليس الهدف منها إشاعة اليأس بين من ابتلوا بالاعتماد على الكحول أو المخدر أو بين محبيهم، ولكنها حقيقة يجب أن نتعلم منها أن التعافي من الاعتماد على الكحول أو المخدر - كما سبق ذكره - عملية مستمرة طيلة حياة الفرد، وتحتاج إلى الصبر، وتكاتف الجميع (الفرد المعتمد، والأسرة، والمهنيين الصحيين، والمجتمع). ولذلك لا يحبذ بعض المهتمين في مجال الإدمان مصطلح «الإقلاع» عن التعاطي، وبدلاً منه، فهم يفضلون استخدام مصطلح «التوقف» عن التعاطي.

ولكي لا يصدم القارئ بهذه الحقيقة المتشائمة حول احتمالية الانتكاسة،

ويدخله الإحباط، فلا بد من قول حقيقة أخرى حول العلاج، ولكنها سارة هذه المرة؛ فقد أثبتت دراسات عديدة جدوى وفعالية علاج الإدمان في أنحاء مختلفة من العالم، فعلى سبيل المثال: تتبعت دراسة ١٠٠١٠ معتمدين على العقاقير بين عامي ١٩٩١-١٩٩٣، وقد أجريت الدراسة على ١٠٠ مصحة علاجية في ١١ مدينة من المدن الأمريكية، وقد توصلت الدراسة إلى أن علاج الإدمان على العقاقير أثبت فعالية عالية في معالجة الكثير من المعتمدين.

ويعتمد نجاح الفرد في العلاج على عدد من العوامل؛ منها (الدخيل، ١٩٩٤):

- عوامل مرتبطة بالفرد نفسه: فنجاح العلاج يعتمد على مدى الدافعية لدى المتعالج نحو العلاج، ووجود ضغوط قانونية وأسرية عليه لطلب العلاج، وعدم وجود تاريخ إجرامي للمتعالج، وعدم وجود مشكلات نفسية أخرى، خصوصاً اضطراب الشخصية غير الاجتماعية.

- عوامل مرتبطة بالأسرة والأصدقاء: أيضاً يعتمد نجاح العلاج على وجود الدعم الأسري المستمر أثناء العلاج وبعده. فقد أثبتت دراسات عديدة أهمية الأسرة والأصدقاء في التعافي من الإدمان، ومن أن حالات الانتكاسة تحدث بصورة أكبر بين أولئك الذين لا يتمتعون بشبكة قوية من العلاقات الأسرية والاجتماعية.

- عوامل مرتبطة بالبرنامج العلاجي: يعتمد نجاح العلاج على وجود المصحة العلاجية أصلاً، وسهولة الوصول إليها، وكذلك سهولة الحصول على الخدمة العلاجية.

- أيضاً يعتمد نجاح العلاج على مدى توفر الخدمات المختلفة (طبية، نفسية، علاجية) وتوفر الكوادر المهنية المؤهلة، وتوفير الاختيارات والبدائل العلاجية التي تتلاءم واحتياجات المتعالج ورغبته؛ سواءً من حيث نوع الخدمة العلاجية (تنويم، عيادات خارجية) أو من حيث المدخل العلاجي

(علاج موجز، علاج سلوكي، علاج دوائي).

- عوامل مرتبطة بالمجتمع: حيث يعتمد نجاح العلاج على مدى توفر مصادر الدعم، والخدمات التي يوفرها المجتمع للمتعافين؛ كالوظائف، وخدمات الضمان الاجتماعي، والرعاية الصحية، وخدمات الترفيه، وخدمات التأهيل المهني. كذلك فإن نظرة المجتمع للمتعافي الإيجابية تشكل عاملاً مهماً نحو التعافي، ومنع الانتكاسة.

أنواع العلاج:

تتعدد الخدمات العلاجية لمعتدي الكحول من حيث الكم والنوع والمدة.

وفيما يلي تصنيف للخدمات العلاجية المقدمة:

أولاً: الخدمات العلاجية من حيث درجة الاعتماد على الكحول:

- العلاج المختصر Brief Therapy: ويعرف أحياناً بالتدخل المختصر

Brief Intervention، وهو مفيد وفعال مع الأفراد الذين لم يصلوا إلى درجة الاعتماد، وإنما ينذر نمط الشرب لديهم بمخاطر صحية أو نفسية أو اجتماعية. ولا بد لهؤلاء - قبل التدخل معهم - من قياس درجة الإدمان وشدته لديهم من خلال مقاييس معينة جاء ذكرها في فصل المقاييس من هذا الكتاب.

- العلاج الشامل Comprehensive Therapy: وهو مجموعة من الخدمات

والبرامج العلاجية المقدمة للمعتد على الكحول حسب حاجته. وتشتمل هذه الخدمات على علاج إزالة التسمم، والخدمات النفسية، والاجتماعية، والدينية، والتأهيلية. وهو ضروري للمعتدين الكحوليين.

ثانياً: الخدمات العلاجية من حيث المدة:

١- خدمات علاجية قصيرة المدة Short-term inpatient treatment:

وهي برنامج علاجي مكثف ينوم فيه المتعالج في المصححة لمدة لا تزيد ٣٠

يوماً. وقد انتشر تطبيق هذا البرنامج العلاجي بين المصححات العلاجية توفيراً للتكاليف العلاجية.

٢- خدمات علاجية طويلة المدى Long-term inpatient treatment:

وهي خدمات علاجية ينوم فيها المتعالج عادة لمدد طويلة تصل إلى عدة شهور، ويتلقى فيها - إضافة إلى الخدمات العلاجية - خدمات أخرى إضافية؛ كالتأهيل المهني، والرياضة الشاقة. وتعرف هذه المصحات أيضاً بالقرى العلاجية.

ثالثاً: الخدمات العلاجية من حيث نوع الدخول

١- خدمات علاجية خارجية Out-patient treatment:

وهي خدمات علاجية تقدم للمتعالج دون تنويم، حيث يتم تقديم أنواع متعددة من المداخل العلاجية؛ مثل حل المشكلة، والعلاج المعرفي السلوكي، وعلاج الاثني عشرة خطوة 12 steps program.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه ليس كل متعالج مؤهل لتلقي العلاج عن طريق العيادات الخارجية، كما أنه ليست كل عيادة خارجية مؤهلة لعلاج جميع حالات الاعتماد؛ إذ إن ذلك يعتمد على حالة المتعالج من حيث شدة الاعتماد على المادة المتعاطاة، وعلى حالته الصحية، وكذلك على الظروف النفسية والاجتماعية والأسرية المحيطة. كما أن بعض العيادات الخارجية قد لا تكون مؤهلة لإزالة السموم Detoxification؛ حيث إن ذلك يتطلب توفر إمكانيات بشرية ومادية لإزالة السموم عن طريق العيادات الخارجية. وعموماً، فإن علاج إزالة السموم سيذكر بالتفصيل لاحقاً في الصفحات التالية.

وعادة ما يتضمن العلاج عن طريق العيادات الخارجية الإجراءات

التالية (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992):

- مقابلة لتقدير حالة المتعالج وتقويمه.
- مقابلة لتقدير التاريخ الأسري مع بعض أفراد الأسرة (تحتاج إلى موافقة المتعالج).

- مقابلة مع صاحب العمل (تحتاج إلى موافقة المتعالج).

- الفحص الطبي (ويشمل فحص البول، وفحص وظائف الكبد، وكريات الدم الحمراء). ويتم فحص البول للكشف عن التعاطي بشكل دوري طيلة فترة المراجعة.
- متابعة تقدم المتعالج فيما يتعلق بالسلوكيات المرتبطة بالتعاطي عن طريق جدول متابعة السلوك.
- العلاج الفردي.
- العلاج الجماعي.
- العلاج الأسري.
- مواد تثقيفية سمعية وبصرية، ومكتوبة.
- جدول حضور اجتماعات جماعة الكحوليين مجهولي الاسم AA.

من هم الذين يمكن لهم الاستفادة من العيادات الخارجية؟
هو المتعالج الذي تتوفر فيه معظم الخصائص التالية

| | |
|---|---|
| - لم يمضِ مدة طويلة على مشكلته مع التعاطي وقرر أن يقوم بحل لها. | - عدم القدرة على ترك الوظيفة أو الأسرة. |
| - أن يكون متوقفاً عن التعاطي، بحيث لا توجد أعراض انسحابية شديدة، أو تم التعامل معها في التنويم الداخلي. | - وجود استقرار ودعم داخل المحيط الأسري. |
| - وجود رغبات متوسطة إلى قوية للتعاطي (الاشتياق)، حتى بعد مضي وقت طويل على التوقف. | - عدم وجود اضطرابات أو أمراض نفسية شديدة (اكتئاب، ذهان، محاولة انتحار). |
| - عدم وجود مشكلات صحية تستدعي المتابعة (أمراض القلب، التنفس.. إلخ). | - وجود الدافع لتغيير السلوك الإدماني. |
| | - الانضمام لجماعة الكحوليين مجهولي الاسم. |

❖ المصدر: (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992)

٢- خدمات علاجية تنويمية Inpatient treatment:

وهي خدمات علاجية ينوم فيها المتعالج في المصححة العلاجية بعيداً عن جو التعااطي لمدة قصيرة أو طويلة، حيث يقدم للمتعالج العديد من الخدمات؛ مثل خدمات إزالة التسمم، والخدمات الصحية، والخدمات النفسية، والخدمات الاجتماعية، والخدمات التأهيلية.

والعلاج عن طريق التنويم يعد مكلفاً مادياً؛ حيث تراوح التكلفة العلاجية بين ٧,٠٠٠-٣٥,٠٠٠ دولار لبرنامج علاجي مدته ٤ أسابيع في الولايات المتحدة (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992). وهذا يعادل ٢٦,٢٥٠ - ١٣١,٢٥٠ ريالاً سعودياً تقريباً.

أيضاً، يتميز العلاج عن طريق التنويم بوجود البرامج العلاجية المكثفة والمتنوعة والمقننة. حيث يتيح العلاج التنويمي للمتعالج العيش في بيئة علاجية لمدة لا تقل عن أربعة أسابيع، يركز خلالها جهوده الجسمية والعقلية والنفسية على معرفة الإدمان وفهمه، وتعلم المهارات اللازمة واكتسابها للتغلب عليه، والتخلص من التعااطي، ومواجهة العالم الخارجي.

ففي جو هادئ ومريح تتاح للمتعالج الفرصة للاستفادة من العلاج الفردي والعلاج الجماعي، كما يتم تشجيعه على تأمل الذات والنظر إلى نفسه. فخلافاً للعلاج عن طريق العيادات الخارجية يمنح التنويم الداخلي للمتعالج بيئة يقل فيها تشتت الانتباه، ويكثر فيها التركيز، حيث يتمكن المتعالج من فهم الصورة الداخلية والخارجية لنفسه والمحيط من حوله (الأشخاص والأشياء والعلاقات بينها) وعلاقة ذلك كله بالتعااطي، وبالتالي يجد إجابات لأسئلة لم يكن يستطيع التفكير فيها وهو واقع تحت تأثير الكحول.

ولذلك، فإن وجود الفرد في التنويم بعيداً عن تأثير الكحول، والمحيطين من حوله، يساعد كثيراً في تحرير أفكاره وفي اتخاذ قراراً صائباً بشأن موقفه من التعااطي.

وتختلف برامج التنويم فيما بينها من حيث المداخل العلاجية التي تتبعها، ومن حيث البرامج التي تتضمنها. كذلك تشتمل بعض برامج التنويم على

برنامج لإزالة السموم، بينما تجد برامج أخرى لا تتوفر فيها هذه الخدمة، وبالتالي فهي لا تقبل دخول المتعالج إلا بعد أن يكون متوقفاً عن التعاطي، أو قد تمت إزالة السموم منه في مكان آخر.

من هم الذين يمكن لهم الاستفادة من التتويم الداخلي؟
هو المتعالج الذي تتوفر فيه معظم الخصائص التالية

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - لديه إدمان متعدد (الكحول والإمفيتامين مثلاً). - ينكر مشكلته مع الاعتماد، أو ليس لديه الفرصة للتفكير في المشكلة. - يمر في مرحلة المراهقة. ويحتاج إلى التعامل مع المشكلات المرتبطة بتلك المرحلة. - يشعر بأنه يحتاج إلى بيئة تمكنه من السيطرة على التعاطي، وبالتالي الفرصة من التفكير العميق في المشكلة. - يعيش في وسط موبوء بالمخدرات والمسكرات. - لديه الرغبة في فهم الإدمان، ومعرفة نتائجه عليه. - يبلغ الخامسة والستين من العمر أو أكثر. | <ul style="list-style-type: none"> - من يعاني من أعراض انسحابية شديدة، أو من يخاف أن يعاني ألم الأعراض الانسحابية. - من سبق أن توقف عن التعاطي، وعاود التعاطي (انتكس). - إذا لم يكن منضماً لبرنامج الكحوليين مجهولي الاسم. - لديه مشكلات صحية (أمراض الكبد، القلب، التنفس.. إلخ) والتي يمكن أن تتعارض مع التعافي. - لديه مشكلات نفسية (اكتئاب، محاولة انتحار) أو عاطفية أو سلوكية. - يعمل في جهاز حساس، ويرتبط بمصالح الآخرين مثل قيادة الطائرة، أو المركبات، عسكري، أو طبيب. |
|---|---|

❖ المصدر: (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992)

رابعاً: الخدمات العلاجية من حيث الاتجاه العلاجي (البدائل العلاجية)

١- العلاج الذاتي Do it your self

أن يقوم الفرد المعتمد على الكحول بمعالجة نفسه بنفسه، فهذا أمر ليس مستحيلاً، ولكنه صعب، ويقرب من الاستحالة. فقد أشارت دراسات عديدة إلى أن اختيار الفرد طريق المعالجة الذاتية هي الطريق الأصعب من بين جميع الطرق (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992). ذلك أن التعافي من الإدمان لا يعني فقط التوقف عن التعاطي. فالمعتمد على الكحول أو المخدر يحتاج في رحلة تعافيه إلى أكثر من ذلك. فهو خلال سنوات التعاطي والإدمان تعرض إلى مشكلات عديدة (نفسية، واجتماعية، واقتصادية، وأسرية، ووظيفية)، وافتقد العديد من المهارات الاجتماعية الإيجابية، كما أنه اكتسب العديد من المهارات والسلوكيات السلبية التي كانت تساعد في تغطية إدمانه (الإنكار، الخداع، التعليل غير المنطقي، الكذب).

ولذلك فالمعتمد يحتاج كي يتعافى - إضافة إلى التوقف عن التعاطي - إلى تعلم سلوكيات جديدة ومهارات اجتماعية جديدة ومفيدة تساعد على تعزيز عملية التعافي وتأكيداها. كما يحتاج إلى التخلص من بعض السلوكيات السلبية التي قد تعزز الانتكاسة والعودة مرة أخرى إلى التعاطي. أيضاً يحتاج إلى إيجاد حلول للمشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والأسرية، وغيرها من المشكلات التي تعزز التعافي والاستمرار فيه، وتمنع الانتكاسة.

الأمر الآخر والأشد خطورة لمن يريد معالجة نفس بنفسه، هو المخاطر الصحية التي قد يتعرض لها الفرد (والتي قد تصل إلى حد الوفاة) نتيجة لظهور الأعراض الانسحابية بعد توقفه عن التعاطي، والتي يحتاج الفرد - إلى مراقبتها وتخفيف أضرارها - إلى إشراف طبي مباشر.

أيضاً، يجد الفرد الراغب في التعافي المنزلي دون إشراف مهني صعوبة في تنفيذ خطته، خصوصاً إذا كان الوسط الذي يعيش فيه (كالأسرة أو

الأصدقاء) لا يشجع على التعافي. بل إنه في بعض الأحيان يكون هذا الوسط مشجعاً على الاعتماد والشرب بدلاً من التعافي. فجلسات الأصدقاء المتضمنة للشرب، ووجود أفراد يشربون داخل الأسرة جميعها عوامل مشجعة على الشرب. هذا إضافة إلى أن تعافي الفرد في منزله، وفي ظل توفر الكحول، أو سهولة الوصول إليه (خلافاً للمصحات العلاجية التي لا يتوفر الكحول ولا يسهل الحصول عليه) لا يساعد في كبح الرغبة في التعاطي (الاشتياق) والتي تعد أمراً طبيعياً لدى المعتمدين.

والخلاصة: أن تحقيق التعافي الذاتي أمر شبه مستحيل، ويحمل في طياته الكثير من المخاطر الصحية، كما أنه - إلى حد كبير - غير مجد لكثير من الناس (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992).

٢- إزالة السموم Detoxification

تهدف إزالة السموم إلى تخليص جسم الفرد من المادة الإدمانية الموجودة فيه، وكذلك إلى السيطرة على الأعراض الانسحابية للمادة، أو التخفيف من آثارها. وقد تتم إزالة السموم للمتعالج دون حاجة إلى تنويمه بوصفه مريضاً خارجياً Out-patient، ولكن بعد توفر شروط معينة لذلك، منها (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992):

١- أن تكون الأعراض الانسحابية خفيفة، ويمكن السيطرة عليها بأمان.
٢- موافقة المتعالج على عدم أخذ أي كحول أو مخدر أو دواء غير الموصوف عن طريق الطبيب المعالج.

٣- موافقة المتعالج على الاشتراك في البرنامج العلاجي والالتزام به.
خلال الأيام الأولى للعلاج يحتاج المتعالج إلى وجود أحد أعضاء الأسرة أو صديق يقف إلى جانبه، يشجعه على الاستمرار في العلاج، ويقدم له الدعم، ويراقب ظهور أي علامات خطيرة ناتجة عن الأعراض الانسحابية، ويساعد في تناول الدواء بالجرعات والأوقات المحددة، وكذلك يساعد المتعالج في أخذه

لمواعيد العيادة، وفي التخلص من أي كحول أو مخدر من المنزل. كذلك يقوم المعالج في الأيام الأولى بوضع المريض تحت الملاحظة اليومية، من خلال إعطائه مواعيد لزيارة العيادة بشكل يومي، إلى أن يتجاوز المريض مخاطر الأعراض الانسحابية. بعد ذلك تستمر المتابعة العادية وتقديم الدعم والاستشارات النفسية والاجتماعية للمتعالج. وعادة ما يحذر الطبيب من صرف الدواء للمتعالج لأكثر من ثلاثة أيام، ثم يعاود صرفها مرة أخرى كي لا يقوم المريض بإساءة استخدامها أو تناول كمية كبيرة منها مما يتسبب للمتعالج بتسمم الجرعة الزائدة Overdose. كما يجب أن يركز الطبيب - عند متابعته للحالة - على عطل نهاية الأسبوع؛ حيث إن هناك احتمالية كبيرة لمعاودة الشرب والانتكاسة.

وتتميز المعالجة خارجياً في كونها:

- ١- أرخص من حيث التكاليف.
 - ٢- تقدم الخدمة العلاجية للمتعالج وهو في بيئته الحقيقية، البيئة التي يعيش فيها المتعالج.
 - ٣- تشجع الفرد على طلب العلاج وتقبله، حيث يحجم البعض عن طلب العلاج خوفاً من التتويم، أو العيش في بيئة جديدة (المصحة العلاجية)، أو خوفاً من افتضاح أمرهم، أو لشعورهم بحاجة الأسرة أو العمل لهم. وتعد المعالجة الخارجية ملائمة جداً في المجتمع السعودي في كونها تساعد في حفظ سرية المتعالج وعدم افتضاح أمره (Al-Dakhil, 2002).
- وعلى الرغم من وجود هذه الميزات للمعالجة الخارجية، إلا أن لها عيوباً تتمثل في أنها لا تلائم طبياً جميع المعتمدين. كما أن نفس الميزة في كون الفرد يتعالج في بيئته الحقيقية قد تكون عيباً في كونها بيئة غير محمية، قد يتعاطى فيها الفرد من تلقاء نفسه، أو بتأثير من المحيط الذي يعيش فيه. كذلك قد لا تتناسب مع أولئك القاطنين في مدن لا يوجد بها مصحات علاجية للإدمان، إذ

يتطلب ذلك مراجعتهم اليومية للعيادة على الأقل في الأيام الأولى من العلاج. ومن عيوب المعالجة الخارجية أيضاً: الخوف من عدم التزام البعض بالبرنامج العلاجي، أو إساءة استخدام الدواء الموصوف من العيادة، والذي قد يسبب مخاطر صحية (أو الوفاة) للمتعالج.

إضافة إلى إمكانية إزالة السموم عن طريق العلاج في العيادات الخارجية، فإن الاختيار الثاني هو إزالة السموم عن طريق التنويم Inpatient detoxification. ويتم ذلك عن طريق تنويم المتعالج في المصحة العلاجية بوجود فريق صحي متكامل يراقب حالة المتعالج، وتطورات الأعراض الانسحابية عن قرب، وفي بيئة تمنع وصول الكحول أو المخدر إليه.

ونظراً إلى خطورة الأعراض الانسحابية (التي قد تصل إلى حد الوفاة) والتي قد تحدث لبعض المعتمدين على العقاقير المثبطة؛ ومنها الكحول والباربيتورات والبنزودايزابين، فإن العلاج عن طريق التنويم للمعتمدين على هذه المواد الإدمانية هو الاتجاه العلاجي الأفضل.

كذلك يوصى بالعلاج التنويمي لأولئك المتعالجين الذين يتبين من خلال الاختبارات والكشف أن لديهم احتمالية عالية high tolerance للكحول أو المخدر، أو لأولئك الذين بينت الخبرات العلاجية السابقة ظهور نوبات صرع لديهم، أو تشوش ذهاني، أو اضطرابات نفسية خلال فترة الأعراض الانسحابية. ومن المؤشرات الطبية الداعية إلى العلاج عن طريق التنويم للأفراد الاعتماديين، هي وجود إصابة حديثة في الرأس، أو ألم حاد في منطقة البطن، أو اليرقان، أو إخفاق في الكبد، أو نقص الاتزان العصبي، أو الالتهاب الرئوي، أو تعفن الدم، أو الجفاف، أو الإيدز، أو الذبحة الصدرية، أو أمراض القلب، أو ضغط الدم، أو أمراض الجهاز التنفسي الشديدة، أو كون المتعالج فوق سن الخامسة والستين (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992).

إن إزالة السموم عن طريق التنويم لا تزيد عادة عن عشرة أيام، وبعدها

يحتاج المتعالج إلى خدمات استشارية وتأهيلية قد تمتد إلى ثلاثة أسابيع على الأقل. ونظراً إلى التكاليف العالية للتتويم، فإن بعض المصححات تعتمد على تتويم المتعالج خلال فترة إزالة السموم فقط، ومن ثم يتم تقديم الخدمات الأخرى له عن طريق العيادات الخارجية.

إن لكل من إزالة السموم عن طريق التتويم أو عن طريق العيادات الخارجية ميزات كما أن له عيوبه. وإن الأفضلية لأي منهما تحددها عوامل كثيرة؛ منها: حالة المتعالج الصحية، وظروفه النفسية والاجتماعية والوظيفية والأسرية، وكذلك التكلفة الاقتصادية، ورغبة المتعالج نفسه.

٣- العلاج المختصر Brief Treatment

يستجيب البعض من مسيئي استخدام الكحول للاستشارة العلاجية دون الحاجة لتكثيف البرنامج العلاجي، أو التتويم في المصححة العلاجية؛ حيث ينجح هذا الاتجاه مع الأفراد الذين لم يصلوا إلى درجة الاعتماد الشديدة (الجسمية أو النفسية) على الكحول في تعديل سلوك التعاطي لديهم (Bien Miller, & Tonigan, 1993). والعلاج المختصر يمكن أن يقدم عن طريق طبيب الأسرة أو المهنيين الصحيين الآخرين؛ كالطبيب النفسي، أو الأخصائي النفسي، أو الأخصائي الاجتماعي. كما أن عدم نجاحه مع البعض الآخر يمكن أن يستثمر في إقناع المتعالج بحاجته إلى علاج مكثف ومتخصص (Fleming, 1997 وآخرون).

ويهدف العلاج المختصر عادة إلى منح المتعالج المعلومات الكافية المرتبطة بالاضطراب الذي يعاني منه، وكذلك إلى مساعدته - من خلال الاستشارات العلاجية - للتغلب على هذا الاضطراب. فيقوم المعالج بتأكيد الجوانب السلبية (الحالية والمستقبلية) الناتجة عن شرب الكحول ومناقشتها مع المتعالج. ويساعد إعطاء المتعالج مواد توعوية مكتوبة عن المشكلة في توعيته، وأهم من ذلك في تأكيد النقاط التي تمت مناقشتها معه عن المشكلة واستثارته للتغيير.

بعد ذلك، يمكن للمعالج أن يعطي المتعالج توصيات محددة؛ مثل التوقف عن الشرب، أو التقليل منه. بعد شهر من هذه الزيارة يناقش المعالج ما حدث من تطورات في حل المشكلة مع المتعالج. فإذا أظهرت المتابعة بأن المتعالج قادر على السيطرة على المشكلة، فليس هناك حاجة إلى علاج آخر. أما إذا تبين - من خلال المتابعة - عدم تقدم المتعالج أو تدهور حالته، فإن هناك حاجة ماسة إلى اقتراح استراتيجيات علاجية أخرى أكثر ملاءمة له (مثل انضمامه لجماعة الكحوليين مجهولي الاسم) أو تحويله إلى مصحات متخصصة في معالجة الاعتماد (Felming & Manwell, 1999).

٤- الاستشارات المهنية Professional counseling

يحتاج معظم المعتمدين على الكحوليات أو المخدرات - إن لم يكن جميعهم - إلى أنواع مختلفة من الاستشارات المهنية (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992)، والتي تهدف إلى مساعدتهم على الاستمرار في رحلة التعافي، وكذلك إلى تأهيلهم أو إعادة تأهيلهم. وعادة ما تقدم تلك الاستشارات المهنية عن طريق متخصصين (طبيب نفسي، أو أخصائي اجتماعي، أو أخصائي نفسي، أو مرشد تعافٍ، أو مرشد ديني، أو أخصائي تأهيل مهني، أو أخصائي علاج طبيعى، أو غيرهم من المهنيين الآخرين). هؤلاء المتخصصون يجب أن يكونوا مؤهلين في مجال الإدمان، فلا يكفي فقط أن يكونوا متخصصين عامين؛ إذ إن العمل في مجال الإدمان يحتاج من المتخصص إلى معارف ومهارات وتدريبات إضافية في هذا المجال. وتجدر الإشارة إلى أن تعاون هؤلاء المتخصصين فيما بينهم عند تعاملهم مع حالات الإدمان عادة ما يعرف بمفهوم الفريق العلاجي.

٥- جماعات الدعم الذاتي Self-help Groups

بديلاً عن العلاج الذاتي، وبديلاً عن العلاج الرسمي أو إضافة إليه (العيادات أو المصحات العلاجية) تأتي جماعات الدعم الذاتي بوصفها أحد الاختيارات

العلاجية التي أثبتت نجاحاً وفعاليةً - تعد الأفضل - للتعافي من الإدمان. ومن أشهر جماعات الدعم الذاتي (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992):

- جماعة الكحوليين مجهولي الاسم Alcoholics Anonymous إيه إيه (AA): وهي جماعة غير رسمية أعضاؤها من المعتمدين على الكحول (الحاليين أو السابقين) - وقد ينضم بعض أفراد أسرة المعتمد - ويجتمعون بشكل يومي تقريباً بهدف مساعدة بعضهم البعض على التخلص من مشكلة الاعتماد على الكحول، وتجنب الانتكاسة من خلال برنامج الاثني عشرة خطوة 12-steps program.

- جماعة آلا نون Al-Anon:

وهي جماعة يتشكل أعضاؤها من أسر المعتمدين على الكحول، ويهدفون من خلال اجتماعاتهم إلى دعم بعضهم البعض عن طريق مناقشة الخبرات الماضية وكيفية التعامل مع المشكلات الحالية أملاً في مستقبل أفضل.

- جماعة آلا تين Alateen:

وهي جماعة فرعية من جماعة آلا نون، يتشكل أعضاؤها من أبناء الكحوليين ممن أعمارهم تتراوح بين ١٢-٢٠ سنة. وتهدف الجماعة من وراء اجتماعاتها إلى إعطاء أبناء الكحوليين الفرصة لمناقشة وتبادل خبراتهم، ولتشجيع ومساعدة بعضهم البعض على فهم الإدمان ومراحل التعافي. وتهدف كذلك إلى مساعدة الأعضاء بعضهم بعضاً في التعرف إلى الأساليب الفعالة للتكيف مع المشكلات الناتجة عن إدمان آبائهم أو أمهاتهم، وكذلك تعلم مهارات تساعد في تجنب الوقوع في الإدمان (حيث أثبتت كثير من الدراسات أن أبناء المدمنين أكثر عرضة للوقوع في الإدمان من غيرهم).

- جماعة التعافي العقلاني Rational Recovery آر آر (RR):

وهي جماعة تهدف إلى مساعدة أعضائها على التخلص من الاعتماد على الكحول أو المخدر، ولكنها تستخدم أساليب ومنطلقات تختلف تماماً عن أساليب ومنطلقات جماعة AA. ومن ذلك أن جماعة التعافي العقلاني ترفض

فكرة أن الكحولي شخص عاجز Powerless عن التحكم في إدمانه، وبدلاً من ذلك، فإن تلك الجماعة ترى بأن ذلك الشخص قادر على وقف الإدمان متى أراد ذلك. كذلك - خلافاً لجماعة الكحوليين مجهولي الاسم، التي ترى أن هناك قوة عليا تتحكم بنا، ويجب أن نعتمد عليها في التخلص من الإدمان - ترى جماعة التعافي العقلاني بأن القوة تكمن في الشخص نفسه، وأنه قادر على تغيير نفسه وسلوكياته متى ما أراد ذلك.

| إرشادات | |
|--|---|
| خصائص البرنامج العلاجي الأفضل ❖ | |
| <ul style="list-style-type: none"> - أن يشتمل البرنامج العلاجي على برامج للعلاج الفردي، والعلاج الجماعي. - أن يشتمل البرنامج العلاجي الانضمام لجماعة الدعم الذاتي (AA). - وجود الدافع والرغبة في التغيير لدى طالب التعافي، فمهما بلغت قوة البرنامج العلاجي، فلن يحقق الهدف دون وجود هذا الدافع. - ينبغي أن تكون نظرة المعالجين للمتعالج (المريض) إيجابية وله الأولوية على أي شيء آخر. يمكن التعرف إلى ذلك من خلال سؤال المتعافين السابقين. | <ul style="list-style-type: none"> - ينبغي أن يكون البرنامج العلاجي المقدم متوافقاً مع الاحتياجات الفردية للمتعافي. وليس صحيحاً أن كل برنامج مناسب لكل مريض. - يجب أن يوفر البرنامج العلاجي العديد من البدائل والاختيارات العلاجية. - يجب أن يكون معظم المعالجين - إن لم يكن جميعهم - (الطبيب النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي، وغيرهم) مرخصين لعلاج الإدمان. - أن يضم البرنامج من بين العاملين فيه، مرشدي تعافٍ (معتمدون سابقون). |

❖ المصدر: (Mooney, Eisenberg, & Eisenberg, 1992)

الفصل التاسع تكتيكات علاجية

مراحل تغيير السلوك الإدماني

مراحل التغيير

من المبادئ الأساسية قبل اختيار أسلوب التدخل المناسب، وتحديد الخطة العلاجية الملائمة للمعتدين على الكحول والمخدر، تحديد مدى استعداد الفرد على التغيير فيما يخص استخدامه للمادة المتعاطاة.

ولذلك تأتي أهمية تقدير المرحلة التي يمر بها الفرد من حيث استعداده للتخلص من مشكلته مع الكحول بوصفها متطلباً أساسياً قبل الشروع في العلاج. بل إن العملية العلاجية - لكي تؤتي ثمارها، ويكتب لها النجاح - لا بد أن تُبنى أساساً على هذا التحديد، ومن دون ذلك، فإن الخطط العلاجية تعد مضيعة للجهد والمال والوقت. وأهم من ذلك عدم تحقيق الأهداف المرجوة في مساعدة وعلاج الاعتماد على الكحول والمخدرات.

ولمساعدة المعالجين في تحديد موقف العملاء ومدى جاهزيتهم للتغيير قبل البدء في العلاج، قام Prochaska وآخرون (١٩٩٢) باستحداث نموذج للمراحل التي يمكن أن يمر بها الفرد في رحلة التخلص من الإدمان. حيث يتكون هذا النموذج من خمس مراحل؛ هي كما في شكل (١): (ما قبل العزم، العزم، الاستعداد، الفعل، المحافظة على الفعل).

ويعد النموذج أداة تساعد المعالجين في تقدير موقف العميل من استخدامه للمادة الإدمانية قبل تقرير عملية التدخل. وقد استخدم هذا النموذج في العديد من المجالات والتطبيقات التي تستهدف قياس الاستعداد قبل تعديل السلوك؛ فعلى سبيل المثال: تم استخدام مراحل التغيير في مجال

إدمان النيكوتين (Prochaska & DiClemente, 1983)، وكذلك في علاج المرضى بأمراض جسدية (Peteet, 1998 وآخرون).

وفيما يلي عرض لتلك المراحل وخصائص كل مرحلة:

المرحلة الأولى: ما قبل العزم Pre-contemplation

يتسم الفرد المعتمد على الكحول أو المخدر في هذه المرحلة بعدم إدراكه لمشكلته أو قلة ذلك؛ فهو يصبر بأنه لا يعاني من أي مشكلة (إنكار)، أو أنه قادر على التحكم بالمشكلة (تهوين). كما يتسم الفرد أيضاً بعدم رغبته في التغيير، وأن المحيطين به هم المحتاجون إلى التغيير. ولذلك فهو يقاوم أي محاولة لتغيير نفسه. كما يتميز الفرد في هذه المرحلة بقدرته على خلق الأعذار لتصرفاته، وتعليلها بطريقة معقولة بعض الشيء. ويلوم الشخص في هذه المرحلة كل شيء إلا نفسه، فهو يلقي المسؤولية في تعاطيه على الأسرة، أو المجتمع، أو القدر، أو الوراثة، أو أي سبب آخر يكون خارجاً عن السيطرة والتحكم.

وتمتاز مرحلة ما قبل العزم في كون الفرد يرى أن عدم التغيير والاستمرار في السلوك الاعتمادي أفضل. فهو لا يرى السلبيات أو يتجاهلها في سبيل الحصول على الإيجابيات الناتجة عن التعاطي. ولذلك فإن العميل في تلك المرحلة يختلف مع وجهة نظر المعالج فيما يتعلق بعواقب التعاطي. فعندما يعبر المعالج عن اهتمامه بالعواقب السلبية التي تنتج عن السلوك الإدماني، تجد العميل لا يرى بأن تلك العواقب تمثل مشكلة بالنسبة إليه، أو أنه قادر على التعامل معها والسيطرة عليها.

وظيفة المعالج:

في هذه المرحلة على المعالج أن يتبنى مدخل رفع الوعي Consciousness raising من خلال زيادة معلومات العميل عن المشكلة، وعن ذات العميل وعلاقة ذلك بالمشكلة. فالعميل في هذه المرحلة ليس لديه أي حافز للتغيير، ولكنه لا يمانع في تلقي المعلومات المتعلقة بالمشكلة والمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها.

وبما أن العميل في هذه المرحلة غير مدرك للمشكلة، وغير راغب في إحداث التغيير فيما يتعلق بالتعاطي، فيمكن للمعالج أن يأخذ بمدخل تخفيف الضرر Harm reduction بتوضيح بعض المخاطر السلوكية المرتبطة بالتعاطي؛ فمثلاً: يتعاطى ٢٥٪ تقريباً من مدمني الكحول بالملكة مادة الكلوونيا (Al-Dakhil, 2002)، وهي مادة ليست معدة للشرب أصلاً، ويؤدي تعاطيها إلى تدهور سريع في الصحة، وهنا يستطيع المعالج أن يوضح للعميل المخاطر الصحية الناتجة عن شرب الكلوونيا. أو أن يقوم المعالج بتوضيح النتائج السلبية للقيادة تحت تأثير السكر مثلاً.

أيضاً يمكن للمعالج أن يستخدم المقابلة التحفيزية لمساعدة العميل على اكتشاف السلبيات والإيجابيات الناتجة عن سلوكه الإدماني الحالي.

المرحلة الثانية: العزم Contemplation

يبدأ الفرد المعتمد على الكحول أو المخدر - عند وصوله إلى هذه المرحلة - بالاعتراف بأن لديه مشكلة، ويبدأ في التفكير الجاد بها، حيث يؤثر ذلك على طريقة وزنه للإيجابيات والسلبيات الناتجة عن التعاطي والاستمرار به. وفي تلك المرحلة يكافح الفرد لفهم المشكلة بصورة أكثر عمقاً، ويبحث عن مسبباتها، ويفكر في إيجاد حل لها. ولخوفه من الإخفاق في الوصول إلى حل مناسب، فهو يحاول فهم المشكلة بطريقة أكثر عمقاً من خلال بحثه عن مزيد من المعلومات عنها.

وعلى الرغم من أن الفرد في تلك المرحلة لا يجد الرغبة في التغيير، إلا أنه يفكر جدياً في منافع التخلص من المشكلة، والمضار التي ستنتج عن التغيير بالنسبة إليه. فتجده يحدث نفسه بالتخلص من المشكلة (يجب أن أتوقف عن الشرب الذي تسبب لي في كل هذه المشكلات، ولكن ماذا أفعل عوضاً عن ذلك؟ سأفتقد الشرب، وسأفتقد أصدقائي).

في نقطة تحول أكثر تقدماً ، يبدأ الفرد في هذه المرحلة بالتركيز على الحلول أكثر من التركيز على المشكلة، وعلى المستقبل أكثر من الماضي.

وظيفة المعالج:

في هذه المرحلة يستخدم المقابلة التحفيزية لمساعدة العميل على اكتشاف السلبيات والإيجابيات الناتجة عن سلوكه الإدماني الحالي. كما يمكن استخدام مدخل إعادة تقويم الذات Self-reevaluation، من خلال مساعدة العميل على تقويم مشاعره، وكيف ينظر إلى نفسه في ظل السلوك الإدماني، وهنا يمكن سؤال العميل ومناقشته عن القيم التي يؤمن بها والمرتبطة بالتعاطي، وعن الخبرات الانفعالية السابقة التي مر بها.

أيضاً يمكن استخدام نموذج توازن القرار Decisional balancing form لمساعدة العميل في اتخاذ قرار بشأن مشكلته مع الإدمان.

المرحلة الثالثة: الاستعداد Preparation

تتسم تلك المرحلة برغبة الشخص في التغيير، والاستعداد لاتخاذ خطوة ما حيال المشكلة. فيبدأ الفرد بالتخطيط لإحداث التغيير، كما يبدأ بتكييف نفسه قبل البدء في اتخاذ خطة التغيير. على الرغم من التردد بعض الشيء، إلا أن الفرد يشعر أكثر بأنه لديه الثقة والقدرة على التحرك. يدعم ذلك نظرته بأن التغيير هو الحل، وأن ذلك يستحق العناء.

هذه المرحلة هي مرحلة التخطيط، ولذلك فإن المساعدة في وضع الأهداف، وفي تحديد مصادر الدعم الداخلية والخارجية، وكذلك في تحديد كيفية تحقيق الأهداف يعد عاملاً حاسماً في الوصول إلى المرحلة التالية.

وظيفة المعالج:

يساعد المعالج العميل في تحديد الأهداف وبلورتها، وفي اكتشاف مصادر الدعم وتحديدها، وكيفية الاستفادة منها. كما يمكن للمعالج استخدام أسلوب

تحرير الذات Self-liberation، والذي يعتمد على مبدأ الإيمان بالقدرة على إحداث التغيير.

أيضاً، يتناسب مع هذه المرحلة، مساعدة العميل في تدعيم القرار الذي اتخذه، وتشجيعه على الالتزام به من خلال تقنية تدعيم الالتزام Commitment enhancing techniques.

المرحلة الرابعة: الفعل Action

خلافاً للمراحل السابقة، يتسم الفرد في هذه المرحلة بقيامه بسلوك ظاهر Overt behavior، فيبدأ بتعديل سلوك التعاطي، وتعديل الظروف المحيطة؛ فيقوم مثلاً بتقليل كمية الشرب، أو يباعد بين فترات الشرب، أو يتوقف تماماً عن الشرب.

وعلى الرغم من أن هذه المرحلة تشهد تغيراً واضحاً في السلوك، إلا أنها ليست سهلة. فهي تستهلك الكثير من وقت الفرد وتفكيره وطاقته. يحتاج معها الفرد إلى اكتساب مهارات تساعد على الدعم وتقوية الثقة بالنفس.

وظيفة المعالج:

يقوم المعالج مع العميل بمراجعة الأسباب المبدئية التي قادته إلى التغيير، وذلك بهدف تقوية وتدعيم رغبة العميل في التغيير. كذلك يساعد المعالج العميل في تجنب المواقف التي تستثير السلوك الإدماني؛ مثل التخلص من زجاجات الكحول، وتجنب أصدقاء الشرب وحفلات الشرب، وتجنب الدخول في مواقف مرتبطة بالشرب.

كما يقوم المعالج بمساعدة العميل باقتراح بدائل يستثمر بها الوقت بطريقة مفيدة؛ مثل ممارسة الرياضة، أو هواية محببة له.

المرحلة الخامسة: المحافظة على الفعل Maintenance

يستمر الفرد في هذه المرحلة في التوقف التام عن التعاطي أو التخفيف من كمية مرات التعاطي وعددها. كما أنه يعمل جهده لعدم العودة للشرب، أو

إلى تكثيفه (الانتكاسة).

ويتطلب استمرار السلوك الجديد، والمحافظة عليه وجود تغييرات إيجابية في البيئة المحيطة أيضاً (الأصدقاء، المسكن، الحصول على عمل، تحسن العلاقات الأسرية، تحسن في الصحة)، والتي من دون توفرها، فإن احتمال حدوث الانتكاسة الكبرى Relapse (أو الصغرى Lapse) يعد كبيراً جداً.

وظيفة المعالج:

يقوم المعالج في هذه المرحلة بمساعدة العميل في الاستمرار ومنع الانتكاسة من خلال تدعيم شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالعمل واستثمارها لصالحه. ومساعدة العميل على تهيئة الظروف المحيطة، والإسكان، وإيجاد وظيفة، وتحسين العلاقات الأسرية. أيضاً يمكن تدريب العميل على كيفية ملاحظة السلوك، وتسجيل التغييرات التي تحدث نتيجة للتوقف عن التعاطي، وعلى كيفية مكافأة الذات.

أيضاً يمكن للمعالج تشجيع العميل على إيجاد أنشطة بديلة، وعلى تمرينات الاسترخاء. وكذلك تدريب العميل على تقنيات منع الانتكاسة

Relapse prevention.

الانتكاسة: Relapse

تحدث الانتكاسة، عندما يعود الفرد لاستعمال المادة الإدمانية، أو زيادة معدل الاستعمال (في الاعتمادية على الكحول) بعد فترة من التوقف التام أو تخفيض الاستخدام. وعندما يعود الشخص للتعاطي لمرة واحدة أو مرتين مثلاً، ويعود إلى التوقف، فإن ذلك يسمى انتكاسة صغرى lapse، أما حين يعود للاستعمال بشكل منتظم، فإن ذلك يعرف بالانتكاسة الكبرى Relapse. والانتكاسة أمر متوقع في مجال الإدمان.

وحسب نموذج مراحل التغيير، فإن الفرد يمكن أن ينتكس ويعود للمراحل الأولى مرة أخرى. وقد يحدث ذلك عدة مرات قبل أن يتوقف الفرد تماماً

عن التعاطي. والانتكاسة لا يجب أن ينظر إليها ببيأس أو بإخفاق تام؛ ففي كل مرة تحدث فيها الانتكاسة، فإن الفرد عادة يكتسب خبرات جديدة عن سلوكه، يمكن أن يوظفها في محاولاته التالية في رحلته مع التخلص من السلوك الإدماني.

المقابلة التحفيزية

مقدمة

يعد الحافز (الدافع) هو السبب وراء قيام الفرد بفعل شيء ما. وتعد المقابلة التحفيزية اتجاهاً علاجياً استشارياً يقوم على المبدأ القائل بأن سلوك الإنسان وراءه حافز يدفعه لنهج سلوك معين. وفي مجال استخدام اتجاه المقابلة التحفيزية في التعامل مع مشكلات الاعتماد على الكحول أو المخدر، يسلم هذا الاتجاه بأن كثيراً من الناس عندما يريدون اتخاذ قرار ما بشأن التغيير، فإنه تكتنفهم حالة من التناقض أو التردد (نعم أو لا للتغيير). كما يسلم هذا الاتجاه بأن الكحولي مثلاً عندما يرغب في تغيير سلوكه الاعتمادي، فإنه يحسب المنافع والمضار التي سيجنيها من التغيير، وكذلك تلك الناتجة عن استمراره في سلوك الشرب مثلاً (Miller & Rollnick, 1991).

ولهذا، لا تهدف المقابلة التحفيزية للتركيز مباشرة على إحداث التغيير، ولكنها تهدف إلى إيجاد الدافع للتغيير وتعزيزه. أيضاً، تركز قوة تكتيكات المقابلة التحفيزية على جعل العميل يقنع نفسه بتغيير سلوكه بدلاً من نصحه بتغيير سلوكه من قبل المعالج أو أي شخص آخر.

المقابلة التحفيزية المختصرة Brief motivational interviewing

فيما يتعلق بالاعتماد الكحولي، فإن المقابلة التحفيزية المختصرة تسعى إلى استكشاف الدافعية لدى العميل وتقديرها في جانين؛ هما (Miller & Rollnick, 1991):

- أهمية التعاطي بالنسبة إلى العميل.
- مدى ثقة العميل في نفسه نحو التغيير.
- وتتمثل مهمة المعالج في المقابلة التحفيزية في:
- استكشاف النتائج الإيجابية والسلبية وراء استخدام الكحول أو المخدر لدى العميل.
- استكشاف اهتمامات العميل المرتبطة بالاستخدام.

- استخدام الإصغاء الانعكاسي Reflective listening لفهم التفاعل الاتصالي الإيجابي وإيجاده مع العميل.
- استتباط تصريحات أو أقوال تحفيزية نابعة من العميل.
- مساعدة العميل على اتخاذ قرار بشأن التغيير.
- وعند استخدام المقابلة التحفيزية على المعالج أن يتجنب مجادلة العميل، أو إطلاق النعوت عليه (مثل كحولي، مجرم). أيضاً على المعالج تجنب نصح العميل أو أمره بما يجب عليه القيام به. كما يجب أن يتجنب المعالج المواجهة الجارحة للعميل كأسلوب للتغلب على إنكار العميل لاعتماده على الكحول. فبدلاً من أن يشعر العميل بأنك تواجهه، فإن العميل يجب أن يشعر أنك وهو معاً في مواجهة المشكلة.
- وفيما يلي التكنيكات العلاجية التي يمكن تطبيقها لتحقيق الهدف من المقابلة التحفيزية بشكل فعال (Miller & Rollnick, 1991):
- عبّر للعميل عن اهتمامك بمشكلته وتقديرك لموقفه، من خلال المشاركة الوجدانية. ويهدف هذا التكنيك إلى تعزيز التقبل المتبادل بينك وبين العميل. فالتقبل - كما هو معروف - يسهل التغيير.
- تجنب المجادلة مع العميل، فذلك يعزز المقاومة لديه.
- ابحث عن المتناقضات، فالنتائج المتضاربة مع الأهداف المهمة للعميل تساعد في تقبل التغيير.
- تحرك مع مقاومة العميل للتغيير بطريقة سلسلة. لا تجابه مقاومة العميل، ودعه يشعر بأنك معه ولست ضده في مواجهة المشكلة.
- دعم المسؤولية الذاتية لدى العميل من خلال مساعدته على تحمل مسؤولية اختياره وتنفيذه للتغيير.
- وقد أشار Miller (1996) إلى أن المقابلة التحفيزية تتكون من عدد من العناصر؛ هي:

- استكشاف الأهمية: ويقصد بها النتائج الإيجابية والسلبية للسلوك الاعتمادي. وتعرف كذلك بتوازن القرار Decisional Balancing (شكل ٢) حيث يعطي ذلك الفرصة للعميل لرؤية استخدامه للكحول والمخدر بصورة كاملة. فمثلاً قد يسأل المعالج العميل: «أخبرني عن الأشياء الجيدة التي تجنيها من وراء الشرب». وتأتي قوة هذا التكنيك في أن العميل يكتشف من خلال استعراضه للإيجابيات والسلبيات الناتجة عن شربه للكحول صورة واضحة عن مشكلته لم يعهدها، أو لم يسبق له أن فكر بها من قبل، مما يمهد لاتخاذ قرار بشأنها.

- وزن الأسئلة: ويقصد بوزن الأسئلة هو إعطاء قيمة للسؤال؛ بحيث يمكن لكل من المعالج والعميل معرفة مدى أهمية التعاطي بالنسبة إلى العميل، وكذلك مدى ثقة العميل بنفسه وقدرته على التغيير. فبعض العملاء مثلاً قد يدركون أهمية التوقف عن الشرب، ولكن لا يشعرون بثقتهم في تنفيذ ذلك. وقد يرى آخرون بأنهم قادرون على التوقف عن الشرب، ولكن لا يرون بأن التوقف مهم بالنسبة إليهم. وفي وزن الأسئلة، يمكن للمعالج أن يسأل أسئلة؛ مثل: «على ميزان من ٠-٥ ما أهمية التوقف عن الشرب بالنسبة إليك؟ أو على ميزان من ٠-٥ ما مدى ثقتك بنفسك في قدرتك على التوقف عن الشرب؟» إن أسئلة الوزن هذه تساعد كلاً من المعالج والعميل على اكتشاف وتحديد المناطق الأهم والتي يجب التركيز والعمل عليها. يمكن بعد ذلك أن يقوم المعالج بسؤال العميل أسئلة أكثر تفصيلاً بهدف مساعدته على اكتشاف المشكلة واتخاذ القرار من تلقاء نفسه. فيمكن أن يسأل: «لماذا اخترت ٥؟» أو «لماذا لم تختار ١؟» أو «ما هي العوامل التي ستساعدك في الاستمرار على هذا المستوى؟» أو «ما هي العوامل المساعدة التي يمكن أن تجعلك تتحرك إلى مستوى أعلى؟» أو «ما هي الدرجة التي تتوقع أن تحرزها قبل أن تحاول

التغيير؟ «ماذا يمكنني عمله لك»؟

- تلخيص وتشجيع الفعل: على المعالج هنا أن يتجنب تقديم الحلول، ولكن يشجع العميل أن يشترك في تقديمها. ويهدف ذلك إلى جعل قرار التغيير نابعاً من العميل وليس المعالج. ذلك أن تقديم الحلول الجاهزة للعميل غير مجدٍ، ولا يشجع العميل على التغيير، بل إنه قد يقاوم الحلول الجاهزة. ولذا، فيمكن للمعالج سؤال العميل: «بعد رؤيتك للإيجابيات والسلبيات، ما العمل في نظرك؟» أيضاً، ومن خلال المشاركة الوجدانية، يمكن للمعالج أن يعبر عن تحديات وصعوبة التغيير. ومن أن ذلك ليس أمراً سهلاً، ولكن علينا أن نقبله. كما يجب ألا ينسى المعالج أن يؤكد للعميل بأن القرار هو قراره، وأن له مطلق الحرية فيه. كذلك فإن إعادة بناء المعلومات التي يدلي بها العميل، تساعد في جعل العميل ينظر بشكل مختلف إلى عملية التغيير. فمثلاً لو قال العميل: «سبق أن راجعت معالجاتك، ولكنه لم يفدني شيئاً»، فإن المعالج يمكن أن يقول: «ربما طريقتي في العلاج لم تناسبك».

- بناء الثقة: يجب على المعالج توجيه أسئلة تهدف إلى بناء ثقة العميل في نفسه وقدرته على التغيير. فمثلاً قد يسأل المعالج العميل بقوله: «ما هي العوامل التي ساهمت في نجاحك عندما حاولت تغيير سلوكك الإدماني سابقاً؟» وكذلك «هل تعرف أحداً استطاع أن يغير سلوكه الإدماني؟» أو «هل هناك أي شيء يمكن أن تتعلمه من محاولاتك السابقة؟» وكذلك «هل هناك أي شيء يمكن أن تتعلمه من محاولات الآخرين السابقة؟»

- تبادل المعلومات: يعد تقديم المعلومات استراتيجية مفيدة في استثارة التفكير نحو التغيير، وفي تصحيح سوء الفهم حول المخاطر المرتبطة بالتعاطي. فعلى سبيل المثال: قد يكون المعتمد على الكحول في مرحلة العزم (حسب مراحل التغيير لدى بروتشاسكا) فيما يرتبط بقيادة السيارة تحت تأثير

الكحول، ولكنه في مرحلة ما قبل العزم بالنسبة إلى قيادة القارب البحري تحت تأثير الكحول. ولذا، فإنه من المهم بالنسبة إلى المعالج أن يكتشف تأثير المعلومات على العميل. أيضاً، فإن المعلومات تهدف إلى رفع الشكوك، وزيادة وعي العميل عن المخاطر والمشكلات المرتبطة بسلوكه الإدماني. فمثلاً، قد يسأل المعالج العميل بقوله: «ماذا تعرف عن مخاطر شرب الكولونيا؟» أو «كيف ترى العلاقة بين شربك للكحول ومشكلاتك مع النوم؟» أو «هل هناك أي معلومات إضافية تريد معرفتها عن تأثير الكحول على الكبد؟» وهنا على المعالج أن يطلب باستمرار استجابات من العميل، ويتبادل معه المعلومات والآراء بخصوص مشكلة الشرب.

- وضع الأهداف: تعد الأهداف دافعاً مهماً نحو التغيير. كذلك، فإنه كلما كانت الأهداف أكثر واقعية، وأكثر تحديداً، وأكثر إمكانية للتحقيق كلما أصبح تأثيرها أكبر على الشخص من الناحية العاطفية. وبما أن الأهداف تخص العميل، ويمكن أن ترفع من شعوره الذاتي بالمسؤولية والثقة، فإن وضع الأهداف يحتاج إلى أن يكون عملية مشتركة بين العميل والمعالج. وتتم عملية وضع الأهداف بنجاح إذا:

- اتفقت مع المرحلة التي يمر بها العميل (حسب مراحل التغيير لبروتشاسكا).
فقد يقاوم العميل إذا كان في مرحلة ما قبل العزم أن يكون الهدف هو التوقف التام عن الشرب، ولكنه قد يرحب بفكرة عدم القيادة تحت تأثير السكر.

- تم التفاوض بشأنها مع العميل؛ بحيث يستطيع الالتزام بها وتنفيذها.
- تم صياغتها بطريقة إيجابية. فتغيير السلوك يكون أكثر نجاحاً إذا وضع بصيغة إيجابية، فمثلاً، أن يكون الهدف «زيادة عدد الأيام من دون شرب» أفضل من أن يكون الهدف «تخفيض أيام الشرب».

شكل (٢) نموذج توازن القرار

| الأهمية/الثقة | الاستخدام | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|-------|---------|----------|----------|----------|-------------|------|---------------|--------|-----|-----|---|---|-----------|---|---|----------|------|----|-----|--|---|---|---|---|---|----------|--|--|--|---------|--|
| <p>ما أهمية تغيير أو إيقاف استخدام الكحول (المخدر) بالنسبة لك؟</p> <table border="1"> <tr> <td>٥</td> <td>٤</td> <td>٣</td> <td>٢</td> <td>١</td> </tr> <tr> <td>مهم جداً</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>غير مهم</td> </tr> </table> <p>ما مدى ثقتك بنفسك بأنك قادر على ذلك؟</p> <table border="1"> <tr> <td>٥</td> <td>٤</td> <td>٣</td> <td>٢</td> <td>١</td> </tr> <tr> <td>واثق جداً</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>واثق</td> </tr> </table> <p>هل سبق أن أقلعت عن استخدام الكحول (المخدر)؟</p> <table border="1"> <tr> <td>لا</td> <td>نعم</td> </tr> </table> <p>ما الأمور التي ساعدتك في ذلك؟</p> <p>من تعرف ممن استطاع الإقلاع عن الكحول (المخدر)؟</p> <p>ما الأمور التي ساعدتهم في ذلك؟</p> | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | مهم جداً | | | | غير مهم | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | واثق جداً | | | | واثق | لا | نعم | <p>ما أهمية استخدام الكحول (المخدر) بالنسبة لك؟</p> <table border="1"> <tr> <td>٥</td> <td>٤</td> <td>٣</td> <td>٢</td> <td>١</td> </tr> <tr> <td>مهم جداً</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>غير مهم</td> </tr> </table> <p>ما الأشياء التي تحبها من استخدامك للكحول (المخدر)؟</p> <p>جيد</p> | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | مهم جداً | | | | غير مهم | |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مهم جداً | | | | غير مهم | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| واثق جداً | | | | واثق | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| لا | نعم | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مهم جداً | | | | غير مهم | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ما هي الأمور التي تجعل من تقليدك أو توقعك عن الاستخدام أمراً صعباً؟</p> | <p>ما الأشياء التي لا تحبها من استخدامك للكحول (المخدر)؟</p> <p>استخدام الكحول (المخدر) قد يؤدي إلى مشكلات. ضع دائرة حول المشكلة التي تعتقد أنها نتجت عن استخدامك للكحول (المخدر).</p> <table border="1"> <tr> <td>أسلوب الحياة</td> <td>أسرية</td> </tr> <tr> <td>العمال</td> <td>الأصدقاء</td> </tr> <tr> <td>قانونية</td> <td>اجتماعية</td> </tr> <tr> <td>قيادة سيارة</td> <td>صحية</td> </tr> <tr> <td>قانونية أسرية</td> <td>اكتئاب</td> </tr> <tr> <td>عمل</td> <td>قلق</td> </tr> </table> <p>ما أهمية هذه المشكلات بالنسبة لك؟</p> <table border="1"> <tr> <td>٥</td> <td>٤</td> <td>٣</td> <td>٢</td> <td>١</td> </tr> <tr> <td>مهم جداً</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>غير مهم</td> </tr> </table> | أسلوب الحياة | أسرية | العمال | الأصدقاء | قانونية | اجتماعية | قيادة سيارة | صحية | قانونية أسرية | اكتئاب | عمل | قلق | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | مهم جداً | | | | غير مهم | | | | | | | | | | | |
| أسلوب الحياة | أسرية | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| العمال | الأصدقاء | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قانونية | اجتماعية | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قيادة سيارة | صحية | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قانونية أسرية | اكتئاب | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| عمل | قلق | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مهم جداً | | | | غير مهم | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>كيف تنظر الآن إلى استخدامك للكحول (المخدر)؟</p> <p>هل من شيء ستفعله لتغيير ذلك؟</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

معالجة الأفراد الراضين للعلاج (العملاء القسريين)

مقدمة

خلافًا للأفراد الذين يعانون من مشكلات الإدمان على الكحول أو المخدر، ويطلبون العلاج بشكل طوعي، يحدث في أحيان كثيرة وفي ظروف مختلفة أن يُحال بعض الأفراد إلى العلاج بصورة قسرية، ودون رغبة منهم. ومن المؤكد أن الأساليب العلاجية الواجب اتباعها مع الشخص الراغب في العلاج تختلف عن تلك الأساليب المتبعة مع الراضين للعلاج. ذلك أن وجود الدافع والرغبة في التغيير هو شرط أساسي لعلاج الاعتمادية على الكحول أو المخدر. ومن دون الدافعية للعلاج، فإن الفرد قد لا يتقبل العلاج، ولا يشارك في الجلسات والبرامج العلاجية. وقد يتردد في التعاون في تقديم أي معلومات تفيد في تقدير الموقف أو المشكلة أو يرفض ذلك تماماً.

من هو رافض العلاج

حريّ بنا قبل الحديث عن أسلوب التعامل مع رافض العلاج أن نتوصل إلى مفهوم يحدد لنا من هو رافض العلاج؟ فهل رافض العلاج هو من تم تحويله قسراً من قبل الشرطة لتلقي العلاج بعد أن قبض عليه؟ أو هو من أمرت المحكمة بضرورة علاجه بعد ارتكابه لجريمة التعاطي، أو جريمة أخرى تحت تأثير التعاطي؟ أم هو الفرد الذي طلبت أسرته من السلطات تحويله قسراً للعلاج؟ أم هو المتعاطي أو المدمن الذي لم يذهب للعلاج إلا نتيجة لضغط الأسرة عليه؟ أم هو الذي أدى به الكحول أو المخدر إلى أضرار جسدية ونفسية لم يعد يحتملها، فيطلب العلاج ليس اقتناعاً بالمشكلة، أو للتخلص منها، ولكن للتخفيف من الآلام الشديدة الناتجة عن التعاطي المكثف؟

إن جميع المواقف السابقة، رغم اختلافها، يجمعها عامل مشترك هو عدم وجود الحافز لدى الفرد للتخلص من مشكلة الكحول أو المخدر. وعليه فإنه يمكن تحديد الفرد الراض للعلاج بأنه: الشخص الذي يفتقر إلى وجود

الحافز لطلب العلاج بهدف التخلص من مشكلته الإدمانية، فتتم إحالته للعلاج بصورة إجبارية رسمية، أو أن يذهب للعلاج تحت ضغوط شخصية واجتماعية مختلفة (غير رسمية) دون وعي منه بضرورة التخلص من مشكلة الإدمان.

إن مصحات معالجة الإدمان الحكومية الأربع في المملكة العربية السعودية، تضم جميعها أقساماً خاصة بالمرضى القسريين (مجلة الأمل، مارس، ١٩٩٤)، حيث يحال إلى هذه الأقسام القسرية فئتان من متعاطي الكحول والمخدرات. هاتان الفئتان هما:

- الأفراد الذين يتم تحويلهم من قبل السلطات بعد أن تم القبض عليهم في حالة تعاطي، أو بعد أمر المحكمة بضرورة تلقيهم للعلاج قبل إيداعهم في السجن بسبب جريمة التعاطي، أو بسبب جريمة أخرى تم ارتكابها تحت تأثير التعاطي.

- الأفراد الذين تطلب أسرهم من السلطات (ممثلة في إدارة مكافحة المخدرات أو أقسام الشرطة) المساعدة في نقلهم وإدخالهم للعلاج بسبب تعاطيهم للكحول أو المخدر، ورفضهم الذهاب من تلقاء أنفسهم.

وهنا تجدر الإشارة إلى أن بعضاً ممن يُدخلون إلى هذه الأقسام القسرية غير مدمنين حسب المقاييس التشخيصية للإدمان. فقد أوضحت الدراسة التي أجراها Al-Dakhil (٢٠٠٢) على عينة من الشاربين الإشكاليين وجود حالات من بين المرضى المودعين في الأقسام القسرية لم تصل بعد إلى مرحلة الاعتماد على الكحول حسب مقياس أوديت.

وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن الشرب في المجتمع السعودي جريمة يعاقب عليها الشرع الإسلامي مهما كانت كمية الشرب وعدد مرات تكرارها. إضافة إلى كون الشرب غير مقبول اجتماعياً بين شرائح كبيرة في المجتمع السعودي. ولذا، فإن البعض ممن يحولون إلى الأقسام القسرية إنما تم تحويلهم نتيجة للقبض عليهم تحت تأثير التعاطي، فيدعون أمام قاضي

المحكمة مثلاً بأنهم مدمنون سعيًا منهم لتخفيف العقوبة، أو لجعل القاضي يكتفي بطلب علاجهم فقط دون السجن.

أيضاً، ونظراً إلى أن الشرب غير مقبول اجتماعياً إلى حد كبير في مجتمع محافظ كالمجتمع السعودي، فإن بعض الأسر في حال اكتشافها بأن أحد أفرادها يتعاطى الكحول - حتى وإن لم يكن مدمناً - فإنها تدفعه لطلب العلاج. وفي حال رفضه الطلب، فإنها تطلب المساعدة من السلطات لأخذه قسراً للمصحة العلاجية.

وكما أن الأقسام القسرية في مصحات علاج الإدمان في المملكة العربية السعودية قد يحال إليها أفراد غير مدمنين (حسب المعايير التشخيصية)، فإن الأقسام الطوعية أيضاً في تلك المصحات قد يدخل إليها أفراد لا يرغبون حقيقة في العلاج، على الرغم من أنهم دخلوا للعلاج من تلقاء أنفسهم. إلا أن دخولهم هذا إنما جاء نتيجة ضغط وإلحاح متواصلين من الأسرة أو من صاحب العمل بضرورة العلاج. كما أن البعض الآخر - كما ذكر آنفاً - يطلب العلاج ليس لقناعة بضرورة العلاج والتخلص من المشكلة، وإنما للتخلص من الآلام الجسدية الناتجة عن تعاطي مادة الكحول أو عن أعراضها الانسحابية. وسواءً طلب الفرد العلاج من الإدمان أو تم إجباره عليه، فإن العامل المحدد في أسلوب العلاج يحدده مدى دافعية وقناعة الفرد وهدفه من العلاج. ولذلك فإن الأسلوب الذي سنتحدث عنه في الأسطر التالية ينطبق على تلك الفئة من المدمنين الذين لا توجد لديهم الدافعية والقناعة للعلاج.

فهم سلوكيات المرضى القسريين

يتبع الفرد الراض للعلاج في أحيان كثيرة سلوكيات تتم عن تحدي الأخصائي المعالج. ويتخذ هذا التحدي صوراً وأشكالاً مختلفة؛ فبينما يكتفي البعض برفض الحديث، أو التعاون، أو الامتثال للأنظمة، يقوم البعض بالتهديد، أو الاعتداء على العاملين أو المرضى الآخرين. وهذا يجعل مرحلة تقدير المشكلة

أمراً صعباً نظراً إلى صعوبة التعامل معه في تلك الحالة أو استحالتة. إنه لمن المهم الاعتراف بأنه ليس كل عميل يمكن أن يتجاوب بسهولة مع الأسئلة التي يوجهها إليه المعالج. ولذلك، فإنه من الضروري جداً أن يقوم المعالج بتبني مهارات وأساليب ملائمة للتعامل مع هذه النوعية من الأنماط السلوكية كي يتمكن من النجاح في تحقيق أهداف العملية العلاجية.

سلوكيات التحدي

يقوم بعض العملاء أحياناً بمقاومة العلاج، وتحدي المعالج أو المؤسسة العلاجية، ويعود ذلك لأسباب مختلفة. فيتبعون في ذلك أساليب وسلوكيات مختلفة قد تشمل واحداً أو أكثر من السلوكيات التالية (Patterson, 1990):

- العدوان الشفوي.
 - التخويف أو تهديدات.
 - إيذاء الذات (أو التهديد لإيذاء الذات).
 - العدوان الجسدي أو العنف.
 - الاستسلام أو السلبية أو الانسحاب - أو الالتزام السطحي (التظاهر بالالتزام).
 - عدم الالتزام بنظام المؤسسة، أو بالتعليمات العلاجية أو الصمت.
 - تعمد تغيير الموضوع.
 - التظاهر بالعجز عن التنفيذ.
 - التفاخر باستعمال الكحول أو المخدر.
- وللتعامل السليم مع هذه السلوكيات، على المعالج أن يحاول فهم لماذا تحدث؟ فقد تكون الأسباب واحدة أو أكثر من الأسباب التالية (Patterson, 1990):
- السأم والملل.
 - الفوضوية وعدم الالتزام بالأنظمة.
 - الخوف.

- الإحباط.
- عدم النضج.
- الغضب.
- التجارب السلبية السابقة.
- التشوش الذهني.
- اليأس.
- تأثيرات استعمال الكحول أو المخدر.
- مشكلات فردية؛ مثل وجود صعوبات في التعلّم، نقص في الذكاء، فرط النشاط، مشكلات في الصحة العقلية أو النفسية.
- عوامل أسرية.
- عوامل مرتبطة بالمجتمع المحلي أو الحي؛ مثل: العزلة، قلة المصادر، قلة الأنشطة والفرص الترفيهية.
- عوامل مرتبطة بالمجتمع؛ مثل الإسكان السيئ، قلة الدعم والتمويل لتخطيط وتنفيذ استراتيجيات الوقاية والعلاج بطريقة ملائمة، نقص التوعية.

ما أفضل ممارسة عند العمل مع العملاء القسريين؟

يعد الدافع للتغير أحد أهم المفاتيح التي من شأنها التأكيد من أن التغير سيحدث في العميل القسري. فقد يكون لدى العميل القسري دوافع أكثر للاستمرار في شرب الكحول أو استعمال المخدر أكثر من التوقف على الرغم من حدوث العواقب السلبية للاستخدام. ولذلك، فإن العمل مع العملاء الذين يعانون من مشكلة الاعتماد على الكحول أو المخدر قد يكون من الصعوبة بمكان؛ نظراً إلى أن أهداف العميل قد تختلف كلياً عن أهداف المعالج.

إن نزعة المعالج أو المؤسسة لفرض العواقب السلبية على العميل لإصراره على عدم تغيير استخدامه للكحول أو المخدر قد يشجع العميل على إظهار استعماهم الماضي والحاضر للكحول أو المخدر بطريقة إيجابية، قد لا

تكون صحيحة. ويحدث ذلك عندما يشعر العميل بأن المؤسسة لا تقف إلى جانبه، أو أن المؤسسة ستنظر إليه بقسوة نتيجة لاستمراره في التعاطي، مما يؤدي إلى فقدانه الثقة بالمؤسسة. وقد يكون لدى بعض العملاء الرغبة في التقليل من التعاطي أو التوقف عنه، ولكن المشكلات التي يعانون منها تقف حائلاً دون ذلك (Patterson, 1990).

ولذلك فإن العمل مع العميل في مثل هذه الظروف يعد أمراً صعباً، ذلك أن المعالجة تعتمد - بشكل كبير - على دافعية العميل نحو التغيير، وعلى الصراحة، وعلى الثقة المتبادلة بين العميل والمعالج.

مبادئ الممارسة مع العملاء القسريين

عند العمل مع العملاء القسريين ممن يعانون من مشكلات الاعتماد على الكحول أو المخدر، فإنه لمن المهم أخذ المبادئ التالية في الحسبان (Hepworth, 1997 وآخرون):

- ناقش بشكل صريح أهداف العلاج مع العميل ووضعا في الحسبان بأن أهدافك بوصفك معالجا أو أهداف الجهة التي قامت بتحويل العميل قد تكون مختلفة عن أهداف العميل.
- ضع في حسابك أن العميل قد لا يتفق مع الأهداف التي وضعت له، كأن يكون الهدف إيقاف استعمال المادة مثلاً.
- اسأل العميل عن مشاعره نحو طلب الآخرين منه بأنه يجب أن يعالج من مشكلة الكحول أو المخدر.
- ضع في الحسبان بأن علاج مشكلة الكحول أو المخدر عملية بطيئة وصعبة، حتى على أولئك الذين يريدون العلاج من تلقاء أنفسهم.
- ضع في حسابك بأن العميل قد يجني نتائج إيجابية من استعماله للمادة (مثل الاسترخاء، أو التخلص من الضغط الانفعالي، أو الحصول على المتعة، أو الشعور بالسيطرة على الصعوبات التي يواجهها)، حتى بوجود عواقب

- سلبية قد يعاني منها العميل.
- ناقش مع العميل الأمور الأخرى التي يحتاج إلى تغييرها قبل البدء في تغيير مشكلة التعاطي.
 - إذا كان العميل يعتقد بأن مشكلته ليست مشكلة تعاطي كحول أو مخدر، فاسأله عما يعتقد أنه مشكلة بالفعل.
 - ركز على التقدم والجهد اللذين ينجزهما العميل، وشجّعه عندما يحرز نجاحاً، حتى ولو بدا صغيراً أو مؤقتاً. فإن الكثير من النجاحات الصغيرة يمكن أن تقود إلى تغييرات أكثر ديمومة من تلك التغييرات المفاجئة الكبيرة.
 - ساعد العميل على وضع أهداف صغيرة قابلة للإنجاز ذات مغزى بالنسبة إليه؛ لأن محاولة جعل العميل يتوقف عن الإقلاع مباشرة في المرحلة الأولى قد يكون قاسياً جداً وصعب التحقيق (حتى على العميل الراغب في التوقف).
 - لا تصدر أحكامك على العميل حتى في الحالات التي لا تتفق معه في تصرفاته وسلوكياته.

النماذج العلاجية الملائمة للعملاء القسريين

إن رفض العملاء القسريين للعلاج ومقاومتهم للتغيير، تفرض على المعالج اختيار تلك النماذج العلاجية المناسبة للتدخل مع تلك الفئة من المعتمدين على الكحول والمخدر. ولذلك فإن من أفضل تلك النماذج هو استخدام نموذج «المقابلة التحفيزية» (Miller & Rollnick, 1991) (Motivational interviewing) وكذلك نموذج مراحل التغيير (Prochaska Stages of change, 1992) وآخرون) واللذان تم الحديث عنهما في الفصل الخاص بالمداخل العلاجية لحالات الاعتماد على الكحول. فمن مميزات نموذج مراحل التغيير مثلاً أنه يساعد كلاً من المعالج والعميل في تحديد المرحلة التي يمر بها العميل، ومدى استعداده للتغيير قبل تحديد الأهداف العلاجية التي يجب تحقيقها.

خطوات التعامل مع العملاء القسريين

عندما يتبنى الناس سلوكيات صعبة يحتاج المعالج أن يكون لديه مجموعة من الاستراتيجيات التي يمكن استدعاؤها للتخفيف من تأثير هذه السلوكيات السلبية أو التقليل منها. وتساعد الخطوات التالية في تطوير العمل مع الأفراد الذين يعانون من سلوكيات المقاومة (The Northern Territory Illicit Drug, 2002):

الخطوة الأولى: تصفية الجو:

- جهز الجو للمفاوضات، ووضح للعميل لماذا يتم تقدير مشكلته، وما هو الإطار القانوني الذي من أجله يتم تقويم وضع العميل.
- شجع العميل، وادعه لإبداء مشاعره وأفكاره الحالية حول السبب وراء تحويله إلى المصحة، ولماذا يتم تقويمه. من المهم جداً في هذه المرحلة أيضاً أن يستعمل المعالج مهارات الإصغاء والاستجابية.

الخطوة الثانية: تحديد حقوق العميل ومصالحه النظامية:

- اسأل العميل لماذا يشعر بالحاجة إلى المقاومة؟ وماذا سيخسر لو أنه تجاوب مع المعالجين أثناء عملية تقدير موقفه. تأكد من تدوين الملحوظات لاستخدامها فيما بعد.
- وضح للعميل بأن خطة العلاج قابلة للتفاوض، ومن أنه سوف يشترك في وضعها، وأن مشاركته تلك سوف تساعد في تقليل السلبيات الناتجة عن تحويله للعلاج، ومن زيادة الإيجابيات لصالحه.

الخطوة الثالثة: تحديد الجوانب غير القابلة للتفاوض من عملية التدخل:

- أثناء الجلسة مع العميل وضح له الحثثيات التي حُول على إثرها، والأنظمة المتبعة بهذا الخصوص، وما هي المتطلبات المرتبطة بهذا التحويل. تأكد من أن العميل فهم جيداً سبب تحويله، وما المطلوب منه، واترك له فرصة كافية للتفكير والإجابة.

الخطوة الرابعة: تحديد الجوانب القابلة للتفاوض من عملية التدخل:

- اطرح العديد من أساليب التدخل والأهداف العلاجية الممكنة، والتي تقابل الحد الأدنى على الأقل من متطلبات التحويل النظامية.
- حاول أن تكون مبتكراً في اقتراح الأهداف العلاجية. يمكنك في البداية أن تقوم باختيار جميع أنواع الخطط العلاجية الممكنة. بعد ذلك، قم باستعراض القائمة المقترحة مرة أخرى مع العميل، وناقشها معه، وشجعه على اختيار تلك الخطط التي يرتاح إليها، والتي يستطيع في الوقت نفسه أن يلتزم بها.

الخطوة الخامسة: مفاوضة الخطة مع العميل:

- فاوض العميل على خطة علاجية معقولة وواضحة في الحسبان أن تلبى تلك الخطة متطلبات التحويل النظامية، وأن تكون في الوقت نفسه متوافقة مع رغبة العميل كما ذكر في الخطوة الرابعة. ولا بد من أن تتأكد من تسجيل جميع المعلومات ومتابعتها.
- كن واضحاً مع العميل بشأن ما تستطيع فعله له وما لا تستطيع، واضحاً في الحسبان الوقت المحدد للعلاج، وسياسة المؤسسة، ومتطلبات التحويل. تذكر أن الخطة العلاجية لا بد أن تكون مناسبة لكل من المعالج والعميل.
- إذا ظهر على العميل التردد في اختيار خطة معينة أو جوانب منها، فيمكن لك الاستفادة من تكتيك «المقابلة التحفيزية» Motivational Interviewing أداة لمساعدة العميل في اتخاذ القرار. بعد ذلك يمكن لك أن تستخدم «صفحة توازن القرار» Decisional Balancing Form طريقة للتركيز على المنافع والخسائر التي يمكن أن يجنيها العميل من تنفيذ الخطة العلاجية.
- ضع مع العميل خطة لتنفيذ الخطة العلاجية المختارة، وكيفية تحقيق أهدافها القصيرة والبعيدة المدى.

الخطوة السادسة: الاتفاق مع العميل بشأن معايير التقدم:

- ضع في حسابك الأسئلة التالية، وقم بمناقشتها مع العميل:

- كيف سيتم متابعة الخطة العلاجية ومراقبتها؟
- كيف سيعرف كل من المعالج والعميل من أن الخطة العلاجية تسير بشكل صحيح؟
- ماذا سيحدث لو أن العميل أخفق في تنفيذ واحد أو أكثر من جوانب الخطة العلاجية؟
- تأكد من توثيق جميع المعايير المتفق عليها بشأن متابعة الخطة ومراقبتها ومراجعتها.

ما العمل عندما يستخدم العميل العنف؟

- عندما يمارس العميل العنف، فإن الأولى هنا هو سلامة المعالج، وسلامة زملائه، وسلامة العملاء الآخرين. وبوصفك معالجاً، عليك الأخذ ببعض الاعتبارات الخاصة بعنف العملاء؛ والتي منها:
- ماهي الأنظمة الموجودة في المؤسسة، والخاصة بموضوع العنف؟ وهل الجميع مدركون لهذه الأنظمة؟
- كيف يمكن الحصول على المساعدة الملائمة في حالة اندلاع حالة عنف؟ أي: هل هناك طريقة اتصال سريعة بالشرطة أو أضرار سهلة الوصول إليها لاستعمالها في حالة الطوارئ، أو عرض سهل وسريع لأرقام الأشخاص أو الجهات الذين يجب إبلاغهم بسرعة في حالة حصول العنف؟
- هل قمت ببناء علاقة عمل مع موظفي المؤسسة ذوي العلاقة بموضوع كبح العنف فيها مثل فريق الصحة العقلية، أو الشرطة، أو موظفي الأمن.
- هل أنت مدرك للأنواع المختلفة للعنف، وأسباب السلوك العدواني، والصور التي يمكن أن يكون عليها؟
- ما خطط الطوارئ الموجودة في المؤسسة لمواجهة العنف؟

متابعة الحادثة

- في حالة حدوث موقف عنف من قبل العميل، فإن هناك مهمات يجب

القيام بها :

- اطلب الرعاية الصحية إذا احتاج الأمر.
- اتصل بمشرفك أو مديرك وأبلغه عن الحادثة باختصار.
- اكتب تقريراً بالحادثة، وتأكد من تغطية جميع ملابسات الحادثة من أقوال وأفعال مع ذكر أوقاتها.
- ضع في حسابك الجوانب القانونية، وتأكد من أن إجراءات تقرير الحالة سارت بطريقة صحيحة.
- راجع جوانب الممارسة لديك، وعمّا إذا كانت طريقتك في الأداء أسهمت في اندلاع حالة العنف.

دعم المؤسسة

- تعد عملية إبلاغ رئيسك في العمل عن الحادثة خطوة مهمة. فأحياناً، نشغل في الأزمة الحادثة، ونهتم بالآخرين واحتياجاتهم، وننسى أنفسنا على الرغم مما يتركه الموقف من تأثيرات على نفسيّتنا. وإذا لم تحل تلك الانفعالات العالقة، فإنها تتراكم بمرور الوقت، ويمكن أن تؤدي إلى تأثيرات سلبية على أدائنا لوظائفنا. ولذلك، فإن أفكارك ومشاعرك يجب ألا تهمل. فمؤسستك عليها مسؤولية تحمل تأثير مثل هذه الحوادث من خلال:
- الضمان بأن إجراءات السلامة مطبّقة.
 - إنشاء أنظمة للدعم.

تأسيس نظام ملائم للإشراف والاستجواب.

قد يكون من المحبط حقاً للمعالجين الذين يعملون مع عملاء تم تحويلهم قسراً، أو لا يرغبون بالعلاج. عملاء اختاروا المخاطر والعواقب الناتجة عن التعاطي (الدينية، والصحية، والاجتماعية، والأسرية، والقانونية) على حساب تعديل سلوكيات التعاطي لديهم. ولذا، فعلى المعالجين أن يبذلوا جهودهم

المهنية في مساعدة العميل القسري، كما على المعالجين أن يتذكروا أن العمل مع العملاء القسريين ليس كله محبطاً، حتى ولو لم يحقق الأهداف المرجوة. فالعمل مع العميل القسري يعد تجربة إيجابية - على الأقل - بالنسبة إلى العميل. فقد يشعر العميل لأول مرة أن هناك من يحترمه ويصغي إليه، ولا يصدر أحكاماً عليه. تلك الخبرة، قد تؤدي مستقبلاً إلى سعي العميل مرة أخرى للعلاج، ورغبته في التغيير من تلقاء نفسه.

الملاحق
المقاييس المرتبطة بالكحول
Alcohol-related measures

ملحق (١) النسخة الإنجليزية من اختبار MAST

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

| POINTS | YES | NO |
|--------|-----|----|
| 0 | | |
| (2) 1 | | |
| (2) 2 | | |
| (2) 3 | | |
| (2) 4 | | |
| (1) 5 | | |
| (2) 6 | | |
| (2) 7 | | |
| (5) 8 | | |
| (1) 9 | | |
| (2) 10 | | |
| (2) 11 | | |

| POINTS | YES | NO |
|---|-----|----|
| (2) 12 | | |
| Have you ever lost friends because of your drinking? | | |
| (2) 13 | | |
| Have you ever gotten into trouble at work or school because of drinking? | | |
| (2) 14 | | |
| Have you ever lost a job because of drinking? | | |
| (2) 15 | | |
| Have you ever neglected your obligations, your family or your work for 2 or more days in a row because you were drinking? | | |
| (1) 16 | | |
| Do you drink before noon fairly often? | | |
| (2) 17 | | |
| Have you ever been told you have liver trouble? Cirrhosis? | | |
| (2) 18 | | |
| After heavy drinking have you ever had delirium tremens (D.T.s) or severe shaking or heard voices or seen things that really weren't there? | | |
| (5) 19 | | |
| Have you ever gone to anyone for help about your drinking? | | |
| (5) 20 | | |
| Have you ever been in a hospital because of drinking? | | |
| (2) 21 | | |
| Have you ever been a patient in a psychiatric hospital or on a psychiatric ward of a general hospital where drinking was part of the problem that resulted in hospitalization? | | |
| (2) 22 | | |
| Have you ever been seen at a psychiatric or mental health clinic or gone to any doctor, social worker or clergyman for help with any emotional problem, where drinking was part of the problem? | | |
| (2) 23 | | |
| Have you ever been arrested for drunk driving, driving while intoxicated, or driving under the influence of alcoholic beverages? (If yes, how many times?) | | |
| (2) 24 | | |
| Have you ever been arrested, or taken into custody, even for a few hours, because of other drunk behavior? (If yes, how many times?) | | |

ملحق (١) النسخة العربية من اختبار متشجن للكشف عن الكحولية

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

| نقاط | لا | نعم |
|--------|----|---|
| ٠ | | هل تستمتع بالشرب في الوقت الحاضر والماضي؟ |
| (٢) ١ | | هل تشعر بأنك شارب عادي للكحول؟ (نقصد بعادي: أنك تشرب بمعدل أقل أو مساو لمعظم الناس)؟ |
| (٢) ٢ | | هل سبق لك أن استيقظت في الصباح بعد ليلة تناولت فيها الشراب، ووجدت أنك لا تتذكر جزءاً من أحداث هذه الليلة؟ |
| (٢) ٣ | | هل سبق لزوجتك (زوجك)، أو والديك، أو قريب حميم أن قلقوا أو اشتكوا من شريك؟ |
| (٢) ٤ | | هل تستطيع التوقف عن الشرب بعد كأس أو كأسين دون معاناة؟ |
| (١) ٥ | | هل حدث أن شعرت بالذنب من شريك؟ |
| (٢) ٦ | | هل الأصدقاء أو الأقارب يعتقدون بأنك شارب عادي؟ |
| (٢) ٧ | | هل أنت قادر على التوقف عن الشرب عندما تريد ذلك؟ |
| (٥) ٨ | | هل سبق لك أن حضرت اجتماع الكحوليين مجهولي الاسم. |
| (١) ٩ | | هل سبق أن دخلت في معركة جسمية أثناء الشرب؟ |
| (٢) ١٠ | | هل سبق أن تسبب شريك في إحداث مشكلة بينك وبين زوجتك (زوجك) أو والديك أو أحد الأقرباء؟ |
| (٢) ١١ | | هل سبق لزوجتك (زوجك) أو فرد من أفراد عائلتك أن ذهب إلى أي أحد طلباً للمساعدة بسبب شريك؟ |
| (٢) ١٢ | | هل سبق أن خسرت صديقاً بسبب شريك؟ |
| (٢) ١٣ | | هل سبق أن وقعت في مشكلات في العمل أو المدرسة بسبب شريك؟ |
| (٢) ١٤ | | هل سبق أن فقدت عملاً بسبب الشرب؟ |

| نقاط | لا | نعم |
|--------|----|---|
| ١٥ (٢) | | هل سبق أن تخلّيت عن واجباتك، أو أسرتك، أو عن عملك ليومين متتاليين أو أكثر لأنك كنت شارباً؟ |
| ١٦ (١) | | هل تشرب قبل الظهر غالباً؟ |
| ١٧ (٢) | | هل سبق أن قيل لك بأن لديك مشكلات في الكبد؟ تليف؟ |
| ١٨ (٢) | | بعد شرب مكثف، هل حدث لك فقدان ذاكرة أو ارتعاش أو سماع أصوات، أو رؤية أشياء لا وجود لها؟ |
| ١٩ (٥) | | هل سبق أن ذهبت إلى أي شخص طلباً للمساعدة فيما يخص شريك؟ |
| ٢٠ (٥) | | هل سبق أن كنت في مستشفى بسبب شريك؟ |
| ٢١ (٢) | | هل سبق أن كنت مريضاً في مستشفى للصحة النفسية أو عيادة للصحة النفسية أو مستشفى عام، يأتي الشرب جزءاً من المشكلة التي نتج عنها تنوميك؟ |
| ٢٢ (٢) | | هل سبق أن تمت رؤيتك من قبل طبيب نفسي أو عيادة للصحة النفسية أو ذهبت إلى طبيب أو أخصائي اجتماعي أو عالم دين للمساعدة في أي مشكلة عاطفية، يأتي الشرب فيها جزءاً من المشكلة؟ |
| ٢٣ (٢) | | هل سبق أن تم القبض عليك بسبب السكر أثناء القيادة، أو القيادة في حالة ثمالة، أو القيادة تحت تأثير الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فكم مرة ___؟ |
| ٢٤ (٢) | | هل سبق أن تم القبض عليك، أو وضعت في الحجز، ولو لساعات قليلة، بسبب سلوكيات متعلقة بالسكر حتى الثمالة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فكم مرة ___؟ |

ملحق (٢) النسخة الإنجليزية من اختبار القفص CAGE

The CAGE questionnaire

1. HAVE YOU EVER FELT YOU SHOULD CUT DOWN ON YOUR DRINKING?
2. HAVE PEOPLE ANNOYED YOU BY CRITICIZING YOUR DRINKING?
3. HAVE YOU EVER FELT BAD OR GUILTY ABOUT YOUR DRINKING?
4. HAVE YOU EVER HAD A DRINK FIRST THING IN THE MORNING TO STEADY YOUR NERVES OR GET RID OF A HANGOVER (EYE-OPENER)?

النسخة العربية من CAGE

١- هل سبق أن شعرت بأنك يجب أن تخفض من شريك؟

٢- هل أزعجك الناس بانتقادهم لشريك؟

٣- هل سبق أن شعرت بالاستياء أو مشاعر الذنب من شريك؟

٤- هل سبق أن تناولت مشروباً كأول شيء تفعله في الصباح لتهديئة أعصابك أو للتخلص من صداع الكحول (فاتح العين).

ملحق (٣) النسخة الإنجليزية من اختبار MALT

The MALT questionnaire

Items to be assessed by the physician

1. Diseases of the liver (at least one symptom found on physical examination in addition to one positive laboratory test)
2. Polyneuropathy (only if no other cause, e.g., diabetes mellitus, is known)
3. Delirium tremens (on the present examination or previously)
4. Alcohol consumption of more than 150 ml (women 120 ml) of pure alcohol a day at least continued over several months.
5. Alcohol consumption of more than 300 ml (women 240 ml) of pure alcohol at least once a month (alcoholic benders)
6. Foetor alcoholics (at the time of medical examination)
7. Spouse, family members or good friends have sought help because of alcohol-related problems of the patient (e.g., from a physician, social worker or other appropriate facilities)

Items to be assessed by the patient himself as being "True" or "Not True"

1. My hands have been trembling a lot recently.
2. In the morning I sometimes have the feeling of nausea.
3. I have sometimes tried to get rid of my trembling and nausea with alcohol.
4. At the moment I feel miserable because of my problems and difficulties.

5. It is not uncommon that I drink alcohol before lunch.
6. After the first glass or two of alcohol I feel a craving for more.
7. I think about alcohol a lot.
8. I have sometimes drunk alcohol even against my doctor's advice.
9. When I drink a lot of alcohol, I tend to eat little.
10. At work I have been criticised because of my drinking.
11. I prefer drinking alone.
12. Since I have started drinking I have been in worse shape.
13. I have often had a guilty conscience about drinking.
14. I have tried to limit my drinking to certain occasions or to certain times of the day.
15. I think I ought to drink less.
16. Without alcohol I would have fewer problems.
17. When I am upset I drink alcohol to calm down.
18. I think alcohol is destroying my life.
19. Sometimes I want to stop drinking, and sometimes I don't.
20. Other people can't understand why I drink.
21. I would get along better with my spouse if I didn't drink.
22. I have sometimes tried to get along without any alcohol at all.
23. I'd be content if I didn't drink.
24. People have often told me that they could smell alcohol on my breath.

النسخة العربية لاختبار ميونخ للكحولية MALT

أولاً: الفقرات التي يتم تقديرها من قبل الطبيب

- ١- أمراض الكبد (وجود عرض واحد على الأقل عن طريق الفحص السريري، إضافة إلى اختبار معلمي إيجابي واحد على الأقل).
- ٢- بولينيروبات. (فقط إذا لم يوجد سبب معروف، مثال مرض السكري).
- ٣- الهذيان (أثناء الفحص الحالي أو في السابق).
- ٤- استهلاك أكثر من ١٥٠ مل (١٢٠ مل للمرأة) من الكحول الصافي يومياً، لعدة أشهر على الأقل بصفة متواصلة.
- ٥- استهلاك أكثر من ٣٠٠ مل (٢٤٠ مل للمرأة) من الكحول الصافي مرة في الشهر على الأقل.
- ٦- فويتير الكحولي (أثناء الفحص الطبي).
- ٧- طلب المساعدة من قبل الزوجة (الزوج) أو أعضاء الأسرة أو أصدقاء جيديين بسبب مشكلات تتعلق بشرب المريض الكحول.

الفقرات التي تقدر من قبل المريض نفسه. (صحيح) (خطأ)

- ١- بدأت يداي مؤخراً بالارتعاش.
- ٢- أشعر أحياناً بالغثيان صباحاً.
- ٣- أحاول أحياناً التخلص من الارتعاش والغثيان بالكحول.
- ٤- أشعر هذه اللحظة بأني في حالة مزرية بسبب المشكلات والصعوبات التي أواجهها.
- ٥- ليس بغريب أن أشرب الكحول قبل وقت الغداء.
- ٦- أشعر بالاشتياق إلى المزيد بعد تناول الكأس الأول أو الثاني من الكحول.

- ٧- أفكر كثيراً بالكحول.
- ٨- أحياناً أشرب الكحول حتى ضد نصيحة طبيبي لي.
- ٩- أحياناً تقل رغبتني في الأكل عندما أشرب كثيراً من الكحول.
- ١٠- حدث أن تم انتقادي بسبب شربي في العمل.
- ١١- أفضل أن أشرب لوحدني.
- ١٢- أشعر بأن حالتي تسوء منذ أن بدأت الشرب.
- ١٣- أشعر بتأنيب الضمير فيما يتعلق بشربي.
- ١٤- حدث أن حاولت اقتصار شربي على مناسبات معينة، أو أوقات معينة في اليوم.
- ١٥- أعتقد أنني يجب أن أقلل من شربي.
- ١٦- من دون كحول ستقل مشكلاتي.
- ١٧- عندما أشعر بالانزعاج، أشرب الكحول كي أهدأ.
- ١٨- أعتقد أن الكحول يحطم حياتي.
- ١٩- أحياناً أريد التوقف عن الشرب، وأحياناً لا أريد التوقف.
- ٢٠- لا يستطيع الآخرون فهم لماذا أنا أشرب.
- ٢١- أشعر أنني سأنسجم أكثر مع زوجتي لو أنني لا أشرب.
- ٢٢- حدث أن حاولت أن أعيش حياتي من دون كحول.
- ٢٣- كنت سأكون أفضل لو أنني لا أشرب.
- ٢٤- غالباً ما يقول لي الناس إنهم يشمون رائحة الكحول في نفسي.

ملحق (٤). النسخة الإنجليزية لاختبار الكشف عن اضطرابات الكحول AUDIT

| | | | | |
|---|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1. How often do you have a drink containing alcohol? | | | | |
| Never | Monthly or less | Two to four times a month | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking? | | | | |
| 1 or 2 | 3 or 4 | 5 or 6 | 7 to 9 | 10 or more |
| 3. How often do you have six or more drinks on one occasion? | | | | |
| Never | Less than monthly | Monthly | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started? | | | | |
| Never | Less than monthly | Monthly | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking? | | | | |
| Never | Less than monthly | Monthly | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session? | | | | |
| Never | Less than monthly | Monthly | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking? | | | | |
| Never | Less than monthly | Monthly | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking? | | | | |
| Never | Less than monthly | Monthly | Two to three times per week | Four or more times a week |
| 9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking? | | | | |
| No | | Yes, but not in the last year | Yes, during the last year | |
| 10. Has a relative or friend, or a doctor or other health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down? | | | | |
| No | | Yes, but not in the last year | Yes, during the last year | |

ملحق (٤). النسخة العربية لاختبار الكشف عن اضطرابات الكحول

مقياس أوديت للكحول

فضلا ضع دائرة حول الإجابة الصحيحة بالنسبة لك.

على الأغلب، متى تتناول شرابا محتويا على الكحول؟

| لا، لم يحدث مطلقا | شهريا أو في أقل من الشهر | ٢-٤ مرات في الشهر | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

في اليوم الذي تشرب فيه، كم كأسا محتويا على الكحول تتعاطى عادة؟

| ٠ من كأس كاسين | ١-٣ كأس | ٤-٥ كأس | ٦-٧ كأس | ٨-١٠ كأس فأكثر |
|----------------|---------|---------|---------|----------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

عادة، متى تتناول ٦ كأس أو أكثر في مناسبة شرب واحدة؟

| لا، لم يحدث | مرة في أقل من شهر | شهريا | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

على الأغلب، كم مرة خلال السنة الماضية وجدت نفسك غير قادرا على التوقف عن الشرب بعدما تبدأ بالشرب؟

| لا، لم يحدث | مرة في أقل من شهر | شهريا | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

على الأغلب، كم مرة خلال السنة الماضية وجدت نفسك غير قادرا على القيام بما هو عادة متوقع منك بسبب الشرب؟

| لا، لم يحدث | مرة في أقل من شهر | شهريا | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

على الأغلب، كم مرة حدث لك خلال السنة الماضية أن وجدت نفسك بعد ليلة من الشرب الكثيف، محتاجا لشرب كأس كآول شيء تفعله في الصباح أو (عندما تصحو من النوم) لكي تتمكن من ممارسة أنشطتك؟

| لا، لم يحدث | مرة في أقل من شهر | شهريا | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

على الأغلب، كم مرة خلال السنة الماضية حدث أن ندمت أو شعرت بالذنب بعد الشرب؟

| لا، لم يحدث | مرة في أقل من شهر | شهريا | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

على الأغلب، كم مرة خلال السنة الماضية وجدت نفسك غير قادرا على تذكر ما حدث الليلة الماضية بسبب تناولك الشراب؟

| لا، لم يحدث | مرة في أقل من شهر | شهريا | ٢-٣ مرات في الأسبوع | ٤ مرات أو أكثر في الأسبوع |
|-------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

هل حدث أن عرضت نفسك أو غيرك لإصابة أو جرح كنتيجة لشربك؟

| لا | نعم، ولكن ليس السنة الماضية | نعم، خلال السنة الماضية |
|----|-----------------------------|-------------------------|
| ٠ | ٢ | ٤ |

هل سبق لصديق أو قريب أو طبيب أو أي مختص صحي أن أبدى اهتماما بموضوع شربك أو اقترح عليك أن تتوقف عن الشرب؟

| لا | نعم، ولكن ليس السنة الماضية | نعم، خلال السنة الماضية |
|----|-----------------------------|-------------------------|
| ٠ | ٢ | ٤ |

ملحق (٥) مقياس عواقب الشرب

تجد فيما يلي عدداً من المواقف التي يمر بها الشارب أحياناً. المطلوب منك أن تقرأ كل موقف بعناية، ومن ثم وضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى أن هذا الموقف لم يسبق أن حصل لك مطلقاً (٠ = لا)، أو أنه حدث بالفعل (١ = نعم). بعد ذلك اذكر مدى حصول هذا الموقف خلال الثلاثة أشهر الماضية من خلال وضع دائرة حول الرقم الملائم بحيث تعني (٠ = لم يحدث مطلقاً، ١ = حدث مرة واحدة أو مرات قليلة، ٢ = مرة أو مرتين كل أسبوع، ٣ = يومياً أو تقريباً كل يوم). إذا كانت الفقرة لا تنطبق فضع دائرة حول الرقم (٠).

| هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال الثلاثة أشهر الماضية؟ | | | | هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال حياتك؟ | | |
|--|-------------------|-----------------------|---------------------------|---|-----|---|
| مطلقاً | مرة أو مرات قليلة | مرة أو مرتين أسبوعياً | يوميماً أو تقريباً كل يوم | لا | نعم | |
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٠ | ١ | ١- سبق أن حدث لي صداع شديد بعد أن شربت. |
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٠ | ١ | ٢- سبق أن احتقرت نفسي بسبب شربي. |
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٠ | ١ | ٣- سبق أن تغيبت عن العمل أو المدرسة بسبب الشرب. |
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٠ | ١ | ٤- سبق لعائلتي أو أصدقائي أن قلقوا علي أو اشتكوا بسبب شربي. |
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٠ | ١ | ٥- سبق لي أن استمتعت بطعم المشروب. |
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٠ | ١ | ٦- سبق أن تأثر مستوى أدائي لعملي سلباً بسبب الشرب. |

| هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال الثلاثة أشهر الماضية؟ | | | | هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال حياتك؟ | | |
|--|-----------------------|-------------------|--------|---|----|---|
| يوميًا أو تقريبًا كل يوم | مرة أو مرتان أسبوعيًا | مرة أو مرات قليلة | مطلقاً | نعم | لا | |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٧- تأثرت قدرتي على أن أكون أباً جيداً بسبب شربي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٨- حدث لي بعد الشرب أن وجدت صعوبة في النوم، أو صعوبة في استمرار النوم، أو أزعجتني الكوابيس. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٩- سبق أن قمت بقيادة سيارة بعد تناول ثلاثة كؤوس أو أكثر من الشراب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٠- تسبب شربي في استعمال المخدرات الأخرى بشكل أكبر. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١١- سبق أن تعبت واستفرغت بعد الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٢- حدث أن كنت غير سعيد بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٣- نتيجة لشربي، حدث أن تأثر أكلي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٤- حدث أن أخفقت في القيام بما هو متوقع مني نتيجة لشربي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٥- حدث أن ساعدني الشرب على الاسترخاء. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٦- حدث أن شعرت بالذنب أو الخجل بسبب شربي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٨- حدث أن تغيرت شخصيتي إلى الأسوأ أثناء الشرب. |

| هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال الثلاثة أشهر الماضية؟ | | | | هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال حياتك؟ | | |
|--|-----------------------|-------------------|--------|---|----|---|
| يوميًا أو تقريبًا كل يوم | مرة أو مرتان أسبوعيًا | مرة أو مرات قليلة | مطلقاً | نعم | لا | |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١٩- حدث أن قمت بمخاطرات حمقاء وأنا تحت تأثير الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٠- حدث أن وقعت في مشكلات بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢١- حدث أن قلت كلمات قاسية أو نابية لشخص ما تحت تأثير الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٢- حدث أن قمت بأشياء بغير إرادتي أثناء الشرب، جعلتني نادماً عليها. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٣- حدث أن دخلت في مضاربات وأنا تحت تأثير الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٤- حدث أن تأثرت صحي الجسمية سلباً بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٥- حدث أن ساعدني الشرب على النظر للحياة بطريقة إيجابية. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٦- سبق أن حصل لي ضائقة مالية بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٧- حدث أن تأثر زوجي أو علاقتي العاطفية سلباً بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٨- حدث أن دخنت أكثر أثناء الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢٩- حدث أن تأثر مظهري الخارجي بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٠- حدث أن تعرضت أسرتي للألم بسبب شربي. |

| هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال الثلاثة أشهر الماضية؟ | | | | هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال حياتك؟ | | |
|--|-----------------------|-------------------|--------|---|----|---|
| يوميًا أو تقريبًا كل يوم | مرة أو مرتان أسبوعيًا | مرة أو مرات قليلة | مطلقاً | نعم | لا | |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣١- حدث أن تسبب شرابي في تحطم علاقة صداقة أو علاقة حميمة. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٢- حدث أن زاد وزني بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٣- حدث أن تأثرت حياتي الجنسية سلباً بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٤- حدث أن فقدت الاهتمام بهواياتي بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٥- كانت حياتي الاجتماعية أكثر متعة أثناء الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٦- حدث أن تأثرت حياتي الروحية والأخلاقية سلباً بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٧- لم يحدث أن حصلت على نوع الحياة الذي أريد بسبب شرابي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٨- حدث أن وقف شرابي عائقاً أمام نموي كشخص. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٣٩- حدث أن تسبب شرابي في تحطيم حياتي الاجتماعية أو شعبيتي أو سمعتي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٠- سبق أن صرفت أو فقدت الكثير من المال بسبب شرابي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤١- حدث أن قبض علي بسبب قيادة سيارة تحت تأثير السكر. |

| هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال الثلاثة أشهر الماضية؟ | | | | هل سبق أن حصل لك هذا الموقف خلال حياتك؟ | | |
|--|-----------------------|-------------------|--------|---|----|--|
| يوميًا أو تقريبًا كل يوم | مرة أو مرتان أسبوعيًا | مرة أو مرات قليلة | مطلقاً | نعم | لا | |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٢- حدث أن وقعت في مشكلات مع القانون بسبب الشرب. (خلافًا للقيادة تحت تأثير السكر). |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٣- حدث أن فقدت زواجاً أو علاقة حب حميمة بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٤- حدث أن أوقفت أو طُردت أو تركت عملاً أو دراسة بسبب الشرب. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٥- سبق لي أن شربت الكحول دون مشكلات. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٦- سبق أن فقدت صديقاً بسبب شربي. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٧- سبق أن حصل لي حادث أثناء الشرب أو بينما أنا سكران. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٨- سبق أن حصل لي آلام أو إصابات أو حروق أثناء الشرب أو السكر. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٤٩- سبق أن تسببت في إصابة شخص ما أثناء الشرب أو السكر. |
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٥٠- سبق أن كسرت أشياء أو حطمت ممتلكات بينما كنت أشرب أو سكران. |

ملحق (٦) مقياس الاعتماد على الكحول

تعليمات

١- فضلاً اقرأ بعناية كل سؤال وإجاباته الممكنة والمقدمة لك بعد كل سؤال. ثم أجب على كل سؤال بوضع دائرة حول الاختيار الوحيد الصحيح بالنسبة إليك.

٢- كلمة «الشرب» تعني شرب المشروبات الكحولية.

٣- خذ من الوقت ما تحتاجه. مع ملاحظة الإجابة على جميع الأسئلة.

٤- ضع في حسابك وأنت تجيب، أن الأسئلة هي مواقف حدثت خلال السنة الماضية.

١- آخر مرة شربت فيها، ما مقدار الكمية التي شربتها؟

مقدار كاف لأكون مبسوطاً $\frac{0}{1}$ مقدار كاف لأغيب عن الوعي $\frac{2}{1}$
مقدار كاف لأكون سكران

٢- هل يحدث لك غالباً صداع شديد في صباح الجمعة أو صباح السبت؟

لا $\frac{0}{1}$ نعم $\frac{1}{1}$

٣- عندما حاولت التوقف عن الشرب، هل حدث لك ارتعاشات (اهتزاز اليدين، رعشة داخلية)؟

لا $\frac{0}{1}$ غالباً $\frac{0}{1}$
أحياناً

٤- هل حدث لك مرض جسيمي (مثلاً، استفراغ أو تقلصات في المعدة) نتيجة للشرب؟

لا $\frac{0}{1}$ غالباً، في كل مرة أشرب فيها $\frac{0}{1}$
أحياناً

٥- هل سبق أن حدث لك هلاوس (رؤية أو شعور أو سماع أشياء لا وجود لها)، أو شعرت

بقلق شديد جداً، أو بعدم راحة، أو بإثارة مبالغ فيها؟ لا $\frac{0}{1}$ عدة مرات $\frac{0}{1}$
أحياناً

٦- عندما تشرب، هل تتلعثم في الكلام أو تترنح في المشي؟

لا
 أحياناً
 غالباً ٢

٧- نتيجة للشرب، هل حدث أن شعرت بحرارة شديدة في الجو أو شعرت بالتعرق؟

لا
 أحياناً
 عدة مرات ١

٨- نتيجة للشرب، هل سبق أن رأيت أشياء لم تكن موجودة في الواقع؟

لا
 مرة واحدة
 عدة مرات ٢

٩- هل تثور عندما تخشى أنك ربما لن تجد شراباً عندما تريده؟

لا
 نعم ١

١٠- هل حدث أن فقدت الذاكرة لكن دون أن تدخل في غيبوبة؟

لا، مطلقاً
 أحياناً
 غالباً ٢
 غالباً كل مرة أشرب فيها ٣

١١- هل تحمل معك مشروباً أو تحتفظ به قريباً منك؟

لا
 أحياناً
 معظم الوقت ٢

١٢- بعد فترة من التوقف عن الشرب، هل تنهي تلك الفترة بشرب كثيف (تشرب بكميات كبيرة)؟

لا
 أحياناً
 غالباً كل مرة أشرب فيها ١

١٣- خلال الاثني عشر شهراً الماضية، هل حدث أن دخلت في غيبوبة بسبب الشرب؟

لا
 مرة واحدة
 أكثر من مرة ١

١٤- هل سبق أن دخلت في حالة تشنج بعد فترة من الشرب؟

لا
 أحياناً
 عدة مرات ١

- ١٥- هل تشرب خلال النهار؟ لا نعم ١
- ١٦- هل سبق أن أصبح تفكيرك مشوشاً أو غير واضح بعد فترة من الشرب الكثيف (الشرب بكميات كبيرة)؟ لا، مطلقاً نعم، ولكن لساعات قليلة ٠ ١
- ١٧- نتيجة للشرب، هل سبق أن شعرت بأن دقات قلبك متزايدة (سريعة)؟ نعم، ليوم أو يومين ٢ ٣ نعم، لعدة أيام
- ١٨- هل تفكر معظم الوقت بالشرب أو الكحول بشكل مستمر؟ لا نعم ٠ ١
- ١٩- نتيجة للشرب، هل سبق أن سمعت أشياء لم تكن موجودة في الواقع؟ لا نعم ٠ ١
- ٢٠- هل سبق أن شعرت بإحساس غريب أو مخيف أثناء الشرب؟ لا نعم ٠ ١
- ٢١- نتيجة للشرب هل سبق أن شعرت بأشياء لها رنين في رأسك، ليس لها وجود أصلاً (طنين حشرة مثلاً)؟ لا نعم ٠ ١
- ٢٢- هل سبق أن فقدت الذاكرة؟ لا نعم ٠ ١
- ٢٣- هل يحدث أن فقدت الذاكرة ١ ٢ ٣ ٤
- ٢٤- هل تشرب الكأس بنهم؟ لا نعم ٠ ١
- ٢٥- بعد شرب كأس أو كأسين، هل تستطيع عادة التوقف؟ لا نعم ٠ ١

ملحق (٧) مقياس تأثيرات الكحول

من خلال الأسئلة التالية نود معرفة خبرتك الشخصية بعد تناولك عدد قليل من كؤوس الشراب. فضلاً اقرء الفقرات التالية بعناية. إذا كان الموقف يحدث لك دائماً أو في بعض الأحيان، فضع دائرة حول (صحيح). أما إذا كان لا يحدث إلا نادراً أو لا يحدث أبداً، فضع دائرة حول (خطأ). الرجاء إجابة جميع الفقرات.

| | | |
|----|--|--------|
| ١ | شرب الكحول يجعل وجهي أكثر احمراراً. | صح خطأ |
| ٢ | يقلل شرب الكحول من الشد العضلي في جسمي. | صح خطأ |
| ٣ | قليل من كؤوس الشراب تجعلني أقل خجلاً. | صح خطأ |
| ٤ | يجعلني الكحول قادراً على النوم بشكل أسهل. | صح خطأ |
| ٥ | عندما أشرب، أشعر بالقوة، كما لو كنت بالفعل أستطيع التأثير في الآخرين لعمل ما أريده منهم. | صح خطأ |
| ٦ | أكون أكثر صفاقة (أخرق) بعد شرب عدد قليل من كؤوس الشراب. | صح خطأ |
| ٧ | أكون رومانسياً أكثر عندما أشرب. | صح خطأ |
| ٨ | الشرب يجعل المستقبل يبدو أكثر وضوحاً بالنسبة إلي. | صح خطأ |
| ٩ | تناول كأسين من الشراب يجعل من السهل علي أن أوبخ شخص آخر أو أسكته . | صح خطأ |
| ١٠ | لا أستطيع التصرف بشكل سريع عندما أكون سكران (ثملاً). | صح خطأ |
| ١١ | يعمل الكحول كالبنج بالنسبة إلي. يعني أنه يقتل الألم. | صح خطأ |
| ١٢ | بعد تناول قليل من كؤوس الشراب، أشعر غالباً بأني أكثر ميلاً للجنس. | صح خطأ |

| | | | |
|-----|----|--|----|
| خطأ | صح | يجعلني الكحول أشعر بالانبساط. | ١٣ |
| خطأ | صح | يجعلني الكحول لا أبالي بتصرفاتي. | ١٤ |
| خطأ | صح | بعض أنواع الكحول لها مذاق سائغ ونظيف بالنسبة إلي. | ١٥ |
| خطأ | صح | يزيد الشرب من عدوانيتي. | ١٦ |
| خطأ | صح | يبدو الكحول كالسحر بالنسبة إلي. | ١٧ |
| خطأ | صح | يجعل الكحول التركيز أمراً صعباً علي. | ١٨ |
| خطأ | صح | أكون عاشقاً أفضل بعد شرب عدد قليل من كاسات الشراب. | ١٩ |
| خطأ | صح | من السهل علي عندما أشرب أن أكشف وأعبر عن مشاعري. | ٢٠ |
| خطأ | صح | يضيف الشرب دفء خاص لبعض المناسبات الاجتماعية. | ٢١ |
| خطأ | صح | عندما أشعر بالضيق لأي سبب، فإن تناول كؤوس قليلة من الشراب يجعلني أشعر بتحسن. | ٢٢ |
| خطأ | صح | لا أستطيع التفكير بشكل سريع بعد أن أشرب. | ٢٣ |
| خطأ | صح | يعد تناول كؤوس قليلة من الشراب أسلوباً لطيفاً للاحتفال في مناسبات خاصة. | ٢٤ |
| خطأ | صح | يجعلني الكحول أقل قلقاً. | ٢٥ |
| خطأ | صح | يجعلني الشرب أقل فاعلية. | ٢٦ |
| خطأ | صح | الشرب شيء سار؛ لأنه من الجميل أن تشارك الناس الذين يمتعون أنفسهم متعتهم. | ٢٧ |

| | | | |
|-----|----|----|---|
| خطأ | صح | ٢٨ | بعد شرب كؤوس قليلة من الشراب، أستجيب للجنس بشكل أكبر. |
| خطأ | صح | ٢٩ | أشعر بأني منظم بشكل أكبر بعدما أشرب. |
| خطأ | صح | ٣٠ | أشعر بأني أقرب لقول أشياء محرجة بعد أن أشرب. |
| خطأ | صح | ٣١ | أستمتع بممارسة الجنس بشكل أكبر لو كنت متعاطياً لبعض الكحول. |
| خطأ | صح | ٣٢ | أكون أقرب للدخول في خلاف أو مناقشة، لو كنت متعاطياً لبعض الكحول. |
| خطأ | صح | ٣٣ | يجعلني الكحول أقل اهتماماً لعمل الأشياء بطريقة جيدة. |
| خطأ | صح | ٣٤ | يساعدني الكحول على النوم بشكل أفضل. |
| خطأ | صح | ٣٥ | يعطيني الشرب ثقة أكبر في نفسي. |
| خطأ | صح | ٣٦ | يجعلني الكحول أقل تحملاً للمسؤولية. |
| خطأ | صح | ٣٧ | من السهل علي بعد شرب قليل من كؤوس الشراب أن أدخل في مشادة (مضاربة) مع أحد ما. |
| خطأ | صح | ٣٨ | شرب قليل من كؤوس الشراب يجعل من السهل علي التحدث أمام الناس. |
| خطأ | صح | ٣٩ | أعبر عن مشاعري بشكل أسهل لو أتناول كأسين من الشراب. |
| خطأ | صح | ٤٠ | يجعلني الكحول ممتعاً بشكل أكبر. |

المراجع العربية

- أبو حمدان، يوسف
١٩٩٣ الإدمان الكحولي: أسبابه وطرق العلاج. المجلة العربية للدراسات
الأمنية. ٨ (١٥)، ٨٧-١٠٦.
- إسماعيل، محمد
١٩٨٣ تعريف الإدمان على المسكر، الإدمان على المسكر: سبل الوقاية والعلاج.
الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- البار، محمد
١٩٨٦ الخمر بين الطب والفقة. جدة: الدار السعودية للنشر والتوزيع.
- التركي، سعود
١٩٨٩ العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات وحلولها من المنظور الإسلامي. مجلة
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. ١٤ (١)، ٤١٧-٤٧٦.
- جريدة الجزيرة
٢٠٠٤/٨/٣ ضبط عملية تهريب خمور بميناء الملك عبدالعزيز.
- جريدة الرياض
٢٠٠٠/٨/١١ اكتشاف مصنع كحول.
- ٢٠٠٠/٨/١٣ قوائم انتظار في مستشفى الأمل بالرياض.
- الحاضري، شبيب
١٩٩٣ الخمر داء وليس دواء. الرياض: مطبعة سفير.
- الحسبة
٢٠٠٤/٨/٢٤ اكتشاف مصنع خمر. موقع الحسبة على الإنترنت.

الخالدي، عطا

١٩٨٣ الأسباب المؤدية لتعاطي الكحول والإدمان عليه، الإدمان على المسكر:
سبل الوقاية والعلاج. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية
والتدريب.

الخضيري، عبدالعزيز وخلدون السعيدان

١٩٩٤ التحدي النبيل: السعوديون يهزمون المخدرات. الرياض: مطابع البيان.
الدامغ، سامي

١٩٩٧ تصنيفات مدمني الكحول في المملكة العربية السعودية. الرياض:
وزارة الداخلية، مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

الدخيل، عبدالعزيز

أغسطس ١٩٩٥ عناصر نجاح العملية العلاجية. مجلة الأمل.

الرئاسة العامة للبحوث الإفتاء

١٩٧٧ شرب الخمر وحد عقوبة الشارب. وثيقة رقم ٥٣ - ٢٢/٣/١٣٩٧.

الرئاسة العامة لهيئات الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر

١٩٩٩ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

رئاسة مجلس الوزراء

١٩٧٧/٧/٢٥ تطبيق حد الشرب على غير المسلمين. وثيقة رقم ٤/س/٢٣٢٨.

مشكلات الإدمان: الحاجة إلى مراكز علاجية. رقم ٨١١٨٩٣.

الرئيس، عبدالعزيز

١٩٩٥ العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعودة لتعاطي المخدرات بعد العلاج.

رسالة ماجستير. قسم الدراسات الاجتماعية. جامعة الملك سعود.

السرياني، منصور

١٩٩٢ الخصائص السكانية للمجتمع السعودي. الجزء الثاني. الرياض:

مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

صحيفة الاقتصادية

٢٣/٧/٢٠٠٠ الشرطة تكتشف مصنعاً للخمور.

طالب، علي

١٩٩٣ معالجة مدمني المخدرات: التجربة السويدية. المجلة العربية

للدراستات الأمنية. ٩ (١٧)، ١٠٢ - ١٧٥.

الطويل، نبيل

١٩٩٦ الخمر والإدمان الكحولي: مشكلة العصر الخطيرة. الطبعة الثامنة.

بيروت: مؤسسة الرسالة.

الظفير، سعيد

١٩٩٥ إجراءات القبض في جرائم الحدود في المملكة العربية السعودية،

وفتائجها على الاستقرار الأمني. الرياض: السماح للطباعة.

العجرفي، أحمد

١٩٩٩ إجراءات جمع الأدلة ودورها في كشف الجرائم. الرياض: مطابع

المتاز.

العنزي، عيد

١٩٩٩ بعض السمات المميزة لشخصية مدمن المخدرات في مستشفى الأمل

بمدينة الرياض: منظور الخدمة الاجتماعية. رسالة ماجستير. قسم

الدراسات الاجتماعية. جامعة الملك سعود.

العيسى، جهينة

١٩٩٣ استخدام المشروبات الروحية واتجاهات الاستخدام بين الشباب: دراسة

استكشافية. الباحث ١ (٥): ١٠١ - ١٣١.

كمر، صالح الشيخ

١٩٨٥ الإدمان على الكحول. بغداد: دار الحرية.

الكندي، سعيد

١٩٩٦ المنظور الإسلامي لاستخدام الكحول: دراسة تحليلية استكشافية.
مسقط.

محمود، أمان

١٩٩٣ الأداء المعرفي لدى مدمني الهيروين والكوكايين بمستشفيات الأمل
بالمملكة العربية السعودية. المجلة العربية للدراسات الأمنية. ٨ (١٥)،
٣٧ - ٧٠.

مراد، فاروق

١٩٨٣ المقدمة. الإدمان على المسكر: سبل الوقاية والعلاج. الرياض: المركز
العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

المصيقر، عبدالرحمن

١٩٨٥ الشباب والمخدرات في الخليج العربي. الكويت: شركة الربيعان للنشر
والتوزيع.

المكتب العربي للوقاية من الجريمة: المنظمة العربية الدولية للدفاع الاجتماعي

١٩٧٥ ظاهرة استخدام الكحول في الدول العربية: دراسة استطلاعية. بغداد:
دار السلام.

المعتق، مساعد

١٩٨٥ الخمر وأحكامها في الشريعة الإسلامية. الرياض: المركز العربي
للدراستات الأمنية والتدريب.

مجلة الأمل

أغسطس ١٩٩٩ معالجة النساء في مستشفيات الأمل.

أغسطس ١٩٩٣ ضيف العدد: لقاء مع الدكتور إبراهيم العواجي.

نوفمبر ١٩٩٥ ماذا قالوا عن المخدرات؟

مارس ٢٠٠٠ تعليق صاحب السمو الملكي الأمير نايف بن عبدالعزيز على
افتتاح عيادات معالجة النساء.

مارس ٢٠٠٠ افتتاح عيادة لمعالجة النساء.

منصور، عبدالمجيد

١٤٠٩ المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية
والنفسية. الرياض: دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية
والتدريب (أكاديمية الأمير نايف).

النجار، مصطفى

١٩٩٨ تعاطي المخدرات بين الشباب في الخليج العربي. المجلة العربية
للعلم الإنساني. ١٦ (٦٤)، ١٩٤-٢٢٣.

هاجر، محمد

١٩٩١ أهمية البحث العلمي في فهم تعاطي الكحول والمخدرات في الوطن
العربي. ورقة عمل مقدمة في ندوة دور الرعاية الصحية في علاج
مشكلة استعمال المخدرات والمسكرات. دمشق.

الهريش، عبداللطيف

١٩٩٩ إجراءات القبض في جرائم الكحول. مقابلة شخصية. الرياض.

وزارة الإعلام

٢٠٠١/٧/١٢ سكان المملكة العربية السعودية. <http://WWW.saudinf/main/a4.htm>

وزارة الداخلية

١٩٨٩ تعميم الكشف عن الكحول عن الطريق الدم. قرار رقم ١٠١/١/١٦.

الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض

١٩٩٠ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

١٩٩١ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

١٩٩٢ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

١٩٩٤ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

١٩٩٥ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

١٩٩٩ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

وزارة الصحة

١٩٩٤ الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض.

وزارة العدل

١٩٧٦ الحوادث المتعلقة بالمسكرات. رقم ٧٠٠ م ج

١٩٨٠/٣/٣ عقوبات مصنعي ومروجي المسكرات. رقم ٤/٥/٤٥.

يوسف، ج

١٩٩٧ دراسة وصفية لوظيفة الأخصائيين الاجتماعيين في الوقاية من تعاطي

المخدرات. المجلة العربية للعلوم الإنسانية. ١٥ (٥٨) ٨٦ - ١٢٩.

المراجع الأجنبية

- Adams, W. L., Z. Yuan, J. J. Barboriak, and A. A. Rimm
1993 Alcohol-related hospitalizations of elderly people Prevalence and geographic variation in the United States. the journal of the American medical association. 270(10):1222-5.
- Al-Angari, Sultan A.
1988 The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) profile of patients with alcoholism in Al-Amal Hospitals in Saudi Arabia. Ph D Thesis. Ohio.
- Al-Bawardy, F. A.
1998 Characteristics and utilization of substance abuse by Saudi Arabian male in-patient to tertiary detoxification center. Riyadh Al-Amal Hospital. pp. 29. Riyadh: King Fahad National Guard Hospital.
- Al-Dakhil, Abdulaziz
2002 Hospitalized Saudi Problem Drinkers: A psychosocial Profile. PhD. University of Glasgow.
- Al-Nahedh, M.
1999 Relapse among substance-abuse patients in Riyadh, Saudi Arabia. Eastern Mediterranean Health Journal 5(2):241-246.
- Allen, J., R. Z. Litten, and A. Lee
1998 What you need to know: detecting alcohol problems in general medical practice. Singapore Med J 39(1):38-41.
- Alvarez, F. J., and M. C. Del Rio
1994 Screening for problem drinkers in a general population survey in Spain by use of the CAGE scale. Journal of Studies on Alcohol 55:471-474.

American Psychiatric Association.

1952 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: APA.

1968 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: APA.

1980 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: APA.

1987 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: APA.

American Psychological Association

1992 Ethical principles of psychologists and code of conduct American Psychologist 47(12):390-395.

Avis, H.

1993 Drugs and life. Madison, Wisconsin: Brown&Benchmark.

Babor, T. F., J.R. de la Fuente, J. Saunders, and M. Grant

1992 AUDIT. The Alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. pp. 35. Geneva:World Health Organization.

Babor, T.F.

1995 The road to DSM-IV: Confessions of an erstwhile nosologist. Drug and Alcohol Dependence 38:75-79.

Balabanova, D., and M. McKee

1999 Patterns of alcohol consumption in Bulgaria. Alcohol and alcoholism 34(4):622-8.

Bales, R. F.

1946 Cultural Differences in Rates of Alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol (6):480-499.

Barry, H

1988 Theories on Alcoholism. In Psychoanalytic Theory of Alcoholism. C. D. Chaudron and D. A. Wilkinson, eds. Toronto: Addiction Research Foundation.

Barry, K. L., and M. F. Fleming

1993 The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol Alcohol* 28(1):33-42.

Beck, A. T., R. A. Steer, and M. G. McElroy

1982 Self-reported precedence of depression in alcoholism. *Drug and alcohol dependence* 10(2-3):185-90.

Beck, K. H., and T. G. Summons

1987 The social context of drinking among high school drinking drivers. *American journal of drug and alcohol abuse* 13(1-2):181-98.

Beres, J., A. E. Czeizel, J. Metneki, I. Nagy, D. P. Agarwal, H. G. Benkmann, H. W. Goedde, and P. Schmutte

1995 Alcohol use, abuse, and alcohol-related disorders among ethnic groups in Hungary. Part I: Csangos from Egyhazaskozar Region. *Anthropol Anz* 53(1):57-66.

Berger, R. M., and M. A. Patchner

1988 Planning for research: A Guide for the helping profession. California: Sage Publications.

Bien, T. H., and R. Burge

1990 Smoking and drinking: a review of the literature. *The International journal of the addictions* 25(12):1429-54.

Bien, T.H., W.R. Miller, and J.S. Tonigan

1993 Brief Interventions for Alcohol Problems. *Addiction* 88:315-335.

Blair, D. T., and S. A. New

1991 Assaultive behavior: know the risks. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 29(11):25-30.

Blankfield, A.

1991 Women, alcohol dependence and crime. *Drug and alcohol dependence* 27(2):185-90.

Bloom, M., and J. Fischer

1982 *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional*. New Jersey: Prentice Hall.

Blose, J. O., and H. D. Holder

1991 Injury-related medical care utilization in a problem drinking population. *The American journal of public health* 81(12):1571-5.

Bongers, I. M., H. A. van Oers, I. A. van de Goor, and H. F. Garretsen

1997 Alcohol use and problem drinking: prevalences in the general Rotterdam population. *Substance use & misuse* 32(11):1491-512.

Booth, B. M., F. C. Blow, C. A. Cook, J. Y. Bunn, and J. C. Fortney

1992 Age and ethnicity among hospitalized alcoholics: a nationwide study. *Alcohol Clin Exp Res* 16(6):1029-34.

Bradley, D.

1988 Alcohol and drug education in the elementary school. *Elementary School Guidance and Counseling* 23(2):99-105.

Buhrich, N., S. M. Haq, and S. George

1981 Profile of alcoholism in a multiracial society. *International Journal of Addictions* 16(6):1111-1115.

Calsyn, D. A., F. D. Reynolds, M. R. O'Leary, and R. D. Walker

1982 Differential drinking patterns, personality characteristics, and field articulation of court-referred and non- court- referred male alcoholics in treatment. *The International journal of the addictions* 17(2):249-57.



- Candill, B., and G. A. Marlatt
1975 Modelling Influences in Social Drinking: An Experimental Analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (143):405-415.
- Cassell, J., and S. E. Jacobs
1987 Handbook on ethical issues in anthropology. In *Statements on ethics: Principles of professional responsibility*. pp. 96-103. Washington, D.C.: American Anthropological Association.
- Chang, I., S. C. Lapham, and K. J. Barton
1996 Drinking environment and sociodemographic factors among DWI offenders. *Journal of studies on alcohol*. 57(6):659-69.
- Chattopadhyaya, P. K., P. K. Biswas, A. K. Bhattacharyya, and M. Chatteraj
1990 The Eysenck personality questionnaire: Psychoticism, neuroticism, and extroversion in educated Bengales adults. *Manas* 37(1-2):41-44.
- Chen, Y. C., R. B. Lu, G. S. Peng, M. F. Wang, H. K. Wang, H. C. Ko, Y. C. Chang, J. J. Lu, T. K. Li, and S. J. Yin
1999 Alcohol metabolism and cardiovascular response in an alcoholic patient homozygous for the ALDH2* 2 variant gene allele. *Alcohol Clin Exp Res* 23(12):1853-60.
- Cherpitel, C. J., and T. W. Tam
2000 Variables associated with DUI offender status among whites and Mexican Americans. *Journal of studies on alcohol* 61(5):698-703.
- Chou, S. P., B. F. Grant, and D. A. Dawson
1998 Alcoholic beverage preference and risks of alcohol-related medical consequences: a preliminary report from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcoholism: clinical and experimental research* 22(7):1450-5.

Clark, S. A.

1993 Matricide: the schizophrenic crime? *Medicine, science, and the law.* 33(4):325-8.

Clements, R.

1998 A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcohol Clin Exp Res* 22(5): 985-93.

Conigrave, K. M., J. B. Saunders, and R. B. Reznik

1995 Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* 90(11):1479-85.

Cooney, N. L., A. Zweben, and M. F. Fleming

1995 Screening for Alcohol Problems and At-Risk Drinking in Health Care Settings. In *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. R. K. Hester and W. R. Miller, eds. pp. 480. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Cordilia, A.

1985 Alcohol and property crime: exploring the causal nexus. *Journal of studies on alcohol.* 46(2):161-71.

Deery, H. A., and A. W. Love

1996 The effect of a moderate dose of alcohol on the traffic hazard perception profile of young drink-drivers. *Addiction* 91(6):815-27.

Dolan, B., and K. Ford

1991 Binge eating and dietary restraint: A cross-cultural analysis. *The International Journal of Eating Disorders* 10(3):345-353.

Droomers, M., C. Schrijvers, and J. P. Mackenbach

2004 Educational differences in starting excessive alcohol consumption: explanations from the longitudinal GLOBE study. *Social science & medicine.* 58(10):2023-33.

- Drummond, D. C.
2001 Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*. 96(1): 33-46.
- Edwards, G., and M.M. Gross
1976 Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* 1:1058-1061.
- Edwards, G., E. Marshall, and C. Cook
1997 *The Treatment of Drinking Problems: A guide for helping professions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eiklboon, R, and J. Stewart
1982 Conditioning of Drug-Induced Physiological Responses. *Psychological Review* (89):507-528.
- Engs, R. C., D. J. Hanson, L. Gliksman, and C. Smythe
1990 Influence of religion and culture on drinking behaviours: a test of hypotheses between Canada and the USA. *Br J Addict* 85(11):1475-82.
- Ernst, A. A., S. J. Weiss, T. G. Nick, J. Casalletto, and A. Garza
2000 Domestic violence in a university emergency department. *Southern Medical Journal* 93(2):176-81.
- Feighner, J.P., E. Robins, S.B. Guze, R.A. Woodruff, G. Winokur, and R. Munoz
1972 Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* 26(1):57-63.
- Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards, M. P. Koss, and J. S. Marks
1998 Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine* 14 (4): 245-58.

- Feuerlein, W., C. Ringer, H. Kufner, and K. Antons
1979 Diagnosis of alcoholism: the Munich Alcoholism Test (MALT).
Currents in Alcoholism 7:137-47.
- Fleming, M.F, K.L. Barry, L.B. Manwell, K. Johnson, and R London
1997 Brief Physician Advice for Problem Alcohol Drinkers. A Randomized
Controlled Trial in Community Based Primary Care Practices. Journal
of the American Medical Association 277:1039-1045.
- Fleming, M.F., and L.B. Manwell
1999 Brief Intervention in Primary Care Settings. A Primary Treatment
Method for At-Risk, Problem, and Dependent Drinkers. Alcohol
Research Health 23:128-137.
- Gebhard, T., K. Kaphingst, and W Dejung
2000 Campus-Community Coalition to Control Alcohol-related problems
of Campus: An Environmental management case study. Journal of
American College Health 48(5):211-214.
- Gillespie, D. F.
1995 Ethical issues in research. In Encyclopedia of social work. Vol. 1. pp.
884-891. Washington D.C.: National Association of Social Workers.
- Goldman, M. S.
2000 The culture of science and the ethics of alcohol administration in re-
search. Psychol Addict Behav 14(4):335-41.
- Goodwin, D. W., F. Schulsinger, N. Moller, G. Winokur, and S. B. Guze
1974 Drinking Problems in Adopted and Nonadopted sons of Alcoholics.
Archives of General Psychiatry (31):164-169.
- Goodwin, D. W., F. Schulsinger, J. Knop, S Mednick, and S. B. Guze
1977 Alcoholism and Depression in Adopted-out Daughters of Alcoholics.
Archives of General Psychiatry (34):751-755.



- Goodwin, D. W., K. T. Van Dusen, and S Mednick
1984 Prospective Markers for Alcoholism. In Longitudinal Research in Alcoholism. M. A. Schckit, ed. Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Goodwin, D. W.
1986 Speculations on the Cause (s) of Alcoholism. Digest of Addiction Theory and Application (5).
- Gossop, M
1994 The Handbook of Clinical Adult Psychology. In Drug and Alcohol Problems. S. J. Lindsay and G. E. Powell, eds. London & New York: Rutledge.
- Grant, B.F.
1989 DSM III-R and ICD 10 classifications of alcohol use disorders and associated disabilities: A structural analysis. International Review of Psychiatry 1:21-39.
- Gruenewald, P. J., K. Stewart, and M Klitzner
1990 Alcohol use and the appearance of alcohol problems among first offender drunk drivers. British Journal of Addiction 85(1):107-117.
- Haggerty
1994 Early detection and counseling of problem drinking: Candian Task Force on Preventive Health Care.
- Hasin, D.S., B. Grant, and J. Endicott
1990 The natural history of alcohol abuse: Implications for definitions of alcohol use disorders. American Journal of Psychiatry 147 (11):1537-1541.
- Hay, G., H. Kohli, and N. McKeganey
2001 Drug and alcohol issues affecting black and minority ethnic communities: Literature review. Unpublished. pp. 45. Glasgow: Centre for Drug Misuse Research. University of Glasgow.

Heath, D. B.

1990 Uses and misuses of the concept of ethnicity in alcohol studies: an essay in deconstruction. *Int J Addict* 25(5A-6A):607-28.

Hepworth, D., R. Rooney, and J Larsson

1997 *Direct Social Work Practice*. Blemont, CA: Wadsworth publishing Company.

Holder, H.D., T.R. Miller, and R.T. Carina

1995 *Cost Savings of Substance Abuse Prevention in Managed Care; Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) Publication*.

Holder, H. D., R. F. Saltz, J. W. Grube, R. B. Voas, P. J. Gruenewald, and A. J. Treno

1997 A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction* 92 Suppl 2:S155-71.

Hutchison, I. L., P. Magennis, J. P. Shepherd, and A. E. Brown

1998 The BAOMS United Kingdom survey of facial injuries part 1: aetiology and the association with alcohol consumption. *British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* 36(1):3-13.

Jellinek, E.M.

1960 *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press.

Kaij, L

1960 *Studies on the Etiology and Sequences of Abuse of Alcohol*. Lund: University of Lund Press.

Kalodner, C., Delucia J., and Ursprung A.

1989 An examination of the tension reduction hypothesis: the relationship between anxiety and alcohol in college students. *Addictive behaviors*. 14(6):649-654.



- Kannel, W. B., and R. C. Ellison
1996 Alcohol and coronary heart disease: the evidence for a protective effect. *Clinica chimica acta* 246(1-2):59-76.
- Kaufman, E., and E. M. Pattison
1982 *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. In *The Family and Alcoholism*. E. Kaufman and E. M. Pattison, eds. New York: Grander Press.
- Kinney, J., and G. Leaton
1991 *Loosing the grip: A handbook of alcohol information*. St.Louis, Missouri: Mosby-Year Book, Inc.
- Knibbe, R. A., M. J. Drop, and A. Muytjens
1987 Correlates of stages in the progression from everyday drinking to problem drinking. *Social science & medicine*. 24(5).
- Kolb, D., and E. K. Gunderson
1981 A longitudinal study of health risks associated with alcohol abuse in young navy men. *Drug and alcohol dependence* 8(2):131-41.
- Lang, A., and G. A. Marlatt
1982 *Problem Drinking: A social Learning Perspective*. In *Handbook of Psychology and Health*. Vol. 1. A. Gatchel, A. Baum, and J. E. Singer, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lapham, S. C., B. J. Skipper, P. Brown, W. Chadbunchachai, P. Suriyawongpaisal, and S. Paisarnsilp
1998 Prevalence of alcohol problems among emergency roompatients in Thailand. *Addiction* 93(8):1231-9.
- Larimer, M., and J. Cronce
2002 Identification, Prevention and Treatment: A Review of Individual-Focused Strategies to Reduce Problematic Alcohol Consumption by College Students. *Journal of Alcohol Studies, Supplement 14*: 148-163.

- Lawson, G., J. Peterson, and A. Lawson
1983 Alcoholism and the Family: A Guide to Treatment and Prevention.
Rockville: Aspen Publication.
- Leadley, K., C. L. Clark, and R. Caetano
2000 Couples' drinking patterns, intimate partner violence, and alcohol-
related partnership problems. *Journal of Substance Abuse* 11(3):253-63.
- Lefever, Robert
1988 How to combat Alcoholism and Addiction. London: PromisBooks
Limited.
- Li, G., C. Shahpar, C. A. Soderstrom, and S. P. Baker
2000 Alcohol use in relation to driving records among injured bicyclists.
Accident analysis and prevention 32(4):583-7.
- Liebman, J., and S Cooper
1989 The Neuropharmacological Basis of Reward. Oxford: Clarendon Press.
- Lightfoot, L. O., and D. Hodgins
1988 A survey of alcohol and drug problems in incarcerated offenders. *The
International journal of the addictions* 23(7):687-706.
- Liskow, B. I., B. J. Powell, E. C. Penick, E. J. Nickel, D. Wallace, J. F. Land-
on, J. Campbell, and P. J. Cantrell
2000 Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. *Journal of
studies on alcohol* 61(6):853-61.
- MacAndrew, C.
1982 An examination of the relevance of the individual differences (A-trait)
formulation of the tension-reduction theory to the etiology of alcohol
abuse in young males. *Addictive behaviors*. 7(1):39-45.
- Manzo, L., C. Locatelli, S. M. Candura, and L. G. Costa
1994 Nutrition and alcohol neurotoxicity. *Neurotoxicology* 15 (3): 555-65.



Marchevsky, S., and S. Weiss

1997 [Characteristics of hospitalized alcoholics]. Harefuah.132 (8): 586-90, 606.

Margolis, L. H., R. D. Foss, and W. G. Tolbert

2000 Alcohol and motor vehicle-related deaths of children as passengers, pedestrians, and bicyclists. The Journal of the American Medical Association 283 (17): 2245-8.

Mayfield, D.

1976 Alcoholism, alcohol, intoxication and assaultive behavior. Diseases of the nervous system. 37(5): 288-91.

Meenaghan, T. M., G. T. Powers, and B. G. Toomey

1985 Practice focused research: Integrating human service practice and research. New Jersey: Prentice Hall.

Melendez, F.

1994 The Spanish version of the WAIS: Some ethical considerations. Clinical-Neuropsychologist 8 (4): 388-393.

Metzger, D. S., and J. J. Platt

1987 Problem drinker drivers: client and service involvement correlates of treatment outcome. The International journal of the addictions 22(2):181-6.

Milgram, G. G.

1993 Adolescents, alcohol and aggression. Journal of studies on alcohol. Supplement. 11:53-61.

Miller, W. R.

1996 Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. Addictive behaviors. 21 (6): 835-42.

- Miller, W.R., and S. Rollnick
1991 Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., V. S. Westerberg, and H. B. Waldron
1995 Evaluating Alcohol Problems in Adults and Adolescents., In Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives. R. K. Hester and W. R. Miller, eds. pp. 480. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Miller, N. S., and M. S. Gold
1998 Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. Journal of addictive diseases 17 (1): 55-66.
- Mooney, Al J., A. Eisenberg, and H Eisenberg
1992 The Recovery Book. New York: Workman Publishing. Mothersead, Philip K., Dennis M. Kivlighan Jr, and Timothy F. Wynkoop
1998 Attachment, Family Dysfunction, Parental Alcoholism, and Interpersonal Distress in Late Adolescence: A Structural Model. Journal of counseling psychology 45 (2): 7.
- Murray, R. M., C. Clifford, and H. M. Gurlin
1983 Twin and Alcohol Studies. In Recent Development on Alcoholism. M. Galanter, ed. New York: Plenum.
- Naranjo, C. A., and K. E. Bremner
1993 Behavioural correlates of alcohol intoxication. Addiction 88 (1): 25-35.
- Nathan, P.E.
1991 Substance use disorders in the DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology 100 (3): 356-361.
- Newlon, B., and W. Furrow
1986 Using the Classroom To Identify Children from Alcoholic Homes. The School Counselor 33 (4): 286-291.



- Ney, P. G., T. Fung, and A. R. Wickett
1992 Causes of child abuse and neglect. *Canadian journal of psychiatry* 37(6):401-5.
- Niaura, R.
2000 Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*. 95 (Suppl 2):155-163.
- Nutt, D.
1999 Alcohol and the brain. *Pharmacological insights for psychiatrists*. *Br J Psychiatry* 175:114-9.
- Oei, T. P. S., and A. R. Baldwin
1994 Expectancy Theory: A Two-Process Model of Alcohol Use and Abuse. *Journal of studies on alcohol* 55 (5): 525.
- Oetting, E. R., and F. Beauvais
1986 Peer Cluster Theory: Drug and the Adolescent. *Journal of Counseling and Development* (65):17-22.
- Partanen, J., K. Brunn, and T. Markkanen
1966 Inheritance of Drinking Behavior: A study on Intelligence, Personality and Use of Alcohol Adult Twins. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Paton, A
1992 The Determined Quest for Gens. *Alcohol Concern Magazine* 7(6).
- Patterson, C
1990 Involuntary Clients: A person centered view. *Person- Centered Review* 5:316-320.
- Peirce, R. S., M. R. Frone, M. Russell, and M. L. Cooper
1994 Relationship of financial strain and psychosocial resources to alcohol use and abuse: the mediating role of negative affect and drinking motives. *J Health Soc Behav* 35(4):291-308.

- Peteet, J., S. Brenner, D. Curtiss, M. Ferrigno, and J Kauffman
1998 A Stage of change approach to addiction in the medical setting. *General Hospital Psychiatry* 20:267-273.
- Poldrugo, F.
1998 Alcohol and criminal behaviour. *Alcohol and alcoholism* 33(1): 12-5.
- Price, J.
1987 The Queensland "drinker" and the bad old, new Australia. *The Medical journal of Australia* 147(9):430-2.
- Prochaska, J.O., and C.C. DiClemente
1983 Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3):390-395.
- Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J. Norcross
1992 In Search of how people change: Applications to addictive behaviour. *American Psychologist* 47(9):1102-1114.
- Quinlan, K. P., R. D. Brewer, D. A. Sleet, and A. M. Dellinger
2000 Characteristics of child passenger deaths and injuries involving drinking drivers. *The Journal of the American Medical Association* 283(17): 2249-52.
- Risser, D., A. Bonsch, and B. Schneider
1996 Family background of drug-related deaths: a descriptive study based on interviews with relatives of deceased drug users. *Journal of forensic sciences* 41(6):960-2.
- Rohsenow, D. J., P. M. Monti, S. M. Colby, S. B. Gulliver, A. D. Sirota, R. S. Niaura, and D. B. Abrams
1997 Effects of alcohol cues on smoking urges and topography among alcoholic men. *Alcoholism: clinical and experimental research* 21 (1):101-7.



- Rollnick, S., N. Heather, R. Gold, and W. Hall
1992 Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87(5):743-754.
- Rose, Christopher D.
1999 Peer Cluster Theory and Adolescent Alcohol Use: An Explanation of Alcohol Use and a Comparative Analysis between Two Causal Models. *Journal of drug education* 29(3):12.
- Roslund, B., and C. A. Larson
1979 Crimes of violence and alcohol abuse in Sweden. *The International journal of the addictions*. 14(8):1103-15.
- Rounsaville, B., K. Bryant, T. Babor, H. Kranzler, and R. Kadden
1993 Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. *Addic tion* 88(3):337-348.
- Rubinstein, G.
1995 Authritarianism in Israel society. *Journal of Social Psychology* 135 (2): 237-249.
- Runge, J. W., C. L. Pulliam, J. M. Carter, and M. H. Thomason
1996 Enforcement of drunken driving laws in cases involving injured intoxicated drivers. *Annals of emergency medicine*. 27(1):66-72.
- Rush, B., and M. Brennan
1990 Is the health profile of problem drinkers different from that of other patients? *The Journal of family practice* 31(1):42-6.
- Russell, M., S. S. Martier, R. J. Sokol, P. Mudar, S. Bottoms, S. Jacobson, and J Jacobson
1994 Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 18(5):1156-1161.

Rutherford, D.

1997 A lot of Bottle. London: The Institute of Alcohol Studies. Ryan, B., and W Dejung

1998 Faculty and prevention: A publication of the Higher Education Center for Alchol and other drug prevention: The US Department of Education.

Saltman, P., J. Hegenauer, and J. Christopher

1976 Tired blood and rusty livers. *Ann Clin Lab Sci* 6(2):167-76.

San Jose, B., H. van de Mheen, J. A. van Oers, J. P. Mackenbach, and H. F. Garretsen

1999 The U-shaped curve: various health measures and alcohol drinking patterns. *Journal of studies on alcohol* 60(6):725-31.

Schaefer, J. M.

1987 On the potential health effects of consuming "non-alcoholic" or "de-alcoholized" beverages. *Alcohol* 4(2):87-95.

Schilit, R, and E Gomberg

1991 Drug and Behavior: A Sourcebook for Helping Professions. Newburg Park: Sage Publications.

Schuckit, M.A.

1994 Familial alcoholism. In *DSM-IV Sourcebook*. Vol. 1. T. Widiger, A. Frances, H. Pincus, M. First, R. Ross, and W. Davis, eds. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

1994 DSM-IV: Was it worth all the fuss? *Alcohol and Alcoholism (Supp. 2)*: 459-469.

Seixas, J. S., and G. Youcha

1985 Children of Alcoholism: A Survivors Manual. New York: Harper & Row.

Selzer, M. L.

- 1971 The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry* 127(12):1653-1658.
- Selzer, M. L., A Vinokur, and L. van Rooijen
- 1975 A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 36(1):117-126.
- Senseman, L. A.
- 1971 Alcohol a health hazard. *Rhode Island medical journal* 54(12): 584-8 passim.
- Seppèa, K., R. Mèakelèa, and P. Sillanaukee
- 1995 Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 19(4):999-1003.
- Sieber, J., and B Stanley
- 1988 Ethical and professional dimensions of socially sensitive research. *Psychology in Public Forum* 43(1):49-55.
- Singh, G. K., and D. L. Hoyert
- 2000 Social epidemiology of chronic liver disease and cirrhosis mortality in the United States, 1935-1997: trends and differentials by ethnicity, socioeconomic status, and alcohol consumption. *Hum Biol* 72(5): 801-20.
- Single, E., J. Rehm, L. Robson, and M. V. Truong
- 2000 The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 162(12):1669-75.
- Sjogren, H., A. Eriksson, and K. Ahlm
- 2000 Alcohol and unnatural deaths in Sweden: a medico-legal autopsy study. *Journal of Studies on Alcohol* 61(4):507-14.
- Snow, M. G., J. O. Prochaska, and J. S. Rossi

- 1992 Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: a cross-sectional analysis. *Journal of substance abuse* 4(2): 107-16.
- Spong, C., D.T Abebe, and I Gozes
- 2001 Prevention of fetal demise and growth restriction in a mouse model of fetal alcohol syndrome. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* (279).
- Stark, M. J., and B. K. Campbell
- 1993 Drug use and cigarette smoking in applicants for drug abuse treatment. *Journal of substance abuse* 5(2):175-81.
- Streissguth, Ann
- 1986 Fetal Alcohol Syndrome: An overview and implications for patient management. In *Alcoholism*. N. Estes and M Heinemann, eds. St. Louis: The Mosby Company.
- Suzyki, S., and A. Rancer
- 1994 Argumentativeness and verbal aggressiveness: Testing for conceptual and measurement equivalence across cultures. *Communication-Monographs* 61(3):256-279.
- The Royal Colleges of Physicians
- 1991 *Alcohol and public health: The prevention of harm related to the use of alcohol*. London: Macmillan.
- Treno, A., and H. Holder
- 1997 Community mobilization: Evaluation of Environmental Approach to Local Action. *Addiction* 92(2):173-188.
- Triandis, H. C.
- 1990 Cross-cultural studies of individualism and collectivism. In *Nebraska Symposium on Motivation, 1989: Cross-cultural perspectives*. J. Berman, ed. London: University of Nebraska Press.



- Vaillant, G.E.
1995 The Natural History of Alcoholism Revisited. Cambridge: Harvard University Press.
- van Oers, J. A., I. M. Bongers, L. A. van de Goor, and H. F. Garretsen
1999 Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol and alcoholism* 34 (1):78-88.
- Wall, T. L., S. M. Horn, M. L. Johnson, T. L. Smith, and L. G. Carr
2000 Hangover symptoms in Asian Americans with variations in the aldehyde dehydrogenase (ALDH2) gene. *J Stud Alcohol* 61(1):13-7.
- Wallace, J. M.
1999 The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. *Pediatrics* 103(5 Pt 2):1122-7.
- Wang, C. S., and P. Chou
1997 An analysis of unnatural deaths between 1990 and 1994 in A-Lein, Taiwan. *Injury* 28(3):203-8.
- Watkins, J. P., G. R. Eisele, and K. O. Matthews
2000 Occupational medical program alcohol screening. Utility of the CAGE and BMAST. *Journal of Substance Abuse and Treatment* 19(1):51-7.
- Weschler, H., G. Dowdall, A. Davenport, and S. Castillo
1995 Correlates of college student binge drinking. *The American journal of public health* 85(7):921-926.
- Wilsnack, R. W., N. D. Vogeltanz, S. C. Wilsnack, T. R. Harris, S. Ahlstrom, S. Bondy, L. Csemy, R. Ferrence, J. Ferris, J. Fleming, K. Graham, T. Greenfield, L. Guyon, E. Haavio-Mannila, F. Kellner, R. Knibbe, L. Kubicka, M. Loukomskaia, H. Mustonen, L. Nadeau, A. Narusk, R. Neve, G. Rahav, F. Spak, M. Teichman, K. Trocki, I. Webster, and S. Weiss

- 2000 Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 95(2):251-65.
- Wilson, J., and L. Blocher
- 1990 The counselor's role in assisting children of alcoholics. *Elementary School Guidance and Counseling* (25).
- World Health Organization
- 1967 *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Geneva: World Health Organization.
- 1977 *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Geneva: World Health Organization.
- 1978 *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Geneva: World Health Organization.
- Yates, W. R., B. M. Booth, D. A. Reed, K. Brown, and B. J. Masterson
- 1993 Descriptive and predictive validity of a high-risk alcoholism relapse model. *Journal of studies on alcohol* 54(6):645-51.
- Zhang, L., J. W. Welte, W. F. Wieczorek, and S. F. Messner
- 2000 Alcohol and crime in China. *Substance Use & Misuse* 35(3):265-79.

الكشافات العامة

| | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| آباء بالتبني ٦٣ . | الأخصائي الاجتماعي ١٤٢، ١٦٧، |
| آسيا ٩١ . | ١٧١، ١٨٦، ١٨٧، ١٨٩، ٢٢٠ . |
| الإحباط ٧٢، ٧٣، ٧٦، ٢٠٨ . | أخصائي تأهيل مهني ١٨٧ . |
| إحباطات فمية ٧٣ . | أخصائي علاج طبيعي ١٨٧ . |
| الأبناء بالتبني ٦٣ . | الأخصائي النفسي ١٦٧، ١٨٦، ١٨٧، |
| احتقار الذات الماسوشي ٧٣ . | ١٨٩ . |
| الاحتمالية ١٥٤، ١٥٥، ١٥٦ . | الأخلاقيات المهنية ١٥١ . |
| إحصائيات إبيدمولوجية ١٠٧ . | أداة تشغيل المحرك ٣٦ . |
| أحمد العجرفي ١٢٣ . | إدارة مكافحة المخدرات ٢٠٥ . |
| اختبار تحديد اضطرابات استخدام | الإدمان (إدمان الكحول) ٢٣، ٢٤، ٢٧، |
| الكحول (AUDIT) ١٣٧، ١٤٠، ١٤٧، | ٢٨، ٣٣، ٣٨، ٤١، ٤٢، ٤٥، ٥٧، ٥٨، ٥٩، |
| ١٤٨، ١٤٩، ١٥٠ . | ٦٠، ٦٣، ٦٤، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٧٠، ٧١، ٧٢، |
| اختبار القفص (CAGE) ١٤٠، ١٤٣، | ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦، ٧٧، ٨٣، ٨٥، ٨٩، ٩٠، |
| ١٤٤، ١٤٥، ١٤٦، ١٤٨، ١٥٠، ٢٢١ . | ٩١، ١٠٠، ١٠٢، ١٠٦، ١٠٧، ١٠٩، ١١٠، |
| اختبار متشجن للكشف عن الكحولية | ١١٤، ١١٩، ١٢٠، ١٢٢، ١٣٠، ١٣١، ١٣٢، |
| (MAST) ٨١، ١٣٧، ١٤٠، ١٤٢، ١٤٣، | ١٣٣، ١٣٥، ١٣٩، ١٥٦، ١٦٥، ١٦٦، ١٧٥، |
| ١٤٦، ١٥٠، ٢١٧، ٢١٩ . | ١٧٦، ١٧٧، ١٨٠، ١٨١، ١٨٢، ١٨٤، ١٨٧، |
| اختبار ميونخ للكحولية (MALT) | ١٨٨، ١٨٩، ١٩١، ٢٠٤، ٢٠٥، ٢٠٦ . |
| ١٤٠، ١٤٥، ١٤٦، ١٥٠، ٢٢٢، ٢٢٤ . | الإدمان المتقاطع ٣٨ . |
| اختلال عقلي كحولي ٨٩ . | الأرق ٥٢ . |

- ازدواجية الكحول ٥١ .
 إزالة السموم ١٧٧، ١٧٨، ١٨٠، ١٨١،
 ١٨٣، ١٨٥ .
 إساءة (سوء) استخدام الكحول ٦١،
 ٨٨، ٩٠، ١٣٥، ١٣٦، ١٣٧، ١٥٢، ١٥٤،
 ١٥٧، ١٥٦ .
 استجابة تكيف ٦٧ .
 الاستحواذية ٧٢ .
 أستراليا ٩١ .
 الاستعداد ١٩٤، ١٩٧ .
 استكشاف الأهمية ٢٠٠ .
 إسرائيل ٩٠، ٩١ .
 الأسرة الاعتمادية ٧٤ .
 إسلام آباد ١١٤ .
 الاشتياق ٢٩، ٦٢، ٦٥، ٦٩، ١٥٦، ١٧٩،
 ١٨٣، ٢٢٤ .
 الإصغاء الانعكاسي ١٩٩ .
 اضطرابات استخدام المواد المخدرة
 ١٥٤ .
 اضطرابات تعاطي الكحول ١٥٢ .
 اضطرابات الشخصية ١٥٤ .
 الاضطرابات العاطفية ٥١ .
 الاضطرابات العقلية ٥١ .
 اضطراب نفسي ١٠٠، ١٧٩، ١٨٥ .
 الاعتماد (الاعتمادية) على الكحول
 ٢٢، ٢٨، ٢٩، ٣١، ٦١، ٦٢، ٩١، ١٠٠،
 ١٠١، ١٠٦، ١١٩، ١٣٥، ١٣٧، ١٥٢، ١٥٣،
 ١٥٤، ١٥٥، ١٥٦، ١٥٧، ١٧٥، ١٧٧، ١٨٠،
 ١٨١، ١٨٣، ١٨٦، ١٩٦، ١٩٨، ٢٠٤، ٢٠٥،
 ٢٠٩، ٢١٠، ٢٣٣ .
 الاعتماد الجسدي (الجسمي) ٢٨، ٢٩،
 ٦٣، ١٥٠ .
 الاعتماد المتقاطع ٣٨ .
 الاعتماد النفسي (الاعتمادية النفسية)
 ٢٩، ٦٢ .
 اعتمادية الشرب ١٥٠ .
 الأعراض الانسحابية ٣٨، ٥٢، ٥٣، ٦٨،
 ١٥٦، ١٧٨، ١٨١، ١٨٣، ١٨٤، ١٨٥، ٢٠٦ .
 أفريقيا ٩١ .
 الأفيون ٧٦ .
 الاقتصادية (جريدة) ١١٣ .
 الإقلاع عن التعاطي ١٧٥ .
 الاكتئاب ٩١، ١٥٥، ١٧٩، ١٨١ .
 الالتزام السطحي ٢٠٧ .
 التهاب الكبد سي ٣٣ .
 التهاب الكبد الكحولي ٤٩ .

- أمان محمود ١٠٧ .
أمريكا ٨٣، ١٠٧ .
الإمفيتامين ٤٨، ٦٠، ١٧٥، ١٨١ .
الأمل (مجلة) ١١٤، ١٢٩، ١٣٠، ٢٠٥ .
الانتكاسة ٤٠، ١٧٥، ١٧٦، ١٨٢، ١٨٤،
١٩٧، ١٩٦ .
إنجلاند ٩١، ٩٢ .
الانزلاقة ٤٠ .
الانسحاب (الانسحابية) ٣١، ٣٢، ٤٨،
٥٢، ٧٧، ١٥٤، ١٥٥، ١٥٦، ٢٠٧ .
الأنماط السلوكية ١٥٢ .
أنماط الشرب ٢٥، ٣٦، ٨٠، ٨٨، ٩٣،
١٠٢، ١٢٩ .
الإهمال ٧٤ .
أوروبا ٤٤، ٥٨ .
الإيثانول ٦٤ .
إيذاء الأطفال ٩٨ .
الباحة ١١٣، ١١٩ .
الباربتيورات ١٨٥ .
بانكوك ٩٥ .
البحرين ٨٥ .
برامج التدعيم الأسري ١٦٠ .
البريتيوريت ٣٠ .
برنامج السيطرة على الغضب ١٦٠ .
برنامج فيلادلفيا لتأهيل السائقين ٩٨ .
بروتشاسكا ٢٠١، ٢٠٢ .
بريطانيا ٤٣ .
بلغاريا ٨٨ .
بناء الثقة ٢٠١ .
البنزودايزابين ١٨٥ .
البواردي (Al- Bawardy) ١٠٩ .
بولينيرويات ٢٢٤ .
التآزر ٣٩ .
التأثير الوراثي ٦٥ .
تايلاند ٩٥ .
تايوان ٤٣ .
تبادل المعلومات ٢٠١ .
التباعد الانفعالي ٧٤ .
تبوك ١١٩ .
التحديد ١٣٨، ١٤٨ .
تحرير الذات ١٩٥ .
التحكم بالاستهلاك ٣٥ .
التحليل النفسي ٧٢ .
التحمل ٢٩، ٣٠، ٣١، ٧٧ .
التحمل المتقاطع ٣٨ .
تخفيف الضرر ١٩٣ .

١٧٧. التدخل المختصر
 ١٩٥. تدعيم الالتزام
 ٣٥. تركيز الكحول في الدم
 ١٥٢، ٤٥. التسمم الكحولي
 ٣٧. تسويق المعايير الاجتماعية
 ١٣٦، ١٥١. التشخيص
 ١٣٧. التشخيص الإحصائي
 ١٣٧. التشخيص الإكلينيكي
 ٤٢. تشريد الأطفال
 ٥٢. التشوش الذهني
 ٧٤. التصدع الأسري
 ٨٢. تصنيف جيلينيك
 ١٥٦. التصنيف العالمي للأمراض
 ٤٠، ٢٤. التعاطي (تعاطي الكحول)
 ٤١، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٥، ٧٦،
 ٨٢، ١٠٦، ١٠٧، ١١٠، ١١٩، ١٢٠، ١٥١،
 ١٥٦، ١٦٥، ١٦٧، ١٦٨، ١٧٠، ١٧١، ١٧٤،
 ١٧٥، ١٧٩، ١٨٠، ١٨١، ١٨٢، ١٨٣، ١٨٦،
 ١٩٢، ١٩٣، ١٩٤، ١٩٥، ١٩٦، ١٩٧، ٢٠٠،
 ٢٠١، ٢٠٤، ٢٠٥، ٢٠٦، ٢٠٩، ٢١٠، ٢١٤.
 ٦١. التعاطي الثقيل
 ٦٠. التعاطي القسري
 ٦٧. التعاطي الكثيف
 ٦١. التعاطي المستمر
 ٤٠، ١٧٥، ١٧٦، ١٨١،
 ١٨٢، ١٨٣، ١٨٧، ١٨٨.
 ٧٠. التعزيز
 ٦٨. التعزيز السالب
 ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٦٩. التعلم الاجتماعي
 ٦٩. التعلم المعرفي الاجتماعي
 ١٣٦. التقدير
 ٦٨. تقرير راند
 ١٣٦. التقويم
 ١٥٠. تكرار الشرب
 ٣٢، ٣٣، ٤٤، ٤٩، ٥٠. التليف الكبدي
 ٢٠٠، ٢١٢. توازن القرار
 ٦٣. التوائم الأحادية
 ٦٣. التوائم الثنائية
 ٦٣. التوائم الأخوية
 ٦٥. التوائم الكحوليون
 ٦٣. التوائم المتحدة
 ٧٠، ٧١، ٧٤. التوتّر
 ١٧٥. التوقف عن التعاطي
 ١٣٧، ١٣٨، ١٤٤، ١٤٥. الثبات
 ١٠٠، ١٤٩، ٢٢٠. الثمالة
 ٦١. الثيامين

- جازان ١١٩ .
- جامعة الملك سعود ١٩ .
- جدة ١١٠، ١١٣ .
- الجرف ١١٣ .
- الجزيرة (جريدة) ١١٢ .
- الجفاف ٣٧، ٤٨، ١٨٥ .
- جماعات (جماعة - مجموعة)
- الكحوليين مجهولي الاسم ٦١، ٦٣،
- ٦٤، ٧١، ١١٤، ١٧٩، ١٨٧، ١٨٨، ١٨٩ .
- جماعة آلاتين ١٨٨ .
- جماعة آلانون ١٨٨ .
- جماعة التعافي العقلاني (آر آر) ١٨٨،
- ١٨٩ .
- جماعة (جماعات) الدعم الذاتي
- (AA) ١٠١، ١٨٧، ١٨٨، ١٨٩ .
- جماعة كسانجو العرقية ٩٠ .
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٥٣ .
- الجنسية ١٥٣ .
- الجوف ١١٩ .
- جهينة العيسى ٨٦ .
- ج. يوسف ١٠٧، ١١٥ .
- الحاجة إلى القوة ٧٢ .
- الحافظ ٢٠٤ .
- حائل ١١٩ .
- الحرس الوطني ١٢١ .
- الحركة المعتدلة الجديدة ٣٥ .
- الحساسية ١٣٧، ١٣٨، ١٤٨ .
- الحسبة (مجلة) ١١٣ .
- خالد بن عبدالعزيز ١٧ .
- الخرف ١٥٢ .
- الخزي الاجتماعي ١٠٥ .
- الخصائص الاجتماعية ٩١، ١٠٢ .
- الخصائص الديموغرافية ٧٩، ٨٠، ٨٢،
- ٨٣، ٨٥، ٨٧، ٨٨، ٨٩، ٩٠، ٩١، ٩٢،
- ٩٣، ٩٥، ٩٦، ٩٧، ١٠٢، ١١٥، ١١٦،
- ١٢٩ .
- الخصائص الشخصية ٨٢، ٨٣، ٩٣ .
- الخصائص الشخصية الديموغرافية
- ٨٤ .
- الخصائص النفس اجتماعية ٧٩، ٨٠ .
- خلدون السعيدان ١٠٧، ١١٤، ١١٩،
- ١٣٠ .
- الخليج العربي ٨٥ .
- دار الملاحظة الاجتماعية ١١٧ .
- الدراسات الإبيدمولوجية ٢٤، ٨٧،
- ١٠٦، ١٠٨، ١٠٩، ١٤٨ .

- الدراسات الكحولية ١٠٧ .
- الدراسات الوبائية الحقلية ١٠٨ .
- الدليل التشخيصي الإحصائي ١٥٣ ،
- ١٥٤ ، ١٥٥ .
- الدمام ١١٠ ، ١١٢ .
- الدوبامين ٦٠ .
- الذهان ١٧٩ .
- روتدram ٨٨ ، ٨٩ .
- الرئاسة العامة للبحوث والإفتاء ١٢٤ .
- رئاسة مجلس الوزراء ١٢٢ ، ١٢٤ ،
- ١٢٥ ، ١٣١ .
- الرياض (جريدة) ١١٠ ، ١١٣ .
- الرياض (مدينة) ٨٤ ، ١١٠ ، ١١٢ ، ١١٧ ،
- ١١٨ ، ١١٩ ، ١٤٣ .
- الريس ٨٢ .
- ريهام ٤٣ .
- سامي الدماغ ٨٢ ، ٨٣ ، ١٠٥ ، ١٠٨ ،
- ١٢٦ .
- السائقون الثملون ٩٧ .
- سعود التركي ١١٢ .
- السعودية = المملكة العربية السعودية .
- سعيد الظفير ١٢٣ ، ١٢٤ ، ١٢٦ .
- السلبية ٢٠٧ .
- سلطان العنقري ٨٠ .
- سلطنة عُمان ٨٦ .
- السلوك الاجتماعي ٥١ .
- السلوك الإدماني ٥٧ ، ١٧٩ ، ١٩٢ ،
- ١٩٣ ، ١٩٤ ، ١٩٥ ، ١٩٧ ، ٢٠١ ، ٢٠٢ .
- السلوك الاعتمادي ١٧٢ ، ١٩٢ ، ٢٠٠ .
- السلوك الاندفاعي ٧٢ .
- السلوك المعرفي ٥٧ .
- سلوكيات التحدي ٢٠٧ .
- سلوكيات المقاومة ٢١٠ .
- السمات السلوكية الاستعدادية ٧٢ .
- السمات النفسية ١٥٢ .
- السويد ٤٣ .
- الشارب الإشكالي (الشاربون
الإشكاليون) ٦٣ ، ٦٦ ، ٦٧ ، ٦٨ ، ٨٩ ،
- ١٤٧ ، ١٩٥ ، ٢٠٥ .
- الشارب العادي ٦٨ ، ٢١٩ .
- شبيب الحاضري ٢٢ ، ٢٣ ، ٤٢ ، ١٢٦ .
- الشخصية الإدمانية ٧٢ .
- الشرب الاحتفالي ٣٢ .
- الشرب الإشكالي ٦٧ ، ٧٦ ، ٨٨ ، ٨٩ ،
- ٩٥ ، ٩٩ .
- الشرب الاعتيادي المكثف ١٥٦ .

- شرب الإغاثة ٧٧ .
 الشرب الثقيل ٢٣، ٤٢، ٩٣ .
 الشرب الحاد ٢٣، ٤٢ .
 الشرب الدوري المكثف ١٥٦ .
 الشرب العادي ٢٣، ٢٤ .
 الشرب العائلي ١٥٠ .
 الشرب العرضي ٦٣ .
 الشرب الكثيف (المكثف) ٥٢، ٩١، ٩٩،
 ٢٢٧ .
 الشرب المتواصل ٢٣، ٤٢، ٦٣ .
 الشرب المعتدل ٤٧ .
 الشرب المفرط ٨٨، ٨٩، ٩١ .
 شرب المناسبات ١٥٠ .
 الشرب المنزلي ٩٣ .
 شرطة حرس الحدود ١٢٢ .
 شكسبير ٤٧ .
 صالح الشيخ كمر ٨٦ .
 الصداع الكحولي ٤٥ .
 الصدق ١٣٧، ١٤٤، ١٤٥ .
 صوفيا ٨٨ .
 الصين ٤٣، ٧٦ .
 الطبيب النفسي ١٨٦، ١٨٧، ١٨٩ .
 عبدالرحمن المصيقر ٨٥ .
- عبدالعزيز الخضيرى ١٠٧، ١١٤،
 ١١٩، ١٣٠ .
 عبدالعزيز الدخيل (Al- Dakhil) ٢٨،
 ٣٨، ٥٦، ٨١، ١٢٩، ١٣١، ١٣٢، ١٧٦،
 ١٨٤، ١٩٣، ٢٠٥ .
 عبدالعزيز الرئيس ٨٢ .
 عبداللطيف الهريش ١٢١، ١٢٢ .
 عبدالمجيد منصور ٣٠، ٤٤ .
 العدوان المتزايد ٥١ .
 العدوانية ٤٧ .
 العراق ٨٦ .
 عرق ١١٣، ١١٤ .
 العزم ١٩٣، ١٩٧، ٢٠١، ٢٠٢ .
 عسير ١١٩ .
 عشق الذات اللاشعوري ٧٣ .
 عصاب اندفاعي ٧٢ .
 العصابية ١٥٣ .
 العقار (العقاقير) ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٤،
 ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤٠، ٦٠، ٦٨، ٧٢، ٨٢ .
 علاج الاثني عشرة خطوة ١٧٨ .
 العلاج الذاتي ١٨٢ .
 علاج روائي ١٧٧ .
 علاج سلوكي ١٧٧ .

- العلاج الشامل ١٧٧ .
العلاج المختصر ١٧٧، ١٨٦ .
العلاج المعرفي والسلوكي ١٧٨ .
علاج موجز ١٧٧ .
عُمان ٨٦ .
العملاء القسريون ٢٠٤، ٢٠٨، ٢٠٩،
٢١٠، ٢١١، ٢١٥ .
العنف الأسري ٤٢ .
العنف الجسدي ٤٣ .
العنف الزوجي ٩٨ .
العنف المنزلي ٤٣، ٩٤ .
العواجي ١١٤ .
العوالي ١١٣ .
عيد الغنزي ٨٣، ١١٥، ١١٦ .
الفارماكولوجي ٦٠ .
فاروق مراد ١٠٧، ١١٤ .
الفاليوم ٣٩ .
الفاعل ١٩٥، ١٩٧ .
فقدان الذاكرة القصير الأمد ٥١ .
فقدان الذاكرة المؤقت ٥٠ .
فقدان السيطرة ٢٩ .
فقدان القدرة على التحكم ٦٩ .
فهد بن عبدالعزيز ١١٤ .
فقدان الوعي ٥٠ .
القات ٧٦ .
القصيم ١١٩ .
قطر ٨٦ .
القلق ٢٩، ٥١، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٦٦، ٧٠،
١٥٥ .
القوة الاجتماعية ٧٣ .
القوة المعيارية للكحول ٣٧ .
قيادة السكر (السكران) ٣٦ .
الكآبة ٥١، ٩١ .
الكبد الدهنية ٤٩ .
الكتاب الإحصائي للرئاسة العامة
لهيئات الأمر بالمعروف والنهي عن
المنكر ١١٢ .
كتاب وزارة الداخلية الإحصائي
(١٩٩٢) ١١٥ .
كتاب وزارة الداخلية الإحصائي
(١٩٩٥) ١١٨ .
كحول الإيثانول ٤٦ .
الكحول الإيثيلي ٢٧، ٢٨، ٤٦، ٦٤ .
الكحول المبدلة طبيعته ٢٨ .
الكحول المثيلي ٢٧، ٢٨ .
الكحول الوالدي ٧٤ .

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| الكحولي (الكحوليون) ٢٩، ٦٢، ٦٣، | ماري ٦٥. |
| ٦٥، ٦٧، ٨١، ٨٢، ٨٣، ٨٤، ٨٥، ٩٠، ٩٢، | الماريجوانا ٣٤. |
| ٩٣، ٩٤، ٩٥، ٩٦، ٩٩، ١٠٠، ١٠١، ١٠٢، | متعاطو الكحول الإشكاليون ١١٥، |
| ١٠٧، ١٠٩، ١١٥، ١٢٢، ١٤١، ١٤٣، ١٤٤، | ١١٦. |
| ١٤٥، ١٤٦، ١٤٧، ١٤٩، ١٧٥، ١٨١، ١٨٨، | المتعاطي (المتعاطون) ٦٠، ٦٧، ٧٠، ٧٢، |
| ١٨٩، ١٩٨، ١٩٩. | ١٠١، ١٦١، ١٦٦، ٢٠٤. |
| الكحوليون المتعافون ٦٣. | المتعافي (المتعافون) ١٣٣، ١٧٧، ١٨٩. |
| الكحولية ٢٧، ٢٩، ٥٣، ٦١، ٦٢، ٦٥، | متلازمة اعتماد الكحول ٧٦، ٧٧، ٩٠. |
| ٦٧، ٨٠، ٨١، ٨٩، ٩١، ٩٢، ٩٤، ١٠٠، | متلازمة فرنيك (ويرنيكي) - |
| ١٠٧، ١١٦، ١٣٠، ١٣٧، ١٤٠، ١٤٥، ١٤٨، | كورسكوف ٥١، ٦١. |
| ١٥٤، ١٥٦، ١٧٥، ٢١٩. | متلازمة الكحول الجيني (الجينية) ٣٣، |
| الكشف ١٣٦. | ٣٤، ٥٢، ٥٣. |
| الكلونيا ٨٦، ١١٧، ١٢٤، ١٩٣، ٢٠٢. | المثلية ١٥٣. |
| كندا ٤٣، ٨٦، ٩٥. | المجلس العالمي للكحول والإدمان ١١٤. |
| كوالالمبور ٨٩. | مجموعة الكحوليين مجهولي الاسم |
| الكوكائين ٣٩، ٦٠، ١٧٥. | ٦١، ٦٣، ٦٤، ٧١، ١١٤، ١١٧، ١٨٧، ١٨٨، |
| الكولين ٥٩. | المحافظة على الفعل ١٩٥، ١٩٧. |
| الكويت ٨٦. | المحللون النفسيون ٧٢. |
| كوينز لاند ٩١، ٩٢. | محمد إسماعيل ١٠٦. |
| لندن ١١٤. | محمد البار ٢٧، ٤٧، ٥٦، ١٠٧، ١١٤، |
| مادة التقزز ٦٠. | ١١٥. |
| مادة التوتر ٥٩. | محمد هاجر ١٠٦. |
| مارك كيلر ٢٤. | المدخل الاجتماعي الثقافي ٥٩، ٧٣. |

- المدخل الحيوي الكيميائي ٥٩، ٦٦.
 المدخل السلوكي ٥٩، ٦٦.
 المدخل المرضي ٥٨، ٥٩، ٦١، ٦٣، ٦٤، ٦٥.
 المدخل النفسي ٥٩، ٧١.
 المدمن (المدمنون، مدمنو الكحول) ٤٩، ٥٢، ٥٧، ٦١، ٦٣، ٦٤، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٧٢، ٨٢، ٨٣، ٨٤، ٨٥، ٨٦، ٩٠، ٩١، ١١٠، ١١٥، ١٣١، ١٣٢، ١٦١، ١٦٦، ١٨٩، ١٩٣، ٢٠٤، ٢٠٥، ٢٠٦.
 مدمنو الخمور مجهولو الاسم ٥٩.
 المدينة المنورة ١١٣، ١١٩.
 مرشد تعافٍ ١٨٧.
 مرشد ديني ١٨٧.
 مرض الأسرة ٧٤.
 المرضى القسريون ٢٠٥، ٢٠٦.
 مساعد المعتق ١٢٧، ١٢٩.
 مستشفى (مستشفيات) الأمل ٨٠، ٨١، ٨٢، ٨٤، ١١٠، ١٢٢، ١٣٠، ١٣١، ١٣٢، ١٣٣، ١٤٣.
 مستشفى الصحة النفسية ٨٦.
 مستشفى كوالالمبور ٨٩.
 مصر ٨٦.
 مصطفى النجار ١٠٦، ١٠٧، ١١٩.
 مصلحة الجمارك ١٢٢.
 المطالبية ٧٣.
 معادلة الكحول ٣٥.
 المعالج (المعالجون) ٢٧، ٥٦، ٧٠، ١٣٥، ١٣٧، ١٥٢، ١٩١، ١٩٣، ١٩٥، ١٩٦، ٢١٠، ٢١١، ٢١٣، ٢١٤.
 المعتمدون ١٨٣، ١٨٤، ١٨٥، ١٨٧.
 معلم الأقران ١٦٥.
 المعهد الوطني لإساءة استخدام الكحول والكحولية ٥٣.
 المقابلة التحفيزية ١٩٣، ١٩٤، ١٩٨، ١٩٩، ٢١٠، ٢١٢.
 مقاييس تشخيص الكحول ١٥٢.
 المقاييس التشخيصية ١٥١.
 المقاييس المقننة (المقياس المقنن) ١٣٧، ١٣٨، ١٣٩، ١٤٩، ١٥٠.
 مقياس اضطراب استخدام الكحول ٩٥.
 مقياس الاعتماد على الكحول ٢٣٣.
 مقياس أوديت ٢٠٥.
 مقياس تأثيرات الكحول ٢٣٦.
 مقياس عواقب الشرب ٢٢٨.
 مقياس القفص = اختبار القفص

- مقياس ميتشجن = اختبار ميتشجن
مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه
للشخصية ٨١.
مقياس TWEAK ١٤٠.
مكة المكرمة ١١٨، ١١٩.
المكتب العربي للوقاية من الجريمة ٨٦،
٨٧.
المملكة العربية السعودية ٢٥، ٨٠، ٨١،
٨٢، ٨٤، ٨٥، ٨٦، ٨٧، ١٠٥، ١٠٦، ١٠٩،
١١٠، ١١٣، ١١٥، ١١٦، ١١٨، ١٢١، ١٢٣،
١٢٤، ١٢٥، ١٣٠، ١٣٢، ١٤٣، ١٩٣، ٢٠٥،
٢٠٦.
المملكة المتحدة ٢٣، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٥٨،
٦٤.
المناخ الأسري ٧٤.
منظمة الصحة العالمية ٦١، ١٤٧،
١٥٦.
منع الكحول ٣٧.
مهارات مقاومة ضغط الأقران ١٦٥.
المورفين ٣٥، ٣٨.
الميثادون ٣٨.
الميثاق الأخلاقي ١٥٠.
ميناء الملك عبدالعزيز ١١٢.
النبد ٧٤.
نبيل الطويل ١٠٦، ١٠٧، ١١٩.
نجران ١١٩.
النرجسية ٧٣.
نظام الإثابة للدوبامين ٦٠.
نظريات أمراض الدماغ ٥٩، ٦٠.
نظريات (نظرية) التعلم الاجتماعي
٥٩، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٦٩.
نظرية الإدراك السلوكي ٦٩.
نظرية الاستعداد الوراثي ٦٣.
نظرية البيئة الاجتماعية ٥٩، ٧٣، ٧٥.
نظرية تأثير الأقران ٥٩.
نظرية التأثير الوراثي ٦٤.
نظرية التحليل النفسي ٥٩، ٧٢.
نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي ٦٩.
نظرية التعليم ٦٩.
نظرية التفاعل الأسري ٥٩، ٧٣.
نظرية التوقعات ٥٩، ٧١.
النظرية الثقافية ٧٣، ٧٥.
نظرية الحاجة إلى القوة ٧٣.
النظرية الحيوية الكيميائية ٥٩.
نظرية خفض التوتر ٥٩، ٧٠.
نظرية القوة ٥٩.

- نظرية مجتمع الأقران ٧٣، ٧٥. هولاندا ٩٦.
- النظرية المرضية ٥٩، ٦١، ٦٩. الهيروين ٣٠، ٣١، ٣٤، ٣٨، ٣٩، ١٧٥.
- نظرية النسق التطوري ٥٩، ٧٣. هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر ١١٣، ١٢١.
- نظرية نقص التغذية (النقص الغذائي) ٥٩، ٦٠. الوحشية ٤٧.
- نظرية الوراثة (النظرية الوراثة) ٥٩، ٦٣. وزارة الإعلام ١٢٥.
- نمط جاما ٨٣. وزارة الداخلية السعودية ١١١، ١١٦، ١٢٣.
- نمط الشخصية ١٠٢. وزارة الصحة ١٠٩.
- نمط الشرب ٣٦، ١٠٠، ١٠٢، ١٤٣. وزارة العدل ١٢٤، ١٢٥.
- نموذج توازن القرار ١٩٤. وزارة العمل ١٢٣.
- نموذج خفض الاستهلاك ٣٥. وزن الأسئلة ٢٠٠.
- النموذج المرضي ٦١. الوصمة الاجتماعية ١٠٥، ١٢٩، ١٣٣.
- نموذج مراحل التغير ٢١٠. الوقاية الأولية ١٥٩، ١٦٠.
- نموذج المقابلة التحفيزية ٢١٠. الوقاية الثانوية ١٥٩، ١٦٠.
- النيكوتين ٦٠، ١٠٠، ١٧٥، ١٩٢. الوقاية اللاحقة ١٥٩.
- الهديان ٢٢٤. الولايات المتحدة الأمريكية ٣٦، ٣٧.
- هذيان التسمم الكحولي ١٥٢. ٤٤، ٥٨، ٦٤، ٨١، ٨٣، ٩٠، ٩٧، ١٣٥.
- الهلاوس (الهلوسة) ٥١، ٥٢. ١٥٤، ١٥٦، ١٦٩، ١٨٠.
- هنغاريا ٨٩. اليمن ٧٦.

| | |
|-------------------|-----------------------------------|
| Bloom ١٣٧ | Abebe ٥٣ |
| Blose ٩٥ | Adams ٧٩ |
| Blow ٩٠ | Ahlm ٤٣ |
| Bongers ٨٩ ، ٨٨ | Allen ١٤٨ |
| Bonsch ٩٤ | Al- Nahedh ١١٩ ، ١٠٩ |
| Both ٩٠ | Alvarez ٩٤ |
| Bradley ١٦٣ ، ١٥٩ | Antons ١٤٦ ، ١٤٠ |
| Bremner ٤٤ | Avis ١٥٠ ، ١٠٢ ، ٦٢ |
| Brennan ٩٥ | Babor ١٥٦ ، ١٥٢ ، ١٤٨ ، ١٤٧ ، ١٤٠ |
| Brewer ٤٤ | Baker ٩٧ |
| Brown ٩٢ ، ٤٣ | Balabanova ٩٤ ، ٨٨ |
| Buhrich ٨٩ | Baldwin ٧١ |
| Bunn ٩٠ | Barboriak ٧٩ |
| Burge ١٠٠ | Barton ٩٧ |
| Caetano ٤٣ | Barry ١٤٨ ، ٧٣ |
| Calsyn ٩٢ | Beck ٩٧ ، ٩١ |
| Campbell ١٠١ | Beres ٩٠ |
| Candill ٦٨ | Berger ١٣٨ |
| Candura ٦١ ، ٥١ | Bien ١٠٠ |
| Carpenter ٥٥ | Bien Miller ١٨٦ |
| Carter ٩٧ | Blair ٩٤ |
| Castillo ٧٩ | Blankfield ٩٩ |
| Chang ٩٧ | Blocher ١٥٩ |

| | |
|---|------------------------------|
| Drummond ٦٩ | Cherpitel ٩٨ |
| Edwards ١٥٣ ، ٢٩ | Chau ٩٧ ، ٤٣ |
| Eiklboon ٦٧ | Christopher ٤٦ |
| Eisele ٤٢ ، ٢٣ | Clark ٩٨ ، ٤٣ |
| Eisenbreg ١٨٠ ، ١٧٩ ، ١٧٨ ، ١٧٥ ، ٤٠ ١٨٧ ، ١٨٥ ، ١٨٣ ، ١٨٢ ، ١٨١ | Conigrave ١٤٨ |
| Ellison ٩٦ | Cook ٩٠ |
| Endicott ١٥٥ ، ١٥٤ | Cooper ٧٥ ، ٦١ ، ٦٠ |
| Engs ٧٥ | Cordilia ٩٩ |
| Eriksson ٤٣ | Costa ٦١ ، ٥١ |
| Ernst ٤٣ | Cronce ١٦١ |
| Estes ٥١ ، ٤٧ ، ٣٩ ، ٣٨ ، ٣٥ ، ٣٣ ، ٣٢ | Davenport ٧٩ |
| Feighner ١٥٥ ، ١٥٣ | Dawson ٩٧ |
| Felitti ٩٤ | Deery ٩٧ |
| Feuerlein ١٤٦ ، ١٤٠ | Dejung ١٧٢ ، ١٧١ ، ١٦٩ |
| Fleming ١٨٧ ، ١٨٦ ، ١٤٨ | de la Fuente ١٤٨ ، ١٤٧ ، ١٤٠ |
| Fortney ٩٠ | Dellinger ٤٤ |
| Foss ٤٤ | del Rio ٩٤ |
| Fischer ١٣٧ | Delucia ٧٠ |
| Fung ٩٨ | Di Clemente ١٩٢ |
| Frone ٧٥ | Dilia ٩٨ |
| Furrow ١٦٣ | Dowdall ٧٩ |
| Garretsen ٩٦ ، ٨٩ ، ٨٨ | Droomers ٧٠ |
| | Drop ٩٣ |

| | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Hepworth ٢٠٩ | Gebhard ١٧٢ |
| Hodgins ٩٨ | Gillespie ١٥١ |
| Holder ١٧٢، ٩٧، ٩٥ | Gliksman ٧٥ |
| Hoyert ٤٩ | Glucksman ٤٣ |
| Hutchison ٤٣ | Gold ١٠٠ |
| Jelinek ١٥٣، ٨٢، ٦٢، ٦١ | Goldman ٧٦ |
| Kannel ٩٦ | Gomberg ٦٠، ٥٥ |
| Kaphingst ١٧٢ | Goodwin ٦٣ |
| Kaufman ٧٤ | Gossop ٧١ |
| Kinney ١٤٤ | Gozes ٥٣ |
| Klitzner ١٤٠ | Grant ١٥٥، ١٥٤، ١٤٧، ١٤٠، ٩٧ |
| Kokli ١٢٥ | Gross ١٥٣، ٢٩ |
| Kolb ٩٣ | Gruenewald ١٤٠ |
| Knibbe ٩٣ | Gunderson ٩٣ |
| Kufiner ١٤٦، ١٤٠ | Haggerty ١٤٧ |
| Lang ٦٨ | Hanson ٧٥ |
| Lapham ٩٧، ٩٥ | Hasin ١٥٥، ١٥٤ |
| Larimey ١٦١ | Haq ٨٩ |
| Larson ٩٨ | Hay ١٢٥ |
| Lawson ١٣٥، ٦١ | Heath ٦٦ |
| Leadley ٤٣ | Heather ٣٧ |
| Leaton ١٤٤ | Hegenauer ٤٦ |
| Lee ١٤٨ | Heinenann ٥١، ٤٧، ٣٩، ٣٨، ٣٥، ٣٣، ٣٢ |

| | |
|--|---|
| Meenaghan ١٣٨ | Liebman ٦١ ، ٦٠ |
| Messner ٤٣ | Lightfoot ٩٨ |
| Metzger ٩٨ | Li,Shahpar ٩٧ |
| Milgram ٩٨ | Liskow ٩٥ |
| Miller ٢١٠ ، ١٩٩ ، ١٩٨ ، ١٣٨ ، ١٠٠ | Litten ١٤٨ |
| Mooney ، ١٨٠ ، ١٧٩ ، ١٧٨ ، ١٧٥ ، ٤٠ ١٨٣ ، ١٨٢ ، ١٨١ | Locatelli ٦١ ، ٥١ |
| Mothersead ٧٤ | Love ٩٧ |
| Murray ٦٥ | Mac Andrew ٧٠ |
| Muytiens ٩٣ | Mackenbach ٩٦ ، ٧٠ |
| Naranjo ٤٤ | Magennis ٤٣ |
| Nathan ١٥٤ | Manwell ١٨٧ |
| New ٩٤ | Manzo ٦١ ، ٥١ |
| Newlon ١٦٣ | Marchevsky ٩٠ |
| Ney ٩٨ | Margolis ٤٤ |
| Niaura ٦٩ | Marlatt ٦٨ |
| Nutt ٤٦ | Masterson ٩٢ |
| Oei ٧١ | Matthews ٤٢ ، ٢٣ |
| Oleary ١٣٨ | Mayfield ٩٩ |
| Patchner ١٣٨ | McElroy ٩١ |
| Paton ٦٣ | Mckee ٨٨ |
| Patterson ٢٠٩ ، ٢٠٧ | Mckeganey ١٢٥ |
| Pattison ٧٤ | Mckim ٤٠ ، ٣٩ ، ٣٨ ، ٣٤ ، ٣٢ ، ٣٠ ، ٢٩ ، ٢٨ |
| | Meakelea ١٤٤ |

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Runge ٩٧ | Peirce ٧٥ |
| Rush ٩٥ | Peteet ١٩٢ |
| Russell ١٤٠ ، ٧٥ | Peterson ١٣٥ ، ٦١ |
| Rutherford ٥٨ ، ٢١ | Platt ٩٨ |
| Ryan ١٧١ ، ١٦٩ | Poldrugo ١٠٠ |
| Saltman ٤٦ | Power ١٣٨ |
| San Jose ٩٦ ، ٥٢ | Prochaska ١٩٢ ، ١٩١ ، ١٠١ |
| Saunders ١٤٨ ، ١٤٧ ، ١٤٠ | Pulliam ٩٧ |
| Schilit ٦٠ | Price ٩١ |
| Schneider ٩٤ | Quinlan ٤٤ |
| Schrijvers ٧٠ | Reed ٩٢ |
| Schuckit ، ١٥٥ ، ١٥٤ ، ١٥٣ ، ١٥٢ ، ٦٤ | Reynolds ٩٢ |
| . ١٥٦ | Rimm ٧٩ |
| Senseman ٩٤ | Ringer ١٤٦ ، ١٤٠ |
| Seppea ١٤٤ | Risser ٩٤ |
| Sezler ١٤٠ | Robertson ٣٧ |
| Sexas ٧٤ | Robson ٤٣ |
| Shepherd ٤٣ | Rohsenow ١٠٠ |
| Sillanaukee ١٤٤ | Rollnick ٢١٠ ، ١٩٩ ، ١٩٨ |
| Singh ٤٩ | Rose ٧٥ |
| Single ٤٣ | Roslund ٩٨ |
| Sjogren ٤٣ | Rossi ١٠١ |
| Sleet ٤٤ | Rounsaville ١٥٥ ، ١٥٣ |

| | |
|----------------------|-------------------------|
| Van Rooijen ١٤٠ | Smythe ٧٥ |
| Vilart ١٥٢ | Snow ١٠١ |
| Vinokur ١٤٠ | Soderstrom ٩٧ |
| Walker ٩٢ | Spong ٥٣ |
| Wall ٤٨ | Stark ١٠١ |
| Wallace ٧٥ | Steer ٩١ |
| Wang ٤٣ | Stewart ١٤٠ ، ٦٧ |
| Watkins ٤٤ ، ٤٢ ، ٢٣ | Strissguth ٥٤ ، ٥٣ ، ٥٢ |
| Wells ٥٧ | Summons ٩٧ |
| Welt ٤٣ | Sunders ١٤٨ |
| Wechler ٧٩ | Tam ٩٨ |
| Weiss ٩٠ | Thomason ٩٧ |
| White ٥٥ | Tolbert ٤٤ |
| Wickett ٩٨ | Tonigam ١٨٦ |
| Wieczorek ٤٣ | Toomey ١٣٨ |
| Wilsnack ٩٤ | Treno ١٧٢ |
| Wilson ١٥٩ | Truong ٤٣ |
| Yates ٩٢ | Ursprung ٧٠ |
| Youcha ٧٤ | Van de Goor ٨٩ ، ٨٨ |
| Yuan ٧٩ | Van de Mheen ٩٦ |
| Zhang ٤٣ | Van Oers ٩٦ ، ٨٩ ، ٨٨ |